

Chapitre XVIII

Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général

PRESENTATION

Lorsqu'un assuré social se trouve dans l'incapacité de travailler, soit du fait d'une maladie ordinaire, soit en raison d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, le médecin peut lui prescrire une interruption temporaire d'activité professionnelle sous la forme d'un arrêt de travail. Le régime d'assurance maladie auquel il est rattaché lui verse alors, sous certaines conditions, une prestation en espèces sous forme d'indemnités journalières destinées à lui assurer un revenu de remplacement. Il en va de même en cas de naissance d'un enfant pendant la période de congé maternité et de congé paternité. Le montant des dépenses d'indemnités journalières de toute nature ainsi versées par l'ensemble des régimes s'est élevé en 2010 à 13 Md€.

La Cour a consacré en 2011 une enquête⁴⁷⁴ à la composante la plus importante de cette dépense : les indemnités journalières pour maladie servies par le régime général de la sécurité sociale, qui avec 6,4 Md€ en 2011, représentent près de la moitié de la dépense globale tous régimes et tous motifs, près des deux tiers des montants intégrés à ce titre⁴⁷⁵ dans l'objectif national d'assurance maladie et 10 % de l'enveloppe fixée dans ce cadre pour les soins de ville.

Alors même que ce poste a connu une vive progression au cours des dernières années, elle a constaté que les motifs en demeuraient très insuffisamment analysés pour permettre une action de régulation mieux ciblée (I). La politique menée à cet égard vis-à-vis des différents acteurs -assurés sociaux, entreprises et corps médical- lui est apparue de fait devoir être très sensiblement renforcée de manière à maîtriser plus efficacement la dépense (II). Dans le même temps, la gestion de cette prestation complexe suppose de nouveaux progrès de modernisation pour accroître la qualité du service rendu aux assurés, améliorer la productivité des caisses et diminuer les coûts (III).

474. Cette enquête s'est inscrite dans le cadre d'une demande de la commission des affaires sociales et de la mission de contrôle et d'évaluation de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale.

475. Les indemnités journalières maternité ne sont pas dans le champ de la régulation par l'ONDAM.

I - Une dépense en augmentation sensible et insuffisamment analysée

A – Une progression discontinue de la dépense depuis 2000

Les dépenses d'indemnités journalières (IJ) maladie du régime général représentent l'essentiel du montant versé à ce titre par l'ensemble des régimes d'assurance maladie : en 2010, les dépenses exposées par les autres régimes⁴⁷⁶ se sont élevées à 1 Md€, contre 6,3 Md€ pour le seul régime général.

Les indemnités journalières maladie du régime général

Le régime général d'assurance maladie prévoit le versement d'une indemnité journalière maladie à partir du 4^{ème} jour suivant l'acte médical prescrivant l'arrêt de travail. Cette indemnité correspond à 50 % du salaire brut journalier pour une durée maximale de trois ans (dans la limite de 360 jours). L'assiette prise en compte pour le calcul des IJ maladie est plafonnée à 1,8 SMIC, limitant le montant de l'indemnité journalière à 41,38 € au 1^{er} janvier 2012.

Le bénéfice des indemnités journalières maladie est soumis à une condition d'affiliation à l'assurance maladie, mais aussi à une durée minimale de cotisations, correspondant à un équivalent de 200 heures travaillées sur les trois derniers mois ou de 800 heures sur une année. Les conditions d'attribution des IJ sont exprimées en heures travaillées mais également en équivalent de salaire assujettis à cotisations sociales, soit 1 015 fois le SMIC horaire sur les six derniers mois pour les 200 heures et 2 030 fois le SMIC horaire sur les 12 derniers mois pour les 800 heures.

Le calcul des indemnités journalières maladie repose sur les trois derniers mois de salaire précédents l'arrêt, que ce dernier soit inférieur ou supérieur à six mois, mais pour certains cas sur les douze derniers mois.

Une partie de la population salariée ne bénéficie pas en tout état de cause de couverture contre ce risque. Il s'agit des salariés n'ayant pas travaillé 200 heures au cours des trois derniers mois (ou acquitté l'équivalent de 1 015 fois le SMIC horaire au cours des six derniers mois) et qui ne remplissent pas les conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières. Cette population à la fois précaire et mouvante ne fait l'objet d'aucune estimation, alors même que la situation du marché de l'emploi et la discontinuité accrue des parcours professionnels qui en résulte ont pour effet vraisemblable d'accroître ce type de situations.

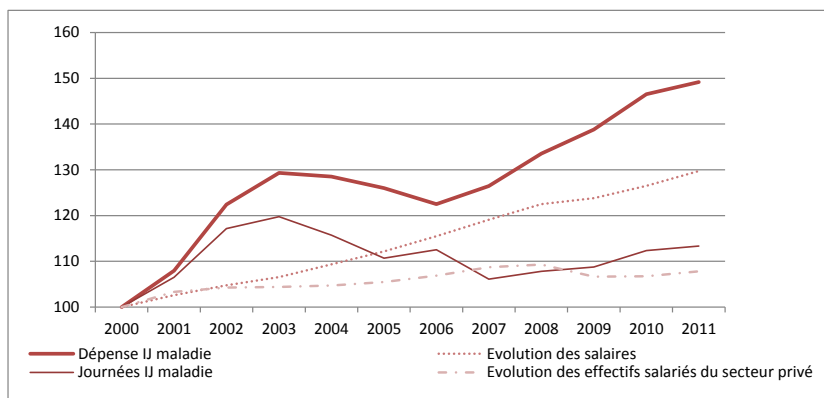
476. Le total des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP suivies dans le cadre de l'ONDAM s'est élevé en 2010 à 10 Md€. Les IJ AT-MP ont représenté 2,7 Md€ et les IJ maladie des autres régimes 1 Md€, réparties de la manière suivante : 470 M€ pour les régimes spéciaux, 173 M€ pour les dépenses de maintien du salaire de la RATP et la SNCF et 383 M€ pour une partie de ces mêmes dépenses pour l'Etat.

Les dépenses à ce titre du régime général ont progressé de presque 50 % depuis 2000, passant de 4,3 Md€ à 6,4 Md€ en 2011, soit une croissance moyenne annuelle de 3,4 %. Dans le même temps, le nombre de journées indemnisées est passé de 180 millions à 204 millions, soit une augmentation moyenne de 1 % par an.

Comme le fait apparaître le tableau ci-après, la progression de la dépense est de fait partiellement corrélée à l'évolution de la masse salariale globale, de 2,8 % par an sur la période, qui se décompose elle-même entre une incidence de l'augmentation des effectifs salariés (+0,6 % par an en moyenne) et de celle de la rémunération (+2,2 % par an en moyenne).

Evolution comparée du nombre de journées et des dépenses d'indemnités journalières maladie du régime général (2000-2011)

Base 100 en 2000



Source : Données CNAMTS et ACOSS – graphique Cour des comptes

Cette analyse globale ne permet pas cependant d'éclairer l'évolution non linéaire de la dépense au cours de la décennie passée. Des oscillations marquées apparaissent en effet d'une année sur l'autre, même si plusieurs périodes se dessinent. En effet, après une progression rapide de 2000 à 2003 (+6,6 % par an), avec une augmentation culminant à 13,4 % en 2002, elle a nettement mais provisoirement diminué entre 2004 et 2006 (-1,8 % par an en moyenne), avant de reprendre une vive croissance au rythme moyen de 4,6 % par an jusqu'en 2010, où le taux de progression a atteint 5,6 %. L'année 2011, avec un rythme de progression ramené à 1,8 %, traduit une nette décélération dont il est impossible d'anticiper la prolongation, compte tenu des variations importantes constatées d'une année sur l'autre qui n'ont fait l'objet d'aucune analyse cherchant à les expliquer.

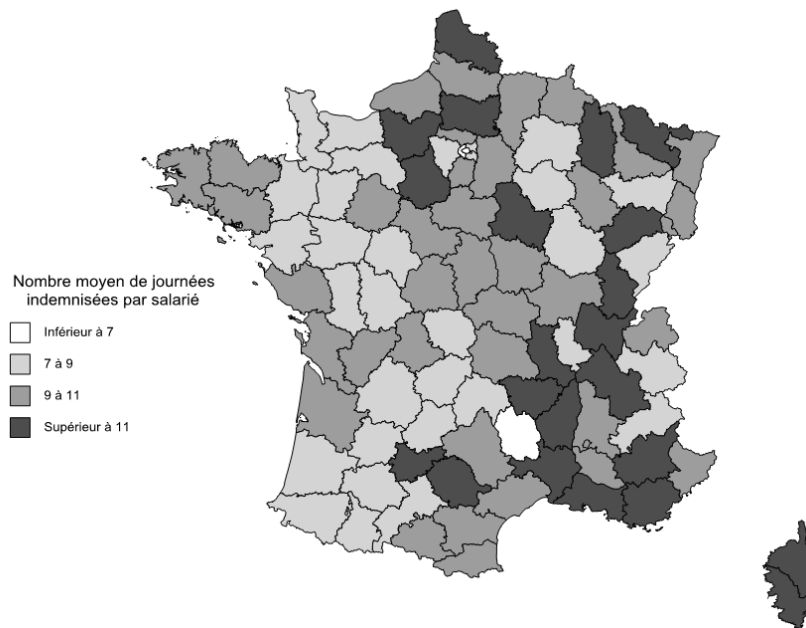
La caisse nationale d'assurance maladie considère certes pour sa part que la diminution constatée de 2004 à 2006 serait liée à l'intensification des contrôles menés à partir de 2003, qui aurait limité la progression du nombre de journées d'arrêt maladie. La croissance continue du nombre de contrôles médicaux (en moyenne de +4 % par an depuis 2003) n'a toutefois pas permis de contenir l'augmentation du nombre de journées au-delà de 2007, ce qui tend à relativiser cette corrélation.

B – Des disparités territoriales inexplicées

Le nombre moyen de journées indemnisées au titre de la maladie est en métropole de 9,1 par salarié⁴⁷⁷ en 2010, mais varie de un à deux (en isolant Paris et les Hauts-de-Seine) et même de presque un à cinq en incluant Paris. Ces écarts observés en termes de nombre d'indemnités journalières par salarié n'apparaissent pas directement corrélés aux caractéristiques socio-économiques des départements, au vu de la très grande diversité des départements présentant les ratios les plus faibles ou les plus élevés. Pour autant, ces disparités apparaissent structurelles puisque le positionnement de l'ensemble des départements n'a guère varié au cours des dernières années.

477. Rapport entre le nombre d'indemnités journalières payées par l'assurance maladie et la population salariée des départements (données CNAMTS 2010 et INSEE 2008).

**Situation des départements au regard du nombre moyen de journées
maladie indemnisées par salarié en 2010**



Source : Cour des comptes – données CNAMTS et INSEE

De la même manière, les durées moyennes d'arrêt de travail varient fortement sur le territoire et pour chaque pathologie. Ainsi, selon un exemple plus précisément analysé par la CNAMTS, les durées moyennes d'arrêts post-opératoires se caractérisent par une forte hétérogénéité. Si une opération de la cataracte donne lieu à 21,5 jours d'arrêts en moyenne, un quart des patients sont arrêtés en moyenne 6 jours, alors que 20 % le sont pour plus de 34 jours. De même les arrêts post-opération chirurgicale de la main (canal carpien) sont en moyenne d'une durée de 57 jours, mais varient de 29 jours pour un quart des patients à 123 jours pour 20 % d'entre eux⁴⁷⁸.

Toutes pathologies confondues, la durée moyenne de 43 jours par arrêt maladie observée au niveau national recouvre une forte dispersion des durées d'arrêt sur le territoire. Ainsi, la proportion d'arrêts de longue durée est plus importante dans certains départements. Alors que les arrêts de plus de trois mois représentent 11 % du total des arrêts maladie en 2010, leur part est supérieure en Corse (17 %), dans les Bouches du Rhône (15 %), dans le Var, le Vaucluse ou le Tarn (14 %). En revanche

478. Données CNAMTS 2010.

leur proportion est sensiblement inférieure en Ile-de-France, en Alsace, dans l'Aube et le Doubs, où les arrêts de plus de trois mois ne représentent que 7 à 8 % du total.

Ces disparités inexpliquées soulignent la nécessité d'approfondir l'analyse des déterminants des arrêts maladie.

C – Une analyse insuffisante des déterminants de la dépense

Diverses études, en particulier conduites par la CNAMTS et le ministère⁴⁷⁹, notamment à la suite des observations de la Cour dans les RALFSS 2004 et 2006⁴⁸⁰ ont apporté de premiers éclairages sur divers facteurs d'évolution de la dépense.

Si l'évolution de l'emploi agit sur l'évolution des arrêts maladie et de la dépense correspondante, à travers un effet volume (effectifs salariés) et un effet prix (salaires), elle modifie également la structure des arrêts maladie. Ainsi, le vieillissement de la population salariée tend logiquement à accroître le nombre de journées indemnisées et leur coût moyen. Les plus de 55 ans bénéficient en effet plus fréquemment d'arrêts maladie de longue durée. Bien que ne représentant que 13 % des bénéficiaires d'indemnités journalières en 2010, ils sont ainsi à l'origine de 20 % du total des journées indemnisées. En outre, les niveaux généralement plus élevés des salaires en fin de carrière contribuent à augmenter le montant moyen de l'indemnité journalière versée.

Si les arrêts courts sont affectés par des épidémies au caractère en général récurrent et saisonnier, les arrêts longs évoluent tendanciellement en fonction des pathologies chroniques ou affections de longue durée (ALD). La CNAMTS a estimé ainsi à plus d'un tiers la contribution des personnes en ALD à la croissance des indemnités journalières maladie en 2009. Les pathologies cardio-vasculaires, les tumeurs malignes et les affections psychiatriques de longue durée figurent parmi les principales pathologies contribuant à cette progression.

Mais l'évolution des arrêts maladie et de la dépense d'indemnités journalières résulte aussi du comportement tant des assurés que des entreprises et des médecins. Il serait selon la CNAMTS largement à

479. Voir notamment « Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières maladie », Point de repère, CNAMTS, novembre 2007 et « Les indemnités journalières » études et Résultats, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), septembre 2007.

480. RALFSS 2004, chapitre I, « Les dépenses de la sécurité sociale » (p. 34 à 38) et RALFSS 2006, chapitre V, « Les suites données à certaines recommandations précédentes de la Cour » (p. 146).

l'origine des disparités régionales observées, à hauteur d'un tiers et la moitié, mais sans mesure précise du poids des différents facteurs comportementaux. Différentes études ont cependant mis en évidence le lien entre conditions de travail et absences pour maladie ⁴⁸¹ ou encore la corrélation entre l'activité des médecins et les prescriptions d'indemnités journalières ⁴⁸² ou encore entre la densité des omnipraticiens et ces dernières. Au sein des déterminants analysés dans le cadre d'une étude récente de l'IRDES ⁴⁸³ qui permet d'expliquer deux tiers des différences départementales, le comportement des acteurs exerce ainsi un rôle prépondérant. Les différences d'intensité des contrôles et les densités variables de médecins généralistes (une forte densité de ces derniers entraînant un recours accru aux arrêts maladie) apparaissent en effet comme les variables les plus déterminantes dans l'explication des disparités.

L'extrême dispersion du nombre de journées prescrites par généraliste, qu'illustre le tableau ci-après, met en lumière à cet égard une considérable diversité de pratiques. Celles-ci ne font pas l'objet d'analyses suffisamment précises, sinon pour ce qui est du comportement de très gros prescripteurs susceptible de caractériser des abus. L'essentiel de la dépense d'indemnités journalières est cependant initié par le reste du corps médical et de la maîtrise accrue de leur prescription dépend en réalité la meilleure régulation de la dépense.

Nombre moyen de journées prescrites par médecin généraliste ⁴⁸⁴

IJ indemnisées par l'assurance maladie en 2010

1 ^{er} décile	2 ^{ème} décile	3 ^{ème} décile	4 ^{ème} décile	5 ^{ème} décile	6 ^{ème} décile	7 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	9 ^{ème} décile	10 ^{ème} décile
90	534	1 072	1 571	2 059	2 572	3 178	3 952	5 071	7 952

Source : Cour des comptes – données CNAMTS

481. Voir notamment « Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie », septembre 2006, document de travail, direction des études et synthèses économiques, INSEE ou « La progression de l'absentéisme : nouveaux comportements des salariés ou nouvelles contraintes organisationnelles ? », 2010 (analyse réalisée sur la base de l'enquête SUMER 2002).

482. « Les indemnités journalières », DREES, septembre 2007.

483. « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? Premières exploitations de la base Hygie », IRDES, juin 2012

484. Journées indemnisées par l'assurance maladie en 2010, correspondant aux arrêts maladie prescrits par les généralistes libéraux. Les faibles niveaux de prescriptions des 1^{er} et 2nd déciles sont peu significatifs car ils sont influencés par les départs à la retraite des médecins, les installations en cours d'année ou les exercices à temps partiel.

*
* *

La connaissance insuffisamment fine des déterminants d'une dépense dynamique fait ainsi obstacle à son pilotage et à la mise en place d'actions de régulation plus efficaces parce qu'à la fois mieux ciblées et s'adressant simultanément à l'ensemble des différents acteurs pour modifier leur comportement.

II - Une stratégie de régulation globale à repenser et à amplifier

La régulation de la dépense d'indemnités journalières implique une beaucoup plus forte responsabilisation de l'ensemble des parties prenantes : assurés, entreprises, prescripteurs, selon une stratégie d'ensemble, qui inclut également une action plus déterminée de lutte contre la fraude.

A – Une sensibilisation des employeurs à accentuer

1 – Des actions à développer en direction des entreprises

Les actions de régulation auprès des entreprises sont récentes et d'ampleur très variable selon les départements.

Depuis 2009, des actions spécifiques aux arrêts maladie sont conduites par l'assurance maladie dans le cadre de la maîtrise médicalisée en entreprise auprès des entreprises présentant le nombre le plus important d'arrêts maladie. Elles consistent à apporter aux entreprises un appui en termes d'analyse de leur absentéisme et de ses causes et à leur proposer un travail conjoint. Cette démarche semble diversement accueillie par les entreprises, dont les préoccupations portent principalement sur l'absentéisme de courte durée, pour lequel les CPAM ne disposent que de peu de données, notamment en termes de pathologie. En outre, la nécessité de respecter le secret médical rend parfois les échanges compliqués, quand la taille de l'entreprise ne permet pas de garantir l'anonymat.

La contrevisite à l'initiative de l'employeur : une complémentarité à mieux assurer avec l'assurance maladie

Les employeurs peuvent recourir à un contrôle médical réalisé à leur initiative par des médecins mandatés, dit « contrevisite employeur ». Cette faculté est une contrepartie de l'obligation de maintien de salaire pour certains salariés. Si la possibilité pour le médecin mandaté par l'entreprise de transmettre au service du contrôle médical de la CPAM son avis concluant à l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail existe depuis 2004, le service médical était originellement libre de lui donner les suites qu'il souhaitait. Depuis 2010, le médecin conseil peut suspendre le versement des indemnités journalières. Si la contrevisite présente un intérêt pour l'employeur, qui est en droit de s'assurer que ses salariés respectent leurs obligations dans le cadre de la pratique du maintien de salaire, cette mise en relation de la contrevisite et du seul contrôle médical de l'assurance maladie fonctionne mal en raison notamment de la lourdeur de la procédure prévue.

Il est cependant regrettable que la majorité des avis négatifs émis par les médecins mandatés sur la base de motifs non médicaux, ne puissent pas en l'état actuel de la réglementation être exploités par les CPAM comme complément aux contrôles administratifs. En effet, le constat par un médecin mandaté de l'absence au domicile (qui confirme la proportion de 26 % des assurés absents, mise en évidence par la CPAM de l'Aube) n'est actuellement pas directement communiqué aux CPAM (mais au seul service du contrôle médical) et ne peut donc donner lieu à une suspension des indemnités. Une communication systématique des avis négatifs de contrevisites reposant sur des motifs non médicaux et une procédure de reconnaissance de ceux-ci par les CPAM devraient être envisagées en vue d'accroître les synergies entre les contrôles de l'assurance maladie et le contrôle employeur.

Une relance et un enrichissement des actions de sensibilisation conduites à l'égard des employeurs s'imposent ainsi d'autant plus qu'en l'occurrence les intérêts de l'assurance maladie rejoignent ceux des entreprises. Ces dernières supportent en effet pour l'essentiel les coûts de la couverture complémentaire souvent étendue dont bénéficient les salariés, en sus des indemnités journalières, en cas d'arrêt maladie.

2 – Des couvertures complémentaires d'entreprises importantes

Les indemnités journalières versées par l'assurance maladie ne constituent que le socle de base dans la prise en charge des arrêts maladie pour la majorité des salariés. La plupart d'entre eux bénéficient en effet de compléments de couverture financés par les employeurs, soit dans le cadre de dispositions légales, soit du fait des conventions collectives de branches, soit par le biais d'accords d'entreprises. La connaissance de la réalité des couvertures complémentaires des salariés est limitée par le fait que celles-ci varient en fonction des conventions collectives, des entreprises et de la situation de chaque salarié, notamment en termes d'ancienneté.

Les couvertures complémentaires aux indemnités journalières du régime général

Plusieurs types de dispositions conduisent les employeurs à compléter les indemnités journalières de l'assurance maladie :

- la loi oblige l'employeur à compléter les indemnités journalières des salariés de plus d'un an d'ancienneté, à hauteur de 90 % de leur rémunération brute dans les 30 premiers jours d'arrêt puis aux deux tiers dans les 30 jours suivants (ces durées étant majorées en fonction de l'ancienneté) ⁴⁸⁵ ;

- la plupart des conventions collectives prévoient des garanties complémentaires (prise en charge du délai de carence et/ou maintien de salaire, total ou partiel). Ces dispositions conventionnelles se caractérisent par leur grande diversité en termes de nature des compléments et de bénéficiaires, au regard de l'ancienneté et de la catégorie d'appartenance, les cadres se voyant parfois appliquer des dispositions plus favorables.

La Cour a procédé à un recensement partiel des dispositions incluses dans les conventions collectives, avec l'appui de la direction générale du travail. Le tableau ci-après recense la grande variété de couverture des délais de carence prévus dans 14 conventions collectives regroupant au total sept millions de salariés.

Titre abrégé de la convention collective	Carence pour complément de salaire employeur	
	Carence	Ancienneté requise
Particulier employeur salariés	7 jours	6 mois
Bureaux d'études techniques	0	1 an
Commerce détail et gros à prédominance alimentaire	7 jours (sauf hospitalisation ou arrêt maladie > 2 mois et cadre)	1 an
Transports routiers	5 jours (ouvriers, employés) mais 0 (TAM*, IC*)	3 ans
Bâtiment ouvriers (plus de 10 salariés)	3 jours	1 à 3 mois
Hôtels cafés restaurants (HCR)	10 jours	3 ans
Etablissements et services pour personnes inadaptées et handicapées	0	1 an
Services de l'automobile	0	1 an
Métallurgie ingénieurs et cadres	0	1 an
Bâtiments ouvriers (jusqu'à 10 salariés)	3 jours	1 à 3 mois
Commerces de gros	10 jours (0 pour hospitalisation et pour les cadres > 3 ans ancienneté)	1 an
Propreté d'entreprises	7 jours (3 jours pour ETAM* et 0 pour cadres)	1 an
Métallurgie OETAM région parisienne	0	1 an
Banque	0 pour le 1 ^{er} et 2 nd arrêt ; 3 jours pour les arrêts suivants	1 an

*TAM = techniciens et agents de maîtrise, IC = ingénieurs et cadres et AM = employés, techniciens et agents de maîtrise

Source : Cour des comptes

Les accords d'entreprise peuvent également contenir des garanties complémentaires aux indemnités journalières, mais ne font l'objet d'aucun recensement.

⁴⁸⁵ En fonction des garanties complémentaires prévues, les employeurs peuvent être conduits à prendre en charge le délai de carence et/ou, au-delà du délai de carence, à compléter l'indemnité journalière versée par la sécurité sociale, correspondant à 50% du gain journalier brut et plafonnée à 1,8 SMIC, soit 41,38 euros au 1er janvier 2012.

Toutes couvertures complémentaires confondues (légales, conventionnelles ou d'entreprise), 66 % de la population salariée bénéficierait ainsi d'une prise en charge par l'employeur du délai de carence (totale ou partielle) et 80 % d'un maintien de salaire au-delà du délai de carence⁴⁸⁶.

L'importance de ces garanties complémentaires, plus favorables que les dispositions du régime général, constitue à certains égards un frein à la régulation des arrêts maladie. Le rôle responsabilisant assigné à l'origine aux jours de carence et à un taux de remplacement limité à 50 % du salaire brut se trouve dans les faits largement érodé pour nombre de salariés. Ce constat ne rend que plus nécessaire de renforcer l'action conduite auprès de ces derniers, à titre individuel comme aussi collectivement, pour mieux leur faire partager l'enjeu de maîtrise des arrêts maladie.

B – Un contrôle des assurés à mieux structurer

Qu'il s'agisse des contrôles dits « administratifs », réalisés par les services de gestion des indemnités journalières des caisses, ou du contrôle médical, de la responsabilité des médecins conseils placés auprès de ces dernières dans le cadre des échelons locaux du service médical, les contrôles des assurés apparaissent devoir être l'objet d'une indispensable modernisation. Ils se caractérisent aujourd'hui par une forte hétérogénéité à l'origine d'une inégalité de traitement des assurés sur le territoire et d'une absence de lisibilité de la politique de contrôle.

1 – Un contrôle administratif à évaluer et redéfinir

Les assurés en arrêt de travail sont soumis au respect de certaines obligations, qui ont été renforcées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, mais dont le degré de contrôle varie selon les CPAM.

Parmi les contrôles administratifs réalisés quasi systématiquement par les caisses, figurent notamment le respect du délai d'envoi de l'arrêt de travail sous 48 heures et le contrôle de la cohérence des prescripteurs en cas de prolongation de l'arrêt. Ces contrôles sont généralement réalisés lors de la liquidation des indemnités journalières.

En revanche, le contrôle de la présence au domicile pendant la durée de l'arrêt maladie et notamment pendant les heures de sorties non autorisées (entre 9h et 11h et entre 14h et 16h) est peu pratiqué. Lorsqu'il

486. « L'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2009 », juillet 2012.

l'est, la proportion d'assurés ne respectant pas leurs obligations apparaît importante. La CPAM de l'Aube a par exemple constaté que 26 % des assurés n'étaient pas présents à leur domicile aux horaires obligatoires dans le cadre des contrôles réalisés en 2010.

Si le bilan économique de ces contrôles est sans doute limité⁴⁸⁷, l'existence d'un contrôle des horaires de présence exerce un effet disciplinant sur le comportement des assurés (qualifié d'« effet radar » par les caisses), sensible dans les départements peu étendus et qui participe de la prévention du travail dissimulé. Ces contrôles permettent en effet de déceler ponctuellement des situations de cumul d'activité constituant une fraude aux indemnités journalières⁴⁸⁸.

La nécessité d'une plus forte sensibilisation des assurés

Les actions de sensibilisation entreprises auprès des assurés sociaux ont pour l'instant essentiellement consisté en des campagnes de communication portant sur le rappel de leurs droits et devoirs ou la lutte contre les arrêts abusifs, à visée pédagogique. Ces campagnes résultent pour l'essentiel d'initiatives régionales dans le cadre de la politique de gestion du risque et prennent la forme d'insertion d'informations dans les courriers aux assurés, voire d'ajout de volets au formulaire CERFA ou de campagne d'affichage.

En accompagnement de ces initiatives et dans un souci de responsabilisation des assurés, la CNAMTS envisage de communiquer sur l'existence du « référentiel IJ », guide de bonnes pratiques destiné à assister les médecins dans les prescriptions d'IJ. (cf. infra). Une telle communication peut en effet avoir un effet disciplinant en dissuadant de présenter des demandes d'arrêt de travail répétées ou de durée excessive par rapport à la pathologie et en aidant les médecins à expliquer pourquoi ils ne peuvent y donner suite. Mais cette communication, dont les modalités ne sont pas à ce stade définies, doit être envisagée avec prudence, de manière à éviter que les délais préconisés par la Haute autorité de santé ne soient compris comme créateurs de droits, ou à l'inverse conduisant à un rationnement.

Il est nécessaire d'évaluer précisément l'impact et la charge de travail associée aux contrôles administratifs. Il n'existe en effet aucune donnée nationale permettant de connaître le nombre et le type de

487. Un bilan des contrôles à domicile réalisé par la CPAM de l'Aube en 2010 a mis en évidence un gain net annuel de 11 000 € pour 1 400 contrôles réalisés (après déduction des coûts de personnels, correspondant la mobilisation de 0,68 ETP et des pénalités annulées par la commission de recours amiable).

488. Au terme de l'article L. 323.6 du code de la sécurité sociale, l'assuré en arrêt de travail, doit s'abstenir de toute activité non autorisée, qu'elle soit rémunérée ou domestique.

contrôles administratifs réalisés par les agents des CPAM et les résultats de ces contrôles.

En fonction de cette évaluation, il conviendrait que la CNAMTS redéfinisse clairement la doctrine d'emploi de ces contrôles et leur mode de ciblage, de telle manière qu'ils participent par un pilotage plus ferme à une meilleure régulation de la dépense liée aux arrêts maladie.

2 – Un contrôle médical à piloter de manière plus homogène

Le contrôle médical des arrêts de travail a eu tendance à se renforcer depuis 2004, mais se caractérise par une grande hétérogénéité des pratiques.

Pour l'ensemble des indemnités journalières versées par l'assurance maladie au titre des divers risques, le nombre total d'avis sur dossier et sur personne a significativement progressé depuis 2003, passant de 4,9 millions en 2003 à 6,8 millions en 2011. Pour le seul risque maladie, le service du contrôle médical a contrôlé 1,8 million d'arrêts en 2011 (contre 1,6 million en 2008), correspondant à un quart du volume des arrêts de travail de cette année.

Le contrôle médical des arrêts maladie

Les objectifs assignés au service du contrôle médical diffèrent selon la durée des arrêts et ne donnent pas systématiquement lieu à un examen sur personne (une partie importante des assurés étant contrôlés sur dossier). Les arrêts atteignant six mois sont systématiquement contrôlés, puisqu'une nouvelle ouverture de droits aux indemnités journalières est réalisée par la CPAM au bout de six mois. Au-delà de six mois, les assurés en arrêt de travail sont en principe contrôlés au bout d'un an d'arrêt puis ensuite selon une fréquence décidée par chaque médecin conseil. Le service médical n'est soumis à aucun objectif de contrôle sur ces arrêts de longue durée. Or, ces derniers sont ceux qui pèsent le plus dans la dépense.

Les arrêts de plus de 45 jours (et inférieurs à six mois) sont en principe systématiquement contrôlés, mais seulement 30 % donnent lieu à un examen sur personne (le reste des assurés étant contrôlés sur dossier).

Les arrêts de moins de 45 jours, dits de « courte durée », qui représentent 80 % des arrêts maladie ne sont que très marginalement contrôlés (seuls 4 % d'entre eux l'ont été en 2010). Certes il y a quasi-impossibilité de contrôler les arrêts de très courte durée (moins de sept jours) en raison du délai de réception de l'arrêt de travail et de sa prise en charge par les CPAM et le contrôle médical et à la difficulté de cibler ces contrôles à partir des arrêts de travail papier. Mais il est anormal que les arrêts plus longs ne fassent pas l'objet de contrôles plus importants.

Le caractère général et quantitatif des objectifs assignés au contrôle médical explique les différences observées en termes de pratiques. Se constate en effet une forte dispersion des taux d'avis favorables ou défavorables émis par les médecins conseils, particulièrement importante pour le contrôle des arrêts de courte durée (inférieurs à 45 jours). Alors que le taux moyen d'avis défavorables est de 15,2 %, il varie de 4,7 % à 39,8 % selon les échelons locaux du service médical et un quart des 106 échelons locaux présente un taux d'avis défavorables inférieur à 10 %.

Les économies obtenues dans un contexte de faible structuration de la méthodologie et de ciblage du contrôle des arrêts maladie attestent cependant un gain potentiellement élevé d'une modernisation des contrôles. La CNAMTS a en effet évalué à 398 M€ les économies directes résultant des contrôles médicaux en 2010⁴⁸⁹, sous forme de dépenses évitées.

Plusieurs outils récemment déployés dans le réseau de l'assurance maladie devraient permettre un meilleur ciblage des contrôles, notamment médicaux, en particulier la numérisation des arrêts de travail et l'avis d'arrêt de travail dématérialisé -AAT dématérialisé- (cf. infra). La CPAM et le service médical disposant de l'arrêt de travail par voie informatique pourront cibler leurs contrôles des arrêts maladie en fonction des caractéristiques des assurés (par exemple en cas d'arrêts itératifs), des prescripteurs (notamment sur les plus atypiques) ou de certaines pathologies⁴⁹⁰. La diffusion d'un référentiel à destination des médecins, proposant des durées indicatives d'arrêt de travail par pathologie dit « référentiel IJ » (cf. infra) permettra en outre aux médecins conseils de cibler leurs contrôles sur les arrêts s'éloignant sensiblement des durées indicatives.

Enfin, la création d'observatoires locaux des indemnités journalières, dits « observatoires IJ »⁴⁹¹, devrait conduire les CPAM et le

489. Dont 318 M€ correspondent au passage anticipé en invalidité d'assurés en arrêt maladie de longue durée et 80 M€ à la dépense évitée du fait d'un avis négatif du contrôle médical conduisant à une fin d'indemnités journalières avant le terme de l'arrêt de travail.

490. Il s'agit notamment des pathologies les plus fréquentes, difficiles à objectiver (troubles mentaux et du comportement, maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, lésions traumatiques).

491. Expérimenté à Bayonne et généralisé fin 2011 à l'ensemble du territoire, l'observatoire est une cellule médico-administrative, qui administre une base de données composée de données issues de l'application du service médical (HIPPOCRATE) et de l'application de gestion des assurés des caisses (BDO).

contrôle médical à développer des analyses communes sur les profils d'assurés en arrêt maladie et de prescripteurs ainsi qu'à cibler conjointement leurs contrôles.

L'homogénéisation et l'amélioration du ciblage des contrôles médicaux supposent cependant que des objectifs plus qualitatifs viennent compléter les objectifs quantitatifs fixés aux échelons locaux du service médical. La CNAMTS a dernièrement pris de premières orientations en ce sens⁴⁹² dont elle devra suivre avec vigilance la mise en œuvre effective.

C – La responsabilisation indispensable du prescripteur, premier ordonnateur de la dépense

Les actions de la CNAMTS ont jusqu'alors essentiellement ciblé les très gros prescripteurs, avec des résultats limités. Elles doivent s'orienter vers une action plus générale et plus ferme d'incitation de l'ensemble des médecins au respect de bonnes pratiques en ce domaine.

1 – Des outils contraignants à la portée limitée

Le nombre moyen d'indemnités journalières prescrites par médecin⁴⁹³ est de 2 700 par an en moyenne en 2010, mais l'hétérogénéité des prescriptions en matière d'arrêts de travail est forte. Ainsi, 30 % des médecins prescrivent moins de 1 100 journées par an, alors que près d'un millier de médecins en prescrivent plus de 10 000.

Bien que les caisses et le contrôle médical suivent attentivement le volume et la typologie des prescriptions d'arrêts maladie des médecins, ils ne disposent d'outils contraignants d'intervention que vis-à-vis des très gros prescripteurs (qualifiés « d'hyper-prescripteurs » par la CNAMTS). Avant la diffusion récente du « référentiel IJ » (cf. supra), les actions de sensibilisation et de responsabilisation des prescripteurs reposaient essentiellement sur l'information des médecins sur leurs écarts à la pratique moyenne constatée sur le même territoire, à travers la communication de leur profil de prescripteur ou à l'occasion de courriers ou d'entretiens dits d'alerte.

492. A travers la diffusion d'une lettre réseau en date du 29 mai 2012.

493. Ensemble des généralistes libéraux.

La mise sous accord préalable (MSAP)⁴⁹⁴ était jusqu'en 2011 la seule procédure contraignante à disposition des directeurs de CPAM pour limiter les prescriptions des gros prescripteurs. Son bilan apparaît toutefois marginal, tant au regard du nombre de médecins concernés que de son impact global. Depuis sa mise en place effective en 2006, moins de 500 mises sous accord préalable en matière d'arrêts de travail ont été mises en œuvre sur l'ensemble du territoire. Si durant la durée de la mesure (de 1 à 6 mois) les prescriptions des médecins en cause reculent significativement (de l'ordre de 30 %), elles ont tendance à progresser à nouveau une fois la mesure terminée, tout en se stabilisant cependant à un niveau inférieur au niveau initial. La CNAMTS a évalué à 9 M€ de dépenses évitées l'impact de la campagne 2008 de mise sous accord préalable.

La lourdeur de cette procédure, qui implique un contrôle exhaustif des prescriptions par le service médical et surtout sa mise en œuvre sur la base de seuils nationaux très élevés ⁴⁹⁵ limitent largement sa portée.

Un dispositif complémentaire de fixation d'objectifs de réduction des prescriptions a été créé en 2011 : la mise sous objectifs quantifiés. Ce dispositif apparaît comme une alternative à la MSAP que le directeur de la caisse peut proposer aux médecins et qui consiste en une contractualisation sur l'atteinte d'un objectif quantifié de diminution de leurs prescriptions d'indemnités journalières sur une période de quatre à six mois. Mais ce nouveau dispositif souffre de plusieurs défauts. Comme la MSAP, il ne vise que les très gros prescripteurs. En outre, les difficultés de mise en œuvre de cette procédure complexe par la CNAMTS n'ont pas encore permis son déploiement, alors même que la campagne 2011 de mise sous accord préalable a été suspendue dans l'attente du nouveau dispositif.

La difficulté à identifier les médecins à l'origine des prescriptions dans les établissements de santé limite en tout état de cause la portée de ces dispositifs de régulation aux seuls médecins libéraux. En effet, bien que les professionnels de santé hospitaliers puissent désormais être identifiés par un numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), l'utilisation de ce numéro doit être développée. Si cette évolution est nécessaire à la traçabilité de l'ensemble des prescriptions délivrées en établissement, elle représente un enjeu particulier pour les indemnités

494. Créée par la loi du 13 août 2004, la MSAP a été mise en œuvre pour les prescriptions d'indemnités journalières à compter de 2006.

495. Les médecins concernés sont ceux dont les prescriptions d'arrêt de travail sont plus de quatre fois et demi supérieures à la moyenne de leurs confrères sur le ressort de la même union régionale des caisses d'assurance maladie.

journalières, car les médecins hospitaliers sont à l'origine d'environ 20 % des prescriptions d'arrêt maladie. Elle permettra ainsi de soumettre les prescriptions d'arrêt maladie de l'ensemble des médecins aux mêmes dispositifs de régulation (par exemple de mise sous accord préalable).

2 – Une absence de prise en compte dans les nouveaux modes de rémunération des médecins

Ni les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), ouverts aux médecins volontaires à compter de 2009, ni la rémunération à la performance, qui lui a succédé dans le cadre de la convention médicale de juillet 2011 et qui s'applique à tout médecin sauf refus explicite de sa part, n'ont intégré d'incitations à la maîtrise des prescriptions d'arrêt de travail.

La diffusion progressive du « référentiel IJ » à compter de 2009, dont il est attendu par la CNAMTS une économie annuelle a minima de l'ordre de 125 M€⁴⁹⁶, aurait dû cependant être accompagnée de la mise en œuvre d'indicateurs à même de mobiliser le corps médical sur le respect des bonnes pratiques recommandées par la Haute autorité de santé en matière de durée des arrêts de travail en fonction des pathologies, d'autant que la portée du référentiel devrait être accrue par le déploiement concomitant de l'AAT dématérialisé auprès des médecins. En effet, cet outil proposera au prescripteur un renseignement par défaut de la durée d'arrêt de travail en fonction de la pathologie.

L'avis d'arrêt de travail dématérialisé

Permettant aux médecins de transmettre par internet les arrêts de travail, l'utilisation de l'AAT dématérialisé, outil déployé en 2010, est encore très faible. Moins de 3 % du total des arrêts de travail étaient ainsi transmis aux caisses fin 2011. Si la CNAMTS escomptait une montée en charge avec la mise à disposition d'une nouvelle version de l'outil fin 2011 (dit « AAT en 5 clics »), cette version doit encore gagner en ergonomie et stabilité. En l'état, aucune action incitative ou contraignante vis-à-vis des éditeurs de logiciels pour une intégration de cet outil aux logiciels métiers des médecins n'a été entreprise.

Au-delà de sa contribution à la maîtrise des prescriptions, l'AAT apparaît comme un levier de modernisation de la gestion des indemnités journalières et des arrêts de travail, qui justifierait une incitation plus vive des médecins à y recourir, dès que « l'AAT en 5 clics » sera stabilisé ou

496. Propositions de l'assurance maladie sur les charges et les produits de l'année 2012, juillet 2011.

si une obligation d'intégration de ses fonctionnalités par les éditeurs de logiciels médicaux est définie. Elle justifierait que soit alors inclus dans la rémunération à la performance des médecins un objectif chiffré de transmission dématérialisée des arrêts de travail.

D – La nécessité de reconsidérer la démarche de lutte contre la fraude

Les éventuels comportements dits « abusifs » reposent toujours sur la prescription d'un médecin et ne peuvent être sanctionnés au titre de la fraude. Ils ne peuvent en effet être remis en cause que par le contrôle médical et ceci uniquement pour l'avenir, sur la base d'un examen médical de l'assuré, la prescription médicale et le bénéfice des indemnités journalières ne pouvant être remis en cause de manière rétroactive.

En revanche la fraude dite administrative expose en fonction de son type et de sa gravité à des sanctions financières, voire à une sanction pénale.

La faible proportion des fraudes détectées en matière d'arrêts de travail prive cependant ce dispositif de tout effet dissuasif d'autant que les sanctions effectives sont peu nombreuses et inégales : seulement 292 pénalités financières ont été prononcées en 2010 et un tiers des CPAM n'en ont infligé aucune. En 2011, le nombre de pénalités s'élève à 420 mais l'essentiel des fraudes détectées donne lieu à des suites non contentieuses (avertissements, retenues financières ou récupérations d'indus).

Au terme d'une enquête nationale conduite par la CNAMTS en 2010, une fréquence de 0,16 % d'arrêts maladie fraudés a été de fait mise en évidence, correspondant à 0,05 % des indemnités journalières maladie versées (soit environ 3 M€). Selon cette enquête, les fraudes constatées sont de trois types : le cumul de l'indemnité journalière avec une activité (63 %) ; la falsification des pièces justificatives (22 %) nécessaires au calcul et au paiement de l'indemnité journalière ; l'absence de déclaration du salarié par l'employeur (15 %) et/ou l'absence d'existence légale de l'entreprise.

Ce faible pourcentage de fraude constatée semble révéler une bonne sécurisation de la chaîne des arrêts maladie, qui fait intervenir trois acteurs en plus de l'assuré bénéficiaire, à savoir le médecin à l'origine de la prescription, l'entreprise qui transmet les éléments de salaire et confirme l'absence et la CPAM qui liquide la prestation et la contrôle.

Il doit inviter cependant la CNAMTS à s'interroger au contraire sur le dispositif de détection des fraudes qu'elle met en œuvre. Les

fraudes les plus fréquemment mises en évidence sont celles d'acteurs isolés, pour l'essentiel des assurés, et sont facilement décelées par le croisement des données de prescription ou de paie, ou par des contrôles sur place quand il s'agit de cumul d'activité⁴⁹⁷. La détection des fraudes aux indemnités journalières ne découle de fait que rarement d'une recherche systématique mais de la remontée de signalements, qui déclenchent ensuite des investigations. Faute de vigilance spécifique à cet égard, il est possible en particulier qu'une partie des fraudes, qui reposerait notamment sur des systèmes organisés sur une plus vaste échelle impliquant des entreprises fictives et des salariés, ne puisse pas être repérée.

Au-delà du développement de méthodes de détection plus sophistiquées, sur lesquelles travaille la CNAMTS⁴⁹⁸, qui devraient permettre de mieux cibler la recherche de fraudes selon une logique de détection des profils à risque, il est ainsi nécessaire de renforcer les échanges systématiques de données avec les autres administrations sociales (notamment les URSSAF et Pôle emploi), pour croiser les informations relatives aux bénéficiaires et aux entreprises.

*
* *

L'intensification des contrôles, tant sur les assurés que sur les prescripteurs et l'amplification de la lutte contre la fraude dans le cadre d'une démarche cohérente doivent ainsi constituer une priorité forte de l'assurance maladie de manière à mieux réguler la dépense. L'accélération de la modernisation de la gestion de la prestation elle-même est au demeurant à intégrer dans cette stratégie d'ensemble dès lors qu'elle diminue ses coûts de liquidation, autorise des gains de productivité importants et permet de redéployer vers les actions de régulation une partie des agents.

497 . Ainsi sur les 2000 fraudes détectées en 2011, 1980 ont été commises par des assurés sociaux.

498 . Les expériences à partir de détection de profils (« datamining ») menées récemment par la CNAMTS n'ont, pour l'instant, pas donné de résultats probants.

III - Rendre la gestion plus efficiente en simplifiant la réglementation

La gestion des indemnités journalières est coûteuse pour l'assurance maladie du fait de l'extrême complexité de la réglementation à appliquer, qui pour l'essentiel n'a pas été modifiée depuis la création de la sécurité sociale. Cette activité a jusqu'ici été peu modernisée et les efforts récents entrepris à cet égard trouvent leurs limites, faute qu'ait été mise en œuvre dans le même temps une simplification indispensable de la législation.

A – Une gestion coûteuse et complexe

L'activité de liquidation des indemnités journalières (tous risques confondus) mobilise 5 330 équivalents temps plein (ETP) dans le réseau de l'assurance maladie en 2010. Alors que l'ensemble des dépenses d'indemnités journalières, tous risques confondus, représente en 2010 6 % du total des charges des branches maladie et AT-MP, près de 10 % des effectifs des caisses sont affectés à cette activité. Celle-ci reposait jusqu'en 2011 sur l'arrivée de flux papier d'arrêt de travail et d'attestations de salaires et sur leur intégration manuelle dans les systèmes d'information de l'assurance maladie. La dématérialisation en cours de certains processus ne permet pas encore de parvenir à un niveau satisfaisant d'automatisation de la liquidation, faute que la réglementation ait été parallèlement simplifiée contrairement à l'objectif fixé par la dernière convention d'objectif et de gestion de la CNAMTS.

1 – Une réglementation caractérisée par sa complexité

Le bénéfice des indemnités journalières étant soumis à de strictes conditions de durée d'affiliation et de cotisation au régime général d'assurance maladie, l'ouverture de droits à cette prestation implique la communication par l'employeur à l'assurance maladie des éléments actualisés de rémunération à travers la transmission d'une « attestation de salaire ». La vérification des conditions d'ouverture des droits est cependant une tâche particulièrement complexe, notamment au regard de certaines situations professionnelles comme celles des salariés présentant les parcours les moins stables (successions de période d'activité et d'inactivité) et dépendant de plusieurs employeurs.

Les travailleurs intérimaires et saisonniers ont ainsi accès à la prestation sans condition de durée d'immatriculation sous réserve d'avoir travaillé 800 heures dans l'année écoulée, mais les éléments de preuve

sont souvent difficiles à réunir. La situation des salariés ayant de multiples employeurs et des salariés changeant fréquemment d'employeur soulève quant à elle des difficultés particulières du fait de la complexité à reconstituer les salaires des trois ou douze derniers mois. Pour les salariés ayant eu plusieurs employeurs sur les trois ou douze derniers mois, chaque employeur doit ainsi communiquer une attestation de salaire. Il en va de même pour les demandeurs d'emploi qui bénéficient en effet d'un maintien de droit au titre de leur activité antérieure à leur période de chômage, le service des indemnités journalières suspendant le versement de l'allocation chômage.

Ces situations concernent au minimum 15 % des indemnités qui sont en pareil cas réglées après des délais souvent très longs au vu de la difficulté à réunir et à vérifier des éléments de salaires souvent anciens. Les copies des bulletins de salaires étant, en l'absence d'employeur, communiquées directement par l'assuré, le risque de fraude est au demeurant plus important que dans le cadre d'une attestation de salaire par l'employeur.

L'existence d'assiettes et de périodes de référence différentes pour les indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP apparaît par ailleurs comme un élément majeur de complexité.

Une assiette et des taux d'indemnités journalières différentes pour la maladie de celle de la maternité et des AT-MP

Pour les IJ maladie, l'assiette de calcul est le salaire brut (en principe des trois derniers mois), c'est-à-dire le salaire servant de base au calcul des cotisations dues pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite du plafond vieillesse correspondant. Pour les IJ maternité/paternité, l'assiette est le salaire brut minoré des cotisations salariales et de la CSG, mais pas de la CRDS. L'assiette retenue pour le calcul des IJ AT-MP correspond au salaire brut du dernier mois, augmenté des primes annuelles proratisées.

A ces différences d'assiette s'ajoutent des différences de modalités de calcul conduisant à des taux de remplacement et des plafonds de sécurité sociale appliqués selon des modalités différentes. Les indemnités journalières maladie correspondent à 50 % du salaire brut, alors que celles des AT-MP s'élèvent à 60 % pour les 28 premiers jours d'arrêt puis à 80 % au-delà. Les indemnités journalières maternité sont quant à elles égales à 100 % du salaire net.

Ces différences en termes d'assiette et de calcul justifient l'existence de formulaires différents pour les attestations de salaires à transmettre par les employeurs. Cette complexité explique qu'une part importante des attestations de salaire soit mal renseignée, alourdissant très notablement la gestion des prestations dans les CPAM.

Concrètement en effet, les différences d'assiette pour les IJ maladie, maternité et AT-MP peuvent conduire un employeur ayant trois employés absents à chacun de ces titres à devoir :

- renseigner l'attestation de salaire maladie-maternité pour y mentionner les salaires bruts sous plafond des 3 mois précédant l'arrêt de travail ;
- renseigner la même attestation, pour un salarié en congé maternité ou paternité, en y mentionnant les salaires sous plafond des 3 mois précédant l'arrêt mais déduction faite des cotisations salariales légales ou conventionnelles et de la CSG mais pas de la CRDS ;
- renseigner l'attestation de salaire spécifique aux arrêts AT-MP, en y mentionnant le salaire brut du mois précédent l'arrêt de travail.

2 – Des chantiers de modernisation encore inaboutis

Pour aller au-delà de la numérisation des documents papiers reçus dans les caisses, qui inclut progressivement les arrêts de travail et les attestations de salaire, la CNAMTS déploie en parallèle deux outils structurants de dématérialisation à la source de la chaîne des indemnités journalières. Ceux-ci concernent d'une part les médecins, à travers la transmission d'arrêts de travail dématérialisés, encore à ses débuts (cf. supra) et d'autre part les entreprises pour la communication des attestations de salaire.

Cette dernière, réalisée actuellement sur le portail Net-entreprises, concerne 67 % de l'ensemble des attestations de salaire en 2011. Afin d'accroître encore cette dématérialisation, la CNAMTS travaille sur une solution complémentaire d'échange direct de fichiers avec les logiciels de paie des entreprises (solution répondant au besoin des plus grosses entreprises).

Au-delà de la simplification de cette démarche pour l'entreprise et de la réduction du délai de paiement de l'assurance maladie, au bénéfice du salarié ou de l'entreprise en cas de subrogation, l'intérêt de la dématérialisation à la source réside dans la possibilité d'une intégration des données de salaire dans les applications de liquidation de la CNAMTS, qui permet d'automatiser la liquidation de l'indemnité journalière.

Les premiers résultats montrent cependant qu'une reprise manuelle est encore nécessaire pour 60 % des dossiers du fait de mauvais renseignements portés sur les attestations ou de la complexité de situations individuelles. Seules 40 % des attestations dématérialisées, concernant les dossiers les plus simples, sont liquidées automatiquement. Ce constat ne rend que plus pressante une simplification de la réglementation sur certains points.

B – Une nécessité de simplification

Malgré les recommandations de la Cour dans les RALFSS 2004 et de 2006⁴⁹⁹ et l'objectif posé à cet égard par la convention d'objectif et de gestion de la CNAMTS pour 2010-2013, le dossier de la simplification de la réglementation n'a guère progressé.

Les pistes explorées par la caisse nationale en 2003 pour une simplification a minima de la réglementation n'ont pas été examinées plus avant. La possibilité de servir une indemnité journalière d'un montant équivalent à la précédente en cas de pluralité d'arrêts sur une période donnée était alors envisagée afin d'éviter de procéder à un nouveau calcul à chaque arrêt maladie, alors même que le dernier arrêt est récent et qu'un nouveau calcul conduit pour la plupart des assurés à un montant équivalent. Les réflexions portaient aussi sur la simplification du contenu des attestations de salaire, comme par exemple la règle du rétablissement de salaire en cas d'absence autorisée qui conduit l'employeur à reconstituer un salaire en réintégrant certaines absences de congés entraînant de nombreuses erreurs de renseignement et des reprises manuelles par les CPAM. La relance de cette démarche apparaît indispensable à la poursuite et à l'accélération de la modernisation de la gestion de la prestation. A ce titre, une évolution vers une logique de plus grande forfaitisation pourrait apparaître, sur certains points, préférable au maintien de modalités de calcul parfois inutilement complexes et qui obligent à de délicates appréciations au cas par cas.

Au-delà, le recours à une seule assiette de calcul des indemnités journalières devrait constituer un objectif majeur car cette harmonisation faciliterait grandement la gestion tant des entreprises que des caisses, tout en assurant une rapidité accrue de versement pour les assurés. La piste la plus simple consisterait sans doute à cet égard à retenir le salaire brut - déjà utilisé pour le calcul des IJ maladie - comme assiette des IJ maternité et AT-MP, en modulant les taux de remplacement de manière à garantir le même niveau de couverture. Mais il est aussi possible d'envisager une harmonisation sur la base du salaire net, après déduction forfaitaire du salaire brut du montant des cotisations sociales (comme c'est déjà le cas pour les indemnités journalières maternité).

La simplification de la réglementation doit ainsi nécessairement accompagner le projet de déclaration sociale nominative (DSN) qui permettra à terme une déclaration mensuelle et unique des données

499. RALFSS 2004, chapitre I, « Les dépenses de la sécurité sociale » (p. 34 à 38) et RALFSS 2006, chapitre V, « Les suites données à certaines recommandations précédentes de la Cour » (p. 146).

sociales et facilitera une automatisation plus poussée de la gestion des indemnités journalières.

La déclaration sociale nominative (DSN)

La DSN a vocation à remplacer la quasi-totalité des déclarations sociales actuelles. La loi Warsmann adoptée le 29 février 2012 prévoit l'utilisation de la DSN à compter du 1^{er} janvier 2013 sur la base du volontariat des entreprises et sa mise en œuvre obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2016. La DSN présente le double intérêt de simplifier les déclarations des entreprises qui n'auront qu'une déclaration mensuelle à réaliser et de dématérialiser leur transmission. La centralisation de la source de l'assiette devrait permettre un accès direct et immédiat des données de salaires, ce qui devrait sécuriser le processus et permettre de procéder plus rapidement au calcul et au paiement des IJ.

Mais la mise en œuvre de la déclaration sociale nominative est actuellement prévue à réglementation constante ce qui ne supprimerait pas les difficultés rencontrées par les caisses et les obligerait à demander aux employeurs la transmission de données supplémentaires, qui complèteraient les DSN mensuelles communes aux organismes sociaux, avec pour effet de ne pas alléger la charge administrative des entreprises contrairement à l'objectif recherché.

Les réelles complexités de mise en œuvre de la déclaration sociale nominative, qui constitue un projet très ambitieux, peuvent en tout état de cause faire craindre un sensible décalage dans sa généralisation. Il serait ainsi opportun à cet égard de conduire en parallèle une étude de faisabilité sur l'utilisation éventuelle de données fiscales (salaire net imposable), ainsi que la CNAMTS le propose, comme assiette éventuelle de substitution pour le calcul des indemnités journalières.

C – Des gains d'efficience indispensables

La simplification de la réglementation ne conditionne pas seulement la réalisation de gains de productivité nécessaires pour alléger le coût de gestion élevé des indemnités journalières. A ce stade, les gains en ETP attendus par la CNAMTS des nouveaux outils informatiques qu'elle déploie sont déjà de l'ordre de 300 ETP de 2011 à 2013⁵⁰⁰, mais une automatisation plus poussée du processus de liquidation qu'autoriserait une réglementation moins complexe permettrait de réaliser des progrès de productivité substantiellement supérieurs.

500. 165 ETP au titre de la dématérialisation et de l'injection automatique des attestations de salaires et 120 ETP au titre de l'arrêt de travail dématérialisé.

Elle aurait aussi pour avantage de limiter la fréquence des erreurs de liquidation des indemnités journalières. Comme l'a souligné la Cour dans son rapport de certification des comptes 2011 du régime général de sécurité sociale⁵⁰¹, l'indicateur de fiabilité de cette prestation révèle sur la période récente (août 2010-septembre 2011), un taux d'anomalie non négligeable (entre 0,73 % et 0,89 % du montant des dépenses), soit par extrapolation une incidence financière de 46 à 56 M€ en 2011.

Elle autoriserait enfin une amélioration qui s'impose des délais de règlement aux assurés. En 2011, le délai moyen de paiement était de 38,5 jours pour un objectif national de 35 jours. Un tiers des caisses ont cependant un délai moyen supérieur à 40 jours, alors que seulement 18 caisses paient dans un délai moyen inférieur à 30 jours. Le délai moyen masque en outre des retards anormaux pour une partie des assurés. Ainsi, 20 % des dossiers étaient réglés en 2010 dans un délai supérieur à 70 jours. Dans un certain nombre de cas ce délai est encore bien plus important : des délais de 727, 420 et 891 jours ont été constatés par la Cour dans trois CPAM et n'apparaissent pas comme des cas marginaux. Il est regrettable à cet égard que la CNAMTS ne fasse pas systématiquement renseigner par les caisses le délai moyen de paiement des 10 % de dossiers les plus tardivement réglés, ce qui la prive d'une information essentielle pour remplir les objectifs de qualité de service qui lui ont été fixés dans la convention d'objectif et de gestion.

*

* *

La simplification de la réglementation apparaît ainsi désormais comme un préalable indispensable à la poursuite du processus de modernisation de la gestion des arrêts maladie, à l'amélioration de la qualité de service envers les assurés et à l'accélération des gains de productivité des caisses.

501. Rapport de certification des comptes 2011 du régime général de sécurité sociale, juin 2012, p. 76 à 78.

CONCLUSION

Malgré leur poids financier considérable pour l'assurance maladie et leur progression continue, les arrêts de travail pour maladie demeurent une réalité très insuffisamment analysée dans ses déterminants pour permettre la mise en œuvre d'actions de régulation plus efficaces dans le cadre d'une stratégie d'ensemble qui reste largement à construire.

Certes de nombreux dispositifs de contrôle et de maîtrise de la dépense ont été mis en place au fil du temps. Ils se superposent cependant plus qu'ils ne se complètent au détriment d'une démarche cohérente qui sensibilise en parallèle, selon des dispositifs appropriés pour chacun d'eux, l'ensemble des acteurs : assurés sociaux, employeurs, largement impliqués du fait de l'importance de la couverture complémentaire qu'ils assurent à la grande majorité des salariés, médecins, qui sont les premiers ordonnateurs de la dépense. Absence de continuité, défaut d'homogénéité, manque de ciblage, insuffisance d'articulation entre services administratifs et contrôle médical caractérisent trop souvent les actions menées, en particulier en matière de lutte contre la fraude qui doit être amplifiée et repensée.

Un pilotage plus ferme et plus constant est à tous égards indispensable. Il doit se fixer en particulier comme priorité une action plus volontariste vis-à-vis du corps médical, sans se limiter aux seuls gros prescripteurs ni aux seuls médecins libéraux. Cette dimension de régulation des arrêts de travail est à intégrer pleinement dans la négociation conventionnelle : le respect du référentiel de bonnes pratiques doit devenir l'un des paramètres de la rémunération à la performance issue de la récente convention médicale. Les médecins hospitaliers ne sauraient pour leur part rester plus longtemps à l'écart de tout mode de régulation en ce domaine.

La modernisation de la gestion de la prestation elle-même est une composante essentielle de la stratégie à construire pour maîtriser plus rigoureusement la dépense. Elle représente en effet une charge élevée pour l'assurance maladie qui y consacre, tous risques confondus, pas moins de 5 300 ETP. Pour autant, les erreurs de liquidation sont nombreuses et ont une incidence financière loin d'être négligeable et les délais de règlement aux assurés sont parfois beaucoup trop longs, en particulier pour le salariés les plus fragiles pour lesquels une rupture de rémunération est encore plus lourde de conséquences que pour d'autres.

La trop grande complexité de la réglementation compromet de fait la qualité du service rendu, en dépit d'initiatives récentes de dématérialisation de certains processus qui ont permis un début d'automatisation de la liquidation. Sa simplification, toujours évoquée,

toujours repoussée, ne saurait attendre davantage d'autant qu'elle conditionne largement le bon aboutissement du projet de déclaration sociale nominative.

La préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS doit ainsi être l'occasion d'une modernisation en profondeur d'une prestation qui, dans ses caractéristiques essentielles, n'a guère évolué depuis la création de la sécurité sociale.

RECOMMANDATIONS

68. *Affiner et actualiser les études sur les déterminants des arrêts maladie.*

69. *Généraliser et 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.*

70. *Evaluer et redéfinir la doctrine d'emploi des contrôles administratifs des assurés sociaux et redéfinir les objectifs et les méthodes du contrôle médical en termes de ciblage et d'homogénéité de pratiques.*

71. *Mettre en place les outils et la méthodologie nécessaires à une détection systématique des fraudes, notamment organisées.*

72. *Moderniser et simplifier la réglementation, notamment par l'harmonisation des assiettes des différents types d'indemnités journalières.*
