

Chapitre V

L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier

PRÉSENTATION

L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie a été couverte de manière mutualisée en France dès la loi du 5 avril 1928, avant la création de la sécurité sociale²⁰⁰. Ses paramètres originels, reconduits pour l'essentiel en 1945²⁰¹, n'ont jamais été révisés malgré les progrès thérapeutiques, l'extension du champ d'affiliation à l'assurance maladie, la diversification des types de contrats de travail et des situations d'activité.

Pendant la crise sanitaire, la charge financière des indemnités versées a fortement augmenté en raison des mesures dérogatoires décidées pour faire face à la pandémie. Les dépenses sont restées très élevées en sortie de crise dans un contexte d'inflation, de vieillissement de la population salariée et de perception d'une dégradation de son état de santé, reflétée par les baromètres sur l'absentéisme.

La caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) s'est engagée dans un renforcement des actions de lutte contre la fraude et de régulation médicalisée grâce, notamment, à des progrès réalisés dans les systèmes informatiques et à des réformes de l'organisation et des objectifs de son service médical. Ces actions indispensables ne pourront toutefois, à elles seules, assurer la soutenabilité de la dépense. La gestion administrative doit être simplifiée pour réduire son coût et améliorer les délais de liquidation des assurés. Par ailleurs, le niveau de l'indemnisation à la charge de l'assurance maladie pourrait être réduit à la lumière des obligations de maintien du salaire assumées par les entreprises du fait de la loi et de la négociation collective.

La croissance des dépenses d'indemnités journalières maladie a des causes systémiques dont les effets ont été amplifiés par la pandémie (I). La complexité de la réglementation conduit à d'importants coûts de gestion et à des difficultés pour les assurés ; elle appelle une simplification (II). La lutte contre la fraude et l'accentuation de la maîtrise médicalisée des arrêts de travail devront être complétées par une évolution des paramètres d'indemnisation prenant en compte la protection prise en charge par les entreprises (III).

²⁰⁰ Le risque d'arrêt de travail pour maladie se distingue du risque d'accident du travail et de maladie professionnelle, dont la protection est encore plus ancienne.

²⁰¹ L'assuré malade a droit, sur attestation médicale, à une indemnité par jour ouvrable d'un demi-salaire, jusqu'à la guérison ou la consolidation de la blessure. Depuis 1945, la durée de carence est de trois jours et la durée maximale d'indemnisation de trois ans.

Chiffres-clés

Les dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général sont passées de 7,7 Md€ à 12 Md€ entre 2017 et 2022 (+ 56 %) ²⁰². Par comparaison, les indemnités journalières pour maternité ou paternité ont représenté 3,8 Md€ en 2022 et les indemnités journalières pour accident du travail ou maladie professionnelle 4,4 Md€.

La même année, 8,9 millions d'arrêts de travail pour maladie indemnisés ont été dénombrés. Les indemnisations d'une durée supérieure à six mois ont représenté 6 % des arrêts maladie mais 45 % de la dépense.

Le motif des arrêts de travail n'est connu que pour 50 % d'entre eux.

I - Des dépenses dynamiques à la croissance amplifiée par la pandémie

La dépense d'indemnités journalières maladie a atteint un niveau inédit en 2022. Les causes de cette augmentation se répartissent entre des facteurs systémiques et les effets de la pandémie de covid 19, qui a donné lieu à des mesures dérogatoires.

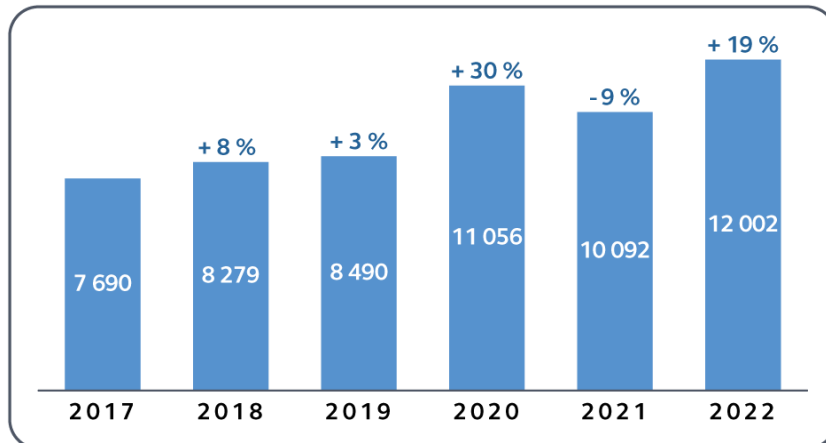
A - Une dépense d'un niveau inédit en 2022

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, le montant d'indemnités journalières versées aux travailleurs salariés et indépendants en arrêt maladie a atteint 12 Md€ en 2022 (+ 4,3 Md€ par rapport à 2017). La dépense a progressé de 9 % par an en moyenne entre 2017 et 2022, contre 3 % par an entre 2010 et 2017.

Dans la période 2017-2022, la hausse a été d'abord de 5,1 % par an de 2017 à 2019. La pandémie a conduit à une augmentation inédite de la dépense en 2020 (+ 30 %), puis à un reflux en 2021 (- 9 %). Une vive progression a été à nouveau constatée en 2022 (+ 19 %). Sur les trois ans, l'augmentation annuelle moyenne a atteint 12,2 %.

²⁰² Les indemnités journalières versées par l'assurance maladie se distinguent des indemnités journalières pour accidents du travail et des indemnités journalières maternité.

**Graphique n° 26 : évolution annuelle des montants indemnisés
entre 2017 et 2022 par le régime général (en M€)**



Champ : travailleurs salariés et travailleurs indépendants affiliés au régime général, dépenses y compris arrêts dérogatoires covid 19

Source : Cour des comptes, d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale

Pour analyser cette évolution, les dépenses exceptionnelles découlant de l'épidémie de covid 19 doivent être distinguées des dépenses relevant de facteurs plus permanents. Il convient, au surplus, de rappeler que la frontière dans la prise en charge des dépenses entre la branche maladie et la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) fait l'objet de débats récurrents.

**Une incertitude sur l'imputation
du coût des indemnités journalières**

La méconnaissance d'une exposition des salariés peut conduire à ne pas déclarer une pathologie comme maladie professionnelle. L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit en conséquence qu'un prélèvement est opéré chaque année sur la branche des accidents du travail et maladies professionnelles au profit de la branche maladie pour tenir compte des dépenses indûment supportées par cette dernière.

Ce versement, de 1 Md€ par an de 2017 à 2021, a été réévalué à 1,1 Md€ en 2022 puis à 1,2 Md€ en 2023²⁰³. Contrairement aux indemnités journalières maladie, la reconnaissance de maladies professionnelles a diminué en 2022 (- 6,4 %).

B - Des facteurs permanents qui participent à l'augmentation des dépenses

Les dépenses d'indemnisation des arrêts de travail sont sensibles à l'évolution des salaires, ainsi qu'aux caractéristiques de la population active affiliée au régime général.

1 - Un rôle important de l'évolution des salaires

Le montant de l'indemnité versée par le régime général est calculé sur la base de 50 % du salaire brut moyen de l'assuré, dans la limite d'un plafond égal à 1,8 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic). Les deux facteurs principaux qui expliquent l'évolution de la dépense d'indemnités journalières maladie sont donc le Smic et le salaire moyen par tête.

Les règles de revalorisation du Smic

Le Smic est augmenté automatiquement chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'inflation constatée et de la progression des salaires des ouvriers et des employés. Il peut être revalorisé en cours d'année si le taux d'inflation dépasse un certain seuil. Le Gouvernement peut décider à tout moment d'une revalorisation supérieure à cette indexation automatique.

Le Smic a augmenté de 2,8 % de 2017 à 2019 et de 13,6 % de 2020 à 2023, dans un contexte de tensions inflationnistes croissantes.

Les revalorisations du Smic contribuent à augmenter le niveau moyen de l'indemnisation de trois manières : un effet-base sur la rémunération des 17 % de salariés payés à ce niveau en 2023, une revalorisation des salaires immédiatement supérieurs, et un effet de relèvement du plafond de l'indemnité journalière. Les deux premiers effets sont prédominants puisque 92 % des indemnités versées sont inférieures au plafond.

²⁰³ La commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des maladies professionnelles a estimé en 2021 que le montant était compris entre 1,2 Md€ et 2,1 Md€.

La progression du salaire moyen par tête est, quant à elle, fonction de la dynamique des salaires mais aussi de la structure par âge de la population active, le salaire augmentant avec l'âge²⁰⁴. Or, le report progressif de l'âge de la retraite de 60 à 62 ans depuis 2011 et l'augmentation de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein contribuent à conserver les salariés âgés sur le marché du travail. Selon le rapport annuel 2023 du Conseil d'orientation des retraites, le taux d'activité des 50-64 ans a progressé de 11 points entre 2010 et 2021. L'augmentation de la population active sur la période récente découle en grande partie du maintien dans l'emploi des plus de 55 ans.

La progression du salaire moyen par tête, modérée de 2017 à 2019 (+ 5,5 % au total), est devenue plus rapide entre 2020 et 2022 (+ 6,7 %). En conséquence, l'indemnité journalière moyenne a été calculée sur des salaires moyens plus élevés de 12,2 % en 2022 qu'en 2017, l'inflation cumulée ayant atteint 11,7 % sur la période. Ces éléments se répercutent sur le montant moyen d'indemnité versé par journée indemnisée, qui a crû de 7,5 % entre 2017 et 2022 pour atteindre 34,10 € en 2022.

L'augmentation des dépenses a été moins rapide que celle des salaires car près de la moitié résulte d'indemnités versées au titre d'arrêts d'une durée supérieure à six mois, qui ne bénéficient pas de revalorisation durant le laps de temps où elles sont versées. Les hausses de salaires et les fortes augmentations du Smic appliquées en 2022 et en 2023 continueront à avoir des effets en 2024 et au-delà. Le montant moyen de l'indemnité liquidée a déjà augmenté de 6,5 % sur le premier semestre 2023.

2 - Des effets démographiques et de changement de périmètre d'affiliation

Le volume de prescriptions d'arrêt de travail dépend de l'état de santé de la population active, du nombre d'affiliés au régime général et de leur structure d'âge.

Davantage de personnes en activité conduit à un nombre plus élevé d'arrêts de travail. Or, depuis 2017, la population active a augmenté de 2,5 %.

En outre, le périmètre du régime général s'est étendu avec l'intégration en 2020 du régime social des indépendants et donc la prise en charge de l'indemnisation des arrêts de travail des travailleurs indépendants, auxquels se sont ajoutés, depuis le 1^{er} juillet 2021, les

²⁰⁴ D'après l'Insee (*Portrait social 2023*), la rémunération annuelle moyenne des salariés âgés de 55 ans ou plus est de 32 % supérieure à celle des salariés âgés de 25 à 39 ans.

professionnels libéraux affiliés à la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales. En 2022, environ 230 000 travailleurs non-salariés ont perçu une indemnité journalière maladie, pour un montant total de dépenses d'indemnisation de 369 M€²⁰⁵.

Enfin, les actifs âgés ont tendance à être affectés de pathologies plus nombreuses et plus incapacitantes que les actifs plus jeunes, ce qui est à l'origine d'un nombre d'arrêts de travail plus élevé et d'une durée moyenne supérieure. Les plus de 55 ans représentaient 18,3 % de la population active en 2022 mais 27 % des journées indemnisées par l'assurance maladie au titre des indemnités journalières maladie. La durée moyenne des arrêts de travail indemnisés des 55-59 ans s'établissait à 53 jours en 2022, contre 29 jours pour les 35-39 ans.

C - Des dépenses imputables à l'épidémie de covid 19 difficiles à isoler

En mars 2020, devant la propagation du virus sur le territoire, la loi a prévu la possibilité de déroger aux règles d'attribution des indemnités journalières maladie²⁰⁶ afin de faciliter la prise en charge des personnes malades ou vulnérables et de leurs proches. Ce dispositif est monté en charge après la fin du premier confinement, le 11 mai 2020.

Les mesures dérogatoires ont été étendues à plusieurs reprises pour inclure les personnes présentant les symptômes de l'infection ou faisant l'objet d'une mesure d'isolement²⁰⁷ et ont été appliquées jusqu'au 31 janvier 2023. Elles comprenaient la suspension de la vérification des conditions d'ouverture des droits, un allègement des contrôles des services médicaux des caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) et la suspension du décompte du délai maximal d'indemnisation de trois ans pour tous les arrêts, quelle que soit leur cause. Un téléservice permettant d'effectuer une déclaration en ligne et de bénéficier d'une indemnisation dès le premier jour d'isolement a été ouvert en janvier 2021.

La caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a identifié les arrêts pour motif covid afin de mesurer les dépenses afférentes. Elle y a rattaché une part des arrêts de travail non-identifiés pour motif covid dans le système national des données de santé, notamment ceux dont le motif n'avait pas été inscrit par le médecin prescripteur.

²⁰⁵ Données Cnam, hors indemnités dérogatoires covid.

²⁰⁶ Ordonnances n° 2020-306 du 25 mars 2020 et n° 2020-427 du 15 avril 2020.

²⁰⁷ Décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021.

**Tableau n° 24 : dépenses d'indemnités journalières maladie (IJM)
pour motifs covid 19 et hors covid 19 dans le régime général²⁰⁸
(en Md€)**

| | 2020 | 2021 | 2022 | Total |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| <i>IJM dérogatoires covid 19</i> | 1,3 | 0,6 | 1,4 | 3,3 |
| <i>IJM rattachées covid 19</i> | 0,8 | 0,2 | 0,3 | 1,3 |
| <i>Sous-total IJM covid 19</i> | 2,1 | 0,85 | 1,7 | 4,6 |
| <i>IJM hors covid 19</i> | 8,9 | 9,2 | 10,3 | |
| Total | 11,1 | 10,1 | 12,0 | |

Source : Cour des comptes, d'après données de la commission des comptes de la sécurité sociale

Le coût des indemnités covid 19 dérogatoires ou rattachées a été évalué dans les comptes du régime général à 4,6 Md€ de 2020 à 2022. Hors covid, la dépense d'indemnités journalières maladie a augmenté de 7 % par an sur la période 2020-2022, en accélération par rapport à 2017-2019 (+ 5 % par an) et à 2010-2017 (+ 3,2 % par an).

Cette dépense ne recouvre cependant pas tous les coûts induits. Les mesures d'allègement des contrôles sur les indemnisations de plus de six mois et la levée de la limite du délai d'indemnisation ont entraîné une augmentation du nombre de personnes indemnisées sur longue période. La crise sanitaire a aussi réduit le nombre de personnes qui ont repris un travail ou, au contraire, ont été admises en invalidité du fait de l'allongement des délais de prise en charge²⁰⁹ et des consignes données au service médical de ne pas mettre fin aux indemnisations en cours. Le nombre d'arrêts de travail de plus de deux ans a fortement augmenté jusqu'en mai 2021 et n'a que peu diminué par la suite. Fin 2022, il restait 28 % supérieur à 2019.

Ces effets ont joué un rôle important dans le dynamisme des dépenses puisque les arrêts supérieurs à six mois, qui ne représentent que 6 % du nombre d'arrêts indemnisés, induisent près de la moitié de la dépense d'indemnités hors covid. Le coût, par rapport à 2019, du surplus de journées indemnisées pour des arrêts de plus de six mois est évalué par la Cour entre

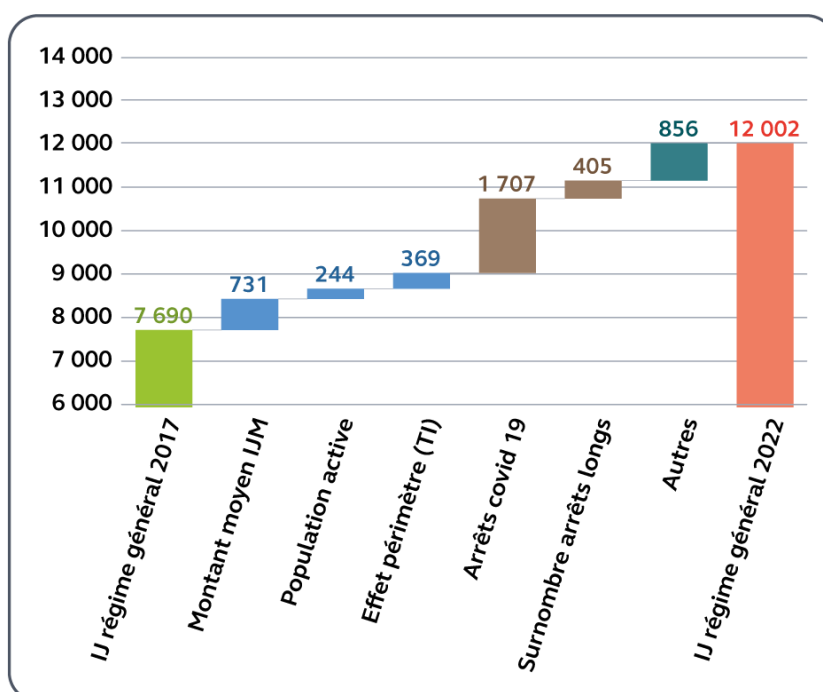
²⁰⁸ Pour les sept premiers mois de l'année 2023, les dépenses d'indemnités journalières imputables à la covid 19 ont été estimées à 120 M€. Cnam, *Focus sur les dépenses d'IJ*, septembre 2023.

²⁰⁹ Accès à l'imagerie, aux consultations de spécialistes, déprogrammation d'interventions non-urgentes, etc.

405 M€ et 886 M€ pour la seule année 2022²¹⁰ et s'ajoute à la dépense de 1,7 Md€ estimée par la Cnam pour les indemnités dérogatoires et rattachées.

Malgré les difficultés méthodologiques découlant du contexte pandémique, une décomposition simplifiée des facteurs d'augmentation de la dépense est présentée dans le graphique ci-dessous.

Graphique n° 27 : décomposition des facteurs d'augmentation de la dépense de 2017 à 2022 (en M€)



Source : Cour des comptes

Sur les 4,3 Md€ d'augmentation de la dépense en 2022 par rapport à 2017, 1,7 Md€ est directement imputable à la crise sanitaire. S'y ajoute un montant minimum de 400 M€ résultant de l'allongement du délai maximal d'indemnisation au-delà de trois ans, des difficultés d'accès au système de soins en période pandémique et de l'allègement des contrôles du service médical pour la poursuite de l'indemnisation au-delà de six mois.

²¹⁰ Selon qu'est prise en compte ou non la tendance de long terme à l'augmentation du nombre d'arrêts de plus de six mois (+ 3 % par an en moyenne), qui était déjà constatée sur la période 2012-2019.

Les facteurs économiques et démographiques expliquent 1,3 Md€ de hausse, dont 0,7 Md€ dû à l'augmentation du Smic et du salaire moyen par tête, 0,2 Md€ à l'augmentation de la population active et 0,4 Md€ à l'extension du périmètre du régime général aux indépendants et aux professions libérales.

La vive progression de la dépense entre 2017 et 2022 peut donc être en grande partie expliquée par des facteurs démographiques et salariaux ainsi que par les incidences de la crise sanitaire. 0,9 Md€ ne peuvent être rattachés à aucune de ces causes prises isolément. Ils incluent les conséquences du vieillissement de la population active sur la durée des arrêts de travail, qui ne peuvent être chiffrées précisément. Une augmentation de la durée des arrêts pour motif psychologique a aussi été constatée, qui s'inscrit dans la durée : la Cnam a constaté une augmentation de la durée moyenne des arrêts de 10 % pour toutes les classes d'âge entre 2010 et 2019²¹¹.

Les baromètres de l'absentéisme publiés par divers acteurs reflètent la perception d'une dégradation de l'état de santé de la population française. Selon le baromètre Malakoff-Humanis 2022, le nombre de salariés jugeant leur état de santé dégradé est passé de 25 % à 31 % entre 2020 et 2022. Selon ce sondage, les troubles psychologiques représentaient 20 % des motifs d'arrêt en 2022 contre 15 % en 2020²¹².

Dans un contexte de retour à la normale sur le plan sanitaire et de rétablissement par la Cnam des actions de régulation de la dépense d'indemnités journalières dans le cadre de sa stratégie pluriannuelle²¹³, la dynamique de la dépense devra être suivie avec attention. Cette dynamique se confirme en 2023 avec un montant de dépense ramené à 10,8 Md€, dans lequel les indemnités journalières covid ne comptent plus que pour 100 M€ et les indemnités journalières hors covid progressent encore de 500 M€.

²¹¹ Cnam, *Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004) pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, juillet 2023.

²¹² Ces chiffres, issus de sondages réalisés sur des échantillons d'environ 1 000 personnes, doivent toutefois être pris avec précaution.

²¹³ Celle-ci comporte des actions à destination des assurés, des prescripteurs et des employeurs visant à mieux réguler la dépense d'indemnités journalières maladie, dont de nombreuses dimensions sont analysées en partie III *infra*.

II - Une réglementation à simplifier

L'adaptation de la réglementation à la diversité des situations d'activité aboutit à une grande complexité. Celle-ci est source de coûts de gestion importants et a des conséquences préjudiciables pour les assurés, notamment les plus précaires. La vérification des droits des assurés et la détermination du revenu servant de base au calcul de leur indemnisation mériteraient d'être simplifiées.

A - Une trop grande complexité, coûteuse et préjudiciable aux assurés

La réglementation des indemnités journalières a cherché à prendre en compte les caractéristiques particulières des multiples situations d'emploi. La grande complexité qui en découle est à la source de coûts de gestion importants, d'erreurs et de délais de liquidation défavorables aux assurés.

1 - Une complexité réglementaire suscitée par la diversification des situations d'emploi

L'indemnisation d'un arrêt de travail est calculée sur la base de 50 % de la moyenne du salaire brut, apprécié sur les trois ou les douze mois précédant l'arrêt de travail selon les cas. Elle est versée sous la condition d'un nombre minimum d'heures travaillées ou d'une rémunération minimale constatée durant les trois, six ou douze mois précédant l'arrêt.

La diversification des modes de rémunération a progressivement rendu la notion de salaire brut moins aisée à déterminer : primes assujetties ou non à cotisations sociales et à l'impôt, treizième mois, intéressement et participation, tickets-restaurants, frais de déplacement, etc.

La difficulté à qualifier le revenu et l'activité s'est accentuée avec la diversification des situations des personnes ayant un emploi, au fur et à mesure de leur rattachement au régime général (contrats à durée déterminée, saisonniers, intérimaires, intermittents, personnels de maison, assistantes maternelles, etc.).

Cette multiplication de situations spécifiques rend plus complexe le recensement des périodes d'activité ainsi que le calcul du revenu de référence à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité.

La complexité s'est accentuée avec l'ouverture des règles du maintien de droits²¹⁴ aux demandeurs d'emploi inscrits à France Travail. Ces règles conduisent à devoir apprécier le salaire de référence sur des périodes d'emploi parfois éloignées de la date de la prescription d'arrêt de travail²¹⁵. La réglementation oblige aussi à neutraliser les périodes non travaillées en cas d'activité réduite permettant de percevoir à la fois un revenu d'activité et une allocation chômage, ce qui constitue une opération complexe.

L'ouverture de l'indemnisation des arrêts de travail à diverses catégories de travailleurs non-salariés (artisans et commerçants, professionnels libéraux et personnels médicaux)²¹⁶ a conduit à leur appliquer des règles différentes de celles établies pour les travailleurs salariés. Leur indemnité est calculée sur la moyenne des trois dernières années de revenu non-salarié, sous des conditions de revenus et d'activité minimale spécifiques. Le montant maximal de leur indemnité est régi par des règles propres²¹⁷.

Le cas des personnes qui exercent à la fois une activité indépendante et une activité salariée et qui bénéficient donc des deux régimes nécessite un double calcul. À revenu global identique, une personne dans cette situation se trouve avantagée du fait de l'absence de plafonnement global des sommes versées, ce qui pose un problème d'équité.

2 - Une complexité coûteuse en gestion et préjudiciable aux assurés

La modernisation des outils de gestion (*cf. infra*) aurait dû permettre de réduire les effectifs affectés à la liquidation des prestations dans les Cnam. En réalité, les effectifs ont augmenté du fait de la pandémie de covid, et, en dépit de cette augmentation, un stock de dossiers s'est constitué qui n'a pu être résorbé que par de nouveaux recrutements.

²¹⁴ Les demandeurs d'emploi bénéficient du maintien de leurs droits aux prestations en espèces de la sécurité sociale pendant la période de versement de leur allocation chômage et pendant un an au-delà (art. L. 311-5 du code de la sécurité sociale).

²¹⁵ Il a été constaté à la Cnam de Créteil que la liquidation d'une indemnité en septembre 2023 a nécessité de demander à un chômeur des bulletins de salaires remontant à 2009.

²¹⁶ Les commerçants et artisans bénéficiaient d'indemnités journalières maladie servies par le régime social des indépendants. Depuis le 1^{er} juillet 2021, les professionnels libéraux (hors avocats) peuvent bénéficier d'indemnités journalières maladie selon des règles qui leur sont propres.

²¹⁷ Au 1^{er} janvier 2024, l'indemnité brute servie aux travailleurs indépendants ne peut pas excéder le montant de 63,52 €, contre 52,28 € pour les salariés.

En 2022, la liquidation des indemnités journalières maladie occupait directement 3 673 équivalents temps plein rémunérés, soit 7,4 % de l'effectif des Cnam²¹⁸, pour un coût salarial de 183 M€. À ce montant, s'ajoutent des charges indirectes de gestion administrative, ainsi que le coût des effectifs des directions régionales du service médical, directement ou indirectement mobilisés par les indemnités journalières maladie. À partir de la comptabilité analytique de la Cnam, la Cour a estimé la charge totale de gestion administrative et médicale entre 5 000 et 7 500 agents, pour un coût annuel supérieur à 400 M€.

Une part significative de ces coûts est imputable à la vérification des conditions d'éligibilité et à l'estimation de la base indemnitaire de six situations dites complexes : chômeurs, intérimaires, assistantes maternelles, employés de maison, intermittents, praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. La liquidation de ces indemnités requiert une connaissance pointue de la réglementation et la maîtrise de nombreux applicatifs informatiques. De ce fait, le nombre de dossiers complexes traités par agent ne dépasse pas quatre à cinq par heure. À la Cnam des Bouches-du-Rhône, les indemnités complexes mobilisent 15 % du temps de liquidation alors qu'elles représentent moins de 4 % des arrêts de travail. Elles ont en outre des effets sur d'autres processus (prise de contact des assurés, médiation, contentieux, etc.).

L'outil informatique utilisé pour la gestion de la plupart des liquidations de prestations de l'assurance maladie a des limites et des carences connues. Il s'agit d'un applicatif ancien, dont le remplacement est prévu au premier semestre 2024.

La mise en service du nouvel outil de liquidation des indemnités journalières maladie des travailleurs salariés, dénommé Arpège, devrait apporter une automatisation plus grande et une ergonomie améliorée, malgré certaines craintes des agents²¹⁹. La Cnam estime les gains d'efficacité de ce nouvel outil à 996 équivalents temps plein entre 2025 et 2027. Cependant, Arpège ne résoudra pas les problèmes de liquidation qui

²¹⁸ 8,7 % des effectifs si l'on prend également en compte les effectifs occupés à la liquidation des indemnités journalières au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.

²¹⁹ Arpège est utilisé pour la liquidation des prestations des travailleurs indépendants depuis 2020. Sa mise en service s'est accompagnée d'erreurs informatiques qui ont conduit à des blocages et à un nombre important d'indus, qui n'ont pu être rattrapés – manuellement – qu'à compter du premier semestre 2022.

résultent de la complexité du calcul de l'indemnité dans un certain nombre de cas (maintien de droits, emploi discontinu ou à employeurs multiples).

La fréquence des erreurs résiduelles affectant le calcul du montant des indemnités dues avoisine 8 % pour l'exercice 2023²²⁰. Leur montant est estimé à 453,3 M€, soit 1,8 % du montant des prestations. Les erreurs les plus courantes affectent le calcul du salaire de référence, du fait de l'application incorrecte d'une réglementation devenue trop complexe.

La complexité réglementaire explique aussi les délais moyens de liquidation de la première indemnité, qui ont augmenté de manière continue ces dernières années pour atteindre 32,8 jours en 2022 (+ 15 % par rapport à 2017). Les délais sont encore plus longs pour les indemnités complexes. Cette situation porte préjudice aux assurés, notamment aux plus précaires, qui relèvent souvent des cas complexes.

Les indemnités journalières pour maladie constituent près du tiers des flux de prise de contact du public avec les Cnam (arrêt initial, droits, délais de paiement, montant, situation, contestations). Elles entraînent, plus que d'autres prestations, des réclamations réitérées par un même assuré, par téléphone, par courrier électronique ou par lettre. La situation n'est satisfaisante ni pour les bénéficiaires, ni pour les caisses de sécurité sociale, sur lesquelles elle fait peser une charge disproportionnée. Si la réglementation était simplifiée, une part de l'effectif chargé de ces missions pourrait être réaffectée.

B - Des simplifications réglementaires à envisager

Pour améliorer la qualité du service rendu aux assurés et réduire les coûts de gestion, une simplification de la réglementation est nécessaire. Elle est reconnue par la nouvelle convention d'objectifs et de gestion qui lie l'assurance maladie et l'État pour la période 2023-2027 : « *L'État s'engage à [...] simplifier et harmoniser la réglementation des indemnités journalières pour en faciliter la liquidation* ». Les simplifications pourraient porter sur la vérification des conditions d'ouverture des droits et sur la détermination du revenu servant de base au calcul des indemnités journalières.

²²⁰ La Cnam contrôle chaque année la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent les indemnités journalières pour maladie, pour accidents du travail et maladies professionnelles et pour maternité et paternité mises en paiement à partir d'un échantillon de 5 235 indemnités en 2023, réparties à parité entre les trois risques.

1 - Les conditions d'ouverture des droits

Le ministère chargé de la santé a mené en 2018 des réflexions visant à supprimer les conditions d'ouverture des droits pour les arrêts maladie de moins de six mois pour les salariés. La seule condition qui serait encore vérifiée serait l'existence d'un contrat de travail. En revanche, les conditions du nombre minimal d'heures travaillées et du revenu minimal cotisé seraient supprimées. Cet allègement permettrait de mieux couvrir les salariés précaires, récemment en emploi, travaillant dans de très petites entreprises (50 % des cas) ou auprès de particuliers employeurs (30 % des cas).

Le coût de cette mesure pour l'assurance maladie avait été évalué en août 2018 à 40 M€ par an par la direction de la sécurité sociale. Il serait utile d'actualiser cette estimation et de la comparer aux économies de gestion qu'elle permettrait.

2 - Les modalités de calcul du revenu de référence

Le calcul du revenu de référence est affecté lorsque la réglementation oblige à établir l'indemnisation à partir de salaires anciens (chômeurs), de périodes de travail discontinues (contrats à durée déterminée, saisonniers, intérimaires, intermittents) ou de salaires versés par plusieurs employeurs (personnels de maison, assistantes maternelles).

De premiers échanges techniques ont eu lieu à la mi-2023 entre la Cnam et la direction de la sécurité sociale afin d'identifier les voies d'une simplification. Ces travaux semblent privilégier l'harmonisation réglementaire des règles entre les indemnités journalières servies en cas de maladie, d'accidents du travail et maladies professionnelles, de maternité et paternité. Trois scénarios sur les quatre étudiés par la Cnam reposent ainsi sur une généralisation du calcul de l'indemnité sur les salaires des douze derniers mois, déjà appliquée aux salaires discontinus, au lieu des trois derniers mois appliqués actuellement à la grande masse des salariés. Un tel allongement se traduirait par une augmentation des exigences administratives et une nouvelle augmentation des frais de gestion.

Une autre approche consisterait à raccourcir la période de référence à trois mois pour tous les salariés et chômeurs, quitte à recourir à des forfaits pour les assurés n'ayant pas perçu de salaire au cours des trois derniers mois précédant l'arrêt de travail (cas des personnes en emploi

discontinu)²²¹, tout en plafonnant l'indemnité au niveau de celle versée par France Travail au titre du chômage pour contenir les risques d'arbitrage entre les deux régimes.

Une telle simplification permettrait une réduction des délais de liquidation des indemnités et donc un versement plus rapide de leurs indemnités aux assurés. Elle améliorerait le paiement à bon droit des prestations. L'effectif affecté aux missions de liquidation pourrait être réduit et réaffecté, en tout ou partie, à la maîtrise médicalisée de ces dépenses ou à la lutte contre les fraudes.

L'analyse de ce scénario devrait prendre en compte des « situations-types » afin d'en chiffrer plus précisément les effets sur les montants perçus par les assurés. Pour la plus grande partie des salariés, une telle évolution serait sans conséquence sur le montant total perçu, compte tenu des obligations légales et conventionnelles pesant sur l'employeur au titre du maintien du salaire (cf. *infra*).

III - Une dépense à mieux maîtriser

D'importantes modernisations des outils informatiques ont été mises en œuvre, qui doivent être généralisées pour améliorer l'efficacité de la gestion des indemnités journalières. La montée en puissance de nouveaux outils pourrait aussi permettre un contrôle plus efficace et plus gradué des arrêts de travail prescrits. Enfin, une meilleure maîtrise de la dépense d'indemnités journalières maladie et le redressement des comptes publics invitent à réexaminer les paramètres de l'indemnisation.

A - Des actions de fiabilisation des données et de lutte contre la fraude à intensifier

Deux importantes modernisations ont été déployées ces dernières années, qui contribuent à fiabiliser les données utilisées pour établir les droits à indemnisation et à automatiser les procédures. Elles concernent les employeurs d'une part et les médecins prescripteurs d'autre part.

²²¹ Le rapport au Premier ministre de la mission Bérard, Oustric et Seiller, *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail, neuf constats, vingt propositions*, en janvier 2019, proposait plus largement de forfaitiser l'indemnité journalière versée par la sécurité sociale au titre des trente premiers jours d'arrêt de travail (proposition 17).

Concernant les employeurs, la déclaration sociale nominative (DSN), mise en œuvre dans le secteur privé en 2017 et dans le secteur public en 2022, a simplifié les déclarations sociales. Les employeurs doivent informer les Cnam de l'arrêt de travail du salarié en fournissant une attestation de salaire (voir *infra*, schéma n° 1). Les informations portées sur cette attestation permettent de vérifier les conditions d'ouverture de droit, de déterminer le dernier jour de travail et de reconstituer les salaires à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité. Lorsque celle-ci est télétransmise aux Cnam, l'indemnité peut être établie et versée automatiquement. Il s'agit d'un progrès considérable, qui justifie que le taux de transmission des attestations de salaire par la DSN constitue un nouvel indicateur dans la convention d'objectifs et de gestion État-Cnam 2023-2027²²².

Concernant les prescripteurs d'arrêts de travail, un téléservice a été déployé à partir de 2011 à destination des médecins de ville, pour leur permettre de transmettre par voie numérique les avis d'arrêts de travail. Ce transfert supprime le risque d'erreurs matérielles (corrections, ratures, mauvaise lisibilité) et permet de notifier directement l'arrêt de travail à la Cnam, sans qu'il soit nécessaire à l'assuré d'envoyer un courrier séparé. Le motif de l'arrêt est codé, ce qui permet un contrôle médical et un suivi statistique des prescriptions. Enfin, la falsification de l'avis d'arrêt de travail et l'usurpation de l'identité du professionnel de santé prescripteur sont rendues beaucoup plus difficiles, alors que la revente *via* internet d'avis falsifiés en format papier s'est développée, ainsi que les médias s'en sont fait l'écho.

Une détection et une sanction des fraudes encore insuffisantes

Le montant des fraudes aux indemnités journalières (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, maternité et paternité) détectées par l'assurance maladie s'est élevé à 12,8 M€ en 2022²²³, ce qui apparaît faible.

Dans le périmètre des indemnités journalières maladie, le nombre de fraudes détectées par la Cnam (1 800 cas) a donné lieu à l'engagement de 1 450 actions contentieuses en 2023. Pour la même année, 756 pénalités financières ont été prononcées à l'encontre des fraudeurs. Une montée en puissance de ces actions est nécessaire. Les indemnités journalières maladie ne font pas partie des domaines pour lesquels une estimation de la fraude aux prestations est établie²²⁴ mais la Cnam a annoncé des travaux en ce sens courant 2024.

²²² 69 % des attestations de salaire ont été transmises *via* la DSN en 2023.

²²³ Cnam, *Bilan pour 2022 des actions de contrôle interne et de lutte contre la fraude*.

²²⁴ Ralfss 2023, chapitre VII « *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore* ».

Pour qu'un fraudeur puisse être sanctionné, l'assurance maladie doit faire authentifier les faux avis d'arrêt de travail par le praticien victime d'une usurpation d'identité. Toutefois, le formulaire à remplir n'est disponible qu'en format papier, ce qui dissuade certains praticiens. La procédure mériterait d'être simplifiée et de pouvoir être effectuée en ligne, afin que soient systématiquement poursuivis les auteurs et les utilisateurs de ces documents frauduleux²²⁵.

Ce type de fraude, impliquant des avis d'arrêt de travail au format papier, serait tari par la transmission généralisée des avis *via* le téléservice prévu à cet effet. La télétransmission doit s'effectuer depuis le poste informatique du praticien et est authentifiée par sa carte de professionnel de santé.

L'importance des améliorations apportées est telle qu'il est indispensable de tendre le plus rapidement possible vers la généralisation. L'absence d'équipement informatique ou d'accès à internet ne constituent plus des arguments recevables pour l'immense majorité des praticiens. L'ergonomie du service a par ailleurs été améliorée depuis 2019 : selon un test de l'Agence du numérique en santé, la saisie d'un avis d'arrêt de travail prend en moyenne 65 secondes.

L'article L. 161-35²²⁶ du code de la sécurité sociale prévoit que « *les arrêts de travail sont prescrits, sauf exception, de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie* » sous peine de sanctions, en principe prévues dans le cadre conventionnel médical. Toutefois, faute de signature de nouvelles conventions médicales avec les professions concernées, ces sanctions n'ont jamais été définies²²⁷. En conséquence, le taux de télétransmission des avis d'arrêt de travail par les professionnels installés en ville atteignait 67 % en septembre 2023, ce qui est sensiblement

²²⁵ Dans le cadre de son instruction, la Cour a examiné plusieurs cas d'usurpation d'identité signalés par des médecins généralistes en 2023, notamment quatre faux avis d'arrêt de travail papier émis par un même faussaire et utilisés en juin et juillet 2023 par des assurés affiliés aux Cnam 93, 94 et 17. En janvier 2024, les pénalités financières pour fraude n'avaient pas encore été appliquées et les signalements au procureur de la République sur le fondement de l'article 40 du code pénal n'avaient pas encore été effectués.

²²⁶ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, art. 55 (V). La loi prévoyait une entrée en vigueur de ces dispositions au plus tard au 31 décembre 2021.

²²⁷ Le règlement arbitral rédigé en l'absence de convention et approuvé par l'arrêté du 28 avril 2023 offrait la possibilité de déterminer ces sanctions, au même titre que les autres sujets ressortant du champ des conventions. Il ne les a pas fixées.

inférieur à l'objectif figurant dans la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 (75 % d'avis télétransmis en 2022).

La Cnam continue de privilégier l'incitation à la sanction dans le cadre des négociations conventionnelles en cours. Elle a ainsi proposé une refonte du forfait de structure : les médecins percevraient de la Cnam une rémunération spécifique dite « dotation numérique », à la condition d'utiliser certains téléservices, dont la télétransmission des avis d'arrêt de travail.

Il est toutefois nécessaire de faire appliquer effectivement les dispositions légales, en appliquant au besoin des sanctions, si les incitations ne suffisaient pas. Les nouvelles conventions devraient fixer aux médecins de ville des objectifs globaux de télétransmission assortis d'un calendrier prédéfini et déterminer les sanctions applicables, sauf exceptions prévues, à ceux qui ne télétransmettent pas, si ces objectifs collectifs ne sont pas atteints. À défaut, la loi devrait préciser ces sanctions.

B - Des efforts de maîtrise médicalisée à renforcer

D'importants progrès ont été réalisés par l'assurance maladie dans l'organisation et les objectifs du service médical, ainsi que dans les outils informatiques de contrôle des médecins prescripteurs et des assurés. Des moyens pourraient toutefois être redéployés pour renforcer le contrôle des prescriptions par le service médical. Pour les assurés souffrant d'une affection de longue durée, une révision de la durée maximale d'indemnisation permettrait au service médical d'intervenir à un moment plus adapté pour prévenir la désinsertion professionnelle.

1 - D'importants progrès déjà réalisés

La gestion médicalisée du risque s'est améliorée depuis 2017 même si elle a été fortement ralentie par la pandémie de covid 19.

L'organisation du service médical a été réformée à partir de 2018 pour le rapprocher des médecins prescripteurs. Cette évolution s'est accompagnée d'une diversification des compétences, avec le recrutement d'infirmières et de « conseillers services ». La nouvelle organisation s'appuie sur un contrôle plus ciblé des arrêts de travail d'une durée inférieure à six mois et sur le contrôle et l'accompagnement des assurés en arrêt de travail de plus de six mois.

Les outils de contrôle à la disposition du service médical lui permettent de mieux contrôler les arrêts de travail, en détectant les prolongations d'arrêt ou en analysant le comportement de certains

médecins prescripteurs à partir des codes de pathologies utilisés. L'outil dit de requête unique permet d'identifier les dossiers à contrôler en fonction de la durée et du motif des arrêts de travail, et de répartir le travail de contrôle des équipes en fonction des compétences des agents.

La batterie d'indicateurs de performance du service médical s'est étoffée. Des valeurs minimales à atteindre ont été introduites et les objectifs sont devenus plus ambitieux. Les indicateurs sont désormais opposables au service et doivent donner lieu à la mise en place d'un plan d'action en cas de non-atteinte des objectifs ou de dégradation des résultats.

La requête unique, initialement conçue comme transitoire, a été améliorée depuis juin 2023 par le déploiement d'un nouveau logiciel, dénommé Matis, qui doit assurer des détections automatisées portant sur le flux des arrêts de travail en instance de traitement. Il doit aussi permettre une amélioration du suivi des dossiers et de la coordination des acteurs.

D'autres outils ont été créés pour améliorer la relation avec les assurés et avec les médecins prescripteurs. Ils permettent notamment au service médical d'intervenir plus tôt et de superviser les flux de nouveaux arrêts de travail. Leur montée en puissance est toutefois conditionnée par l'achèvement de certains développements informatiques.

Depuis 2022, la Cnam cherche à renforcer la coordination entre les Cnam, les caisses d'assurance retraite et d'accidents du travail (Carsat) et le service médical en vue d'assister les entreprises caractérisées par des taux d'absentéisme élevés. Elle prévoit d'y associer les services de prévention et de santé au travail en 2024.

2 - De nouveaux outils d'aide à la prescription et de contrôle des prescripteurs

Des référentiels de prescriptions ont été créés et actualisés sous l'égide de la Haute Autorité de santé (HAS)²²⁸. Les référentiels, à l'enrichissement desquels les professions médicales sont associées, constituent un outil de normalisation des prescriptions. Il existe une soixantaine de référentiels de prescriptions correspondant aux motifs d'arrêts de travail les plus fréquents.

²²⁸ La HAS, en application de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale, travaille à la mise à jour et à la création de fiches pour des pathologies à fort enjeu (hausse des motifs, durée d'arrêt longue). Le calendrier prévisionnel prévoit la création d'un référentiel syndrome dépressif en 2025.

La convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 entre la Cnam et l'État prévoit de les prendre en compte dans les logiciels d'aide à la prescription, ce qui doit contribuer à améliorer la pertinence des durées d'arrêt prescrites. Conjugués à la dématérialisation de l'avis d'arrêt de travail et au déploiement de l'outil Matis, les référentiels de prescription constituent d'importants outils d'aide à la régulation et au contrôle des arrêts. Au lieu d'essayer d'identifier, au sein d'une masse importante d'arrêts de travail, ceux d'une durée excessive, le service médical peut désormais concentrer ses efforts sur l'analyse de la pertinence des arrêts de travail dépassant les durées recommandées.

Le recours aux nouveaux outils, dans la mesure où il permet un suivi en temps réel des prescriptions d'arrêts de travail effectuées par chaque praticien, doit favoriser la détection précoce des cas de sur-prescription et améliorer le dialogue entre le service médical de l'assurance maladie et les prescripteurs, avant la mise en œuvre éventuelle de mesures de sanction par les procédures de mise sous objectif ou de mise sous accord préalable²²⁹.

Ces procédures, lourdes pour le service médical et généralement mal acceptées des praticiens, ne concernent aujourd'hui qu'un faible nombre de professionnels et sur une durée de six mois au maximum. Elles deviendraient le point d'aboutissement d'un processus plus gradué.

3 - Une révision de la durée maximale d'indemnisation à considérer

Dans le cas général, la durée maximale d'indemnisation des arrêts de travail est de 360 jours, sur une période de trois années²³⁰. Pour les assurés souffrant d'une affection de longue durée, l'indemnisation est versée pendant une durée maximale de trois années, calculée de date à date.

²²⁹ Lorsque le service médical de l'assurance maladie constate que le volume de prescriptions d'un praticien est supérieur à la moyenne, le directeur de la Cnam peut proposer à celui-ci, à l'issue d'une procédure contradictoire, un objectif de réduction du volume de prescriptions à atteindre dans un délai compris entre quatre et six mois ; si l'objectif n'est pas atteint, des pénalités peuvent être prononcées. En cas de refus de la mise sous objectif, une commission peut décider de mettre le praticien sous accord préalable. Le versement d'indemnités journalières au titre d'un arrêt de travail prescrit par ledit praticien est alors subordonné à l'accord préalable du service médical. En cas de récurrence après deux périodes de mise sous accord préalable, le praticien s'expose à une pénalité financière.

²³⁰ Article L. 323-1 du code de la sécurité sociale.

Cette durée, inchangée depuis 1945, ne tient pas compte des progrès thérapeutiques, qui permettent aujourd'hui de stabiliser plus rapidement l'état de santé des patients et donc de statuer plus précocement sur leur retour au travail ou leur placement en invalidité.

Une durée de trois ans permet de prendre en charge les assurés souffrant de pathologies au long cours, mais elle augmente le risque de désinsertion professionnelle et retarde la mise en invalidité de personnes dont l'état est stabilisé²³¹. Inversement, une durée calculée de date à date peut s'avérer trop courte pour des pathologies chroniques (sclérose en plaques, certains cancers, etc.) pour lesquelles les malades travaillent mais se voient prescrire de nombreux arrêts justifiés.

Des travaux menés conjointement par la Cnam et par la direction de la sécurité sociale ont porté sur l'hypothèse d'une réduction de trois à deux ans de la durée maximale d'indemnisation continue, s'accompagnant de la possibilité de calculer le droit à indemnisation sur une période de trois ans glissants pour des pathologies chroniques sévères. Sous réserve d'effets indésirables qui n'ont à ce stade pas été identifiés, une telle mesure supprimerait les indemnisations longues continues, tout en évitant des ruptures d'indemnisation pour des arrêts répétés en lien avec une pathologie chronique sévère, permettant ainsi une indemnisation plus adaptée à la réalité de la situation médicale des assurés²³².

C - Des paramètres d'indemnisation qui doivent tenir compte de la protection assurée par les entreprises

Du fait de la loi et des conventions collectives, les entreprises ont l'obligation, sous certaines conditions, de maintenir le salaire de leurs employés en cas d'arrêt de travail. Une modification des paramètres d'indemnisation par le régime général serait donc neutre pour la plupart des assurés mais créerait des charges nouvelles pour les employeurs. Certaines mesures concernant les délais de carence auraient également des conséquences pour les salariés.

²³¹ Les pensions d'invalidité sont d'un montant inférieur à celui des indemnités journalières maladie.

²³² Les dépenses d'indemnités journalières maladie versées au-delà de deux ans sont de 756 M€ en 2022. Le raccourcissement de la durée d'indemnisation de trois à deux ans représenterait une économie brute d'un montant approchant.

1 - Un niveau élevé de protection sociale assumé par les entreprises

L'indemnisation de la perte de revenu pour maladie au titre de la sécurité sociale a été historiquement complétée par un ensemble d'obligations légales ou conventionnelles supportées par les employeurs. En cas d'arrêt de travail pour maladie, un salarié du secteur privé ne perçoit pas que les indemnités journalières versées par la sécurité sociale. Sous certaines conditions²³³ fixées par la loi de mensualisation des salaires de 1978 et la convention collective dont il relève, son employeur doit maintenir tout ou partie de son salaire.

Les obligations de maintien du salaire par l'employeur

La mensualisation, créée par la loi n°78-49 du 19 janvier 1978, emporte l'obligation pour les employeurs de garantir la rémunération d'un salarié en arrêt de travail dès le huitième jour en cas de maladie, à 90 % de son dernier salaire pendant trente jours, puis à 66,66 % pendant trente jours supplémentaires²³⁴.

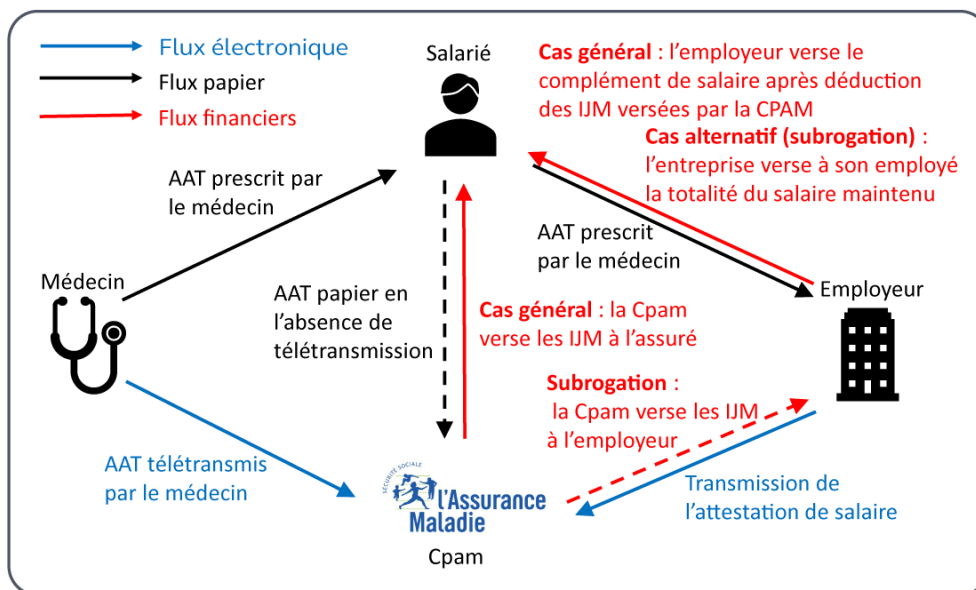
Ces niveaux constituent des *minima* qui varient selon l'ancienneté du salarié. Ils peuvent être améliorés par accord de branche ou d'entreprise, jusqu'à garantir un maintien du salaire net sur la durée de l'arrêt de travail, comme le prévoit par exemple la convention collective de la métallurgie.

La gestion administrative des arrêts de travail et les flux financiers qui en découlent, résultant de l'application des règles du code du travail et du code de la sécurité sociale, est présentée dans le schéma ci-dessous.

²³³ L'obligation de maintien de salaire est applicable à compter d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, ce qui exclut les nouveaux embauchés et les salariés en contrat à durée déterminée de moins d'un an.

²³⁴ Soit l'employeur déduit le montant des indemnités versées par l'assurance maladie et verse le complément de salaire à l'assuré, soit il se subroge au salarié pour percevoir les indemnités et il verse la totalité de son dû au salarié, le terme de subrogation désignant la substitution d'une personne à une autre dans une relation juridique.

Schéma n° 1 : fonctionnement en gestion du versement des indemnités journalières et du maintien du salaire par l'employeur



Note : ce schéma présente le cas le plus fréquent d'un arrêt de courte durée ne faisant pas intervenir de régime de prévoyance collective.

Source : Cour des comptes

La charge financière assumée directement par les entreprises au titre du maintien de salaire en cas de maladie est évaluée à 5 Md€ en 2022²³⁵. Le montant des prestations découlant des garanties d'assurance souscrites contre le risque d'arrêt de travail de leurs salariés est en outre évalué à 6,6 Md€ en 2022²³⁶. Les dépenses supportées par les entreprises au titre de l'indemnisation des arrêts de travail ont donc atteint 11,6 Md€ en 2022, soit un montant comparable aux dépenses d'indemnités journalières de l'assurance maladie (12 Md€).

Selon l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)²³⁷, environ 70 % des salariés ne subissent aucune perte de revenu en cas d'arrêt maladie de courte durée, de nombreux accords collectifs prévoyant un maintien du salaire au-delà des niveaux *minima*

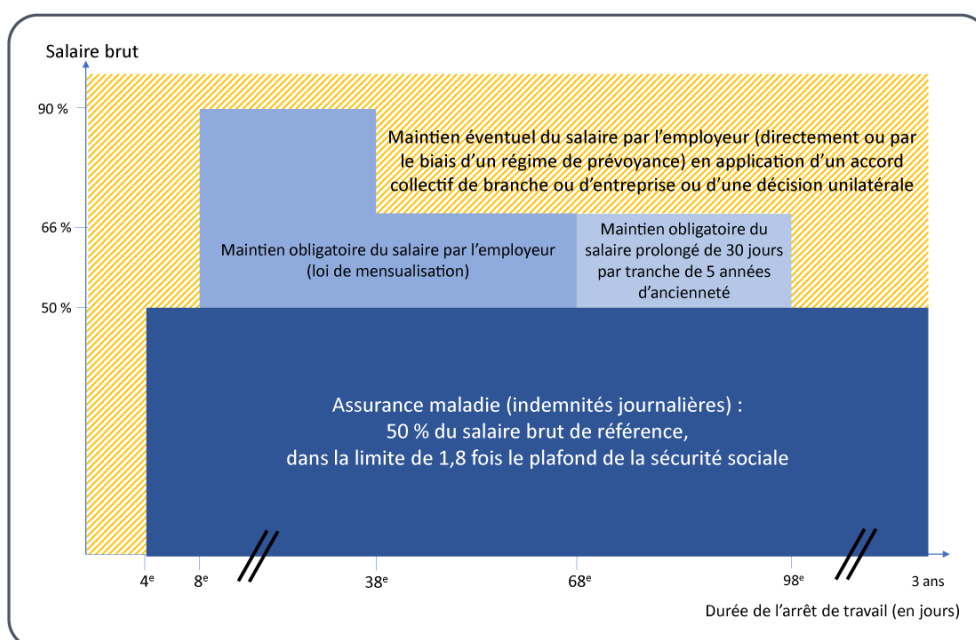
²³⁵ Drees, *Comptes de la protection sociale 2022*.

²³⁶ Drees, *Comptes de la protection sociale 2022*. Assureurs pour 3,7 Md€ (56 %), institutions de prévoyance pour 2,2 Md€ (33 %) ou mutuelles pour 0,7 Md€ (11 %).

²³⁷ Irdes, *Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017*.

fixés par la loi de mensualisation, sans jour de carence²³⁸. Le niveau de remplacement du salaire assuré par les entreprises pour les arrêts longs est en moyenne de 80 % du salaire brut, soit un niveau proche du salaire net, pour des durées et des dégressivités variables. Pour la plupart des salariés, les indemnités versées par le régime général ne reflètent qu'une part des revenus perçus, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 28 : répartition de l'indemnisation entre l'assurance maladie et l'employeur en fonction de la durée de l'arrêt



*Note : Les durées d'arrêt de travail, signalées en abscisses correspondent aux bornes temporelles de leurs différents modes de prise en charge. La surface de chaque aire n'est donc pas proportionnelle à la dépense prise en charge.
Source : Cour des comptes d'après CTIP*

Cette réalité juridique et financière emporte deux conséquences pratiques. D'une part, ce niveau de couverture élevé, qui neutralise les jours de carence du régime général et maintient en grande partie le salaire, incite

²³⁸ Les salariés moins bien couverts travaillent dans de petites entreprises non rattachées à une branche ou sont présents dans l'entreprise depuis moins d'un an (période d'essai, contrat à durée déterminée, intérim, saisonniers, etc.).

peu à reprendre rapidement le travail²³⁹. D'autre part, dès lors que l'obligation de maintien du salaire courant repose sur l'entreprise, une modification des paramètres de l'indemnisation du régime général n'a pas d'impact financier pour la plus grande part des salariés.

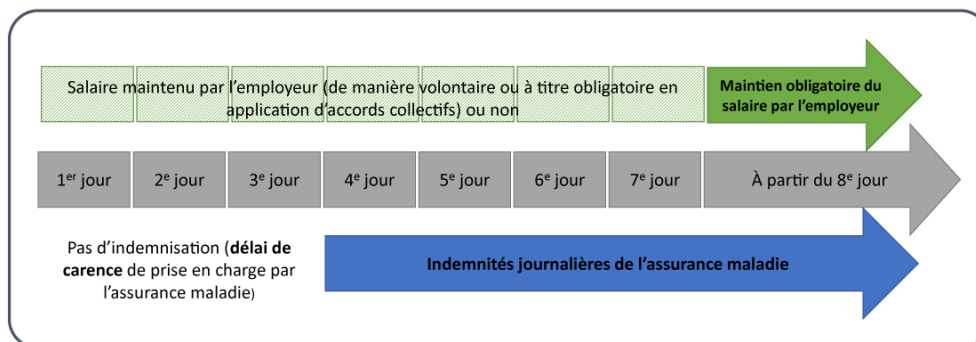
2 - Une répartition des efforts d'économies à réexaminer

Une meilleure maîtrise des dépenses d'indemnités journalières suppose une plus grande responsabilisation des acteurs. Diverses options ont été examinées en 2018 puis en 2023 par le Gouvernement, qui portent essentiellement sur le délai de carence.

Le délai de carence

Le délai de carence est la période qui s'écoule entre la date à laquelle la maladie est constatée et le premier jour à partir duquel les indemnités sont versées par l'assurance maladie. Il est aujourd'hui de trois jours. Il ne fait pas obstacle à la prise en charge, par les employeurs qui le souhaitent ou qui y sont tenus en vertu d'un accord collectif, au versement de tout ou partie du salaire au titre des journées non indemnisées.

Schéma n° 2 : prise en charge des sept premiers jours d'arrêt de travail



Source : Cour des comptes

²³⁹ Des niveaux d'indemnisation élevés peuvent favoriser l'allongement de la durée des arrêts maladie, comme cela a été vérifié empiriquement en Allemagne : le taux de remplacement a été diminué de 100 % à 80 % en 1996 avant d'être rétabli à 100 % en 1999 ; la première réforme a conduit à réduire le nombre de jours d'arrêt maladie des personnes en ayant initialement peu, tandis que la seconde a contribué à allonger la durée des arrêts des personnes ayant plus de 10 jours d'arrêt.

Une première hypothèse consisterait à ne plus indemniser les arrêts de travail de moins de huit jours. Cette mesure permettrait à l'assurance maladie d'économiser 470 M€ (sur la base des dépenses en 2022). Une deuxième hypothèse serait de porter le délai de carence de trois à sept jours pour tous les arrêts, quelle que soient leur durée. Si cette dernière mesure était appliquée y compris pour les affections de longue durée, elle permettrait une économie d'environ 945 M€ pour l'assurance maladie. Sans modification des garanties actuelles issues des négociations collectives, ces options entraîneraient une augmentation des charges des entreprises respectivement de 330 M€ et 660 M€, le solde étant supporté par les salariés qui ne bénéficient pas d'un maintien de salaire.

Le président du Medef a exprimé en juin 2023 sa préférence pour la solution d'un jour de carence d'ordre public fixé par la loi, également recommandée par la Cour en 2019²⁴⁰. Cette mesure consisterait à interdire aux entreprises de verser le salaire du jour suivant immédiatement l'arrêt de travail²⁴¹, adressant ainsi aux salariés, aux employeurs et aux médecins prescripteurs « *un signal supplémentaire en faveur de la maîtrise de la fréquence des arrêts de travail* »²⁴².

Du point de vue financier, l'introduction d'un délai de carence d'ordre public ne constituerait pas une économie pour le régime général, puisque le délai de carence de l'assurance maladie s'applique d'ores et déjà aux trois premiers jours d'arrêt. En revanche, parce qu'il remettrait en cause les obligations issues d'accords collectifs prévoyant le maintien du salaire dès le premier jour d'arrêt et les décisions unilatérales d'employeurs, il se traduirait par une économie pour les entreprises d'environ 1 Md€. Cette mesure entraînerait une perte de revenus pour les salariés d'environ 0,6 Md€, ainsi qu'une perte de recettes pour la sécurité sociale de l'ordre de 0,4 Md€ du fait de l'absence de cotisations sociales sur les salaires non versés.

Les montants économisés par les entreprises justifieraient des mesures contribuant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, par exemple au moyen d'une diminution du taux de prise en charge des indemnités par l'assurance maladie. Une baisse de cinq points de ce taux, à 45 % au lieu de 50 % du salaire brut, permettrait au régime général de réduire ses dépenses au niveau des économies réalisées par les entreprises.

²⁴⁰ Ralfs 2019, chapitre III « *Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail* ».

²⁴¹ Dans le cas d'une affection longue durée, ce délai ne s'appliquerait qu'au premier arrêt de travail si les suivants sont en rapport avec cette affection, comme c'est d'ores-et-déjà le cas pour les indemnités journalières maladie.

²⁴² Cf. rapport de la Cour précité. Une telle mesure devrait toutefois faire l'objet d'une expertise juridique, au regard de jurisprudences récentes.

Au total, la palette des mesures d'économies pour les indemnités journalières maladie apparaît diversifiée. Celles-ci peuvent porter sur les conditions dans lesquelles les arrêts de travail sont prescrits (lutte contre la fraude et maîtrise médicalisée du risque), les durées et les taux de prise en charge par l'assurance maladie. Le tableau ci-après présente l'ordre de grandeur des économies annuelles qu'elles permettraient, sous l'hypothèse de comportements inchangés.

Tableau n° 25 : économies annuelles pour l'assurance maladie de différentes mesures (en M€)

| <i>Mesures</i> ²⁴³ | Économie annuelle |
|--|--------------------------|
| <i>Actions de maîtrise médicalisée du risque</i> | 200 |
| <i>Contrôles et lutte contre les fraudes</i> | 50 |
| <i>Évolution des paramètres de prise en charge :</i> | |
| - <i>non-indemnisation des arrêts de moins de huit jours</i> | 470 |
| - <i>délai de carence porté de trois à sept jours quelle que soit la durée des arrêts de travail</i> | 950 |
| - <i>mise en place d'un jour de carence d'ordre public combiné à une baisse de 5 points du taux de prise en charge par l'assurance maladie</i> | 600 |
| - <i>réduction du taux de prise en charge par l'assurance maladie, par point de pourcentage</i> ²⁴⁴ | 200 |
| - <i>révision de la durée maximale d'indemnisation</i> | 750 ²⁴⁵ |

Source : Cour des comptes et Cnam pour les actions de gestion du risque et de lutte contre la fraude (toutes indemnités journalières confondues).

²⁴³ Hors économies réalisées sur la gestion. Une forfaitisation des indemnités versées pour les cas d'indemnités journalières maladie dites « complexes » libérerait *a minima* 15 % de l'effectif affecté à leur liquidation, soit une économie potentielle de 27 M€.

²⁴⁴ Un effet comparable pourrait être obtenu en modifiant le revenu de référence pris en compte pour le calcul de l'indemnisation, par exemple en alignant les règles applicables aux salariés sur celles des non-salariés (calcul de l'indemnisation sur la moyenne des trois dernières années de revenu imposable) en contrepartie d'une augmentation du taux de prise en charge à hauteur des économies visées. Cette piste nécessiterait un délai de mise en œuvre plus important que les autres en raison des développements informatiques nécessaires à la création d'un flux de la DGFIP vers l'assurance maladie.

²⁴⁵ Un surcroît de dépenses au titre de l'invalidité serait à déduire de cette économie brute.

La mise en œuvre de telles mesures peut avoir des effets différenciés selon les catégories de salariés et d'entreprises. Elle devrait être précédée d'une concertation avec les partenaires sociaux.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La progression des dépenses d'indemnités journalières maladie du régime général, passées de 7,7 Md€ à 12 Md€ entre 2017 et 2022, est trop rapide, même en prenant en compte les incidences conjoncturelles de la pandémie de covid 19. Elle est tirée par des facteurs démographiques et économiques : d'une part, l'augmentation et le vieillissement de la population active affiliée au régime général, d'autre part, la progression du Smic et des salaires sous l'effet de l'inflation. Après les récentes augmentations du Smic, elle va se poursuivre sur les prochains exercices.

Au regard de la dynamique de la dépense, il apparaît indispensable de réaliser des économies pour l'assurance maladie. Quatre axes d'efforts sont à poursuivre simultanément : la réglementation doit être simplifiée, ce qui améliorera la qualité de la gestion au bénéfice des assurés et diminuera ses coûts ; la lutte contre les fraudes doit être accentuée au moyen, notamment, d'une généralisation rapide de la télétransmission des avis d'arrêt de travail à l'assurance maladie ; les actions de maîtrise médicalisée du risque doivent être intensifiées en direction des praticiens prescripteurs, des assurés et des employeurs ; enfin, les paramètres d'indemnisation doivent être révisés.

À ces fins, la Cour formule les deux recommandations de gestion et la recommandation de politique publique suivantes :

- 15. afin de lutter contre la fraude aux faux arrêts de travail et en complément de mesures incitatives, prévoir, dans la convention des médecins de ville, un objectif de télétransmission assorti d'un calendrier, et déterminer, si les objectifs ne sont pas atteints, les sanctions encourues par les professionnels qui ne recourent pas au téléservice ; à défaut, fixer ces sanctions par la loi (Cnam, ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
- 16. afin de simplifier la gestion, prévoir le versement d'un forfait correspondant à une indemnité journalière moyenne en cas d'absence de salaire sur chacun des trois mois précédant l'arrêt de travail (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
- 17. afin de réduire les dépenses de l'assurance maladie, modifier les paramètres de l'indemnisation des arrêts de travail, notamment en vue de mieux répartir la charge entre la sécurité sociale, les entreprises et les assurés, à l'issue d'une concertation avec les partenaires sociaux (ministère du travail, de la santé et des solidarités).*