

Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de
maîtrise des arrêts de travail
Neuf constats, vingt propositions

Rapport fait à la demande du Premier ministre

Établi par

Jean Luc BERARD

Directeur des ressources
humaines, groupe
SAFRAN

Pr Stéphane OUSTRIC

Médecin généraliste,
Professeur des Universités

Stéphane SEILLER

Conseiller maître,
Cour des comptes

Avec l'appui de l'Inspection générale des affaires sociales

Janvier 2019

- **Constat n°1 : Prévenir d'abord, et ainsi éviter des arrêts**
- **Constat n°2 : Changer le paradigme de gestion des arrêts longs**
- **Constat n°3 : Donner aux médecins de meilleurs outils et repères pour prescrire les arrêts de travail**
- **Constat n°4 : Offrir des alternatives à l'arrêt de travail pour maladie à temps complet**
- **Constat n°5 : Contrôler plus efficacement les abus**
- **Constat n°6 : Dépasser la problématique des jours de carence**
- **Constat n°7 : Viser conjointement équité et allègement des coûts de gestion**
- **Constat n°8 : Comblé le déficit de données et d'analyses**
- **Constat n°9 : Organiser la gouvernance du système**

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	4
RAPPEL DE L'OBJET ET DU PERIMETRE DE LA MISSION	7
CONSTATS ET PROPOSITIONS	9
CONSTAT N° 1 : PREVENIR D'ABORD, ET AINSI EVITER DES ARRETS.....	10
CONSTAT N° 2 : CHANGER LE PARADIGME DE GESTION DES ARRETS LONGS	12
CONSTAT N° 3 : DONNER AUX MEDECINS DE MEILLEURS OUTILS ET REPERES POUR PRESCRIRE LES ARRETS DE TRAVAIL.....	14
CONSTAT N° 4 : OFFRIR DES ALTERNATIVES A L'ARRET DE TRAVAIL POUR MALADIE A TEMPS COMPLET	17
CONSTAT N° 5 : CONTROLER PLUS EFFICACEMENT LES ABUS.....	18
CONSTAT N° 6 : DEPASSER LA PROBLEMATIQUE DES JOURS DE CARENCE.....	20
CONSTAT N° 7 : VISER CONJOINTEMENT EQUITE ET ALLEGEMENT DES COUTS DE GESTION.....	21
CONSTAT N° 8 : COMBLER LE DEFICIT DE DONNEES ET D'ANALYSES	24
CONSTAT N° 9 : ORGANISER LA GOUVERNANCE DU SYSTEME.....	25
LETTRE DE MISSION	26
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	28
1 ORGANISATIONS PARTIES PRENANTES A LA CONCERTATION, PAR ORDRE ALPHABETIQUE	28
2 ASSEMBLEE NATIONALE	30
3 AUTRES ORGANISATIONS AUDITIONNEES, PAR ORDRE ALPHABETIQUE.....	30
4 GOUVERNEMENT, ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE	32
DEROULEMENT DE LA CONCERTATION	35
ANNEXE 1 : MODELE DU NOUVEL ARRET DE TRAVAIL	37
ANNEXE 2 : NOTE D'ETAPE (19 OCTOBRE)	43
ANNEXE 3 : DIAGNOSTIC PARTAGE AVEC LES ORGANISATIONS (26 SEPTEMBRE)	51
4.1 L'arrêt de travail est d'abord un acte médical, mais qui s'inscrit dans un contexte social.....	51
4.2 Une hausse des dépenses particulièrement marquée au cours des quatre dernières années. 53	
4.3 Ces évolutions s'expliquent principalement par la hausse du taux d'emploi et le vieillissement de la population active.	54
4.4 L'impact du contexte professionnel et des conditions de travail doit être pris à sa juste mesure.	57

4.4.1	Le contexte professionnel et les conditions de travail sont des facteurs explicatifs parmi d'autres.....	57
4.4.2	Une part des arrêts, minoritaire, est sans aucun doute directement ou indirectement liée aux conditions de travail.....	58
4.5	Les problématiques des arrêts courts et longs doivent être dissociées.....	59
4.6	Plus l'arrêt est long, plus le risque de désinsertion professionnelle augmente.....	64
4.7	Les abus ou le mésusage sont le fait d'une minorité.....	68
4.7.1	Les actions de contrôle des arrêts de travail des assurés.....	68
4.7.2	Les dispositifs d'encadrement de la prescription excessive.....	69
4.7.3	Le dispositif de détection des entreprises atypiques.....	70
4.8	Le dispositif d'indemnisation est complexe.....	70
4.9	Eléments de comparaison européenne.....	77
4.9.1	Le système français n'apparaît pas comme étant particulièrement généreux.....	78
4.9.2	La prise en charge est assurée, les premières semaines, par les employeurs (Allemagne, Royaume Uni, Pays Bas, pays Nordiques...)	79
4.9.3	Un délai de carence variable, d'un pays à l'autre.....	81
4.9.4	Les autres pays interviennent plus précocement que la France pour garder le lien avec le monde du travail.....	82
	ANNEXE 4 : PISTES SOUMISES A LA CONCERTATION (13 NOVEMBRE), PAR THEMATIQUE.....	91
4.1	Informé / aider les médecins à prescrire.....	91
4.2	Informé les entreprises / simplifier les échanges avec la caisse.....	97
4.3	Faciliter la dématérialisation des échanges pour tous les prescripteurs, les assurés et les régimes.....	98
4.4	Mettre en place les conditions d'une action coordonnée entre les médecins.....	104
4.5	Placer la prévention de la désinsertion professionnelle au centre de l'activité des services de santé au travail.....	109
4.6	Inciter les employeurs à investir dans le maintien en emploi.....	113
4.7	Engager les organismes de protection sociale dans un démarche d'accompagnement personnalisé de l'assuré en arrêt de travail.....	122
4.8	Lancer une réflexion globale de l'articulation entre les arrêts de travail, la retraite et l'invalidité, avec pour objectif la prévention de la désinsertion professionnelle.....	127
4.9	Rendre possibles les alternatives à l'arrêt de travail pour maladie.....	132
4.10	Etablir une politique ciblée de contrôle des arrêts courts.....	140
4.11	Scénario de réforme de la prise en charge.....	148
	ANNEXE 5 : FIL D'ENTRETIEN.....	154

RAPPEL DE L'OBJET ET DU PERIMETRE DE LA MISSION

Le gouvernement a souhaité que soit ouvert un débat sur le système d'indemnisation des arrêts de travail dont bénéficient les salariés du secteur privé, à travers une large concertation entre les médecins prescripteurs, les partenaires sociaux et les organismes de couverture.

Il a confié aux présents rapporteurs la mission de conduire les échanges nécessaires avec l'ensemble des parties intéressées, en vue d'identifier les causes des évolutions rapides des dépenses enregistrées ces dernières années, de faire des propositions afin d'agir sur l'ensemble des causes et des conséquences des arrêts de travail, d'améliorer la régulation du dispositif et de faire évoluer le cadre d'indemnisation et de contrôle nécessaire, par des axes de réforme, normatifs ou opérationnels, relevant de la négociation collective, conventionnelle ou de l'Etat.

La mission a considéré nécessaire d'inviter dans l'échange les organisations représentatives des mutuelles, instituts de prévoyance ou organismes d'assurance, au vu de leur rôle dans la gestion et le fonctionnement des étages de couverture complémentaires et additionnelles.

Elle a par ailleurs constamment gardé le contact avec l'Assurance maladie. C'est l'acteur central du système dans les domaines de la gestion, du contrôle et de la prévention. Procurer un revenu de remplacement pendant les périodes d'incapacité temporaire, c'est d'ailleurs, à sa création, la première mission historique de l'assurance maladie. Pour ce faire, elle est en interaction, il est vrai aujourd'hui plus ou moins forte, avec les autres intervenants, assurés, médecins prescripteurs, entreprises, services de santé au travail, organismes gérant la prévoyance collective d'entreprise.

Enfin, un point d'étape a été fait fin octobre sur les premiers éléments de constat et des premières propositions. Le mois de novembre a été consacré à des échanges en vue d'approfondir les pistes possibles de réforme et d'action, et d'identifier, à leur égard, les points d'accord ou de désaccord.

Pour rester dans le périmètre de la mission qui leur a été confiée, compte tenu notamment de sa brièveté :

1°) les rapporteurs ont pris le parti de concentrer leurs travaux sur les dynamiques à l'œuvre dans le système d'indemnisation des arrêts de travail des salariés du secteur privé, dans un contexte de progression nécessairement contraint des dépenses d'assurance maladie, à l'origine de la mission.

Malgré les souhaits de certaines organisations patronales, ils n'ont pas cru possible d'inclure dans leur réflexion la comparaison avec les dispositifs de couverture, obligatoires ou facultatifs, dont disposent les professions et travailleurs indépendants, généralement plus rigoureux et plus responsabilisant, en congruence avec les logiques d'exercice professionnel du travail indépendant.

Ils n'ignorent cependant pas les phénomènes « d'ubérisation » et le développement de nouvelles formes de travail indépendant, aux confluences du salariat précaire. C'est un point d'attention pour l'avenir, si des évolutions favorables aux salariés du secteur privé les moins bien couverts aujourd'hui étaient décidées, dans la ligne de certaines des recommandations proposées par le présent rapport.

2°) les rapporteurs ont également souhaité garder en perspective, tant que faire se peut, les écarts de règles et d'organisation, qui font que la situation des personnes employées dans les trois versants de la fonction publique du point de vue des arrêts de travail pour maladie, de leur gestion, de leurs conséquences et de leur prévention semble être particulièrement éloignée de celle de leurs homologues du secteur privé et assez souvent moins favorable.

S'agissant des situations de travail entre les agents du secteur public et ceux du secteur privé, les rapporteurs ont noté qu'il n'y a pas généralement de différences fortes, pour des secteurs d'activité comparables. Et semble-t-il, mais cela mériterait d'être mieux mis en évidence, entre leurs absentéismes respectifs. La situation nettement plus favorable des fonctionnaires s'agissant des autorisations d'absence pour enfant malade doit néanmoins être notée.

Cependant, la mission n'a pas approfondi les échanges avec les représentants des employeurs et des agents des fonctions publiques, par défaut de temps et d'expertise spécifique en son sein et au vu de la difficulté à disposer de données statistiques d'observation consolidées. Ce dernier point est aux yeux de la mission une urgence préalable.

Le présent rapport se borne donc, au fil de ses constats et de ses propositions, à noter chaque fois que possible les recommandations qui lui semblent utilement applicables aux fonctions publiques.

La mission est convaincue, quoi qu'il en soit, que sont nécessaires des évolutions fortes du système de prise en charge des arrêts de travail dans les fonctions publiques, notamment pour la préservation de l'employabilité des personnes atteintes de maladie grave ou au long cours, ou pour l'amélioration des relations de gestion avec les médecins prescripteurs.

Ce point est partagé avec l'ensemble des parties prenantes représentant les organisations du secteur privé avec lesquelles elle a concerté.

Les rapporteurs préconisent qu'une mission spécifique à la problématique des arrêts de travail dans la fonction publique soit engagée, à la suite de leurs travaux.

-=-=-

-

CONSTATS ET PROPOSITIONS

Les rapporteurs présentent ci-dessous les différents constats qu'ils ont pu dresser et, pour chacun, les propositions d'action qu'ils pensent souhaitables et possibles.

L'objet de la mission n'a pas été d'instruire en profondeur chacune des propositions dans les détails de sa mise en œuvre technique. La mission s'est attachée surtout à s'assurer de leur pertinence et de leur acceptabilité. Eu égard aux délais contraints, il n'a pas été possible d'établir des chiffrages précis de leur impact financier ; pour autant, l'essentiel des différentes mesures proposées, si elles étaient retenues et qu'elles devenaient une priorité pour les différents intervenants du système, ont vocation à contribuer à la maîtrise des dépenses, à l'exception d'une mesure (cf. constat 7) dont l'impact financier sera à évaluer précisément.

Figurent également en annexe un certain nombre de propositions plus ponctuelles, qui se rattachent ou non aux constats dressés ci-après.

Globalement, les rapporteurs souhaitent que soient perçus les trois principes qui ont fondé leur travail :

1. La problématique des arrêts de travail est un sujet « systémique » : il doit s'analyser et se comprendre dans sa **globalité** et selon un **continuum** d'actions ou de parcours : *de la rencontre d'une personne salariée avec un médecin prescripteur, en passant par l'accompagnement du salarié en arrêt vers la reprise du travail, les efforts de prévention des arrêts évitables, aujourd'hui plus ou moins existants, jusqu'aux modalités de mise en œuvre des indemnisations par les organismes de sécurité sociale, les entreprises et les organismes complémentaires ou de prévoyance.*
2. Tel ou tel intervenant ne peut être tenu, aux yeux des autres, comme seul responsable des défauts de fonctionnement du système. La soutenabilité et l'évolution du système d'indemnisation des arrêts de travail pour l'adapter aux évolutions de la société, démographiques, technologiques, culturelles... nécessiteront l'acceptation par chacun de sa responsabilité et la bonne compréhension de celles des autres.
3. Les constats et les propositions du présent rapport cherchent en conséquence à apporter de manière cohérente et structurée des analyses et des réponses prenant en compte l'ensemble des éléments du système : rôles des intervenants, informations échangées, règles appliquées... et à veiller à fixer les grands axes et les points clés structurants, mais à laisser ouverts les degrés et les marges nécessaires à la négociation et à la décision.

CONSTAT N°1 : PREVENIR D'ABORD, ET AINSI EVITER DES ARRETS

La note d'étape remise à sa demande au Premier ministre le 19 octobre dernier avait souhaité insister sur le fait que la problématique de l'évolution des dépenses des arrêts de travail ne s'identifiait pas à celles des arrêts de courte durée, pourtant les plus nombreux.

La maîtrise de la dépense d'indemnisation passera principalement par celle des arrêts longs et la mise en place d'actions de prévention primaires et secondaires. Elle nécessitera d'agir également le plus tôt possible pour faciliter le retour du salarié arrêté à son travail, ou l'orienter si nécessaire vers d'autres activités professionnelles. Les experts appellent ces actions de la « prévention tertiaire ».

Pour autant, les rapporteurs souhaitent souligner le caractère central joué par l'absentéisme de courte durée pour raisons de santé dans la problématique des arrêts de travail.

Ce n'est pas principalement un sujet de dépenses, même s'il ne doit pas être négligé¹, sachant qu'au-delà de la dépense directe d'indemnisation, ce sont aussi et surtout des coûts de désorganisation que l'entreprise supporte.

Une partie des arrêts courts révèle, notamment par la nature des principaux motifs médicaux qui les justifient (troubles musculo squelettiques, lombalgies, syndromes anxio-dépressifs), les rapports complexes que le salarié, dans sa dimension bio-psycho-sociale, entretient avec son travail et son environnement de travail, et qui se répercutent sur son niveau d'engagement et sa santé.

La mission écarte de manière ferme et sans aucune ambiguïté toute volonté de chercher des responsabilités du côté du salarié ou de l'entreprise. Elle prend cette situation comme un état de fait.

Même s'ils sont peu contrôlés, car cela est difficile, les arrêts de courte durée s'avèrent quasiment toujours justifiés au moment du contrôle. Les abus existent et doivent être combattus pour des raisons civiques, mais ils ne représentent qu'une très faible proportion des arrêts de courte durée. Les rapporteurs proposeront (cf. constat n°6) une implication plus forte de l'Assurance maladie dans ce domaine.

A ce stade, les rapporteurs veulent insister sur le fait que l'absentéisme de courte durée pour motifs de santé n'est pas une fatalité mais une réalité qui doit nous interpeller. Indépendamment des problématiques générales de santé publique extérieures au monde du travail, les acteurs de l'entreprise doivent se convaincre qu'ils ont un rôle essentiel à jouer.

Il leur est possible d'agir pour prévenir la part des absences pour raison de santé qui peut être évitée, qu'il s'agisse d'accidents de travail ou de maladies professionnelles, mais également d'absences non imputables juridiquement au travail.

Ce n'est pas le rôle des rapporteurs, ni de leur compétence, de présenter, commenter, juger les différents types de démarches visant à prévenir la part évitable de l'absentéisme pour raisons de santé.

La mission se bornera à indiquer que ces démarches, initiées par les employeurs, obtiennent des résultats tangibles, sous réserve qu'un certain nombre de prérequis soient respectés, notamment :

- l'implication dans la durée de la direction générale de l'entreprise.

¹ Si l'on ajoute la part indemnisée par l'assurance maladie à celle résultant du complément légal employeur et des couvertures complémentaires, ce sont près de 3 Mds € de dépenses.

- le soutien des instances représentatives du personnel à la démarche.
- l'écoute des salariés par le management autour de la réalité de leur travail dans ses dimensions techniques, organisationnelles, et relationnelles.
- l'implication des salariés dans la définition d'actions pragmatiques de prévention correctrices au plus près de leur travail.
- l'évaluation quantitative et qualitative des résultats, la reconnaissance des salariés impliqués dans la démarche.
- l'audit régulier des démarches mises en œuvre.

Enfin, certaines organisations représentants les employeurs ont indiqué informellement à la mission ne pas rejeter des systèmes, de type bonus-malus, d'incitation et de reconnaissance des efforts de prévention.

La mission est convaincue que la prévention de l'absentéisme, sous toutes ses formes, est une priorité pour les acteurs des entreprises et des branches.

C'est certainement aussi la meilleure façon de dégager des marges de manœuvre financière, utiles au financement d'améliorations des couvertures complémentaires pour certaines catégories de salariés qui en sont aujourd'hui tenus à l'écart (cf. constat 7).

Mais la mission considère qu'il revient aux partenaires sociaux d'en débattre dans le cadre des instances adéquates et, en particulier, dans le cadre de la discussion annoncée sur la transformation du système de de santé au travail. De son côté, la fonction publique devra également s'engager dans cette même voie.

Les rapporteurs se bornent ici à faire sur cet aspect central les propositions suivantes².

Proposition 1 : *Des organismes de prévoyance fournissent à leurs entreprises clientes des profils simples d'absentéisme, permettant des comparaisons au sein d'un secteur d'activité. L'Assurance maladie, en liaison avec les branches d'activité, pourrait s'inspirer de ces profils, les définir, les établir et les mettre à disposition, individuellement, de l'ensemble des entreprises. Le profil comparé de l'entreprise serait transmis au comité social et économique.*

Proposition 2 : *La détection et l'action précoces en matière de désinsertion professionnelle dépendent d'abord de l'implication des entreprises. Il pourrait être posé pour l'entreprise une obligation de diagnostic de sa situation d'absentéisme pour maladie (en garantissant la confidentialité du secret médical) et, le cas échéant, de définition d'un plan d'action de prévention (adaptation des postes de travail, action corrective des atypies). Dans une logique assurantielle, des systèmes de modulation du taux de cotisation maladie (désormais la part « patronale ») pourraient être définis, pour tenir compte par exemple de l'écart du profil de sinistralité en matière d'arrêt de travail maladie d'une entreprise par rapport à la distribution de cette sinistralité dans son secteur d'activité. Une bonification pourrait être envisagée pour les populations susceptibles de subir un effet d'éviction (salariés âgés, en situation de handicap, autres...).*

² Cf. Pistes de réflexion 3 et 6 en annexe 3

CONSTAT N° 2 : CHANGER LE PARADIGME DE GESTION DES ARRETS LONGS

Une personne arrêtée plus de 6 mois perdrait la moitié de ses chances de retrouver son travail, voire un travail.

Dans la majorité des autres pays européens, les dispositifs d'arrêt pour maladie cessent, plus ou moins tôt, mais souvent durant la première année d'arrêt de travail pour laisser la place à d'autres dispositifs dont l'objectif est d'organiser la reprise de l'activité professionnelle.

Face à cela, en France :

- La réglementation ne prévoit l'intervention de l'avis du médecin conseil qu'au 6^{ème} mois (et au 12^{ème} mois en cas d'accidents de travail ou de maladie professionnelle avec le bilan « médico-socio-professionnel »).
- La visite de pré-reprise qui permet une rencontre anticipée du salarié auprès du médecin du travail n'est réservée qu'au salarié en arrêt de plus de 3 mois. Elle ne peut donc avoir lieu avant 3 mois. Elle est facultative et le médecin du travail n'est soumis à aucune obligation quant à sa date, ou même à sa tenue.
- Aucun dispositif pratique n'existe pour accélérer l'obtention des rendez-vous d'imagerie ou de spécialiste nécessaires à l'établissement du diagnostic et de la thérapeutique, et éviter ainsi des périodes d'arrêt de plusieurs semaines voire de mois entiers, dont la seule justification est l'attente du rendez-vous.
- Aucun dispositif pratique n'est aujourd'hui organisé pour permettre au médecin prescripteur d'orienter un patient vers ses confrères, médecin conseil ou médecin du travail. Dans l'immense majorité des cas, le médecin prescripteur et le salarié ne connaissent pas l'identité du médecin du travail du salarié.
- Le médecin du travail n'est juridiquement pas obligatoirement tenu informé des arrêts de travail des salariés, et ne l'est de ce fait pas souvent.
- La réalité de l'indépendance du médecin du travail par rapport à l'employeur n'est pas comprise par les médecins prescripteurs et par le salarié.
- Le silence des textes peut laisser croire aux médecins prescripteurs qu'ils ne peuvent partager avec les médecins du travail les informations d'ordre médical qui leur sont nécessaire pour l'accompagnement du salarié, alors que l'Ordre des médecins considère que cela est tout à fait possible voire important pour le salarié.
- Le médecin conseil gère, de son côté, une réglementation complexe et peu cohérente : elle permet jusqu'à trois ans d'arrêt continu pour maladie³, notamment par le biais des « affections de longue durée non exonérantes » ; mais une personne en affection de longue durée depuis trois ans n'aura en revanche plus droit à des arrêts alors même qu'elle n'aurait bénéficié durant la période de trois ans que d'un nombre limité de jours d'arrêts, à la différence d'une personne qui n'est pas en affection de longue durée dont les droits à arrêt se rechargent continuellement.
- Restent confidentiels, car certainement trop complexes à mettre en œuvre, les dispositifs permettant à la personne, dont la reprise du travail dans son activité apparaît compromise, de bénéficier, durant l'arrêt, d'actions de formation en vue d'une réorientation professionnelle.

³ Mais la même maladie, si elle est d'origine professionnelle, permettra un arrêt de durée illimitée

- Aucun dispositif ne permet de sécuriser l'engagement du salarié, pour lequel l'entreprise a investi dans une adaptation de poste, à ne pas solliciter in fine un licenciement pour inaptitude, qui peut, en fin de carrière, lui apparaître plus favorable que la poursuite de son activité, et éviter ainsi de décourager les entreprises et les services de santé au travail qui investissent inutilement du temps et des moyens.
- La réglementation de l'invalidité est obscure, et sémantiquement, notamment pour l'invalidité de catégorie 1, ne porte pas l'idée que la personne a encore une capacité de travail, même atténuée.
- Le relèvement progressif de l'âge effectif de départ à la retraite résultant des réformes de retraite n'a pas été suffisamment accompagné de solutions pour prendre en compte la réduction de la capacité de travail avec l'âge.

Tant l'intérêt des personnes en arrêt de longue durée que la maîtrise durable des évolutions des dépenses d'arrêt de travail appellent que soit fortement reformulé l'objectif fixé aux dispositifs d'indemnisation : la reprise du travail, et que soit fermement recherchée la redéfinition des articulations entre les différentes parties prenantes pour les rendre solidaires de l'atteinte cet objectif.

Proposition 3 : *La négociation qui doit s'engager sur la transformation du système de santé au travail devra identifier, au même niveau de priorité que les sujets de prévention « primaire », les enjeux de prévention tertiaire, dits de « prévention de la désinsertion professionnelle ».*

Un volet spécifique de la négociation devra lui être consacré. Il devra s'attacher à lever les différents obstacles qui rendent aujourd'hui excessivement difficiles pour les bonnes volontés l'atteinte de l'objectif de retour au travail de personnes en arrêt de longue durée.

Pour ce faire, les travaux devront associer, selon des modalités à définir, les parties prenantes jusqu'ici extérieures au champ habituel de la santé au travail, l'assurance maladie et les représentants des médecins prescripteurs.

La première pourrait notamment jouer un rôle d'intermédiation utile entre l'assuré-patient-salarié, les médecins, les entreprises et les services de santé par la généralisation des « facilitateurs IJ ». Les seconds pourraient à travers des outils de prescription adaptés pour ce faire, transmettre, avec l'accord des patients, des signalements vers le médecin conseil et le médecin du travail.⁴

Un des objectifs de ces discussions sera de déterminer le délai au terme duquel devra avoir eu lieu la visite d'évaluation ou de pré-reprise. La mission pense à cet égard qu'elle devrait se situer entre 6 semaines et 3 mois maximum après le début de l'arrêt de travail.

Proposition 4 : *La mission est convaincue de la nécessité de placer la prévention de la désinsertion professionnelle au centre de l'activité des services de santé. Sous réserve du consentement du patient, le médecin prescripteur doit pouvoir communiquer au médecin du travail les informations d'ordre médical utiles à son traitement, et disposer dans le dossier médical partagé (DMP) des données de santé-travail, renseignées et consultables par le médecin du travail. La coordination du trio de médecins (traitant, conseil, du travail) pourrait être systématisée en s'appuyant sur des outils modernisés qui permettront:*

- *D'identifier le nom du médecin du travail (DMP),*
- *De signaler aux médecins conseil et au médecin du travail le cas d'un patient nécessitant un accompagnement personnalisé (avis d'arrêt de travail),*

⁴ Cf. pistes de réflexion 4 et 5, et 7 en annexe 3

- *D'établir un parcours de soins coordonné, ayant pour objectif le maintien en emploi (téléconsultation médecin prescripteur-médecin du travail, en présence du patient, à négocier dans un cadre conventionnel),*
- *De documenter, par exemple, l'adaptation du poste de travail et la possibilité de télétravail (volet « contexte de travail » dans le DMP).*

Proposition 5 : *Une remise à plat des règles de l'indemnisation des arrêts de travail, notamment des durées, et de l'invalidité est parallèlement à envisager.*

L'objectif serait de permettre :

- *une approche plus individualisée,*
- *un accompagnement plus précoce par le service médical (notamment sur signalement du médecin prescripteur - préférentiellement le médecin traitant, et en accord avec son patient), obligatoirement dans les trois mois qui suivent la survenue de l'arrêt (visite d'évaluation ou de pré-reprise),*
- *une mobilisation active de tous les outils possibles, éventuellement après adaptation : temps partiel thérapeutique, télétravail pour raison de santé, visite de pré-reprise, période de formation pendant l'arrêt de travail....*

S'agissant de l'invalidité, une clarification sémantique serait souhaitable (comme cela s'est fait en Grande Bretagne avec le passage de la « sick note » à la « fit note ») en parlant plutôt de « compensation pour capacité réduite de travail », et une redéfinition des niveaux de prestations en fonction de la quotité de travail possible pour la personne.

Il s'agit de chantiers en tant que tels, qui devront être engagés en associant les différentes parties prenantes, en s'inspirant des systèmes pertinents mis en œuvre dans plusieurs pays européens et en fixant comme but unique à ces évolutions de favoriser la reprise d'une activité professionnelle.⁵

Proposition 6 : *La progression du poids des arrêts de travail des « seniors » constitue la seconde cause d'explication majeure de l'augmentation de la dépense globale. La gestion des fins de carrière professionnelle et des périodes de transition vers la retraite doit constituer un enjeu de la future réforme des retraites. Il est nécessaire que soit prise en compte la réduction progressive des capacités de travail avec l'âge, pour permettre de manière préventive d'éviter des arrêts pour maladie, en intensifiant les actions d'adaptation du poste de travail des seniors et en se donnant les moyens de faire plus jouer les dispositifs de retraite progressive, de réduction progressive d'activité, de retraite pour inaptitude⁶.*

CONSTAT N° 3 : DONNER AUX MEDECINS DE MEILLEURS OUTILS ET REPERES POUR PRESCRIRE LES ARRETS DE TRAVAIL

L'Assurance maladie a engagé une révision en profondeur de son dispositif de contrôle des arrêts de travail de longue durée. L'objectif est de procéder à des contrôles « sur personne » plus individualisés, paramétrés en fonction de critères médicaux. Cet objectif devra intégrer de manière

⁵ Pistes de réflexion 8 et 9 en annexe 3

⁶ Pistes de réflexion 6 en annexe 3

prioritaire, en accord avec la priorité de prévention de la désinsertion professionnelle, l'accompagnement de l'assuré en vue de sa reprise du travail.

Parallèlement, l'action de contrôle des prescriptions des médecins (notamment celle des « surprescripteurs ») doit être accompagnée, voire supplantée, par la volonté de faciliter le dialogue (« la négociation ») entre le médecin et son patient, et permettre au premier de mieux convaincre ce dernier de l'intérêt thérapeutique de l'arrêt ou de la reprise.

Par ailleurs, sous réserve de dérogations à discuter (prescription de sortie d'hospitalisation, certains suivis de spécialités), le médecin traitant doit être placé en position centrale. L'objectif est, notamment, que le médecin traitant soit le pivot, côté médecins, de la mise en œuvre des dispositifs de retour au travail en interface avec les autres intervenants (médecins conseil, médecin du travail, entreprise le cas échéant).

Proposition 7 : *La convention médicale doit prévoir les modalités par lesquelles les médecins peuvent se former à la problématique des arrêts de travail et de leurs prescriptions au travers du développement professionnel continue (entretiens confraternels, groupes d'échanges de pratiques⁷...).*

Proposition 8 : *L'Assurance maladie doit favoriser des méthodes d'actualisation ou d'élaboration des aides à la prescription en ligne (« fiches repères ») faisant appel à des médecins effectivement prescripteurs à travers, impérativement, les collèges académiques du collège de la médecine générale⁸ et également les collèges professionnels des autres spécialités, le tout validé par la Haute Autorité de Santé.*

Elle doit rapidement faire évoluer les modèles CERFA de prescription des arrêts de travail maladie ou AT/MP, ainsi que les interfaces du service de télétransmission des arrêts de travail pour :

- *assurer la traçabilité de l'arrêt,*
- *organiser la collaboration des médecins prescripteurs, conseil et du travail, en permettant une mise en relation rapide ;*
- *simplifier les formulaires en supprimant les multiples zones sans utilité thérapeutique (horaires de sortie) ;*
- *organiser les modalités d'une alternative à l'arrêt de travail à temps complet, via le temps partiel thérapeutique ou le télétravail.*

L'annexe 1 présente le nouveau modèle de données. Cet aspect est aux yeux de la mission un levier essentiel de transformation dont les médecins apparaissent unanimement prêts à se saisir. C'est à cette condition que le « trio solitaire » (médecin prescripteur, médecin du travail et médecin conseil) pourra former un « trio solidaire » à même d'accompagner l'assuré dans un parcours de soins coordonné ayant pour objectif son maintien en emploi.

Proposition 9 : *Tout médecin, y compris hospitalier, doit pouvoir avoir accès, sous une forme dématérialisée, à un tableau de bord simple et ergonomique décrivant sa pratique de prescription d'arrêt de travail et la comparant avec celles de ses confrères⁹.*

⁷ Pistes de réflexion 1, en annexe 3

⁸ Pistes de réflexion 1, en annexe 3

⁹ Piste de réflexion 2, en annexe 3

Proposition 10 : *La prescription d'arrêts de travail doit faire l'objet d'un parcours coordonné, avec ses dérogations et ses éléments de responsabilisation (pour éviter le « nomadisme de prescription »), à l'instar du parcours de soins coordonnés institué en 2004¹⁰.*

¹⁰ Piste de réflexion 10, en annexe 3

CONSTAT N°4 : OFFRIR DES ALTERNATIVES A L'ARRET DE TRAVAIL POUR MALADIE A TEMPS COMPLET

Le principe thérapeutique de l'arrêt de travail est que la mise au repos est bénéfique à la restauration de l'état de santé de la personne malade. Puis, lorsque l'état de santé le permet, la reprise intervient.

De manière schématique, le salarié est donc soit à son travail, soit en arrêt.

Longtemps la réglementation n'a prévu qu'un seul tempérament à cette situation binaire : la reprise progressive du travail sous la forme d'un temps partiel thérapeutique.

Il est nécessaire d'élargir la palette des solutions offertes au médecin qui prescrit l'arrêt de travail.

Le gouvernement et le Parlement ont retenu la proposition faite à l'occasion du point d'étape du 19 octobre dernier de généraliser à toutes les personnes malades la possibilité de se voir prescrire d'emblée, sans arrêt préalable à temps complet, un arrêt à temps partiel. Cette possibilité n'était ouverte depuis 2012 qu'aux seules personnes en affection de longue durée ou relevant du risque professionnel.

Proposition 11 : *La mission propose que le médecin puisse prescrire la possibilité du travail à domicile, sous forme de télétravail, de manière alternative à une mise au repos total ou partiel.*

Cette proposition a suscité généralement de l'intérêt, aucune opposition catégorique, mais un certain nombre de réserves ou d'inquiétudes¹¹.

Aussi, la mission précise, ci-après, l'idée qu'elle se fait de cette innovation qui serait introduite dans notre droit social :

➤ *Tout d'abord, il s'agirait d'une option au choix du salarié : le médecin ferait dans tous les cas un avis d'arrêt de travail transmis à la caisse primaire d'assurance maladie. Mais, l'avis préciserait (selon un nouvel item introduit dans le formulaire de saisie de l'avis) : « **alternative: télétravail autorisé (si possible)** ». De la sorte, le salarié aurait toujours la liberté d'exercer ou non l'option qui lui est ouverte. Et, en cas de difficultés médicales ultérieures, la prescription aura été tracée à toutes fins utiles.*

➤ *Ensuite, cette option a vocation à être exercée de manière privilégiée pour un salarié travaillant dans une entreprise qui aura préalablement défini un cadre de télétravail, et dont les activités dans l'entreprise peuvent être exercées en télétravail.*

Typiquement, cette option se prête bien au cas d'une personne qui, habituellement, exerce un ou deux jours par semaine son activité professionnelle en télétravail. La différence est que le télétravail pourrait être utilisé continument pour la durée de la période prescrite.

➤ *Enfin, pour que l'option puisse être exercée, il faudra que cette situation de « télétravail pour raison de santé » soit acceptée par l'employeur ou, idéalement, ait été introduite préalablement dans le cadre applicable à l'entreprise relatif au télétravail.*

Moyennant ces précisions, la mission est convaincue, par les échanges qu'elle a eus, que cette proposition est susceptible de réunir un accord assez large.

Elle n'a pas instruit la nécessité, ou non, que l'option de « télétravail pour raison de santé » soit introduite par la loi ou le règlement. Sa conviction est néanmoins que, si cela devait être le cas, le législateur ou le pouvoir réglementaire devraient se forcer à une stricte économie de moyens, afin

¹¹ Pistes de réflexion 9, en annexe 3

de laisser aux partenaires sociaux le soin de préciser les modalités de mise en œuvre de cette innovation.

La mission forme aussi le vœu que les partenaires sociaux permettent à la formule de couvrir un large éventail de situations, sans chercher à trop restreindre son champ d'usage. Les rapporteurs pensent en effet que l'option télétravail peut couvrir des situations aussi diverses qu'un arrêt de durée courte ou moyenne (par exemple pour consolidation d'une fracture ou résorption d'une entorse) ou qu'une reprise à temps partiel après un arrêt de longue durée, le temps partiel s'effectuant, par exemple, dans un premier temps au domicile de la personne en télétravail.

CONSTAT N°5 : CONTROLER PLUS EFFICACEMENT LES ABUS

Nul ne conteste l'existence d'abus. Même s'il est malaisé d'en évaluer précisément le nombre et qu'il convient d'être prudent dans l'analyse¹².

Il est en effet difficile de contrôler les arrêts de courte durée, la personne pouvant avoir repris le travail lorsque l'information sur son arrêt arrive à l'organisme en charge de l'indemnisation et du contrôle.

Il est indispensable que la proposition faite en octobre, retenue par le gouvernement et adoptée par le Parlement mais annulée par le Conseil constitutionnel en tant que « cavalier social » soit réintroduite. Elle doit avoir pour but de généraliser pour l'ensemble des actifs (salariés et fonctionnaires) un service de télétransmission des avis des arrêts de travail fournis par les organismes d'assurance maladie aux médecins prescripteurs. Elle permettra d'accélérer l'indemnisation des arrêts de travail et de faciliter la connaissance des éléments d'ordre médical justifiant la prescription.

Elle peut aussi, c'est vrai, permettre de rendre plus aisés les contrôles.

Mais cela ne sera pas possible sans une remise à plat complète du cadre historique de contrôle.

En effet, les rapporteurs ont fait partager leur conviction que ce cadre n'est pas pertinent. Il est essentiellement fondé sur la vérification que la personne est présente à son domicile, en dehors des périodes où elle bénéficie d'une autorisation de sortie. Or, le système des horaires de sortie autorisée ne présente aucun intérêt thérapeutique, pas plus d'ailleurs que l'obligation faite à l'assuré d'informer la caisse en cas de sortie de sa circonscription territoriale.

Ce cadre de règles historique a pour seul objet de faciliter administrativement les contrôles.

Il est notable que les éléments présentés par les sociétés qui organisent des contre-visites à la demande des employeurs montrent que l'essentiel des arrêts suspendus suite aux contrôles résultent d'une absence au domicile au moment du contrôle, et non pas du caractère médicalement injustifié de l'arrêt¹³.

¹² Au moment d'un contrôle, un arrêt peut ne plus être justifié, alors qu'il l'était à la date de la prescription.

¹³ Source : Medica Europe – Rapportés à 100, 49% des arrêts sont justifiés médicalement, 51 % conduisent à une suspension du versement du complément par l'employeur, mais dans ces 51%, l'immense majorité des cas de suspensions (41 % des cas) le sont pour impossibilité de réaliser le contrôle. Sur les 11 % de cas non médicalement justifiés, 3 % seulement résulteraient de prescription de complaisance, alors que les 8 % autres cas, l'arrêt ne serait plus justifié au moment du contrôle, mais aurait pu l'être au moment de la prescription.

Proposition 12 : *La mission propose de supprimer les obligations de présence au domicile ou de maintien dans la circonscription de la caisse primaire. Et elle appelle l'Assurance maladie à transformer son dispositif et réinvestir le contrôle des arrêts courts.*

Tout d'abord, grâce à la large digitalisation des données de contacts, en informant les assurés en arrêt de courte durée par des campagnes de SMS ou de courriel sur l'éventualité d'un contrôle. Ensuite, en privilégiant des contrôles médicaux sur personne par convocation au cabinet du médecin conseil¹⁴, ou à celui d'un médecin assermenté par le service médical de l'Assurance maladie. Enfin, en informant l'employeur sur le sort réservé à la demande d'un contrôle qu'il a pu demander à l'Assurance maladie de réaliser¹⁵.

Proposition 13 : *S'il est donné suite à la proposition précédente, les sociétés qui organisent des contre-visite pour le compte de l'employeur devront revoir leur modèle. Dans ce cas, il y aura matière à mieux articuler les conséquences des contrôles faits dans le cadre de la contre-visite du côté de l'assurance maladie.*

La mission propose de modifier les textes liant le résultat de la contre-visite diligentée par l'employeur et les décisions de l'Assurance maladie :

- *en demandant à l'Assurance maladie de définir le cahier des charges auxquelles les sociétés organisant les contrevisites devront se soumettre ; ce cahier des charges précisant notamment des exigences posées par l'Assurance maladie que devront respecter les médecins mandatés par l'employeur (exemple : délais de transmission du rapport de contrevisite, contenu de ce rapport) ;*
- *en permettant à la caisse primaire de mettre fin à l'indemnisation, au cas où l'assuré sans motif légitime s'est soustrait au contrôle du médecin mandaté par l'employeur¹⁶.*

¹⁴ Ou rendez-vous au domicile en cas d'impossibilité pour la personne de se déplacer.

¹⁵ Piste de réflexion 10 en annexe 3

¹⁶ Piste de réflexion 10 en annexe 3

CONSTAT N°6 : DEPASSER LA PROBLEMATIQUE DES JOURS DE CARENCE

Le sujet du jour de carence est sensible et controversé. Son introduction, sa suppression puis sa réintroduction dans la fonction publique selon un rythme quinquennal témoigne du caractère très politique du sujet.

Les études statistiques ne contribuent pas à éclaircir définitivement le débat. Citons en deux.

L'Institut de recherche en économie de la santé (Irdes) a analysé plusieurs dizaines de conventions collectives et mis en regard les comportements d'arrêts de travail des salariés des différentes branches.

Ces études exploitent un échantillon de plus de 500 000 assurés représentatifs de la population active sur une profondeur de quatre années. Les résultats¹⁷ montrent que le fait d'être couvert par une convention collective a un effet à la hausse significatif sur la fréquence des arrêts, leur longueur et le nombre de jours d'arrêt annuel.

Les estimations faites par l'Irdes montrent également que le délai de carence, par son positionnement stratégique en début d'arrêt, conditionne également la décision d'arrêt et sa longueur. Bénéficier d'une meilleure couverture des jours de carence induit, selon l'Irdes, une plus forte probabilité d'arrêt, une durée d'arrêt supérieure et un nombre de jours d'arrêt par an également supérieur.

A l'inverse, l'Insee¹⁸, pour la période 2012-2014 où le jour de carence a été successivement en vigueur dans la fonction publique puis supprimé, a noté une forte chute du recours aux arrêts de 2 jours et une hausse significative des arrêts d'une semaine à 3 mois.

Au total, l'Insee conclut à l'absence de baisse de la prévalence totale des jours d'arrêt.

L'Insee, qui a utilisé pour son étude économétrique la méthode dite « de différences de différences » souligne (cf. page 28 de l'étude) que l'hypothèse de « tendance commune » entre le groupe des fonctionnaires et le groupe de « contrôle » des salariés du secteur privé, nécessaire pour utiliser cette méthode, voit sa validité confortée par le fait que les résultats ont pu être confirmés dans un sens puis dans l'autre pour les deux périodes (2012-2013, puis 2014) pour lesquelles il y a eu un changement de réglementation. Les rapporteurs notent qu'il y aurait matière à consolider peut-être de manière définitive les résultats obtenus en complétant l'étude de l'Insee en 2019 ou 2020 par l'observation des évolutions suite à l'introduction du jour de carence dans l'ensemble des fonctions publiques en 2018.

Au total, pour la mission, ces éclairages montrent une chose certaine : la diminution de la fréquence des arrêts de courte durée. Et probablement, l'absence d'impact sur la dépense globale d'indemnisation des dispositifs d'assurance complémentaires du fait d'une augmentation de la durée des arrêts.

La mission a mis dans la concertation l'hypothèse de l'introduction d'un jour de carence « d'ordre public », au sens où il ne pourrait pas être couvert par les accords de branche ou d'entreprise.

Au vu des éléments statistiques évoqués ci-dessus, cette mesure n'aurait pas d'effet économique notable.

¹⁷ IRDES Document de travail – DT n°66 – page 27

¹⁸ « Les effets d'un jour de carence pour arrêt maladie sur les absences pour raison de santé dans la fonction publique de l'État française », document de travail, Alexandre Cazenave-Lacrouz, Alexandre Godzinski, INSEE, G2017-06

Toutefois, une justification pourrait être l'équité de traitement entre d'une part les salariés bénéficiant d'une couverture généreuse dès le premier jour, et d'autre part tous les fonctionnaires qui sont soumis depuis cette année à un jour de carence ainsi que les salariés dont les couvertures complémentaires laissent à leur charge au moins un jour d'arrêt¹⁹.

Proposition 14 : *L'ensemble des organisations de salariés est hostile à l'introduction d'un jour de carence d'ordre public. Laquelle est souhaitée par les représentants des entreprises, qui verraient là la possibilité de faire réduire par la loi un avantage résultant de négociations sociales, accordé certainement en contrepartie de concessions d'autres natures acceptées par les salariés.*

Dans ces conditions, la mission suggère que cette hypothèse ne soit envisagée que comme contrepartie à des évolutions permettant une meilleure prise en charge de certaines populations de salariés non couvertes par le complément employeur prévu par la loi de mensualisation (cf. Constat n°9)²⁰.

CONSTAT N° 7 : VISER CONJOINTEMENT EQUITE ET ALLEGEMENT DES COUTS DE GESTION

Les règles d'indemnisation des arrêts de travail forment un système d'une très grande complexité. Leur gestion est d'une lourdeur excessive. Et, résultant d'une construction historique, elles varient d'un secteur à l'autre.

Elles s'avèrent inadaptées aux évolutions de l'économie du travail, marquées par une plus grande mobilité des salariés et un raccourcissement des durées d'emploi chez le même employeur.

Le système se compose de trois étages emboîtés :

- Le régime de base de la sécurité sociale avec des conditions d'ouverture de droit, des définitions des revenus de référence et des assiettes servant aux calculs des indemnités journalières, ainsi que des taux de remplacement, différents selon les risques couverts (maladie-maternité-professionnel) ;
- Le complément légal versé par l'employeur issu de la loi du 19 janvier 1978, dite de mensualisation, assure au salarié compte tenu de l'indemnisation versée par la sécurité sociale le maintien de 90 % de son salaire le premier mois d'arrêt, puis deux tiers de son salaire le deuxième mois d'arrêt. En sont cependant privés certaines professions (salariés travaillant à domicile, saisonniers temporaires, intermittents, assistants maternels, salariés des employeurs particuliers), et les salariés embauchés depuis moins d'un an (la plupart des personnes en CDD, se trouvent ainsi de facto exclues) ;
- Les accords interprofessionnels, de branche ou d'entreprise, qui complètent au-delà du deuxième mois d'arrêt l'indemnisation, effacent, ou pas, tout ou partie des jours de carence, et offrent, ou pas, une couverture complémentaire partielle aux salariés exclus par la loi de mensualisation²¹. Les éléments d'indemnisation sont versés soit directement par les entreprises, soit par les organismes d'assurance, de prévoyance ou mutualistes.

¹⁹Il faut noter que la mission n'a pas pu disposer de manière précise de la part des salariés qui bénéficient d'une franchise totale des jours de carence dès le premier jour d'arrêt.

²⁰ Pistes de réflexion 11, en annexe 3

²¹ Articles L.3242-1 et suivants du code du travail

Les conditions d'ouverture des droits des trois étages sont différentes.

Par ailleurs, la complexité, qui peut être extrême, des calculs des indemnités par la sécurité sociale rend mécaniquement très lourd les calculs des entreprises et des organismes complémentaires nécessaires au versement du salaire maintenu.

La subrogation, qui permet le maintien de salaire et évite au salarié des ruptures de ressources, n'est pas généralisée ; un tiers seulement des indemnités journalières sont versées aux entreprises subrogées dans les droits des salariés. En effet, la majorité des entreprises ne veut pas supporter la charge de trésorerie résultant de l'attente, plusieurs semaines, du remboursement par les caisses primaires de sécurité sociale.

Et il s'avère que de nombreuses populations exclues du complément légal de l'employeur prévu par la loi de mensualisation²², peuvent bénéficier d'un volet prévoyance de leur accord de branche qui les rapproche ou les porte au niveau du complément de salaire légal. C'est notamment le cas des intérimaires, des assistants maternels, des salariés du particulier employeur.

La mission a échangé sur ces aspects et considère qu'il y a matière à concilier l'objectif d'équité et l'objectif d'allègement des tâches de gestion.

Proposition 15 : *La direction de la sécurité sociale et la Caisse nationale d'assurance maladie ont depuis plusieurs années expertisé les voies de simplification des calculs d'indemnisation de la part versée par la Sécurité sociale.*

Très techniques, il ne s'agit pas ici de les détailler. La principale mesure consisterait à harmoniser les périodes de référence relatives aux droits et au calcul des indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP. Cela permettrait d'utiliser une assiette unique, exprimée en salaire brut ; seuls les taux faciaux resteraient propres à chacun des risques couverts. Par ailleurs, les salaires pris en référence seraient ceux versés uniquement par le ou les employeurs du salarié au jour de l'arrêt (et non plus ceux versés par des entreprises que le salarié a quitté avant son arrêt de travail). Enfin la période de référence serait unique, correspondant aux douze mois précédant le jour de l'arrêt.

La mission propose que ces mesures soient mises en œuvre²³.

Proposition 16 : *Outre les inégalités de traitement qui en résultent, la grande diversité des situations des couvertures complémentaires selon les salariés est un élément qui peut pénaliser les mobilités professionnelles. Il est proposé de mettre à l'étude une extension et une simplification du deuxième étage, celui du complément légal employeur prévue par la loi de mensualisation.*

Le premier objectif serait d'étendre le complément employeur à l'ensemble des catégories de salariés, avec le minimum d'exceptions possibles.

Le second objectif serait d'aligner les conditions d'ouverture du droit au complément employeur sur celle de la Sécurité sociale, ce qui permettrait aux personnes nouvellement embauchées (notamment les CDD) de bénéficier du complément employeur dès lors qu'elles sont éligibles à l'indemnisation par la Sécurité sociale. De même un alignement des règles de carence du complément employeur (aujourd'hui 7 jours) sur celles de la Sécurité sociale (3 jours) pourrait être envisagé. Il s'agirait de mesures de simplification de gestion pour les entreprises, mais aussi d'avancées sociales.

²² Ibidem

²³ Pistes de réflexion 11, en annexe 3

Ces mesures représenteront ou non un coût pour certaines branches ou entreprises, en fonction des niveaux de couverture par d'éventuels accords de branches ou d'entreprises. Ce coût devra être évalué. Il pourrait être plus que couvert par les économies liées aux efforts de prévention que les entreprises se disent prêtes à engager, sans compter les économies de gestion des mesures de simplification présentées ci-dessus, et celles proposées ci-après par la mission²⁴.

Proposition 17 : *Si la proposition précédente (extension et alignement du complément employeur) était décidée, la mission propose deux autres simplifications majeures²⁵.*

Il s'agirait, d'abord, de forfaitiser l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale au titre des 30 premiers jours d'arrêt de travail. Aujourd'hui l'indemnité journalière est égale à 50 % du salaire plafonné à 1,8 Smic.

L'extension du complément employeur à toutes les catégories de salariés et l'alignement de ses conditions d'ouverture sur celle de la Sécurité sociale garantirait à tous les salariés la certitude d'avoir au moins 90 % de leur salaire maintenu.

Cela permettrait donc, de manière financièrement neutre pour les salariés, de fixer l'indemnité journalière à la même valeur pour tous les salariés, quels que soient leurs salaires, les employeurs compensant, comme aujourd'hui, jusqu'à hauteur de 90 % du salaire.

La valeur du forfait serait calculée pour laisser globalement inchangées les dépenses de l'ensemble des entreprises au titre du complément employeur (après extension et alignement).

Cette mesure, neutre pour la Sécurité sociale, représenterait une économie directe pour toutes les entreprises dont le salaire moyen est inférieur au double du forfait. Elle serait donc globalement favorable aux petites entreprises et aux entreprises de main d'œuvre. L'ensemble des entreprises bénéficierait d'un allègement massif des coûts de gestion des indemnités journalières : les arrêts de moins d'un mois représentent en effet 75 % de l'ensemble des arrêts.

Enfin, cette simplification massive permettrait d'envisager une seconde simplification majeure ; la généralisation de la subrogation, donc du maintien de salaire.

Cette généralisation est souhaitée par les représentants des salariés.

Actuellement, les représentants des entreprises n'y sont pas favorables.

La mission pense que la généralisation est possible à condition que soit mise en œuvre la forfaitisation des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, et que des engagements nets soient pris par les caisses d'assurance maladie sur les délais de paiement aux entreprises des indemnités subrogées.

²⁴ Pistes de réflexion 11, en annexe 3

²⁵ Pistes de réflexion 11, en annexe 3

CONSTAT N°8 : COMBLER LE DEFICIT DE DONNEES ET D'ANALYSES

La mission a été frappée d'observer combien la connaissance du système par la plupart de ses protagonistes est relative.

Et combien, en corollaire, est grande et générale la demande d'accès aux informations et aux données.

Il peut s'agir de données de gestion (existence et modalités des couvertures complémentaires par exemple) ou des données statistiques selon divers axes d'analyse.

Ces informations ou données sont indispensables autant à la bonne mise en œuvre de l'indemnisation et à l'accompagnement de l'assuré-patient-salarié, qu'au chiffrage précis des impacts financiers de mesures d'amélioration ou de maîtrise, comme celles que la mission souhaite proposer, ou à l'établissement de modèles prédictifs pour conduire des actions nouvelles de gestion du risque ou de prévention par l'Assurance maladie ou les organismes gérant les couvertures complémentaires.

Proposition 18 : *Il est indispensable que l'Assurance maladie donne une plus grande priorité à l'élaboration et au partage de connaissance dans ce domaine.*

La « densification » des bases nationales de l'Assurance maladie sur les arrêts de travail est indispensable (connaissance fine des populations en arrêt, des éléments de salaires entrant dans la liquidation des IJ, des parcours de prescription d'arrêt de travail dans le système de soins...).

Les problématiques d'arrêt de travail et des prestations en espèces versées par la branche maladie au titre de la maladie, de la maternité, de l'invalidité sont quasi absentes du très dense rapport « charges et produits » qu'elle publie annuellement²⁶.

Les rapporteurs proposent qu'à l'image du rapport « charges et produits » ou du rapport de gestion annuel de la branche AT-MP, un rapport annuel d'analyses et de propositions soit élaboré, discuté (si possible dans le cadre de la gouvernance adaptée et élargie comme proposé ci-dessous), et publié.

Proposition 19 : *Le système d'échanges dématérialisés (« Prestij ») entre l'Assurance maladie et les organismes complémentaires est disponible depuis 2015. Il permet de faciliter le versement ou le remboursement rapide des prestations complémentaires. Il est proposé de pousser à sa généralisation et d'investir dans l'exploitation du gisement de données qui va progressivement se constituer. Grâce également au déploiement de la DSN, cela permettra aux organismes complémentaires de mener des actions plus précoces de prévention de la désinsertion²⁷. Pour l'Assurance maladie, l'exploitation des informations sur les paramètres des couvertures complémentaires permettrait des chiffrages de mesures d'impact qui ne sont pas facilement réalisables aujourd'hui.*

²⁶ En 2018, 2 pages sur 229 seulement (consacrées aux résultats des contrôles des médecins surprescripteurs).

²⁷ Pistes de réflexion 6 en annexe 3

CONSTAT N° 9 : ORGANISER LA GOUVERNANCE DU SYSTEME

Les deux mois d'échanges, organisés et pilotés, ont témoigné, en creux, de la nécessité d'instituer un cadre permanent de partage, de dialogue, de pilotage, et de gouvernance du système d'indemnisation des arrêts de travail des salariés du secteur privé, qui fait défaut aujourd'hui.

Ces rencontres multiples ont permis de comprendre que cela était indispensable pour faire mesurer à chacun l'interdépendance et les contraintes des uns et des autres, ainsi que les opportunités qui peuvent résulter d'actions mieux coordonnées pour rendre des services bénéfiques à la santé et à la préservation de la capacité de travail de l'assuré-patient-salarié. Et que de la sorte, il est possible de sortir de postures, résultant de vues partielles et tronquées qui ne permettent pas d'appréhender correctement l'interdépendance « systémique » qui lie les protagonistes, de manière, aujourd'hui, insuffisamment efficace et efficiente.

La mission considère avoir permis de dégager un consensus sur le fait que l'arrêt de travail pour maladie est un acte médical, mais pas seulement. Le médecin doit, déontologiquement, appréhender la situation de la personne, dans toutes ses dimensions, qui ne sont pas que strictement médicales.

Un consensus a également été dégagé sur le fait qu'une meilleure régulation du système global de l'indemnisation des arrêts de travail dépend de la responsabilité collective de l'assuré-patient-salarié, du médecin qui le soigne, de l'entreprise qui l'emploie avec l'aide du service de santé au travail, de la branche d'activité du salarié le cas échéant, et des organismes qui assurent le financement des dépenses d'indemnisation.

L'institution d'un cadre permanent d'échanges et de gouvernance, tourné vers l'action, est nécessaire. Il sera difficile, sinon, de mettre en mouvement durablement les différents protagonistes de manière coordonnée sur des objectifs partagés, éventuellement communs, de prévention, de préservation de la capacité de travail du salarié, de contrôle et de maîtrise de la dépense.

Ce constat a été fait par la mission au terme de ses travaux. La problématique de la gouvernance n'a donc pas été abordée en tant que telle dans les échanges. La mission considère qu'elle devra être rapidement traitée.

Proposition 20 : *Pour amorcer la réflexion sur ce sujet, la mission suggère, en forme d'hypothèse, d'ancrer la gouvernance dont le système a besoin autour de l'Assurance maladie au vu de son caractère central dans le dispositif.*

A cet effet, elle propose que soit recherchée la manière d'identifier, au sein de l'assurance maladie et de son réseau, une gouvernance et une organisation de gestion, dédiées et spécifiques, du continuum rassemblé des prestations en espèces (indemnités journalières maternité, maladie, AT-MP, invalidité et incapacité permanente AT-MP) dans tous ses aspects médicaux et administratifs (gestion, prévention, contrôle), liée directement avec les services interentreprises de santé au travail²⁸ et orientées vers les entreprises.

La mission propose à cet effet que soit donnée, aux côtés des partenaires sociaux représentant les entreprises (et / ou les branches d'activité), une place consultative aux représentants des patients, des médecins prescripteurs, des organismes de couverture complémentaire, et du système des services de santé au travail.

²⁸ Ou des structures qui pourraient s'y substituer à la suite de la négociation sur le système de santé au travail.

LETTRE DE MISSION



Le Premier Ministre

Paris, le 17 SEP. 2018

N°1384/18/SG

Monsieur le Professeur,

L'indemnisation des arrêts de travail dans notre pays est le fruit d'une construction qui a progressivement fait intervenir une indemnisation de base par la sécurité sociale, un complément employeur légalement obligatoire et des dispositions conventionnelles de branche ou d'entreprise.

Ce système apparaît aujourd'hui inéquitable car ces différents niveaux d'indemnisation varient fortement selon les salariés, en fonction notamment de leur ancienneté et du niveau de couverture offerte par leur entreprise et leur branche.

Ce système est également peu responsabilisant pour l'ensemble des acteurs et sa complexité le rend peu lisible.

Enfin, on constate ces dernières années que le coût pour l'assurance maladie des dispositifs d'indemnisation des arrêts de travail est fortement croissant, à un rythme nettement supérieur à celui de la dépense d'assurance maladie, sans que les causes de cette croissance soient toutes parfaitement établies. Les actions mises en œuvre pour tenter d'agir sur cette augmentation semblent avoir atteint leurs limites. Cette situation est doublement préoccupante. D'une part, l'amélioration de la santé au travail reste un objectif prioritaire et fait partie intégrante de la politique de santé en général. Et d'autre part, dans un contexte de progression nécessairement maîtrisée de la dépense d'assurance maladie, cette augmentation contraint la couverture d'autres besoins de soins.

En tout état de cause, elle appelle une analyse précise de ses causes et une clarification des responsabilités. Plus largement, il convient d'examiner si le dispositif d'indemnisation tel qu'il existe, relativement ancien dans son architecture, est bien adapté à l'évolution des risques, des relations de travail et de l'environnement économique et social, et si les outils de maîtrise de l'indemnisation sont efficaces ou doivent évoluer.

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Faculté de médecine – DUMG
133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Le Gouvernement a souhaité ouvrir ce débat avec les partenaires sociaux et les prescripteurs afin d'associer toutes les parties prenantes à une meilleure compréhension des phénomènes à l'œuvre. Il s'agit de partager un diagnostic sur les causes de l'évolution observée et de faire des propositions, afin d'agir sur l'ensemble des causes des arrêts de travail, d'améliorer la régulation du dispositif et de faire évoluer le cadre d'indemnisation et de contrôle si nécessaire.

Il vous est demandé d'établir ce diagnostic et de formuler des propositions. Dans le cadre d'un échange mené avec l'ensemble des parties intéressées, vous identifierez les axes de réforme et d'action, qu'ils relèvent de la négociation collective ou de l'Etat, qu'ils soient normatifs ou opérationnels. Vous identifierez les points d'accord ou de désaccord quant aux constats et aux propositions.

Vous voudrez bien me faire part d'un premier état de vos constats et propositions pour le 20 octobre et établir un rapport final pour le 31 décembre 2018.

Vous mènerez votre mission avec Messieurs Jean-Luc Bérard et Stéphane Seiller. Vous pourrez vous appuyer sur le concours d'un membre de l'inspection générale des affaires sociales et de la direction de la sécurité sociale. Vos frais de déplacement seront pris en charge par le ministère des solidarités et de la santé.

Je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Edouard PHILIPPE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1 ORGANISATIONS PARTIES PRENANTES A LA CONCERTATION, PAR ORDRE ALPHABETIQUE

➤ **CFDT : Confédération française démocratique du travail**

Catherine Pinchaud, secrétaire nationale santé travail QVT

Edwina Lamoureux, secrétaire confédérale

Sonia Buscarini Giraud, responsable du service protection sociale

Delphine Meyer, service juridique

➤ **CFE-CGC : Confédération française de l'encadrement – confédération générale des cadres**

Jean François Gomez, délégué national confédéral

Dr Dominique Chaillet-Poirier, praticien conseil de la CNAM

Dr Anne-Laure Gauthier-Favret, praticien conseil de la CNAM

Dr Yvan Martigny, praticien conseil de la CNAM

Leslie Robillard, chargée d'études

➤ **CFTC : Confédération française des travailleurs chrétiens**

Christine Lecerf, secrétaire générale

Pierre Yves Montéléon, responsable confédéral de la cellule « santé au travail »

Sébastien Garoutte, conseiller technique

Lorenzo Lanteri, conseiller technique

➤ **CGT : Confédération générale du travail**

Pascal Fournet, membre de la direction confédérale de la CGT

Tony Fraquelli, conseiller confédéral, espace revendicatif activité travail santé

Jérôme Vivenza, membre de la direction confédérale en charge des questions de travail/santé

➤ **CPME : Confédération des petites et moyennes entreprises**

Florian Faure, directeur des affaires sociales et de la formation

Philippe Chognard, responsable du pôle conditions de travail

Docteur Pierre Thillaud, membre de la commission sociale

➤ **CSMF : Confédération des syndicaux médicaux français**

Jean-Paul Ortiz, président

Stéphane Landais, secrétaire général

➤ **CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance**

Jean Paul Lacam, délégué général

Evelyne Guillet, directrice santé et MDS

Bertrand Boivin Champeaux, directeur prévoyance et retraite supplémentaire

Miriana Clerc, directrice communication et relations extérieures

Anne Sophie Godon Rensonnet, directrice de l'innovation et de la veille de Malakoff Médéric

Benjamin Laurent, directeur général délégué de Klesia

➤ **FFA : Fédération française de l'assurance**

Arnaud Chneiweiss, délégué général

Véronique Cazals, directrice santé

Cécile Malguid, sous directrice à la direction santé

➤ **FMF : Fédération des médecins de France**

Dr Jean-Paul Hamon, président

Dr Claude Bronner, vice-président

➤ **FNMF : Fédération nationale de la mutualité française**

Yannick Lucas, directeur des affaires publiques

Marc Bertolini, DGA Assurances et Services MNT

Laetitia Paolaggi, médecin conseil de la MNT

Youri Tabet, chargé de mission MNT

Jérôme Hibon, Responsable Domaines Prévoyance Action Sociale et Prestations – MGEN

Jean Pierre Costa, responsable du département actuariat Mutex

➤ **FO : Force ouvrière**

Serge Legagnoa, Secrétaire confédéral en charge du département protection sociale collective

Hélène Azouri, secrétaire nationale du SNFOCOS

Guillaume Commenge, assistant confédéral

Maxime Raulet, assistant confédéral

➤ **France Assos Santé**

Karim Félassi, avocat et conseiller à la FNATH

Féreuze Aziza, chargée de mission Assurance maladie

➤ **MG France**

Dr Jacques Battistoni, président

Dr Jean Louis Bensoussan, secrétaire général

Dr Agnès Giannotti, vice-présidente

➤ **MEDEF : Mouvement des entreprises de France**

Claude Tendil, vice-président en charge du social

Delphine Benda, directrice en charge de la protection sociale

Elisabeth Tomé-Gertheinrichs, directrice générale adjointe en charge des politiques sociales

Roxanne Solesse, direction en charge de la protection sociale

➤ **SML : Syndicat des médecins libéraux**

Dr Philippe Vermesch, président

Dr William Joubert, secrétaire général

➤ **U2P : Union des entreprises de proximité**

Patrick Liebus, vice-président

Pierre Burban, secrétaire général

Jean Baptiste Moustie, conseiller technique chargé des questions sociales

➤ **UNAPL : Union nationale des professions libérales**

Michel Chassang, président

Yves Decalf, président de la commission retraite et prévoyance

Chirine Mercier, déléguée générale

2 ASSEMBLEE NATIONALE

Charlotte Lecocq, députée LREM

Cendra Motin, députée LREM

3 AUTRES ORGANISATIONS AUDITIONNEES, PAR ORDRE ALPHABETIQUE

➤ **Assistance publique hôpitaux de Paris (APHP)**

Sylvain Ducroz, directeur des ressources humaines

Emmanuel Raison, adjoint au directeur des ressources humaines,

Eric Chollet, chef de département de la gestion des personnels

➤ **Ayming**

Hervé Amar, président

➤ **Collège de médecine générale (CMG)**

Pr Pierre-Louis Druais, président

Marie Hélène Certain, secrétaire générale

Paul Frappé, président du comité scientifique

➤ **Coordination médicale hospitalière (CMH)**

Dr Jean Gérard Gobert

➤ **Collège national des généralistes enseignants (CNGE)**

Pr Vincent Renard, président

Pr Olivier Saint Lary, président du conseil scientifique

➤ **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**

Patrick Bouet, président

Francisco Jornet, directeur des services juridiques

➤ **Fédération hospitalière de France (FHF)**

Marie Housset, responsable du pôle ressources humaines

➤ **Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP)**

Michel Ballereau, délégué général

Fabienne Seguenot, directrice des relations sociales et ressources humaines

Pascal Guérinet, DRH du groupe Elsan

Jacques Guillot, directeur des ressources humaines du groupe Ramsay Générale de Santé

➤ **Intersyndicat de praticiens hospitaliers**

Dr Alain Jacob, délégué général

➤ **Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)**

Denis Raynaud, directeur

Pascale Lengagne, maître de recherches

➤ **Laboratoire de médecine du travail**

Pr Paul Frimat, professeur des universités et praticien hospitalier

➤ **Le Bloc**

Dr Philippe Cucq

➤ **Medica Europe**

Nathalie Albert, directrice

➤ **Presance**

Serge Lesimple, président

Martial Brun, directeur général

➤ **Safran**

Dr Agnès Martineau Arbes, médecin du travail

➤ **SCIACI Saint Honoré**

Thierry Vachier, directeur général protection sociale, stratégie RH et rémunération sociale

➤ **Securex**

Christophe Toulemonde, directeur

➤ **Syndicat national des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics**

Jean Pierre Pruvo, président

Dr Stéphane David

➤ **Union nationale des syndicats autonomes (UNSA)**

Dominique Corona, secrétaire national en charge de la protection sociale

Annick Fayard, conseillère nationale en charge des retraites et de la qualité de vie au travail

Frédérique Galliat, conseillère en charge de la protection sociale obligatoire et complémentaire

➤ **Ville de Paris**

Guillaume Tinlot, sous-directeur du pilotage à la direction des ressources humaines

Philippe Vizerie, sous-directeur de la qualité de vie au travail

4 GOUVERNEMENT, ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

➤ **Cabinets**

Marie Fontanel, conseillère solidarités et santé à la Présidence de la République

Pierre-André Imbert, conseiller social à la Présidence de la République

Franck Morel, conseiller relations sociales, travail, emploi, formation professionnelle auprès du Premier ministre

Franck Von Lennep, conseiller santé, protection sociale, politiques sociales auprès du Premier ministre

Guillaume Couillard, conseiller technique santé auprès du Premier ministre

Laurent Habert, conseiller budgétaire et finances sociales au cabinet des solidarités et de la santé

Claire Scotton, directrice adjointe de cabinet de la Ministre du Travail

➤ **Direction de la sécurité sociale**

Mathilde Lignot Leloup, directrice de la sécurité sociale

Julie Pougheon, adjointe au sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Fanny Chauviré, adjointe à la cheffe de bureau accès aux soins et prestations de santé

Perrine Bolzicco, chargée de mission IJ maladie/maternité au bureau accès aux soins et prestations de santé

Akram Elsaadany, adjoint au chef du bureau Economie de la santé

Violaine Choquer, chargée de mission à la mission Contrôle et lutte contre la fraude

Guylaine Chauvin, cheffe de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

➤ **Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)**

Nicolas Revel, directeur général

Delphine Rouilleault, directrice de cabinet

François Xavier Brouck, directeur de la direction des assurés

Marine Jeantet, directrice des risques professionnels

Laurent Bailly, responsable du département service aux assurés

Philippe Petit, médecin conseil au service réparation et service aux assurés

Claude Gissot, directeur de la stratégie, des études et des statistiques

Éléonore Ronfle, directrice du réseau médical à la direction déléguée des opérations

➤ **Caisse nationale de la Mutualité sociale agricole (MSA)**

Pascale Barroso, responsable du département santé

Anne-Lise Garandel, chargée de mission précarité handicap

Dr Marc Rondeau, collègue médical - Direction du contrôle médical et de l'organisation des soins

Dr Patrice Heurtaut, médecin directeur national de la santé sécurité au travail

Dr Philippe Labatut, directeur du contrôle médical et de l'organisation des soins

Pr Jean Marc Soulat, médecin national

➤ **CPAM/ELSM du Val de Marne**

Frantz Léocadie, directeur CPAM

Jean Charles Accelio, médecin chef de l'ELSM

Aurélie Anne Le Mouëllic, directrice adjointe CPAM

RAPPORT DE JEAN LUC BERARD, STEPHANE OUSTRIC ET STEPHANE SEILLER

Clémence Lalaut, directeur de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude

Isabelle Verien, médecin chef, responsable du contrôle des prestations aux assurés, DRSM

Frédéric Bichet, médecin conseil

Axelle Dorion-Garino, directrice des prestations

Laurence Meynard, responsable du service contrôle des prestations

Valérie Roland, chargée de contrôle interne

Yasmina Hakkar, coordinatrice pôle pilotage des prestations

Mohamed Bentemtam, agent comptable par intérim

Sandrine Touahri, pilote de processus IJ et responsable relations employeurs

Anne Bellu, pilote de processus des revenus de substitution et compensation

Sébastien Arnaud, secrétaire général

DEROULEMENT DE LA CONCERTATION

Par lettres du 11 et 17 septembre 2018, le premier ministre a confié à Jean Luc Bérard (DRH du Groupe Safran), Pr Stéphane Oustric (médecin généraliste, professeur des universités, président du Conseil départemental de Haute Garonne de l'Ordre des médecins), Stéphane Seiller (conseiller maître à la Cour des Comptes) une mission d'expertise visant à proposer des mesures d'évolution du dispositif d'indemnisation des arrêts de travail.

Après avoir rappelé le caractère inéquitable et déresponsabilisant du système de prise en charge de l'indemnisation des arrêts de travail, la lettre de mission souligne les limites des actions menées jusqu'à présent pour tenter de maîtriser l'évolution très dynamique de la dépense. Elle fixe aux membres de la mission trois objectifs essentiels :

- « analyser les causes de l'augmentation des dépenses, et clarifier les responsabilités »,
- « évaluer le degré d'adaptation du dispositif d'indemnisation à l'évolution des risques, des relations de travail et de l'environnement économique et social »,
- « [déterminer si] les outils de maîtrise de l'indemnisation sont efficaces ou doivent évoluer ».

Pour ce faire, il était indispensable de prévoir un temps de concertation suffisant pour partager les constats et un diagnostic sur les causes des évolutions avec toutes les parties prenantes.

Le 26 septembre, une assemblée plénière a permis de partager un premier diagnostic, avec l'ensemble des organisations patronales, syndicales, représentant les médecins et les assureurs, au niveau interprofessionnel.

Conscients que leur mission intervient dans le contexte de l'ouverture prochaine d'une négociation interprofessionnelle de la santé au travail, Jean Luc Bérard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiller ont également souhaité appuyer leurs travaux avec ceux réalisés récemment en lien avec la thématique des arrêts de travail (cf. encadré ci-dessous). Ils se sont intéressés prioritairement au système de prise en charge des arrêts de travail pour maladie dans le secteur privé, sans toutefois exclure de leur réflexion le secteur public, lorsque la concertation a fait émerger des problématiques connexes. Par ailleurs la mission s'est concentrée plus sur la prévention tertiaire que les aspects de prévention primaire et secondaires, qui ont été plus amplement investigués par les rapporteurs cités dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 1 : Quelques travaux récents en lien avec la thématique des arrêts de travail

Le rapport relatif à la « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », établi par Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec l'appui de Hervé Lanouzière, IGAS, juillet 2018

Le rapport de l'IGAS n°2017-025 sur « La prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés », établi par Pierre Aballéa et Marie Ange du Mesnil du Buisson, décembre 2017

La revue de dépenses IGAS/IGF n°2017- portant sur l'« évolution des dépenses d'indemnités journalières », établi par David Knecht, Camille Freppel, Carole Lépine, juin 2017

Le rapport IGAS/IGAENR sur l'« Attractivité et formation des professions de santé au travail », établi par Xavier Chastel et H. Siahmed (IGAS) - P. Blemont (IGAENR) – Expert associé : Pr J-M. Soulat, président du collège des enseignants de médecine du travail, août 2017

Les références de ces études, ainsi que les powerpoints du Pr Oustric, de la CNAM et de l'IRDES, réalisés à la demande de la mission, ont été communiqués à l'ensemble de nos interlocuteurs et ont permis de nourrir les discussions.

Des auditions bilatérales se sont tenues en octobre, qui ont permis aux organisations d'exprimer leur position et de transmettre des éléments de réflexion ou des propositions, que ce soit oralement ou à partir de contributions écrites, sur la base d'un fil d'entretien préparé par la mission.

Le 19 octobre, la mission a remis une note d'étape au Premier ministre, qui présente les premiers éléments de diagnostic et dix propositions consensuelle, dont la mise en œuvre paraît rapidement envisageable (annexe 2).

Une seconde réunion plénière, le 13 novembre, a permis de présenter des éléments de diagnostic (annexe 3) et fait une première synthèse des discussions avec les organisations rencontrées (annexe 4). Elle a permis de reprendre les propositions jugées comme acceptables par l'ensemble des organisations en octobre, et qui ont fait l'objet de la note d'étape, mais également d'évoquer des pistes complémentaires, pour certaines structurantes, possiblement non consensuelles, apparues au cours des discussions (échanges oraux ou contributions écrites).

La mission a soumis l'ensemble de ces pistes à la concertation, auprès de l'ensemble des organisations. **De nouveaux échanges**, collectifs ou bilatéraux, élargie aux autres représentants, élus ou institutionnels (FHF, FHP, praticiens hospitaliers), ont eu lieu à cet effet **en novembre**.

L'annexe 2 présente la note d'étape, remise au Premier ministre le 19 octobre, l'annexe 3 le diagnostic partagé avec les organisations, l'annexe 4 l'ensemble des pistes de réflexion qui ont été soumises à la concertation le 26 novembre, regroupées par thématiques et l'annexe 5 le fil d'entretien.

ANNEXE 1 : MODELE DU NOUVEL ARRET DE TRAVAIL

VOLET 1



**n°10170*05
PRN-PRE**

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

**VOLET n° 1
à adresser au
SERVICE MEDICAL**

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation : _____

nom et prénom : _____
(nom de famille - de naissance - avec, CIY a lieu, de nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Dtaef) : _____

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle (1)) :

code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____

bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole
 sans emploi date de cessation d'activité : _____ précisez votre situation (voir notice ①)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice ②) : oui date : _____ non
 l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui non
 l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui non

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice ③) :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant à l'occasion d'une hospitalisation
 autre cas précisez et indiquez le motif : _____

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : _____ n° téléphone : _____
e mail : _____

adresse : _____

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : _____

éléments d'ordre médical (voir notice ④) Codification du motif médical : _____

OU éléments en toutes lettres :

prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____ (à compléter obligatoirement) inclus
+ en toutes lettres ;
+ en chiffres

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée (voir notice ①)
 sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ②)

prescrit un temps partiel pour raison médicale avec _____ demi-journée(s) de soins hebdomadaires (voir notice ③)

autorise un télétravail à domicile (si possible dans l'entreprise pour le poste du salarié)

être contacté par le M. le Médecin-Conseil

demande une consultation avec M. le Médecin du Travail
 consultation d'évaluation consultation de pré-reprise

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant : _____

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

n° de la structure
(AM, PINESS ou SIRET) : _____

date : _____ signature du praticien : _____

PRN-PRE S3116g

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'interdiction d'exercice professionnel (articles 315-1, 441-1 et 441-4 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

VOLET 2

cerfa
n°10170*05
PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

VOLET n° 2
à adresser au
SERVICE MEDICAL
(qui le remettra aux services administratifs)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

Or L.152-41-Vr il, L.152-44, L.152-2, L.321-1-Renvel, L.323-6, L.325-1, L.325-2, R.325-2, R.325-4, L.325-2, D.613-19, D.613-20 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 732-15-1 du Code rural et de la pêche maritime

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation _____

nom et prénom _____
(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, de nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale) _____

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal _____ ville _____ n° téléphone : _____

bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole
sans emploi date de cessation d'activité _____ précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui date _____ non
l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui non
l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui non

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant à l'occasion d'une hospitalisation
autre cas précisez et indiquez le motif : _____

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale _____ n° téléphone : _____
e.mail : _____

adresse : _____

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____ (à compléter obligatoirement) inclus

- en toutes lettres :
- en chiffres

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée (voir notice 4)
sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 5)

prescrit un temps partiel pour raison médicale avec _____ demi-journée(s) de soins hebdomadaire (voir notice 6)

autorise un télétravail à domicile (si possible dans l'entreprise pour le poste du salarié)

être contacté par le M. le Médecin-Conseil

demande une consultation avec M. le Médecin du Travail
 consultation d'évaluation consultation de pré-reprise

identification du praticien (nom et prénom) _____

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) _____

identifiant _____ n° de la structure (AM, PNESS ou SIRET) _____

date _____ signature du praticien _____

PRN-PRE S3116g

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Quant à ce qui concerne le traitement de données à caractère personnel, l'assurance maladie est soumise à des garanties particulières, d'après les articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

ARRET DE TRAVAIL TELETRANSMIS

ACCUSE DE RECEPTION DE L'AVIS D'ARRET DE TRAVAIL

Référence de l'avis d'arrêt de travail : AAT-AS-013100000-000000-000000-031

Catégorie et type d'arrêt de travail : Maladie - PROLONGATION

Date de réception : 28/12/2018 à 12:00

Dates de l'arrêt de travail : 28/12/2018 - 01/02/2019

NIR de l'assuré : 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Nom et prénom de l'assuré : PAUL DURANT

L'accusé de réception ne fait foi que de la date et de l'heure de ladite réception.

La date faisant foi est toujours calculée sur le fuseau horaire de Paris.

L'avis d'arrêt de travail sera traité par l'organisme de rattachement de l'assuré. Il est possible de contacter cet organisme via le téléservice « Contacter l'Assurance Maladie » accessible depuis la rubrique Echanges d'Espace Pro.

Récapitulatif des données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

initial de prolongation

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.326-8, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation : 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

nom et prénom : PAUL DURANT

code de l'organisme de rattachement : 0 1 3 1 1 2 0 0 6

adresse où le malade peut être visité :

code postal :

ville :

n° téléphone :

bâtiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence :

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole

sans emploi

date de cessation d'activité :

Précisez votre situation :

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?

oui

date :

non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ?

oui

non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ?

oui

non

si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial :

médecin remplaçant le médecin traitant
ou le médecin prescripteur initial

le médecin spécialiste consulté
à la demande du médecin traitant

à l'occasion d'une
hospitalisation

autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : PAUL DURANT

prescrit un arrêt de travail jusqu'au { vendredi 01 février 2019 } inclus
01/02/2019

sans rapport

en rapport

avec une affection de longue durée

sans rapport

en rapport

avec un état pathologique résultant de la grossesse

prescrit un temps partiel pour raison médicale avec demi-journée(s) de soins hebdomadaire

autorise un télétravail à domicile (si possible dans l'entreprise pour le poste du salarié)

être contacté par le M. le Médecin-Conseil

demande une consultation avec M. le Médecin du Travail

consultation d'évaluation

consultation de pré-reprise

éléments d'ordre médical

Codification du motif médical

OU

éléments en toutes lettres

Identification du praticien

(nom et prénom)

OUSTRIC STEPHANE

Identifiant

Identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET)

J'ai accepté les conditions de transmission et pris connaissance des textes applicables

Date : 28/12/2018

Transmis le : 28/12/2018 à 12:00

ANNEXE 2 : NOTE D'ETAPE (19 OCTOBRE)

Paris, le 19 octobre 2018

Monsieur le Premier ministre,

Nous avons l'honneur de vous transmettre les éléments de constats partagés et les premières propositions, au terme de la phase préliminaire de la mission relative à l'indemnisation des arrêts de travail que vous nous avez confiée.

Depuis le 26 septembre dernier, nous avons échangé en réunion plénière introductive, puis en réunions bilatérales, avec les représentants des organisations représentatives des employeurs, des salariés, des médecins prescripteurs libéraux et hospitaliers et des organismes assurant à titre complémentaire le risque d'incapacité temporaire (liste en annexe 1).

Nous prévoyons en novembre de prolonger ces premiers échanges pour approfondir avec nos interlocuteurs plusieurs pistes structurantes, qu'il nous paraît cependant à ce stade prématuré de vous présenter sous forme de propositions détaillées.

Mais, dès à présent, nous pouvons vous faire part du diagnostic que nous avons partagé dans un climat d'échanges serein et ouvert, et des premières propositions, qu'il nous paraît possible d'envisager sans attendre.

Partager les constats et un diagnostic était souhaitable, voire indispensable.

Il est en effet nécessaire de distinguer les déterminants d'inefficience du système d'indemnisation des arrêts de travail, permanents ou évoluant dans le temps long (difficulté de l'acte médical de prescription, insuffisance des articulations entre les acteurs du système, permanence de situations d'abus, transformation du monde du travail, ...), des déterminants plus conjoncturels expliquant les augmentations récentes de la dépense d'indemnisation.

Ne pas faire cette distinction, ce serait prendre le risque d'entretenir des jugements erronés et partiels sur la situation actuelle d'augmentation de la dépense, de la dramatiser et de crispier inutilement un jeu d'acteurs, dans lequel la tendance spontanée de chacun est de minimiser sa part de responsabilité et de surestimer celle des autres. L'enjeu collectif est au contraire d'amener chacun à partager le fait que, pour maîtriser durablement la dépense évitable dans la durée, là où c'est possible, il sera nécessaire d'assurer continuellement un ensemble conjoint et coordonné d'actions. Ces actions devront être conduites par chacun dans sa sphère de responsabilité (patients, médecins, employeurs, assureurs) et dans la compréhension de celles des autres.

Les deux principales causes de l'augmentation des dépenses d'indemnisation du régime général d'assurance maladie ces dernières années sont (cf. annexe 2) :

- la dynamique conjoncturelle à travers l'augmentation de la masse salariale du secteur privé. Il faut en effet garder à l'esprit que les indemnités journalières sont des prestations en espèces, directement assises sur les derniers salaires versés (sous réserve du plafonnement à 1,8 SMIC). Elles évoluent donc, au premier ordre, avec un effet retard, en liaison directe avec la masse salariale du secteur privé et les effectifs ;

- les conséquences de l'augmentation du taux d'activité des seniors, consécutive, notamment, au recul de l'âge légal de départ à la retraite depuis le début de la décennie, et à la poursuite de l'augmentation du nombre de trimestres cotisés pour bénéficier d'un taux plein.

A cet égard, nous avons partagé avec l'ensemble de nos interlocuteurs le fait que les conditions de travail ont certainement un impact sur le nombre d'arrêts de travail, et que l'intensification du travail peut participer dans la longue durée à l'augmentation tendancielle des dépenses. On ne peut en revanche y trouver les causes des évolutions récentes.

Par ailleurs, il est pour tous évident qu'il faut distinguer les arrêts de travail de courte et de longue durée. Leurs impacts sont en effet très différents. Les arrêts courts présentent les caractéristiques suivantes :

- en 2017, les arrêts de moins de 7 jours représentent 44 % de l'ensemble du nombre d'arrêts, mais seulement 4 % de la dépense indemnisée par l'assurance maladie ;
- les arrêts de moins de 15 jours représentent 60 % du nombre et 9 % de la dépense ;
- les arrêts de moins de 30 jours représentent 74 % du nombre mais seulement 18 % de la dépense.

Les arrêts courts ne sont donc pas principalement un enjeu de dépenses, mais ils ont un impact sur l'organisation du travail dans les entreprises. Il faut également savoir que la France se situe dans la moyenne des pays européens avec, annuellement, 60 % des salariés qui ne se sont pas arrêtés et 29 % qui ont été arrêtés pour une courte durée.

En 2017, les arrêts longs sont en proportion peu nombreux, mais ce sont eux qui concentrent les coûts d'indemnisation pour l'assurance maladie :

- les arrêts de plus de 6 mois ne représentent que 7 % du nombre des arrêts mais 44 % de la dépense ;
- il est établi qu'un salarié arrêté plus de six mois perd 50 % de chance de retrouver un jour son travail, voire un travail, et ces chances s'amenuisent très rapidement au fil du temps.

Le constat s'impose : agir pour permettre un retour plus rapide au travail, dès que l'état de santé du salarié le permet, doit être un objectif central des politiques publiques, dans l'intérêt des personnes, des entreprises et de l'économie, et de celui du système d'assurance maladie. Un enjeu central de l'étape suivante de concertation sera de convaincre de l'ampleur du changement de paradigme de gestion qu'impose cet objectif, qui appelle une mobilisation générale et rapide des acteurs du système.

Enfin nos interlocuteurs, acteurs du système, en connaissent la complexité et le caractère inéquitable : près de 9 millions de salariés ne bénéficient pas, par exemple, du système de couverture complémentaire obligatoire par l'entreprise (cf. annexe 3).

Au total, nous avons fait partager notre conviction que pour préserver la capacité d'un salarié à bénéficier d'un arrêt de travail par le biais de l'acte médical initial, il est nécessaire d'engager une analyse sans concession des différents gisements d'efficience. Cette réflexion devra être menée dans l'intérêt des salariés arrêtés et des entreprises dont l'activité est perturbée par les absences, et pour préserver les marges de manœuvre du financement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Il faudra agir sur :

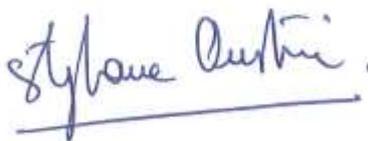
- l'outillage et le soutien des médecins qui s'estiment trop isolés dans l'exercice de la responsabilité de prescription qui leur est confiée,
- la prévention de la désinsertion professionnelle, un levier d'inclusion, majeur et consensuel, qui doit désormais devenir un objectif prioritaire,
- l'amélioration des conditions de travail,
- la gestion du risque assurantiel et les contrôles,
- l'inéquité et la complexité du système.

D'ici la mi-novembre, nous avons l'intention de mettre en discussion un ensemble cohérent de pistes et de propositions. Mais, dès à présent, comme vous l'avez souhaité, il nous semble possible de vous faire part de dix premières mesures envisageables (annexe 4).

Nous vous prions de croire, Monsieur le Premier ministre, à l'assurance de nos sentiments respectueux.



Jean Luc Bérard



Stéphane Oustric



Stéphane Seiller

Annexe 4

Propositions de mesures envisageables rapidement

- 1. Ouvrir la possibilité du temps partiel thérapeutique, sans arrêt à temps complet préalable, dès le premier jour d'arrêt et sans mécanisme d'entente préalable :** il s'agit de faciliter l'usage et la prescription de cet instrument, considéré utile par tous, mais aujourd'hui trop complexe.
- 2. Avant la mise en œuvre des dispositifs existants de régulation, privilégier dans un premier temps l'information et la formation de l'ensemble des médecins prescripteurs :** notamment par des entretiens confraternels avec les médecins conseil de l'assurance maladie et des groupes d'échanges entre pairs (à négocier dans le cadre conventionnel).
- 3. Rendre obligatoire l'utilisation du système dématérialisé d'avis d'arrêt de travail :** cette obligation, dont les modalités de mise en œuvre et d'accompagnement pour les médecins prescripteurs devront être négociées dans le cadre de la convention médicale, doit être également imposée à l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour faciliter l'utilisation du service en ligne par les médecins prescripteurs.
- 4. Systématiser la remise par l'assurance maladie à chaque entreprise d'un profil actualisé individuel simple « d'absentéisme maladie »** (sans données individuelles médicales), **la comparant dans son secteur aux entreprises de taille équivalente :** chaque entreprise connaît sa sinistralité, mais ne peut aujourd'hui se situer par rapport aux moyennes de son secteur d'activité.
- 5. Informer systématiquement les praticiens sous format dématérialisé (compte Ameli pro) de leur pratique courante de prescription d'arrêt de travail :** cette information n'est fournie aujourd'hui par l'assurance maladie qu'à ceux « ciblés » comme « gros prescripteurs ».
- 6. Informer les praticiens hospitaliers de leur activité de prescription :** les prescriptions d'arrêt de travail par les médecins hospitaliers ne représentent que 15 % de l'ensemble mais elles portent sur des arrêts susceptibles souvent d'être longs.
- 7. Associer les collèges académiques de la médecine générale à l'actualisation des « fiches repères »** de l'assurance maladie et à l'élaboration des nouvelles relatives aux maladies chroniques évolutives : ces aides à la décision de prescription ne prennent pas suffisamment en compte les besoins de leurs utilisateurs.

8. Généraliser les nombreuses expériences concluantes de formation des internes en médecine à la prescription d'arrêt de travail et inclure ce thème dans la formation continue des médecins : la responsabilité sociale confiée au médecin par sa prescription d'arrêt de travail exige qu'il puisse être mis en situation de l'exercer avec plus de facilité.

9. Rendre plus efficace la contrevisite employeur, en permettant notamment à l'assurance maladie d'arrêter l'indemnisation sur le fondement du rapport dressé par le médecin mandaté par l'employeur : un très faible pourcentage des arrêts contrôlés à la demande de l'employeur s'avère injustifié ; la réglementation prévoit l'information du service médical de l'assurance maladie, qui ne peut cependant mettre fin à l'indemnisation, sans avoir à convoquer elle aussi la personne, ce qui rend le système inefficace.

10. Généraliser au sein du service médical de l'assurance maladie, l'expérimentation réussie de « facilitateur » : auprès des médecins conseil, des agents formés à cet effet aident le salarié en arrêt dans ses démarches.

Annexe 3 : Sommaire

ANNEXE 3 : DIAGNOSTIC PARTAGE AVEC LES ORGANISATIONS (26 SEPTEMBRE)	51
4.1 L'arrêt de travail est d'abord un acte médical, mais qui s'inscrit dans un contexte social.....	51
4.2 Une hausse des dépenses particulièrement marquée au cours des quatre dernières années.	53
4.3 Ces évolutions s'expliquent principalement par la hausse du taux d'emploi et le vieillissement de la population active.	54
4.4 L'impact du contexte professionnel et des conditions de travail doit être pris à sa juste mesure.	57
4.4.1 Le contexte professionnel et les conditions de travail sont des facteurs explicatifs parmi d'autres.....	57
4.4.2 Une part des arrêts, minoritaire, est sans aucun doute directement ou indirectement liée aux conditions de travail.	58
4.5 Les problématiques des arrêts courts et longs doivent être dissociées.....	59
4.6 Plus l'arrêt est long, plus le risque de désinsertion professionnelle augmente.....	64
4.7 Les abus ou le mésusage sont le fait d'une minorité.....	68
4.7.1 Les actions de contrôle des arrêts de travail des assurés.....	68
4.7.2 Les dispositifs d'encadrement de la prescription excessive.....	69
4.7.3 Le dispositif de détection des entreprises atypiques.	70
4.8 Le dispositif d'indemnisation est complexe.....	70
4.9 Eléments de comparaison européenne	77
4.9.1 Le système français n'apparaît pas comme étant particulièrement généreux.	78
4.9.2 La prise en charge est assurée, les premières semaines, par les employeurs (Allemagne, Royaume Uni, Pays Bas, pays Nordiques...)	79
4.9.3 Un délai de carence variable, d'un pays à l'autre.....	81
4.9.4 Les autres pays interviennent plus précocement que la France pour garder le lien avec le monde du travail.....	82

ANNEXE 3 : DIAGNOSTIC PARTAGE AVEC LES ORGANISATIONS (26 SEPTEMBRE)

Le présent diagnostic est issu des réunions qui se sont tenues en septembre et octobre 2018. Il a été partagé avec les représentants des organisations représentatives des employeurs, des salariés, des médecins prescripteurs libéraux et hospitaliers et des organismes assurant à titre complémentaire le risque d'incapacité temporaire (cf. liste des personnes rencontrées). Ces premiers échanges, poursuivis en novembre, ont permis d'aboutir à des pistes de réflexion (annexe 4). Pour chacune des pistes, les organisations rencontrées ont pu se prononcer. Leurs contributions et les échanges ont permis d'identifier les points d'accord ou de désaccord, qui figurent à l'appui des propositions.

Le présent document reprend les éléments figurant dans les quatre powerpoints qui ont été soumis à la concertation²⁹. Les constats sont enrichis des éléments qui ont été communiqués à la mission lors de la concertation par nos interlocuteurs.

4.1 L'arrêt de travail est d'abord un acte médical, mais qui s'inscrit dans un contexte social.

L'arrêt de travail est **un acte médical incontestable**, participant à l'**arsenal thérapeutique** du médecin à l'occasion d'une consultation médicale de constatation. Celle-ci permet à une personne en situation d'incapacité physique temporaire de bénéficier d'une période spécifique de versement d'indemnité journalière et rentrant **dans le champ du droit social**³⁰.

La survenue d'une incapacité physique temporaire s'entend comme étant la réduction médicalement constatée pour une personne de la capacité « de continuer ou de reprendre le travail », en raison de difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou psychiques. Limitée dans le temps, cette incapacité peut être partielle ou totale.

Lorsqu'il prescrit un arrêt de travail, comme pour l'ensemble de ses actes qu'il est amené à réaliser, le médecin a une attitude guidée par l'éthique et la déontologie, « *altruiste visant au bien-être personnel du patient et à la promotion du bien public* »³¹.

Derrière cette définition simple, se cache une décision en réalité plus complexe. Outre les déterminants d'ordre médical, d'autres éléments peuvent influencer la prescription de l'arrêt de travail : les caractéristiques du médecin, les caractéristiques du patient, les contextes (personnels, éducatifs, professionnels, familiaux, sociaux), la situation subie, ressentie et vécue. Ainsi, les médecins sont confrontés à des patients plus ou moins demandeurs, aussi bien ceux qui refusent de s'arrêter, quand bien même leur état de santé l'imposerait (présentéisme), qu'à ceux qui estiment

²⁹ Powerpoints établis par le Professeur Oustric, la CNAM, l'IRDES, et la mission

³⁰ Article L 321-1 du code de la sécurité sociale : « *L'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermique ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret* ».

³¹ Cf. article 2 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine : « Au cours de sa formation, l'étudiant en médecine acquiert progressivement les connaissances et les compétences qui permettent au médecin de dispenser dans sa spécialité des soins de qualité centrés sur les besoins du patient et de participer à l'amélioration de l'état de santé global des populations : (...) [alinéa 7] Le médecin est aussi responsable aux plans éthique et déontologique. Il a une attitude guidée par l'éthique, la déontologie et il adopte un comportement responsable, approprié, intègre, altruiste visant au bien-être personnel du patient et à la promotion du bien public. (...) ».

« qu'ils ont droit à quelques jours d'arrêt par an »³². Il arrive que les praticiens soient confrontés à des cas de « pseudo-urgences »³³, des demandes de renouvellement des patients du jour même pour le lendemain, une demande d'arrêt de travail à 16h00 pour le jour même³⁴....

La décision de prescrire tient compte, non seulement de l'analyse des symptômes et/ou du diagnostic de la maladie, mais aussi des facteurs individuels et personnels que le médecin intègre dans la décision au cas par cas avec chaque patient³⁵. Seule une minorité d'arrêts (27 %) ne fait pas l'objet d'un échange entre le médecin et son patient sur la situation personnelle ou professionnelle de celui-ci, notamment dans le cas des arrêts courts (maladie ordinaire, moins de trois jours)³⁶.

Cet acte médical, dont la décision relève d'une négociation partagée avec le patient, est intégré dans le plan de soins du patient et doit être coordonné avec les médecins conseil et du travail. L'établissement de l'avis d'arrêt de travail, qu'il soit papier ou dématérialisé, est souvent vécu, par le médecin, comme une formalité administrative complexe, contraignante et sous contrôle.

Les prescripteurs sont tenus de justifier médicalement l'arrêt en indiquant « *les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail* ».³⁷ Le médecin peut éprouver parfois une certaine difficulté à établir cette prescription, d'autant qu'il n'existe pas de réel référentiel médical adapté à la médecine générale et aux soins premiers, notamment à la prévalence des maladies, au cadre nosologique spécifique et aux caractéristiques fonctionnelles justifiés.

Le plus souvent, les éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt sont renseignés. Il est possible d'approcher les principaux motifs d'arrêt du régime général à partir des formulaires d'AAT en ligne, où 85 % des médecins saisissent un motif issu du référentiel de l'assurance maladie. Hors motifs saisonniers, les causes des arrêts maladie sont dominées, hors motifs liés à des contextes épidémiologiques, par trois catégories : les troubles anxio-dépressifs, les troubles musculo-squelettiques (TMS, qui se répartissent sur plusieurs syndromes) et les lombalgies (tableau 1). 1,2% des arrêts sont motivés exclusivement par la « souffrance due à une situation de travail / réaction à un facteur de stress ».

Tableau 1 : Motifs les plus fréquemment renseignés sur le formulaire d'AAT en ligne, en % du total des motifs issus du référentiel (de juin 2017 à mai 2018)

Motif	en %	en % cumulé
Episode dépressif / Syndrome dépressif	10,7%	10,7%
Gastro-entérite virale (*)	9,1%	19,7%
Lombalgie commune	7,9%	27,6%
Grippe saisonnière (*)	7,5%	35,1%
Symptômes généraux	4,7%	39,9%

³² Propos issus des auditions

³³ Propos issus des auditions

³⁴ Exemples issus des auditions

³⁵ L'article R.4127-8 du code de la santé publique dispose que « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions **qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance**. Il doit, **sans négliger son devoir d'assistance morale**, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. » L'article 8 du code de déontologie médicale reprend ces dispositions ».

³⁶ « Les salariés face à l'arrêt de travail », étude Malakoff Médéric / Comptoir MM de la nouvelle entreprise / IFOP, 2^{ème} vague, auprès de 2 010 salariés, mai 2018

³⁷ Article L.162-4-1 du code de la sécurité sociale

Sciaticque	4,1%	44,0%
Trouble anxieux	3,6%	47,5%
Troubles anxio-dépressifs mineurs	3,1%	50,6%
Asthénie	2,9%	53,6%
Bronchite aiguë sans comorbidité (*)	2,7%	56,3%
Tendinopathie de la coiffe des rotateurs	2,2%	58,5%
Angine	2,2%	60,7%
Grossesse	2,1%	62,8%
Rhinopharyngite	2,1%	65,0%
Virose	1,6%	66,5%
Cervicalgie non spécifique	1,5%	68,1%

Source : CNAMTS – (*) motifs saisonniers

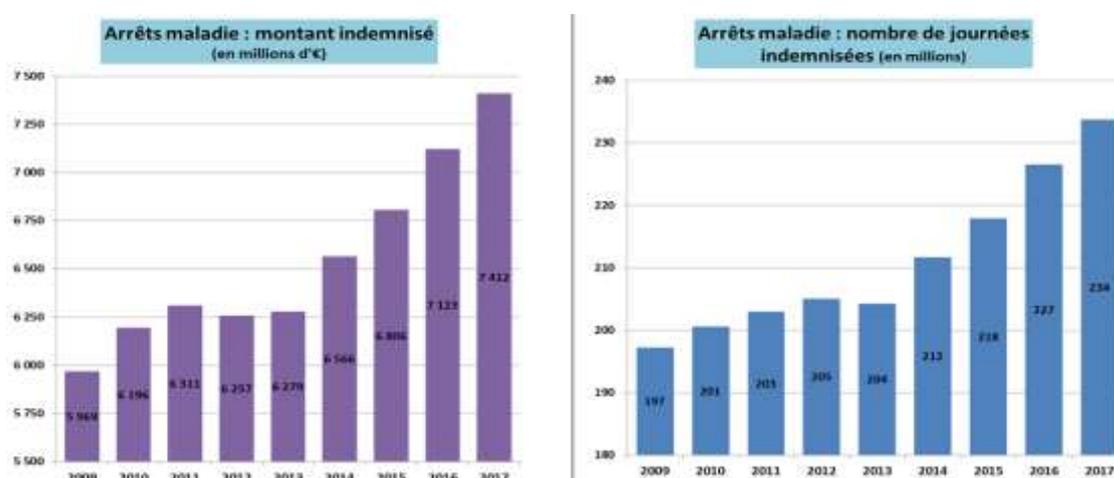
Note de lecture : Le motif « épisode dépressif / syndrome dépressif » est renseigné dans 10,7 % des arrêts de travail prescrits en ligne. L'ensemble des motifs cumulés du tableau représente 68,1 % du total des motifs lors d'une prescription en ligne.

4.2 Une hausse des dépenses particulièrement marquée au cours des quatre dernières années.

En 2017, près de 7 millions d'arrêts maladie ont été indemnisés (couvrant un total de 234 millions de journées indemnisées) au titre du régime général pour un montant total indemnisé de 7,4 milliards d'euros.

Les indemnités journalières maladie (IJ) connaissent une progression particulièrement dynamique ces dernières années, en nombre mais surtout en dépenses. Entre 2009 et 2017, le montant global indemnisé est passé de 6,0 à 7,4 Mds€ (+1,4 Mds€), soit une hausse globale de 24,1 % et un taux de croissance annuel moyen de +2,8%. Le nombre de journées indemnisées est également en forte augmentation depuis 2009, passant de 197 à 234 millions par an, soit une hausse de 18,7% et un taux de croissance annuel moyen de 2,2%. On constate par ailleurs une croissance annuelle plus aigüe depuis 2014 avec un pic de +4,1% en 2016 (graphique 1).

Graphique 1 : Evolution du nombre de journées et du montant indemnisés (2009-2017)



Source : Source : CNAMTS - Datamart IJ et Prestations en espèces (SNIIRAM-DCIR)
 Champ : Régime général – France entière

Cette évolution, qui est en partie décorrélée du reste des dépenses de santé, car reposant en partie sur le marché de l'emploi, s'explique³⁸ pour moitié par des éléments démographiques : du fait de la croissance démographique d'une part, et du fait du vieillissement de la population active d'autre part.

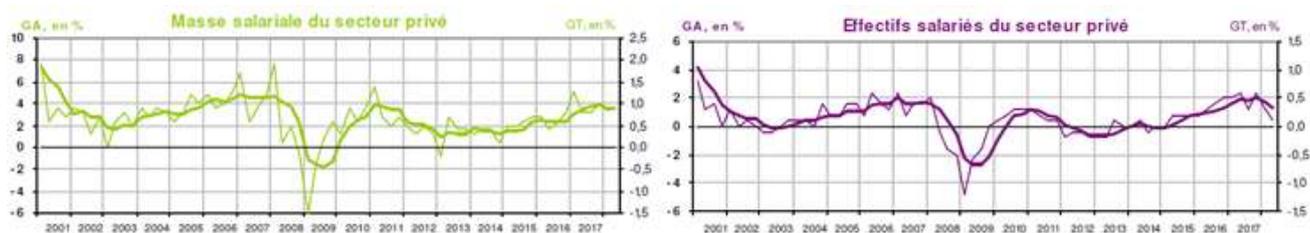
4.3 Ces évolutions s'expliquent principalement par la hausse du taux d'emploi et le vieillissement de la population active.

Plusieurs acteurs ont mis en évidence certains déterminants de l'évolution de la dépense d'IJ à l'aide de modélisations économétriques au niveau macroéconomique³⁹. Parmi ces déterminants, on trouve :

- l'évolution de la population en emploi avec un retard de l'ordre d'un an (une hausse de 1 point de pourcentage de l'emploi se traduit à long terme par une hausse de 2 points de pourcentage du nombre de jours indemnisés). Plus le nombre de travailleurs est élevé, plus le nombre de personnes susceptibles d'être en arrêt de travail est élevé. A l'inverse la hausse du taux de chômage a un effet amplificateur sur la baisse du nombre d'IJ de courte durée ;
- le vieillissement de la population est un facteur clé puisque la durée des arrêts augmente avec l'âge ;
- le contexte épidémiologique, avec notamment les épidémies de grippe qui ont un impact plus sur le nombre d'arrêts courts (moins de 8 jours) que sur les dépenses, même si les variations peuvent être très fortes d'une année sur l'autre⁴⁰, ou le développement de pathologies chroniques, qui a une influence sur les arrêts longs ;
- des facteurs « exogènes », liés à la politique de gestion et de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières (nombre de contrôles médicaux, dispositifs d'accompagnement des prescripteurs, offre de soins, réformes de l'indemnisation...).

Ainsi, depuis 2014, la croissance de la masse salariale du secteur privé et les conséquences de l'augmentation des taux d'activité des seniors sont les principales explications de l'augmentation des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail. Depuis 2014-2015, la masse salariale évolue entre 2 % et 4 % par an (cf. graphique 2).

Graphique 2 : Glissements annuel et trimestriel de la masse salariale et des effectifs salariés du secteur privé



Source : Acof-Urssaf, Dares

Le vieillissement de la population active ne s'explique pas seulement par le vieillissement démographique général, mais il résulte aussi de **l'augmentation forte et rapide des taux d'activité**

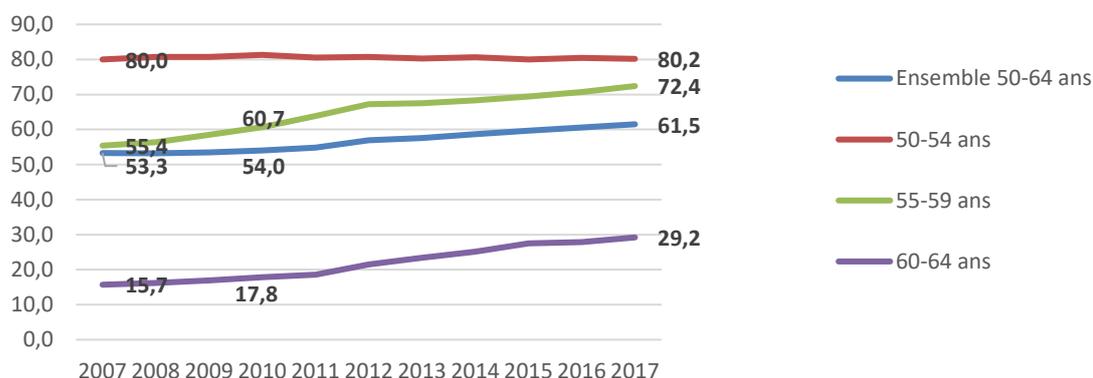
³⁸ Rapport CNAMTS « Les arrêts maladie entre 2009 et 2016 : évolutions et éléments explicatifs », 2018.

³⁹ Cf. revue de dépenses IGAS-IGF

⁴⁰ Exemple des épidémies de grippe en 2013 et 2015

aux âges élevés, consécutive aux mesures successives visant à garantir l'équilibre des régimes de retraite. Ainsi l'INSEE relève qu'en 2017, en France métropolitaine, le taux d'emploi des 50-64 ans s'élève à 61,5 %. Entre 2007 et 2017, il a fortement augmenté (+ 8,2 points), alors que celui des 15-24 ans et celui des 25-49 ans se sont repliés (respectivement - 2,1 points et - 1,9 point). Ainsi, les 50-64 ans représentent 29,3 % des personnes ayant un emploi en 2017, contre 23,8 % en 2007. Du fait des réformes des retraites et de la baisse du nombre de seniors bénéficiant d'une mesure de cessation anticipée d'activité à financement public, la hausse du taux d'emploi des seniors sur 10 ans est avant tout portée par les personnes de 55 ans ou plus : entre 2007 et 2017, le taux d'emploi des 60-64 ans (29 % en 2017) a augmenté de 13,5 points, celui des 55-59 ans (72% en 2017) de 17,0 points, alors que celui des 50-54 ans est resté stable (+ 0,2 point, cf. graphique 3)⁴¹.

Graphique 3 : Taux d'emploi des personnes âgées > 50 ans, par tranche d'âge, de 2007 à 2017

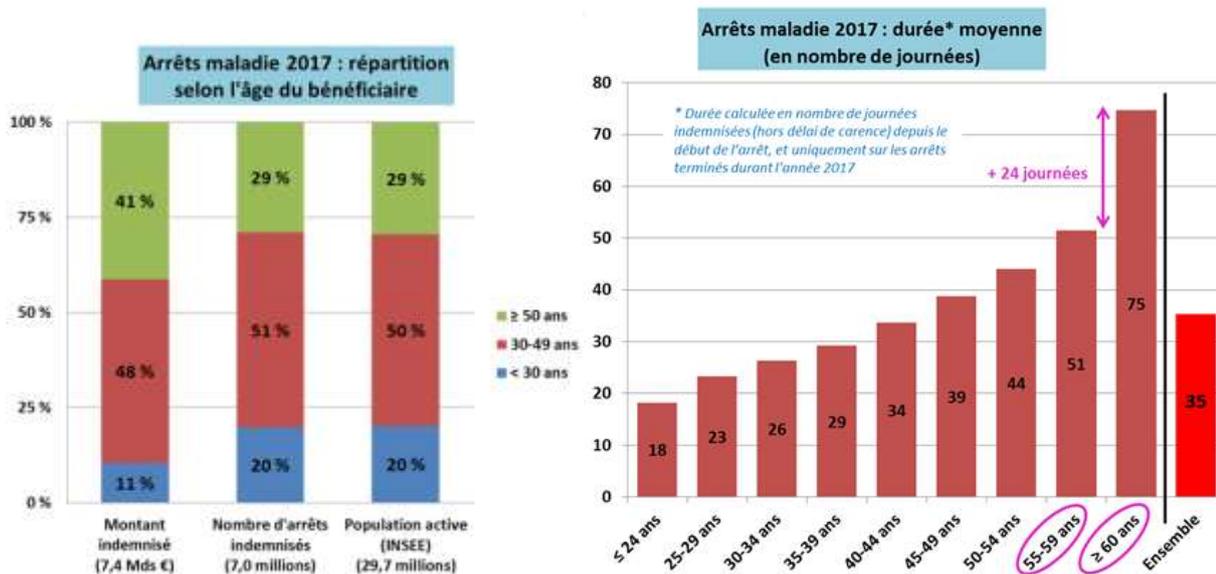


Source : Graphique mission d'après les données Insee, enquêtes Emploi. Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes de 15 à 64 ans.

Le second phénomène majeur mis en lumière par les analyses statistiques disponibles, notamment celles de la CNAM, est l'effet du vieillissement de la population active, la morbidité et la durée des arrêts de travail augmentant avec l'âge. Les personnes de 50 ans et plus représentent 1,45 millions de bénéficiaires mais 3,1 Mds€ des montants indemnisés, en raison d'une durée moyenne d'arrêt maladie qui augmente avec l'âge, alors que le montant journalier moyen indemnisé reste assez similaire à partir de 30 ans (cf. graphique 3). L'accentuation est nette chez les plus de 60 ans (+ 24 jours d'arrêt maladie en moyenne, par rapport à la classe d'âge inférieure). Le poids des personnes de moins de 30 ans est plus important en nombre de bénéficiaires (20%) qu'en montant indemnisé (11%, cf. graphique 4).

⁴¹ INSEE, Enquête emploi

Graphique 4 : Répartition du montant indemnisé et du nombre d'arrêts indemnisés selon l'âge du bénéficiaire ainsi que durée moyenne des arrêts indemnisés par tranche d'âge (2017)



Source : CNAM

En conclusion, le vieillissement de la population active et l'élévation des taux d'activité ont des impacts puissants ces dernières années sur les évolutions des dépenses. Ainsi la CNAM évalue le surcoût en montant d'IJ des évolutions de la structure d'âge à 1 165 M€ entre 2010 et 2016. Ce coût est croissant au fil des ans (269 M€ en 2015, 291 M€ en 2016) et se traduit par une part croissante des seniors dans les montants indemnisés (3,4 points en pourcentage pour les personnes de plus de 60 ans entre 2009 et 2017, cf. graphique 5).

Graphique 5 : Montants indemnisés (arrêts supérieurs ou égaux à 8 jours), par tranche d'âge



Source : CNAM

4.4 L'impact du contexte professionnel et des conditions de travail doit être pris à sa juste mesure.

4.4.1 Le contexte professionnel et les conditions de travail sont des facteurs explicatifs parmi d'autres.

Au niveau microéconomique, de nombreuses études montrent une grande variété de facteurs expliquant le recours aux arrêts de travail ainsi que leur durée, par exemple les caractéristiques individuelles (genre, âge, catégorie socioprofessionnelle, le fait d'être ou non en ALD, arrivée tardive sur le marché du travail, présence ou non d'enfant).

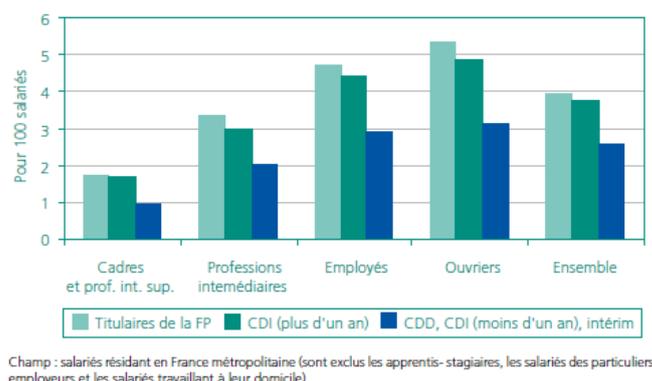
Au-delà des facteurs individuels, des disparités territoriales du recours aux arrêts maladie existent, qu'il s'agisse de la densité des médecins par département⁴² ou des délais d'attente pour l'accès aux soins.

Enfin, plusieurs études françaises ont souligné le rôle majeur des conditions de travail sur le recours aux arrêts maladie⁴³.

Les principaux déterminants relevés dans la littérature sont⁴⁴ :

- Le temps de travail : les salariés à temps partiel ou travaillant à domicile s'absentent moins mais pour des durées plus longues ;
- Le type de contrat de travail : d'après les données de l'enquête Emploi de l'Insee, l'absentéisme pour raison de santé varie selon le statut d'emploi et la catégorie socio-professionnelle. Ainsi les salariés en CDI avec plus d'un an d'ancienneté et les fonctionnaires sont relativement plus souvent absents que les personnes en CDD ou récemment embauchées en CDI (respectivement 3,7 et 3,9 %, contre 2,6 %). Il est plus élevé parmi les ouvriers (taux d'absence de 4,5% en moyenne) puis les employés, que parmi les professions intermédiaires et enfin les cadres (1,6%). Il varie aussi selon le secteur d'activité, mais de façon moins accentuée (graphique 6).

Graphique 6 : Proportion de salariés absents pour des raisons de santé selon les catégories socio-professionnelles et le statut d'emploi



⁴² Cf. travaux de la CNAM (Points de repère CNAMTS n° 11, novembre 2007, « les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières en maladie ». Aude Expert) et de l'IRDES (Questions d'économie de la santé n° 177, juin 2012, « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? », Mohamed Ali Ben Halima, Thierry Debrand et Camille Regaert).

⁴³ « Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail », Analyses n°009, Dares, février 2013

⁴⁴ Cf. revue de dépenses

Source : *Les absences au travail des salariés pour raison de santé : un rôle important des conditions de travail, DARES Analyses, février 2013.*

Les comparaisons de l'absentéisme entre les versants de la fonction publique et avec le secteur privé sont toutefois délicates à réaliser. En effet, il n'existe pas d'éléments statistiques globaux sur le nombre d'arrêts de travail et de jours de congé pour raison de santé dans la fonction publique. Le suivi et l'analyse de l'absence au travail pour raison de santé à partir des sources d'information de type administratif peut se heurter à des difficultés, notamment en termes de définitions retenues, de champs d'investigation, ou de calendriers de collecte d'informations et de publication, qui peuvent être hétérogènes et non coordonnés. Les seules données disponibles sont issues d'enquête déclaratives, qui fournissent une mesure à partir du point de vue des agents et non une mesure administrative par l'employeur ou par l'Assurance maladie⁴⁵.

- Le niveau de salaire est négativement corrélé à la durée des arrêts de travail ;
- La taille de l'entreprise car les salariés des PME prennent moins d'arrêts maladie que ceux des grands établissements ;
- L'intensité du travail, en hausse entre 2005 et 2013, s'est stabilisée à un niveau élevé entre 2013 et 2016 (DARES, 2018). La pénibilité du travail augmente la probabilité de prescription d'arrêt maladie. Le taux d'absence passe de 2,5% pour les salariés n'étant pas exposés à des contraintes physiques et psychosociales à 5,5% parmi ceux qui cumulent trois contraintes physiques ou plus, et 7,5% parmi les salariés exposés à trois contraintes psychosociales ou plus. Ces deux types de contraintes expliquent totalement les écarts d'absentéisme entre secteurs d'activité, et réduisent fortement l'impact de la catégorie professionnelle. D'autres études⁴⁶ trouvent également qu'au-delà des pénibilités physiques, les contraintes psychosociales (percevoir son salaire comme insuffisant, manquer de reconnaissance et d'autonomie dans l'exécution des tâches ...) sont associées à un absentéisme plus élevé. L'importance des conditions de travail sur les arrêts maladie est illustrée de façon marquante dans le secteur hospitalier : les écarts d'arrêts maladie entre professions s'expliquent intégralement par les conditions de travail⁴⁷. De même le travail en horaires irréguliers est responsable d'un cinquième des arrêts maladie pris par des hommes ouvriers travaillant en horaires irréguliers, et 30% parmi ceux âgés de 50-59 ans⁴⁸.

4.4.2 Une part des arrêts, minoritaire, est sans aucun doute directement ou indirectement liée aux conditions de travail.

Dans la majorité des cas, l'échange avec le médecin avant la prescription d'arrêt de travail porte sur la situation personnelle et professionnelle du patient (73 % des salariés répondants de l'étude Malakoff Médéric⁴⁹). Il est toutefois difficile d'appréhender avec précision la part des arrêts de travail qui sont en lien directement ou indirectement avec les conditions de travail. Un lien direct paraît établi pour 1,2% des arrêts de travail, qui ont pour motif « souffrance due à une situation de travail

⁴⁵ Enquêtes Emploi (Insee) et Conditions de travail – Risques psycho-sociaux (DARES, DGAFP, Drees, Insee)

⁴⁶ « *L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé* », Dossiers solidarité et santé n°58, DREES, 2015

⁴⁷ « *Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions* », Etudes et résultats, n°1038, Drees, 2017

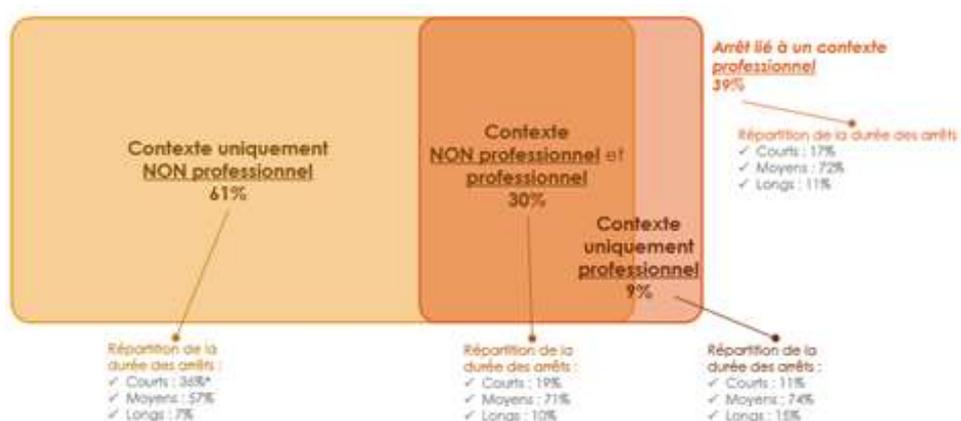
⁴⁸ Afsa, Givord, 2009, « *Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers* », Economie et Prévision, 187 : 83-103 (https://www.persee.fr/doc/ecop_0249-4744_2009_num_187_1_7877)

⁴⁹ « *Les salariés face à l'arrêt de travail* », étude Malakoff Médéric / Comptoir MM de la nouvelle entreprise / IFOP, 2^{ème} vague, auprès de 2 010 salariés, mai 2018

/ réaction à un facteur de stress » dans le total des motifs issus du référentiel des AAT dématérialisés (de juin 2017 à mai 2018)⁵⁰.

Les autres données s'appuient sur des études déclaratives. Ainsi, d'après le baromètre BVA-Réhalto sur les arrêts de travail⁵¹, pour les salariés, la première cause de l'arrêt de travail est « *une maladie non liée au travail* » (67 %), en second rang la cause est professionnelle (25 %)⁵², et enfin liée à la vie personnelle (8 %) (1). L'appréciation du climat social dans l'entreprise semble être un facteur déterminant (59 % des salariés s'étant arrêté estiment que le climat social est très mauvais dans leur entreprise). L'enquête établit à 43 % la part des salariés qui ne posent pas d'arrêt de travail dans une situation le nécessitant (baisse des revenus, charge de travail, peur de la perception des supérieurs). 6 % des salariés se sont arrêtés pour un syndrome d'épuisement professionnel (2017). Une autre enquête IFOP-Malakoff Médéric en 2018 établit également à un tiers le nombre des arrêts liés à un contexte à la fois professionnel et non professionnel (cf. graphique 7).

Graphique 7 : Motifs des arrêts de travail prescrits



Source : Malakoff Médéric – « les salariés face à l'arrêt de travail »

4.5 Les problématiques des arrêts courts et longs doivent être dissociées.

Comme le soulignent nos interlocuteurs, les 7 millions d'arrêts de travail commence toujours par un arrêt court... pourtant il existe une différence notable entre le nombre d'arrêts et les dépenses d'IJ.

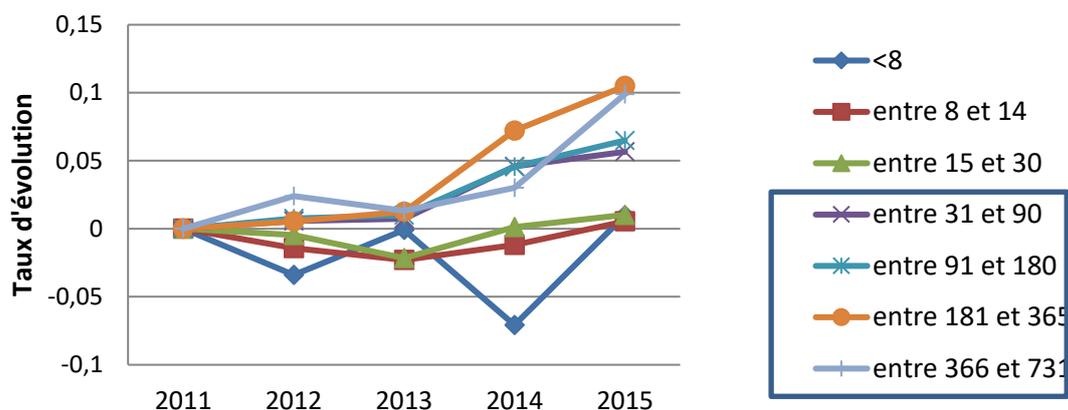
Si les arrêts de travail inférieurs ou égaux à 30 jours représentent 75% du nombre total d'arrêts (près de 5,2M d'arrêts), ils ne représentent que 18% des dépenses d'IJ (soit 1,27 Mds€). Les arrêts de moins de 7 jours représentent 44 % des arrêts et moins de 4 % de la dépense d'assurance maladie. On voit bien que l'effet « épidémie » enregistré certaines années n'influe pas sur la tendance d'évolution à la hausse des dépenses des 7 dernières années. Les arrêts longs sont ceux qui tirent la dépense vers le haut, au cours des trois dernières années, comme a pu l'illustrer l'IRDES dans le graphique 8.

⁵⁰ Source : CNAM

⁵¹ Source : « *Présentation des principaux enseignements* », Baromètre sur les arrêts de travail « Comprendre pour agir », BVA-Réhalto, juin 2018 : <https://www.bva-group.com> sondages

⁵² Tensions liées à l'organisation du travail (15 %), 10 % difficultés liées aux pratiques managériales (10%)

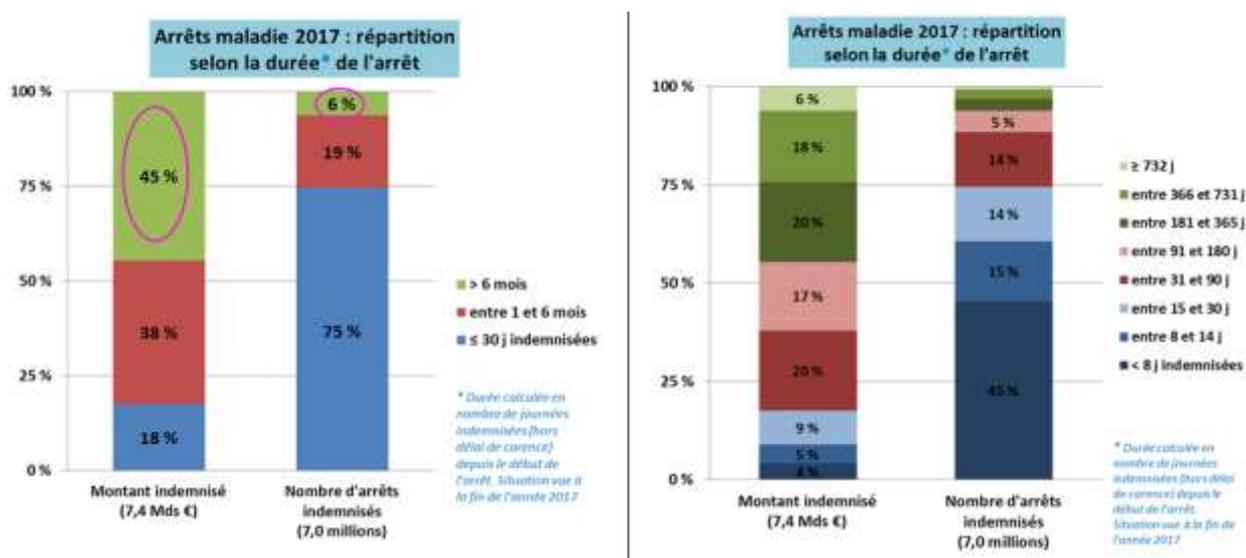
Graphique 8 : Évolution du nombre d'épisodes d'arrêt de travail (*) selon la durée de l'arrêt de travail entre 2011 et 2015 (base = 2011), en jours



Source : IRDES- Données relatives au régime général des travailleurs salariés (SNIIRAM DCIR). Calculs IRDES. (*) corrigée de l'évolution du volume de la population salariée en équivalent temps plein.

Les arrêts longs sont les plus coûteux : les arrêts de plus de 30 jours (25% des arrêts en nombre) représentent 82 % des dépenses⁵³. Cette structuration des arrêts est globalement stable au cours des dernières années. Le retour à l'emploi et la maîtrise du risque de désinsertion est donc non seulement un enjeu économique, en terme de maîtrise des dépenses des indemnités journalières, mais aussi un enjeu humain, qui devient un axe récurrent des politiques pour l'emploi ou la santé. « L'accompagnement des travailleurs et des entreprises dans la prévention de la désinsertion professionnelle » est l'une de ses principales lignes directrices du troisième plan santé travail (2016-2020), dans le prolongement des orientations du Conseil d'orientation des conditions de travail.

Graphique 9 : Répartition selon la durée de l'arrêt de deux principaux indicateurs en 2017

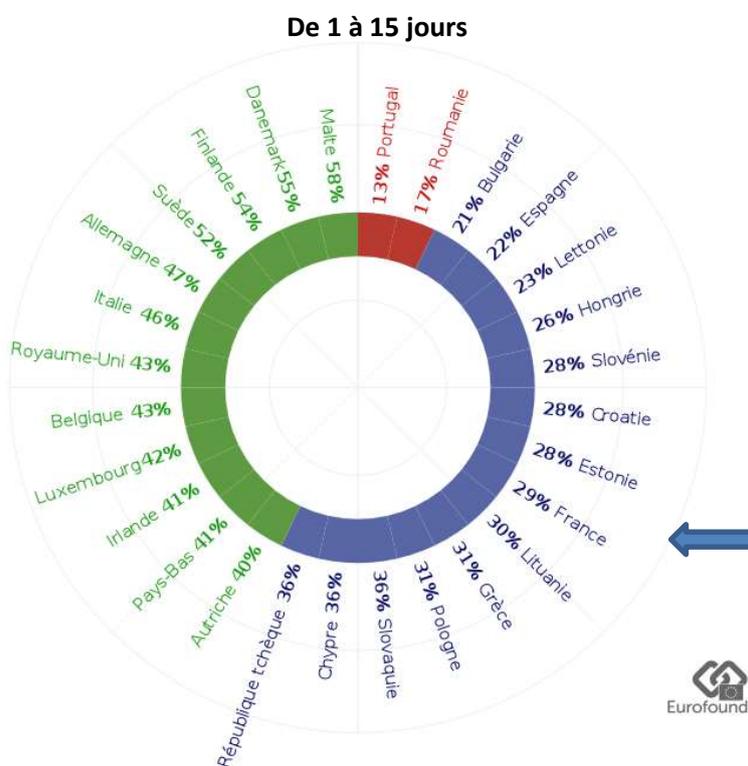


Source : CNAM - Datamart IJ et Prestations en espèces (SNIIRAM-DCIR) Régime général – France entière - 2017

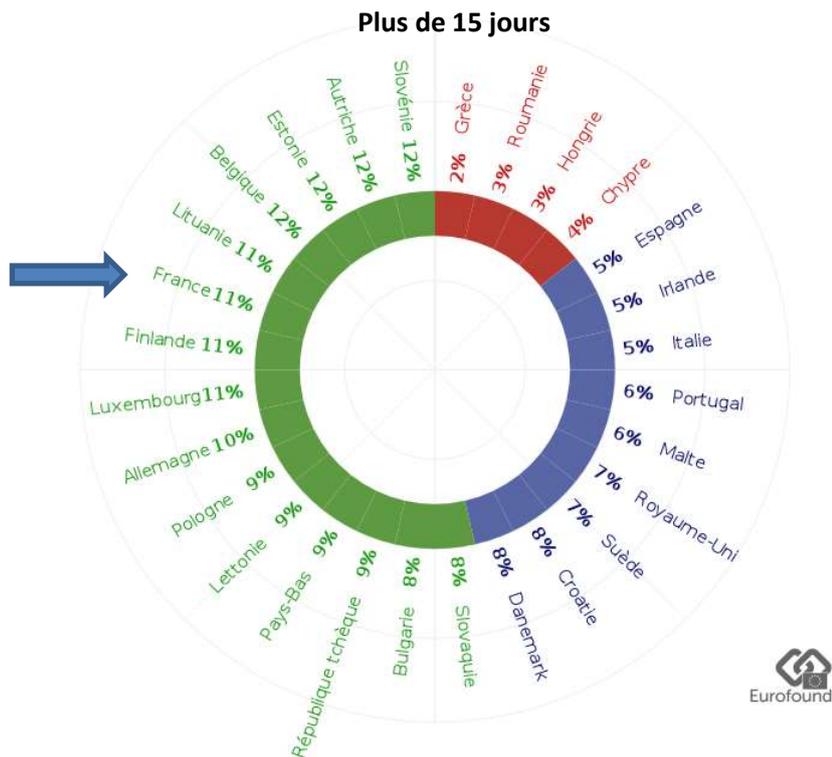
⁵³ CNAMTS - Datamart IJ et Prestations en espèces (SNIIRAM-DCIR) Champ : Régime général – France entière - 2016

Par ailleurs, une rapide comparaison européenne montre que les français ne sont pas sur-consommateurs d'arrêts de courte durée. La France se situe dans le groupe des pays européens à valeur moyenne avec 60 % des salariés qui n'ont pris aucun arrêt, et 29 % ayant pris un arrêt de courte durée. En revanche, elle se situe dans le groupe des pays à valeur élevée pour le pourcentage de salariés qui déclarent s'être arrêtés plus de 15 jours (11%) (2015)⁵⁴.

Graphique 10 : Question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de jours au total avez-vous été absent pour maladie ? »



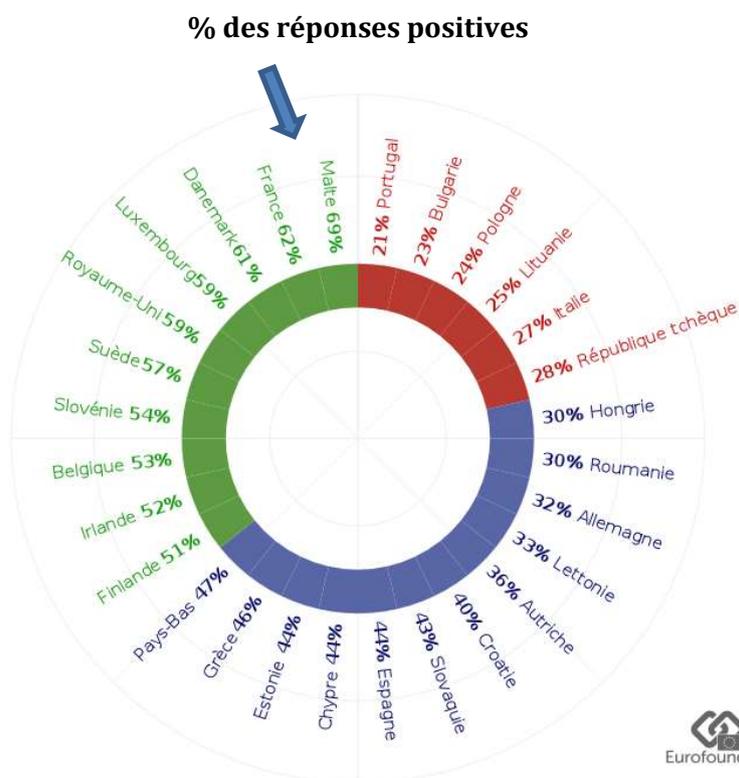
⁵⁴ <https://www.eurofound.europa.eu/fr/data/european-working-conditions-survey>



Source : <https://www.eurofound.europa.eu/fr/data/european-working-conditions-survey>

La France se distingue par un fort taux de salariés qui n’interrompent pas leur activité professionnelle, alors qu’ils sont malades. Elle fait partie, avec le Danemark et Malte, du trio de tête des pays européens pour le présentéisme des salariés se déclarant malades (2015).

Graphique 11 : Question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous travaillé alors que vous étiez malade ? »



Source : Eurofound

Ces résultats corroborent les données des enquêtes réalisées récemment à ce sujet, en 2016 et 2018⁵⁵. En 2018, 68 % des salariés ont déclaré avoir déjà travaillé au cours des douze derniers mois, alors qu'ils étaient malades. La part des arrêts prescrits qui ne sont pas pris demeure minoritaire (18 % des salariés s'étant vus prescrire un arrêt de travail déclarent ne pas l'avoir pris), mais l'étude relève la tendance à une moindre observance des arrêts prescrits par rapport à la vague précédente (15 % en 2016). La moitié des salariés n'ayant pas pris leur arrêt le regrettent par la suite (49 % versus 39 % en 2016).

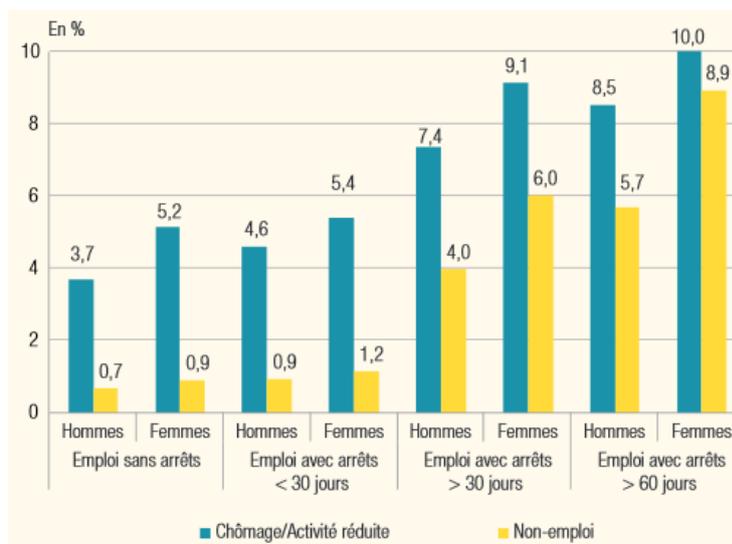
L'étude relève que les salariés n'ayant pas de contrat de prévoyance sont plus nombreux à refuser des arrêts maladie et que les salariés dont le salaire n'est pas maintenu lors des 3 premiers jours d'arrêt de travail ont plus souvent tendance à refuser l'arrêt.

⁵⁵ « Les salariés face à l'arrêt de travail », étude Malakoff Médéric / Comptoir MM de la nouvelle entreprise / IFOP, 2^{ème} vague, auprès de 2 010 salariés, mai 2018

4.6 Plus l'arrêt est long, plus le risque de désinsertion professionnelle augmente.

Les arrêts maladie de plus d'un mois augmentent le risque d'être au chômage ou inactif l'année suivante, et cet effet est d'autant plus marqué que la période passée en arrêt maladie est longue : parmi les salariés du secteur privé ayant été arrêtés plus d'un mois dans l'année pour maladie, 15 % des femmes et 11 % des hommes sont au chômage ou inactifs l'année suivante (contre, respectivement, 7 % et 4 % des salariés qui n'ont pas eu d'arrêts maladie)⁵⁶.

Graphique 12 : Sortie de l'emploi un an après les arrêts de travail



Source : DREES, ER n°938

Champ : salariés du secteur privé âgés de 25 à 55 ans, hors AT/MP et congés maternité

Au-delà de 6 mois, moins de 50 % des personnes en arrêt reprennent une activité professionnelle⁵⁷. Ce constat est partagé dans les autres pays européens. En Belgique, le service public fédéral emploi, travail et concertation sociale établit à 50 % le taux de retour au travail chez le même employeur après un arrêt maladie de longue durée de 6 mois, 20 % après 12 mois, 10 % après 24 mois.⁵⁸

En France, en 2017, 1,8 millions d'arrêts ont été prescrits pour une durée supérieure à 30 jours, dont 435 000 ont une durée supérieure à 6 mois⁵⁹. Ce sont donc vraisemblablement plus d' 1/2 million de salariés en arrêt maladie qui encourent un risque de désinsertion professionnelle et entre un et deux millions si l'on intègre les salariés en situation de handicap⁶⁰.

⁵⁶ « Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles », Etudes et résultats, DREES, octobre 2015 et « L'effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles » de T. Barnay, J. Favot et C. Pollak, 2015 n°475-476, Économie et Statistique

⁵⁷ ANAES « Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques », septembre 2004.

⁵⁸ Source : BeSwic

⁵⁹ Source : CNAM

⁶⁰ Estimation IGAS. Cf. Rapport IGAS n°2017-025 « La prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés », établi par P. Aballéa et M.A. du Mesnil du Buisson (IGAS), décembre 2017

Encadré 2 : Définition de la prévention de la désinsertion professionnelle

La prévention de la désinsertion professionnelle consiste à anticiper la perte d'emploi des salariés en arrêt de travail pour des raisons de santé ou de situation de handicap. Elle vise à assurer un retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles, soit dans leur entreprise, à leur poste de travail ou à un autre poste, soit par une réorientation professionnelle dans un autre secteur d'activité⁶¹. On distingue les actions de « maintien dans l'emploi », qui recouvre le maintien sur le poste, grâce à des aménagements, ou dans l'entreprise, grâce à un reclassement ; de celle de « maintien en emploi », qui élargit le champ au reclassement dans une autre entreprise, voire à la réorientation professionnelle avec une logique de sécurisation du parcours professionnel⁶².

La prévention de la désinsertion professionnelle mobilise de nombreux intervenants, qui ont chacun leur logique propre : services de santé au travail, organismes de protection sociale, médecins traitants et hospitaliers, CARSAT, CPAM, MSA, SAMETH, organismes de protection sociales complémentaires, organismes financés par les fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ou par les organismes paritaires de financement de la formation, etc. On trouve par exemple le « facilitateur IJ » (mis en place dans les échelons médicaux locaux du régime général), la plateforme territoriale d'appui (établie par les ARS)⁶³, ou la cellule dédiée à la prise en charge des risques psycho-sociaux (cf. proposition dans le tableau ci-dessous⁶⁴).

Les récents rapports qui se sont penchés sur la question de la désinsertion professionnelle soulignent la nécessité d'une remise à plat du cadre juridique et institutionnel, pour permettre effectivement la mise en place d'un parcours d'accompagnement de l'assuré en risque de désinsertion, consécutif à son état de santé. Ainsi, l'IGAS mise en priorité sur les deux acteurs clés que sont les entreprises et les services de santé au travail.⁶⁵

Le rapport consacré à la santé au travail propose la création d'un guichet unique (cf. tableau 2 ci-dessous) pour orienter plus efficacement les demandes vers le bon interlocuteur, d'où qu'elle viennent (médecins, employeurs, salariés) et permettre une prise en charge personnalisée⁶⁶.

Tableau 2 : Les principales propositions du rapport de Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest en lien avec la mission relative à la prise en charge des arrêts de travail

Recommandation	Extraits
N°3 : Inciter les branches à s'emparer des questions de santé et de qualité de vie au travail	Fixer une part minimale du 2 % des cotisations versée, prévu pour les prestations à caractère non directement contributif de solidarité dans le cadre d'un contrat de protection sociale complémentaire relevant du degré élevé de solidarité obligatoire, à consacrer aux actions de prévention collective ;

⁶¹ Rapport IGAS n°2017-008 « Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Qualité de service et organisation du réseau », établi par E.Fauchier-Magnan et V.Saintoyant (IGAS), avec le concours de P.Videment, septembre 2017

⁶² Cf. Rapport IGAS n°2017-025 « La prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés », établi par P. Aballéa et M.A. du Mesnil du Buisson (IGAS), décembre 2017

⁶³ Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), mises en place par les agences régionales de santé (ARS) et créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, ont pour objectif de simplifier, pour les professionnels et notamment les médecins traitants, la prise en charge des patients en situation complexe par l'intégration au sein d'un interlocuteur unique, les fonctions d'appui d'un territoire.

⁶⁴ Cf. recommandation n°10 du rapport de la députée Charlotte Lecocq, de Bruno Dupuis et d'Henri Forest, avec l'appui de Hervé Lanouzière, IGAS, juillet 2018.

⁶⁵ Ibidem

⁶⁶ Cf. recommandation n°10 du rapport de la députée Charlotte Lecocq, de Bruno Dupuis et d'Henri Forest, avec l'appui de Hervé Lanouzière, IGAS, juillet 2018.

Recommandation	Extraits
	Reverser cette quote-part au fonds national de la prévention lorsqu'aucune action issue d'une négociation collective n'a été engagée par une branche en matière de santé ou de qualité de vie au travail.
<p>N°5 : Mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge de la santé globale des travailleurs</p>	<p>Etudier en lien avec les structures régionales la possibilité de mener des actions ciblées de santé publique sans préjudice de leur mission première ;</p> <p>Faire évoluer le dossier médical partagé (DMP), document à l'usage du salarié dans son parcours de santé en et hors de l'entreprise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Permettre dès à présent, dans le respect des principes régissant ce dossier, l'inscription des éléments relatifs aux expositions professionnelles ; ○ Créer à cet effet une nouvelle rubrique dans le DMP ; ○ Parvenir à brève échéance, dans le respect de la vie privée des salariés et afin de faciliter une prise en charge coordonnée de leur santé, le partage, via le DMP, d'informations médicales entre professionnels de santé, qu'ils interviennent dans le parcours de soins et de prévention pour les salariés. (...)
<p>N°6 renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle</p>	<p>Intégrer systématiquement la structure régionale de santé au travail en tant que ressource proposée par les plateformes territoriales d'appui (PTA) dédiées à la gestion des cas médicaux complexes ;</p> <p>Engager une réflexion pour une refonte complète du cadre juridique et institutionnel visant à clarifier et simplifier le parcours d'accompagnement du travailleur handicapé et plus généralement de tout travailleur exposé à un risque de désinsertion consécutif à son état de santé, en s'appuyant sur les principes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer au bénéfice du salarié et de l'employeur un porte d'entrée garantissant la prise en charge et le suivi multi-acteurs de tout dossier de maintien en emploi ; ○ Organiser les relations entre médecin du travail et médecin conseil ; ○ Instaurer, en cas de blocage, un mécanisme administratif garantissant la prise de décisions d'orientations dans des délais préfixes ; ○ Simplifier les démarches administratives relatives aux travailleurs en situation de handicap
<p>N°7 : Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé</p>	<p>Au profit d'un investissement plus grand envers certains salariés présentant des problèmes de santé susceptibles d'entraîner leur désinsertion professionnelle qu'il s'agisse de motifs d'inaptitude à leur poste dans l'entreprise ; de pathologies chroniques nécessitant des mesures pour le maintien dans leur poste ; (...)</p>
<p>N°10 : Mettre en place au sein de chaque structure régionale une cellule spécifiquement dédiée à la prise en charge des RPS</p>	<p>Cette cellule interviendrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ À la demande d'une entreprise souhaitant engager une démarche de prévention ; ○ A la demande d'un salarié ou travailleur indépendant souhaitant bénéficier d'un appui à la gestion de ses RPS, indépendamment de l'entreprise et dans le respect de la confidentialité ; ○ En cas de signalement de RPS laissant craindre des facteurs pathogènes dans une entreprise, une organisation, ou un secteur d'activité ; <p>De façon pluridisciplinaire : médicale pour l'accompagnement individuel, collective pour investiguer les causes organisationnelles, managériales, contextuelles, en lien avec les différents acteurs concernés de l'entreprise</p>

Recommandation	Extraits
<p>N°11 : Organiser au sein de la structure régionale un guichet unique</p>	<p>La structure régionale doit rendre le service de proximité envers les salariés et les employeurs en mettant en place une structure d'accueil permettant une prise en charge personnalisée.</p> <p>Cet accueil doit être en capacité de répondre à toute demande du socle d'offre de service relative à la santé et à la qualité de vie au travail en orientant le demandeur vers le bon interlocuteur de la structure ou vers un intervenant extérieur habilité sur son territoire.</p>
<p>N°15 : Conduire une réflexion pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail de la fonction publique</p>	<p>Transposer les recommandations qui le peuvent être transposées prennent part dans la réflexion conduite sur la réforme de la fonction publique nationale, territoriale et hospitalière.</p>

Source : « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », établi par Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec l'appui de Hervé Lanouzière, IGAS, juillet 2018

Les préoccupations de nos interlocuteurs rejoignent les constats établis par l'IGAS : « pour répondre aux besoins d'information et faciliter la prise en charge des difficultés dès les premières restrictions d'aptitude, une stratégie de communication beaucoup plus volontariste serait nécessaire, ainsi que l'amélioration des outils de repérage des situations à risque et de communication entre médecins traitants, médecins du travail et organismes de protection sociale (...) Cette fluidité des relations est particulièrement nécessaire au sein du trio de médecins susceptibles d'être impliqués dans un grand nombre de cas : médecin traitant, médecin du travail et médecin conseil qui doivent tout à la fois veiller à la cohérence de leur discours et articuler leurs interventions (...)»⁶⁷.

Une évolution paraît nécessaire, qui implique de revoir les relations entre le « trio solitaire » (médecin prescripteur, médecin du travail et le médecin conseil) pour former un « trio solidaire »⁶⁸, et d'associer plus étroitement l'employeur au dispositif. Ceci suppose de créer un dispositif qui permette d'accompagner le salarié via une prise en charge **coordonnée** de son dossier de maintien en emploi.

⁶⁷ Cf. rapport IGAS n°2017-025 R

⁶⁸ Propos issus des entretiens

4.7 Les abus ou le mésusage sont le fait d'une minorité.

Il est frappant de constater, parmi nos interlocuteurs, le nombre de ceux qui connaissent quelqu'un « qui abuse », que ce soit pour obtenir ou délivrer un arrêt de complaisance, ou qu'il s'agisse des pressions que quelques employeurs exercent pour inciter un salarié à s'arrêter ou à prolonger son arrêt. Pourtant, tous nos interlocuteurs reconnaissent que ces manœuvres concernent **une minorité d'assurés, de médecins et d'employeurs.**

4.7.1 Les actions de contrôle des arrêts de travail des assurés.

En 2017, le service médical de l'Assurance maladie a réalisé 1 671 085 contrôles, dont la moitié sur personne. Le taux d'avis médicaux défavorables, après ciblage des dossiers, sont faibles (13,5 % des contrôles)⁶⁹, ce qui n'est pas étonnant : les arrêts contrôlés sont des arrêts longs, où la question qui se pose au praticien est moins celle du caractère justifié de l'arrêt, à la date de l'examen, que celle du parcours de soins et des conditions du retour à l'emploi. D'après les données transmises par nos interlocuteurs, les sociétés de contre-visite, sur des arrêts courts, obtiennent de moins bons résultats, sur des arrêts généralement plus courts, que l'employeur considère comme complaisants.

Parallèlement au contrôle des arrêts longs⁷⁰, l'Assurance maladie a mis plusieurs dispositifs en place, qui visent à mieux identifier, contrôler et lutter contre les arrêts courts abusifs :

Le système d'information de la CNAM autorise le paramétrage de « *blacklists* », qui permet de repérer les hyperprescripteurs, ou les assurés ayant des arrêts itératifs lors de l'émission des arrêts de travail.

Il existe également une action spécifique de contrôle des arrêts itératifs⁷¹. Depuis 2012⁷², un courrier de sensibilisation est systématiquement envoyé aux assurés ayant eu trois arrêts itératifs, dont la durée est inférieure à 15 jours au cours des 12 derniers mois. L'envoi du courrier s'avère dissuasif pour la majorité des assurés. Pour ceux qui renouvèlent l'arrêt, l'action de contrôle n'aboutit pas toujours. Il arrive fréquemment que l'assuré ait repris le travail au moment de la convocation, du fait du délai entre l'envoi de l'avis et son intégration par la caisse (six jours), de la fréquence du traitement informatique de ciblage des assurés (hebdomadaire), ou encore des délais de convocation⁷³.

Il ressort par ailleurs de nos auditions avec les praticiens que, le nomadisme de prescription qui est difficilement objectivable, serait un phénomène résiduel. Le fait que la majorité des arrêts soient prescrits par les médecins traitant (72 %) montre que la majorité des prescriptions s'inscrit dans un parcours de soins⁷⁴, sans qu'il soit possible d'exclure le recours successif à d'autres prescripteurs.

⁶⁹ Source : CNAM

⁷⁰ La stratégie du service médical est explicitée § 1.7 § « Revoir la politique de contrôle des arrêts longs »

⁷¹ Lettre réseau CNAM n° 72-2012.

⁷² Enquête auprès des caisses citée dans la lettre réseau LR 72-2012. Avant 2012, seule la moitié des caisses avait mis en place cette procédure.

⁷³ Cf. revue de dépenses IGAS-IGF

⁷⁴ Source : étude Malakoff Médéric. Les médecins spécialistes prescrivent 18% des arrêts, notamment les arrêts maternité, maladie grave, pathologies prénatales, accidents ou traumatismes), les médecins généralistes hors médecins traitants 9% (principalement maladies chroniques, troubles psychologiques, épuisement professionnel).

4.7.2 Les dispositifs d'encadrement de la prescription excessive.

Les procédures de mise sous objectif et de mise sous accord préalable appliquées par l'Assurance maladie permettent de maîtriser à court terme les mauvaises pratiques de prescription de la minorité de médecins concernés.

Encadré 3 : Les procédures de MSO/MSAP

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP) est une mesure administrative qui subordonne à l'accord préalable du service médical toutes les prescriptions faites par un médecin avant leur indemnisation⁷⁵. Cette mesure entraîne pour le service médical une charge de travail importante. Elle nécessite la réunion d'une Commission paritaire qui émet un avis préalable sur le bien-fondé de la MSAP et sur sa durée (durée maximum de 6 mois). Elle n'empêche pas le médecin de prescrire mais place simplement le praticien dans une situation temporairement inconfortable vis-à-vis de ses patients.

La procédure de mise sous objectif (MSO) consiste à fixer un objectif de diminution des prescriptions d'arrêts de travail. Un bilan est réalisé conjointement avec le médecin pour vérifier qu'il a réduit ses prescriptions selon les objectifs convenus. A défaut, l'Assurance Maladie peut à l'issue de la période de MSO (de 4 à 6 mois) engager une procédure, intégrant l'avis d'une commission composée à parité de représentants de la profession et de représentants de l'organisme, au terme de laquelle le médecin peut encourir une pénalité financière d'un montant maximal de 2 PMSS* fixé réglementairement. Toutefois l'adhésion à ce dispositif est volontaire, et le médecin a la possibilité de le refuser expressément. Dans ces situations, l'Assurance Maladie peut mettre en œuvre le dispositif de MSAP.

La mise en œuvre des procédures est lourde et longue, eu égard à leur durée effective d'application. Avant d'être placé sous MSO / MSAP, le praticien fait l'objet d'une procédure d'accompagnement renforcé. Seul l'échec des actions menées par différents interlocuteurs, parfois réitérées (visite du délégué de l'assurance maladie, entretien confraternel, entretien d'alerte...) aboutira à l'application d'une mesure de MSO/MSAP, si le médecin ne change pas de comportement à l'issue des périodes d'observations successives. Depuis 2016, des entretiens préalables sont proposés systématiquement à environ 700 médecins pressentis avant l'engagement d'une procédure de MSO / MSAP. Seuls une centaine d'entre eux se verront effectivement appliqués l'une des deux procédures.

Tableau 3 : Nombre de MSO/MSAP réalisées au cours des trois dernières campagnes

	Nombre de MSO réalisées	Nombre de MSAP réalisées	Total
Campagne 2015-2016	391	42	433
Campagne 2016-2017	47	39	86
Campagne 2017-2018	84	20	104

Source : CNAM, revue de dépenses IGAS-IGF

Nos auditions avec les praticiens montrent que ces dispositifs ne sont pas remis en cause, mais que leur mise en œuvre, à l'échelle locale, « pollue » les relations confraternelles entre médecins conseil et médecins traitant.

⁷⁵ Article L162-1-15 du code de la sécurité sociale.

4.7.3 Le dispositif de détection des entreprises atypiques.

Au-delà de l'évolution des dépenses de santé, l'absentéisme représente un coût pour l'entreprise, qu'il s'agisse de coûts directs ou indirects. Il représente une charge qui réduit la compétitivité de l'entreprise concernée.

Depuis 2017, l'Assurance maladie conduit une expérimentation auprès des entreprises de plus de 200 salariés identifiées comme présentant un atypisme sur le volume d'arrêts de travail rapporté au nombre d'heures déclarées, à partir d'un algorithme permettant de reconstituer la (sur)consommation médicale des salariés, et n'étant pas engagées dans une action ou un suivi au titre d'un programme de prévention. 5 entreprises ont été sélectionnées. L'offre de service a été globalement appréciée par les entreprises et leur a permis de prendre conscience du coût financier de l'absentéisme. Les données statistiques inédites permettent d'avoir une vue précise de l'absentéisme, et d'engager un échange constructif autour du sujet des arrêts de travail et de la responsabilité des employeurs par rapport à ces arrêts.

Compte tenu de ces premiers résultats positifs, une campagne visant une centaine d'établissements a débuté en 2018. En 2019, parmi les 1000 entreprises présentant les taux d'absentéisme les plus importants (supérieur de plus de 30% à la moyenne de leur secteur), environ 500 seront sélectionnées en évitant la surreprésentation de certains secteurs selon une pluralité de critères (secteur d'activité, situation financière de l'entreprise, taille des effectifs pour un plus grand impact financier, etc.). Ce ciblage sera complété par la sélection de quelques grandes entreprises multi-SIRET gérées au niveau national. Le gain financier est estimé à 20 M€ par l'Assurance maladie.

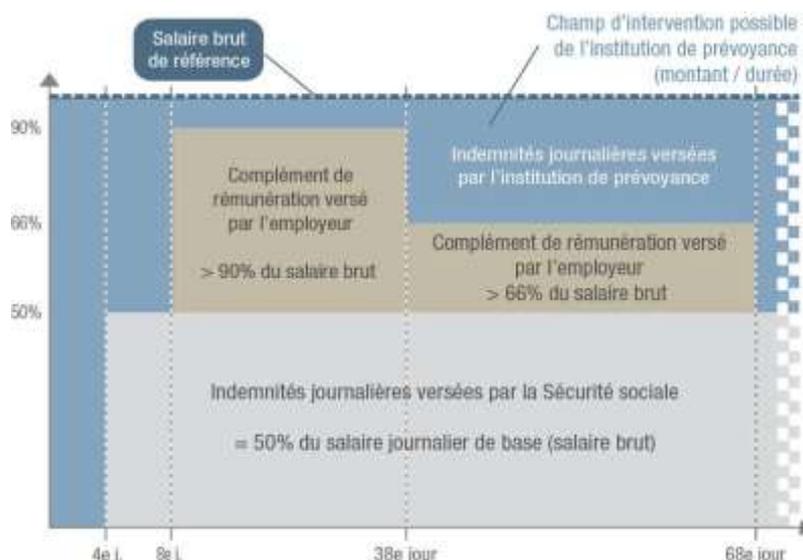
L'Assurance Maladie intensifiera également en 2019 ses actions en destination des entreprises « atypiques », présentant des taux d'IJ parmi ses salariés particulièrement élevés par comparaison aux entreprises du même secteur d'activité de leur région.

4.8 Le dispositif d'indemnisation est complexe.

La France se caractérise par un dispositif d'indemnisation complexe, constitué par la superposition de trois étages d'indemnisation (l'assurance maladie, l'employeur et l'assureur), dont seuls les deux premiers sont obligatoires.

Il peut être schématisé par un empilement de 3 étages (cf. graphique 13), en partie imbriqués. L'assurance maladie est le pilier de ce système dans la mesure où c'est toujours le droit aux indemnités journalières qui ouvre la possibilité de bénéficier des étages du complément employeur ou de la prévoyance.

Graphique 13 : Dispositif d'indemnisation en France



Source : CTIP

Le premier étage est constitué des indemnités journalières de l'assurance maladie, financées par la Sécurité sociale : elles permettent le maintien de 50 % du salaire journalier de base, dans la limite de 1,8 SMIC, après une période de carence de 3 jours,

Le second étage est un complément de salaire obligatoire, versé par l'employeur. le complément, issu de la loi de mensualisation⁷⁶, s'établit à hauteur de 90 % du salaire, après une période de carence de 7 jours, pour 30 jours et de 66 % pour les 30 jours suivants, pour les salariés ayant au moins un an d'ancienneté. Cette durée est majorée en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise⁷⁷.

Le dernier étage est un complément de salaire facultatif, prévu soit par une convention collective, ou par décision de l'employeur, qu'il prenne ou non la forme d'un contrat de prévoyance, co-financé ou non par l'employeur. Il assure une meilleure couverture du risque maladie pour les bénéficiaires (augmentation de la durée, suppression de la carence, des conditions ancienneté, etc.). Cet étage peut se substituer au second, pour certaines populations exclues de la loi de mensualisation et assurer le complément de salaire.

Les éventuelles garanties accordées par le 3^e étage de prévoyance peuvent intervenir durant toute la période. Cependant les 30 premiers jours sont majoritairement financés par les IJ (50%) et l'employeur (40 %) et par conséquent le champ d'intervention de la prévoyance est assez restreint : il correspond essentiellement aux périodes de carences évoquées et à l'abaissement du critère d'ancienneté.

➤ Le constat est celui d'un système devenu illisible pour tous, sauf pour quelques spécialistes.

Les mêmes règles ne s'appliquent pas à toutes les populations (fonctionnaires, salariés du secteur privé, d'activités intérimaires, intermittentes ou saisonnières, travailleurs indépendants,

⁷⁶ Loi n°78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle : articles L.3242-1 et suivants du code du travail

⁷⁷ Article D.1226-2, CDT : « Les durées d'indemnisation sont augmentées de dix jours par période entière de cinq ans d'ancienneté en plus de la durée d'une année requise à l'article L. 1226-1, sans que chacune d'elle puisse dépasser quatre-vingt-dix jours. »

demandeurs d'emploi). Elles diffèrent entre les IJ maladie, les IJ AT/MP, les IJ maternité (conditions d'ouverture des droits, durée et carence, calcul et durée de versement de l'IJ)⁷⁸. Des dispositions spécifiques s'appliquent dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, du fait du droit local (articles L.1226-23 et L.1226-24 du Code du travail).

La gestion de la liquidation est non seulement très complexe pour les entreprises et les organismes de couverture, mais également pour les caisses de protection sociale. Les insuffisances des contrôles opérés sur les avis d'arrêt de travail et les données de salaires, ainsi que par les faiblesses du système d'information affectent l'exactitude des IJ. L'opération de reconstitution des assiettes IJ maternité et ATMP, particulièrement complexes, donnent parfois lieu à des calculs manuels (entre 30 minutes et 1h30 par dossier, pour les plus complexes). Cette complexité est une source d'inégalités entre assurés et de fragilité juridique du dispositif. Le niveau des erreurs et l'insuffisance du dispositif de contrôle interne conduit la Cour des comptes à renouveler chaque année ses réserves dans son rapport de certification des comptes, depuis 2011 : « *des erreurs de liquidation à forte incidence financière affectent les indemnités journalières maladie et maternité (2017)* » (taux d'incidence financière estimé à minimum 3,1%, soit 418M€ en 2016).

Ce dispositif est coûteux, tant pour l'Assurance maladie (3 000 ETP affectés à la liquidation des IJ), que pour les entreprises. Un de nos interlocuteurs précisait que, dans son entreprise, la liquidation des IJ mobilise à temps plein 1,5 ETP pour 1 200 salariés.

Les simplifications administratives, intervenues par le passé, ne sont pas suffisantes.

Le délai de versement moyen d'une IJ à un assuré du régime général est toujours d'une trentaine de jours, ce qui n'écarte pas le risque d'une possible rupture de ressources pour le bénéficiaire, à la fin du mois.

➤ Ce système est porteur d'inégalités.

Près de 9 millions de personnes sont exclues du maintien de salaire obligatoire versé par l'employeur. Ces exclusions résultent soit de la loi⁷⁹, soit de leur statut particulier qui ne leur permet de prétendre qu'à certaines dispositions du code du travail, soit du fait de leur situation même vis-à-vis de l'emploi. Parmi elles, on trouve :

- Les salariés travaillant à domicile ;
- Les salariés saisonniers ;
- Les salariés intermittents ;
- Les salariés temporaires, ;
- Les salariés de moins d'un an d'ancienneté (et donc la plupart de ceux en CDD) ;
- Les demandeurs d'emploi, indemnisés ou non, bénéficient des IJ⁸⁰ ;
- Les assistants maternels, gardiens d'enfants, familles d'accueil ;
- Les salariés de particuliers employeurs.

⁷⁸ Voir à cet égard l'annexe 2 de la revue de dépenses.

⁷⁹ Article L1226-1 du Code du Travail

⁸⁰ Articles R. 313-1 et R. 313-3 du code de la sécurité sociale

Tableau 4 : Identification des populations exclues du maintien de salaire

Bases juridiques qui les identifient	Catégorie	Nombre de personnes au 31/12/2015	Nombre de salariés ayant eu un contrat de ce type en 2015
Exclus au titre de l'article L.1226-1	Travailleurs à domicile	338 884	391 948
	Travailleurs saisonniers	55 898	316 324
	Travailleurs intermittents	281 801	1 028 343
	Intérimaires	674 914	2 356 111
	Salariés de moins d'un an d'ancienneté	3 094 000	
Exclus <i>de facto</i>	Demandeurs d'emploi ⁸¹	3 590 600	
Exclus de certaines dispositions du code du travail notamment l'art L1226-1	Assistants maternels, gardiens d'enfants, familles d'accueil	359 903	597 297
	Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers	602 510	1 030 813
TOTAL		8 998 510	

Source : IGAS à partir des données INSEE, Pôle emploi et OCDE au 31/12/2015

Ces populations ne perçoivent que de 50% du salaire journalier de base, dans la limite de 1,8 SMIC, après une période de carence de 3 jours. Pour autant certaines des populations exclues de ce dispositif bénéficient d'un régime de prévoyance ad hoc, à la discrétion de l'employeur ou de sa branche, qui les rapproche ou les porte au niveau du complément de salaire obligatoire. Ainsi, la convention collective des intérimaires prévoit un maintien de salaire à 100 % dès le 4^e jour de l'arrêt (pas de carence employeur), celles des assistants maternels et des salariés du particulier employeur prévoit un complément employeur à hauteur de 76 % du salaire brut de référence, sous la condition de respectivement un an ou six mois d'ancienneté.

La mission a identifié le cas particulier des demandeurs d'emploi. Une grande majorité des demandeurs d'emploi en arrêt maladie ne fait pas valoir ses droits à indemnisation (94 %, d'après la CPAM Val de Marne), alors que l'arrêt entraîne une prolongation des droits à l'allocation chômage. Une des explications possibles est la peur de se retrouver sans ressources, du fait des délais de versement de l'IJ, des démarches administratives supplémentaires (réinscription obligatoire à Pôle emploi pour un arrêt de plus de 15 jours), voire par crainte d'une perte de revenus. En effet, les demandeurs d'emploi en arrêt court restent soumis aux mêmes obligations de recherche d'emploi (cf. encadré ci-dessous).

⁸¹ Sont ici retenus les chômeurs de catégorie A, au sens de Pôle Emploi.

Encadré 4 : Les constats du réseau de Pôle emploi

- certains demandeurs d'emploi déclarant l'arrêt de travail initial n'ont pas le réflexe de déclarer la prolongation de cet arrêt ;
- certains demandeurs d'emploi tardent à déclarer l'arrêt de travail afin de ne pas se trouver sans ressources pendant le temps nécessaire à la CPAM pour liquider le droit aux IJSS ;
- certains demandeurs d'emploi remplissent les conditions pour percevoir les allocations chômage sans justifier des conditions d'attribution des IJSS ; en cas d'arrêt de travail, ces personnes qui se trouvent placées au carrefour de deux réglementations distinctes ne sont indemnisées ni par Pôle emploi, ni par la CPAM.
- le demandeur d'emploi, bénéficiaire d'un arrêt maladie de plus de 15 jours, doit faire de nouvelles démarches pour se réinscrire à Pôle emploi : en effet, une indisponibilité due à une maladie ou à un accident du travail entraîne un classement en catégorie 4 de la liste des demandeurs d'emploi (personnes non immédiatement disponibles à la recherche d'un emploi) pour la durée de l'arrêt de travail si elle est supérieure à 15 jours.
- Inversement, un bénéficiaire d'un arrêt d'au plus 15 jours qui « est en congé de maladie ou en incapacité temporaire de travail pour une durée n'excédant pas 15 jours », est « réputée immédiatement disponible pour occuper un emploi » (article R. 5411-10 du code du travail) et reste inscrite dans sa catégorie d'origine. Elle est effectivement tenue, en application de l'article L.5411-6 du code du travail de « participer à la définition et à l'actualisation du projet personnalisé d'accès à l'emploi (...), d'accomplir des actes positifs et répétés de recherche d'emploi et d'accepter les offres raisonnables d'emploi ». En cas de convocation, elle peut demander un report d'entretien pour raison de santé.

Source : Pôle emploi

➤ **3^{ème} étage : complément de salaire non-obligatoire**

Ce complément de salaire facultatif assure une meilleure couverture du risque maladie pour les bénéficiaires (augmentation de la durée, suppression de la carence, des conditions ancienneté, etc.). Il relève le plus souvent d'une convention collective, mais peut également être le fruit d'une décision unilatérale de l'entreprise ou d'un référendum d'entreprise. Ce complément prend souvent la forme d'un contrat de prévoyance, le plus souvent au niveau de la branche de manière à mutualiser les risques. Il peut aussi être financé ou cofinancé par l'employeur et par l'employé : le choix du partage peut aller de l'entière charge pour l'employeur ou l'employé à un partage paritaire.

Les garanties de prévoyance collective sont largement diffusées dans les entreprises : 272 branches professionnelles avaient mis en place un régime de prévoyance au 1^{er} janvier 2015⁸², et 85 % des employeurs déclarent proposer au moins une garantie prévoyance à tous leurs salariés⁸³.

Un panorama général réalisé en 2016 fait état⁸⁴ de 20 084 637 personnes assurées pour le risque incapacité de travail, c'est-à-dire susceptibles de recevoir des indemnités journalières en cas de réalisation du risque (dans le cadre de contrats collectifs comprenant la garantie incapacité de travail-indemnité journalière).

⁸² Bilans annuels négociations collectives du ministère du travail, 2014 et 2015

⁸³ Baromètre CTIP/Credoc 2015

⁸⁴ Source ACPR

Le volet prévoyance de l'indemnisation des arrêts de travail est largement répandu, mais demeure mal connu par l'administration⁸⁵. Dans l'enquête réalisée en 2018 par Malakoff Médéric⁸⁶, 38 % des salariés interrogés déclarent ne pas disposer de garantie de maintien de salaire via un contrat de prévoyance ; 31 % en bénéficient via leur entreprise, 12 % en disposent à titre individuel.

➤ **La subrogation écarte le risque d'une rupture de ressources pour l'assuré.**

Actuellement, la moitié des salariés en arrêt de travail pour maladie (48 %, cf. tableau 5) bénéficient des avantages du dispositif de la subrogation. Ce dernier permet à l'employeur de percevoir directement, en lieu et place du salarié, les indemnités journalières qui lui sont dues par l'assurance maladie pour la période de l'arrêt de travail. L'entreprise maintient alors le salaire (intégralement ou partiellement) au salarié pendant la durée de son arrêt de travail, pour un montant au moins égal à celui des indemnités journalières.

Lorsqu'une disposition contractuelle ou conventionnelle prévoit que le salaire est maintenu en totalité ou en partie sous déduction des indemnités journalières, l'employeur est subrogé de plein droit, à défaut, l'accord du salarié est nécessaire.

Pour le salarié, la subrogation garantit le versement d'un revenu, sans risque de période de rupture de ressources, et simplifie les démarches administratives, limitées à l'envoi de l'avis d'arrêt de travail au service médical (volet 1 et 2 au service médical si l'avis n'est pas dématérialisé) et à son employeur (volet 3, non dématérialisé).

Tableau 5 : Part des IJ maladies subrogées, régime général (2016)

	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'IJ	Montant versé (en euros)
IJ subrogées	2 384 853	76 330 018	2 644 070 993
IJ non subrogées	2 894 359	150 757 431	4 496 735 854
Ensemble des IJ	4 916 451	227 087 449	7 140 806 847
Part des IJ subrogées	48,5 %	33,6 %	37,0 %
Part des IJ non subrogées	58,9 %	66,4 %	63,0 %
Total	107,4 % (*)	100,0 %	100,0 %

Source : SNIRAM DCIR, CNAM - Champ : régime général, y compris DOM - (*) Le total est supérieur à 100, un même bénéficiaire pouvant avoir reçu à la fois des IJ subrogées et des IJ non subrogées durant l'année.

Les assurés des départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, où les employeurs sont tenus de maintenir intégralement le salaire, bénéficient de ce mécanisme. (Cf. encadré ci-dessous).

⁸⁵ Elle n'a connaissance de ces conventions que lorsqu'elles doivent être étendues, c'est-à-dire être rendues obligatoires à toutes les entreprises de la branche ; ou élargies, c'est-à-dire rendues obligatoires au-delà du champ d'application de la branche.

⁸⁶ « Les salariés face à l'arrêt de travail », étude Malakoff Médéric / Comptoir MM de la nouvelle entreprise / IFOP, 2^{ème} vague, auprès de 2 010 salariés, mai 2018- 19 % des salariés interrogés ne savent pas s'ils disposent d'un contrat de prévoyance.

Encadré 5 : Dispositions particulières aux départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin (articles L.1226-23 et L.1226- 24 du Code du travail).

En cas de maladie, les salariés du secteur privé ont droit au maintien intégral de leur salaire sans délai de carence et sans condition d'ancienneté lorsque le salarié est effectivement empêché de travailler « Pour une cause personnelle indépendante de sa volonté », « Par suite d'un accident dont il n'est pas fautif » (maladie, accident, décès ou maladie d'un enfant ou d'un proche, etc.). Le maintien du salaire s'impose à l'employeur à compter du 1^{er} jour d'arrêt, déduction faite, le cas échéant, des indemnités journalières servies à l'intéressé par un organisme de sécurité sociale ou par un système d'assurance financé par l'employeur. Il n'existe pas de possibilité pour l'employeur de demander une contre-visite.

Lorsqu'on compare les arrêts de travail des salariés d'Alsace-Moselle à ceux des salariés du reste de la France, le recours aux arrêts des salariés relevant du droit local est plus fréquent, mais la durée en est moins longue (durée médiane de 6 jours pour les salariés d'Alsace-Moselle, 7 jours dans le reste de la France)⁸⁷. La dernière étude de la CPAM du Bas Rhin, réalisée à la demande de la mission sur les données 2017, montre que les arrêts de moins de 8 jours représentent une part plus importante des arrêts, comparativement à l'échelle nationale (53 % vs 46 %), et que la proportion d'arrêts supérieurs à 6 mois légèrement inférieure à celle observée France entière (5 % vs 6 %). Elle conclut que « *la fréquence plus élevée des arrêts dans le Bas-Rhin ne se traduit pas par une sur-dépense significative : parce que le surcroît des arrêts intéresse plutôt les courtes durées, qui participent de manière minoritaire à la dépense* ».

Source : CPAM Bas Rhin

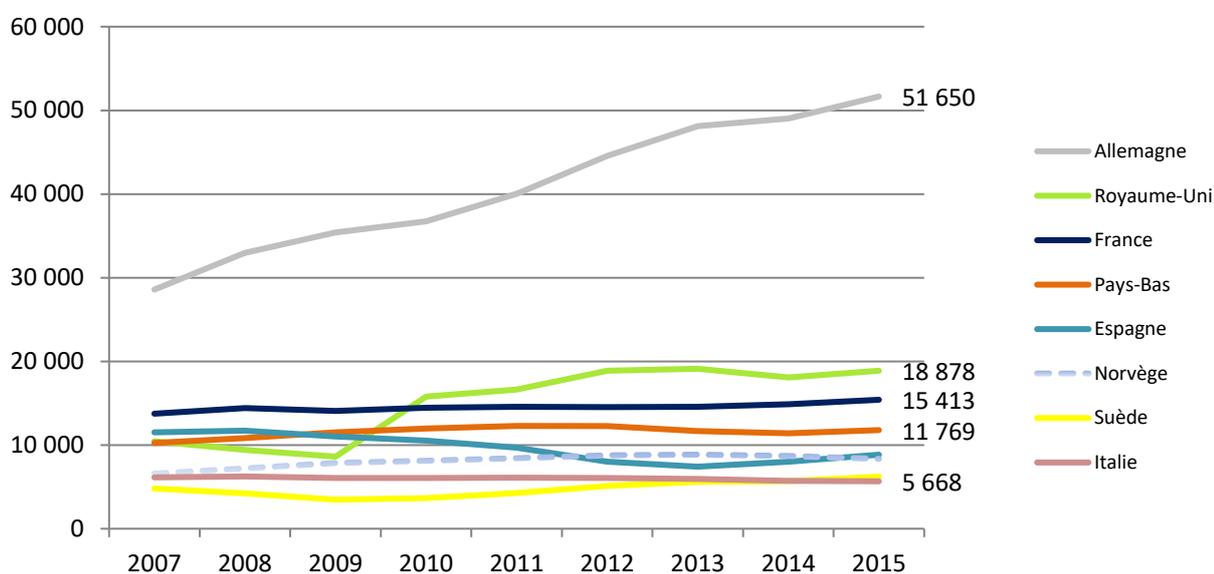
⁸⁷ « *Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ?* » mai 2015, M. Ali Ben Halima (CEE, ESCP Europe), V. Hyafil-Solelhac, M. Koubi (INSEE), C. Regart (IRDES)

4.9 Eléments de comparaison européenne

La comparaison n'est pas aisée entre les différents pays européens, même s'ils connaissent des situations socio-économiques proches. En effet, les spécificités nationales sont particulièrement déterminantes tant dans la construction des systèmes d'indemnisation que dans les pratiques liées aux arrêts maladie.

Le graphique 14 ci-dessous, établi à partir des données Eurostat, doit être regardé avec précaution concernant le niveau des montants en jeu – les périmètres des données ne sont pas toujours comparables, d'un pays à l'autre. Toutefois l'évolution des courbes des dépenses illustre bien que la plupart des pays européens sont confrontés à une augmentation sensible (Allemagne) ou régulière des dépenses, toutes indemnités journalières confondues, à l'exception de l'Espagne, en légère baisse au cours de la période récente.

Graphique 14 : Evolution du montant des indemnités journalières (maladie, maternité, AT/MP) (2007-2015) (Pays européens dont le montant total des IJ est > 5 Md€), en M€



Source : Mission, d'après données Eurostat - <https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/database>

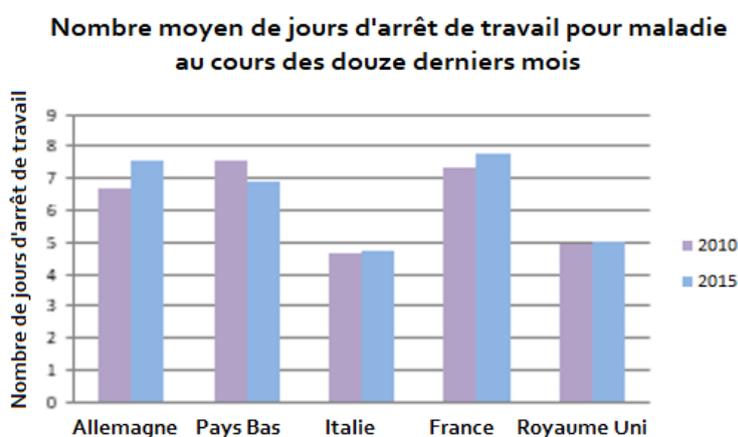
Les études montrent que les comportements des acteurs varient en fonction du système d'indemnisation : les pays dotés des systèmes les plus généreux sont également ceux où l'absentéisme est le plus fort⁸⁸. Cet ancrage des comportements au regard du système d'indemnisation peut être délicat à faire évoluer. A titre d'exemple, à l'instar de la Suède et la Finlande, pays où le nombre de jours moyen pour maladie est parmi les plus élevés en Europe occidentale, les Pays-Bas ont entrepris une vaste réforme dans les années 1990 avec pour objectif de réduire drastiquement le nombre de jours d'arrêts maladie. Le pays est aujourd'hui parvenu à rejoindre la moyenne des pays européens au terme d'une vingtaine d'années d'efforts.

⁸⁸ IRDES, Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ?, avril 2015 et Sabine Chaupain-Guillot et Olivier Guillot, [Les absences au travail en Europe : quel impact du régime d'indemnisation maladie et de la législation de protection de l'emploi sur les comportements des salariés ?](#), 2009.

Cet exemple montre que toute réforme visant à faire baisser le nombre d'arrêts de travail fonctionne si elle intègre des facteurs d'incitations économiques, juridiques et est pensée sur le long terme, afin de laisser le temps aux différents acteurs du système d'ajuster leur comportement : il s'agit d'inscrire ces changements à la fois dans les pratiques des employeurs, des salariés et des caisses d'assurance maladie.

4.9.1 Le système français n'apparaît pas comme étant particulièrement généreux.

Une rapide comparaison du nombre moyen de jours pour arrêt de travail auprès de quelques pays voisins montre que la France se trouve à un niveau équivalent à celui de l'Allemagne et des Pays Bas (cf. graphique ci-dessous).



Source : IRDES – source : enquête européenne sur les conditions de travail en 2010 et 2015 – Calculs des auteurs – Champ : personnes occupant un emploi au moment de l'enquête âgées de 20 à 65 ans

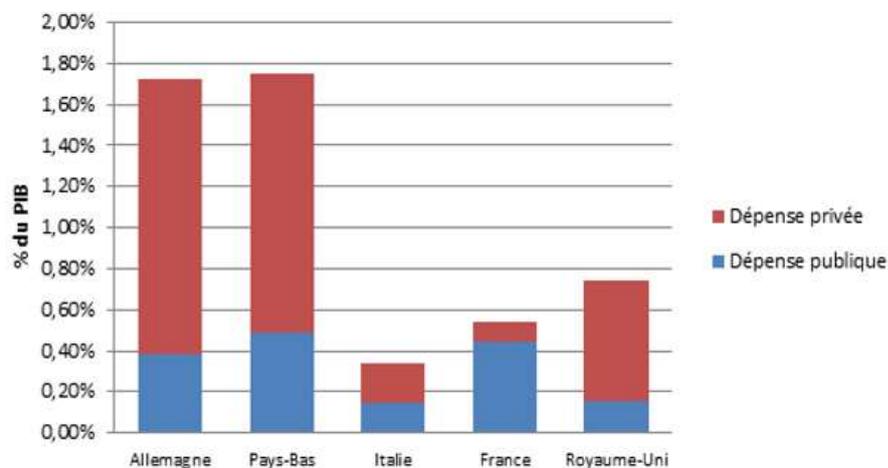
Les travaux de comparaison internationale menés par Pascale Lengagne et de Marion Del Sol sur quatre pays voisins (Allemagne, Pays Bas, Royaume Uni) montrent un système français comme n'étant pas particulièrement généreux, notamment s'agissant de la dépense privée (graphique ci-dessous).⁸⁹ Ce constat a surpris nos interlocuteurs, qui ne disposaient pas des mêmes données (OMC, Eurostat)⁹⁰. Les chercheuses ont expliqué avoir retraité les données disponibles pour établir un périmètre comparable.

Dans les pays étudiés, les employeurs sont diversement mis à contribution quant à la compensation de l'incapacité temporaire de leurs salariés.

⁸⁹ « Les arrêts de travail pour maladie : dispositifs d'indemnisation, contrôle et maintien en emploi : Comparaison internationale : France, Allemagne, Pays-Bas et Royaume-Uni », Pascale Lengagne (IRDES), Marion Del Sol (Institut de l'Ouest : Droit et Europe, UMR-CNRS 6262, Université Rennes I)

⁹⁰ Voir notamment l'onglet "sickness benefits" : <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>

Dépenses d'indemnisation publiques et privées relatives à l'incapacité temporaire en 2014 (en % du PIB)



Source : Données European system of integrated social protection statistics (ESSPROS).

Dépense publique : dépenses relatives aux dispositifs publics (composante 1)

Dépense privée : dépenses relatives au maintien de salaire obligatoire à la charge de l'entreprise (composante 2) et aux dispositifs mis en place au niveau de l'entreprise (composantes 3 et 4)

Source : IRDES

4.9.2 La prise en charge est assurée, les premières semaines, par les employeurs (Allemagne, Royaume Uni, Pays Bas, pays Nordiques...)

Une étude récente de la Commission européenne montre que les systèmes de prise en charge des arrêts de travail varient sensiblement d'un pays à l'autre⁹¹.

Une différence sensible réside dans le fait que tous les pays de l'UE, sauf la France et Malte, ont un système qui fait intervenir successivement (et non cumulativement) :

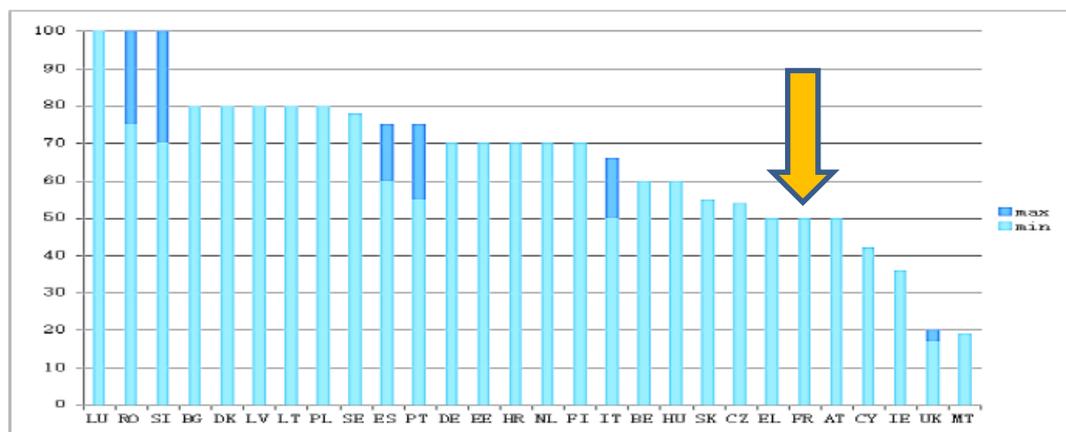
1^{er} temps : maintien partiel ou total du salaire par l'employeur uniquement,

2^{ème} temps : système de protection sociale.

Les modalités d'indemnisation varient sensiblement d'un pays européen à l'autre: critères d'éligibilité, durée de la prise en charge par les employeurs (de 0 à 104 jours), durée de versement des IJ (de 22 semaines à 3 ans), taux de remplacement (ci-dessous), délai de carence (de 0 à 7 jours), des dispositifs passerelle entre IJ maladie et incapacité ou des programmes de retour au travail (Autriche, Danemark, Finlande, Suède).

⁹¹ « Sick pay and sickness benefit schemes in European Union, Background report for the Social Protection Committee's, In-Depth Review on sickness benefits», European Social Policy Network (ESPN), 2016 : <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/fc7a58b4-2599-11e7-ab65-01aa75ed71a1/language-en>

Graphique 15 : Taux d'indemnisation minimum et maximum (UE 28, 2015)



Source: MISSOC 2015.

Source : « Sick pay and sickness benefit schemes in European Union, Background report for the Social Protection Committee's , In-Depth Review on sickness benefits", European Social Policy Network (ESPN), décembre 2016

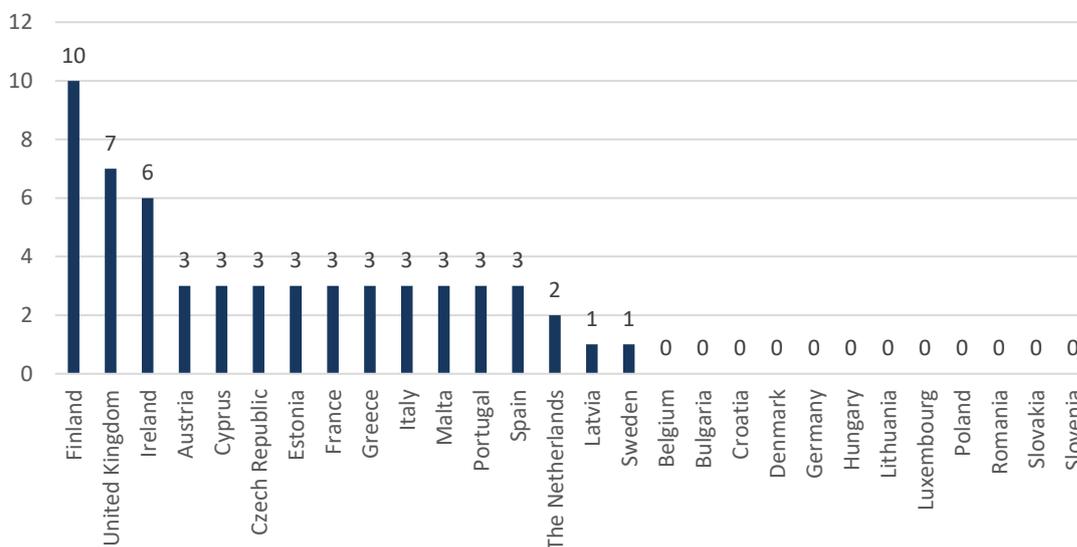
- En Allemagne, les employeurs doivent assurer le maintien de salaire intégral de leurs salariés pendant les six premières semaines d'arrêt de travail, l'Assurance maladie obligatoire prenant ensuite le relais à hauteur de 70%. Il n'existe **pas de jour de carence**. Pour les salariés ne bénéficiant pas encore des 4 semaines d'ancienneté nécessaires pour que leur employeur leur assure un maintien de salaire, une couverture minimale est garantie par les caisses d'assurance maladie à hauteur de 70% du salaire soumis à cotisations. Afin de prévenir le risque financier que ce système fait peser sur les petites entreprises, les **employeurs de moins de 30 salariés ont l'obligation de souscrire à une assurance couvrant au moins 40% et au maximum 80 % de la rémunération de maintien de salaire**. Les pouvoirs publics considèrent que l'évolution dynamique des dépenses reflète, avant tout, l'évolution de l'état de santé de la population et, en ce sens, que le **système remplit son rôle en termes de couverture du besoin de santé de la population**.
- Au Royaume-Uni, depuis les années 1980, le risque d'incapacité temporaire a été transféré aux entreprises afin de les responsabiliser et de les inciter à mettre en œuvre un contrôle plus strict des arrêts de travail, mais également à développer des politiques d'aménagement des conditions de travail. Les employeurs sont tenus de verser un maintien de salaire équivalent à 79% du revenu moyen brut pendant une durée maximale de 28 semaines depuis 1986. Concernant les petites entreprises, au-delà d'un certain seuil, l'Etat prend en charge ces dépenses. Aujourd'hui, la tendance est davantage à l'introduction d'incitations financières de manière à encourager les entreprises à réduire les arrêts de travail et à mettre en place des aménagements de poste facilitant le retour du travail.
- Aux Pays-Bas, la durée du maintien de salaire à la charge de l'employeur a été étendue à deux ans au cours des années 2000, dans l'optique de réduire des niveaux d'incapacité temporaire et permanente particulièrement élevés. Cette mesure a également eu pour effet de favoriser le retour vers l'emploi des personnes en longue maladie et de prévenir leur entrée vers le dispositif d'incapacité permanente. Cependant cette responsabilisation importante qui peut peser sur les employeurs, à la fois financière et en termes d'obligations de réintégration, fait l'objet de nombreuses critiques de la part des employeurs.

- En Suède et en Norvège, les employeurs supportent la responsabilité financière des 15 premiers jours d'arrêt. Au-delà, le système d'assurance maladie prend le relais (sans limitation en Suède, dans la limite de 52 semaines en Norvège). Les efforts des pays nordiques sont davantage orientés vers d'autres leviers pour diminuer les absences pour maladie et les pensions d'invalidité, en particulier les dispositifs de réintégration professionnelle.
- Enfin, au Luxembourg, où le salaire est maintenu par l'employeur pendant les 77 premiers jours d'arrêt, un système de mutualisation du risque entre les employeurs, organisé par la Mutualité des employeurs (MDE), permet d'assurer les employeurs contre le coût financier induit (Lohnfortzahlung). Tout employeur doit être affilié à la MDE et s'acquitter d'un taux de cotisation, à la charge de l'employeur seul, variant en fonction de la classe de risque correspondant le mieux à la situation des salariés de son entreprise (il existe 4 classes dont les taux en 2017 sont : 0,51 %, 1,23 %, 1,83 % et 2,92 %). L'appartenance à une classe est déterminée par le « taux d'absentéisme financier » des salariés au cours d'une période d'observation. En cas de maladie ou d'accident du travail du salarié, l'employeur qui assure le maintien du salaire est remboursé par la mutualité à hauteur de 80 % ou 100 % de la rémunération.

4.9.3 Un délai de carence variable, d'un pays à l'autre

La moitié des pays de l'UE ont établi **un délai de carence** (de 1 à 10 jours, le plus souvent 3 jours) pour les salariés. Selon les pays, des règles spécifiques s'appliquent aux travailleurs indépendants, ou à certaines situations (par exemple, pas de délai de carence au Portugal en cas d'hospitalisation, de chirurgie ambulatoire ou de tuberculose).

Graphique 16 : Nombre de jours de carence, UE, 2018



Source : Mission d'après données MISSOC, janvier 2018

En France, ce délai varie selon le statut d'emploi et les départements. Pour les fonctionnaires, le délai de carence est de 1 jour, pour les salariés du secteur privé, il est de 3 jours pour les indemnités de la sécurité sociale, et 7 jours pour les indemnités complémentaires (mais pour 70 % couverts par des accords de branche ou d'entreprise). Aucun délai de carence n'est appliqué dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin⁹².

4.9.4 Les autres pays interviennent plus précocement que la France pour garder le lien avec le monde du travail.

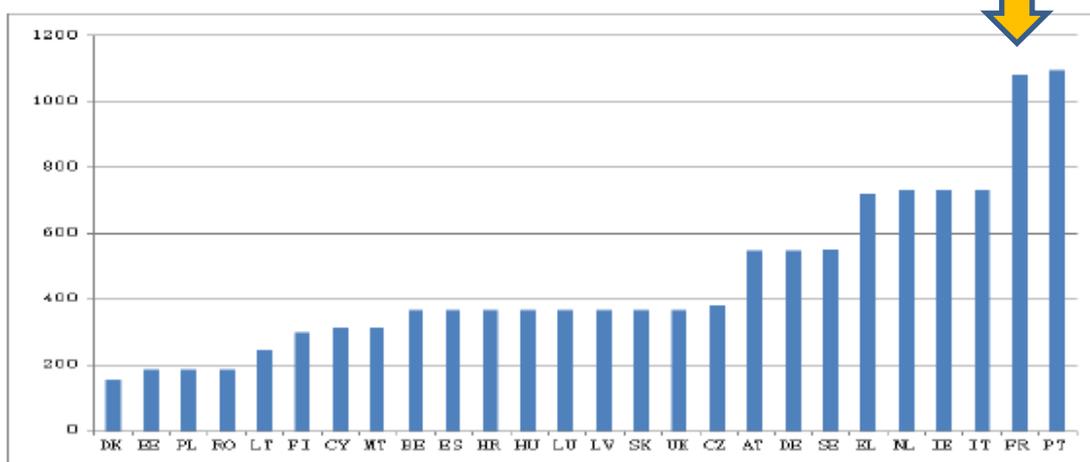
Dans la plupart des pays européens, l'amélioration de la réintégration professionnelle des salariés malades constitue l'axe privilégié pour faire face à l'augmentation des arrêts de travail et des dépenses. Les politiques de réintégration interviennent de manière plus ou moins précoce après le début de l'arrêt maladie, suivant les pays.

- **La France se caractérise ainsi par une durée légale d'indemnisation relativement longue par rapport à d'autres pays.**

Hors ALD, la durée de versement des indemnités journalière maladie est de 360 jours par période de 3 ans. En ALD, la durée d'indemnisation s'étend à 3 années. C'est l'un des dispositifs les plus généreux au niveau européen (cf. graphique 14 ci-dessous), mis à part le Portugal, la Slovénie et la Bulgarie (où les IJ sont versées sans limite de durée). Cette durée n'est pas en soi un obstacle au retour à l'emploi, mais en l'absence d'attitude pro-active du salarié, de l'employeur ou du médecin, le maintien des indemnités sur une longue période favorise à une perte de contact avec le milieu professionnel, plus qu'une incitation à la reprise du travail.

Graphique 17 : Durée maximale d'indemnisation

Graph 2. Maximum legal duration of sickness benefits in the EU28



Source: MISSOC (2016)

Source : « Sick pay and sickness benefit schemes in European Union, Background report for the Social Protection Committee's, In-Depth Review on sickness benefits", European Social Policy Network (ESPN), décembre 2016

⁹² Articles L.1226-23 et L.1226- 24 du Code du travail

➤ **La France pourrait s'inspirer des expériences réussies dans les autres pays européens.**

Cette partie présente les principales caractéristiques des réformes mises en œuvre dans quelques pays voisins, à partir des éléments rassemblés par l'IRDES, l'IGAS et la CNAM.

➤ Au **Danemark**⁹³, une plus forte implication des assurés et des employeurs

Le versement des **IJ est à la charge de l'employeur les 30 premiers jours**. Ce dernier a intérêt à contacter rapidement son salarié pour anticiper son retour à l'emploi. Le salarié malade a également la possibilité de convenir d'un **rendez-vous avec son employeur et le médecin** de la caisse d'assurance maladie pour étudier les possibilités de reprise du travail dans des conditions appropriées, dès 15 jours d'arrêt.

Le versement des IJ est conditionné **à la perte d'une capacité de travail**. Dès que le salarié récupère une capacité de travail, les IJ qui ne sont pas liées directement à la maladie sont supprimées. Le lien avec l'emploi est plus fort qu'en France, où les arrêts de travail paraissent plus médicalisés. Les IJ sont gérées en lien avec le marché du travail et ne peuvent être une solution durable. La cellule danoise de prévention de la désinsertion professionnelle intègre des médecins, des assistantes sociales et des personnes connaissant le marché de l'emploi.

Un premier contrôle a lieu à 8 semaines. Il est réalisé par un **gestionnaire administratif (pas un médecin)**, qui « catégorise » l'arrêt : soit la personne est en capacité de reprendre facilement son travail après son parcours de soins, soit il existe un risque de désinsertion. Dans ce cas, des procédures d'accompagnement sont mises en place en lien avec l'employeur, de manière beaucoup plus précoce qu'en France.

Un second contrôle a lieu à 22 semaines. Très peu d'assurés sont encore en arrêt à cette date. Si le salarié est dans une situation non stabilisée, sans perspective, il lui est proposé un parcours de « clarification professionnelle » qui peut durer plus d'un an, et qui lui permet de bénéficier d'une aide sociale. Pour les patients dont le pronostic vital est engagé, l'arrêt maladie est prolongé. En revanche, pour tous les autres, et notamment les personnes atteintes de cancer dont la prise en charge s'apparente à celle d'une maladie chronique, la « capacité de travail restante » de l'assuré est valorisée : le Danemark mise sur la réadaptation par le travail, dès qu'un salarié peut reprendre un travail, même quelques heures par semaine. Les danois ne parlent d'ailleurs pas « d'incapacité » mais de « capacité restante ».

La France pourrait s'inspirer de cet exemple pour différencier le traitement de la prise en charge des personnes en arrêt maladie : prévention et intervention pour maintenir dans l'emploi un salarié en risque de désinsertion, développer les liens avec l'employeur et le médecin du travail pour les salariés en arrêt maladie et en emploi, actions de réinsertion professionnelle pour les salariés en arrêt maladie qui n'ont plus d'emploi ou qui risquent de le perdre du fait de leur maladie.

.

➤ La **Suède** a opté depuis 2008 pour un système baptisé « **the rehabilitation chain** ».

Celui-ci est divisé en plusieurs périodes d'évaluation des capacités du salarié malade à reprendre le travail : au bout de trois mois d'arrêt, si le salarié ne peut pas reprendre son poste habituel, ses

⁹³ Programme « retour au travail » (2012), programme « Flexjobs » et réforme de l'invalidité (2013).

capacités à occuper n'importe quel autre poste chez l'employeur sont évaluées ; au bout de six mois, ce sont ses capacités à occuper un emploi sur l'ensemble du marché du travail qui sont examinées ; enfin, au bout de 12 mois, si le salarié n'est toujours pas en capacité de travailler, il peut faire une demande de pension d'invalidité.

- **En Allemagne**, chaque caisse d'assurance maladie étant responsable de son propre équilibre financier, ces dernières se sont, de longue date, engagées sur la voie des politiques de réinsertion professionnelle.

Ainsi dès la 3^{ème} semaine d'arrêt, elles proposent aux salariés malades de lancer un processus de *case management*, conduisant, si le salarié le souhaite, à un accompagnement personnalisé (« case management ») destiné à rétablir la capacité de travail. **Le droit à cet accompagnement est par ailleurs garanti par la loi à tous les salariés depuis 2015.**

Case management : suivi individualisé médical destiné à rétablir la capacité de travail, et conseils sur les services disponibles, dès la 3^e semaine d'arrêt de travail

Mécanisme généralisé depuis 2015 : la loi garantit un droit au case management

En 2014 : 86 caisses d'assurance maladie sur 91 caisses interrogées avaient mis en place ce processus, et les 5 restantes réfléchissaient à son introduction (SVR *Gesundheit*, 2015)

Etudes d'impact (SVR *Gesundheit*, 2015) : réduction de la durée des arrêts de travail de 12 % ; réduction du nombre d'épisodes d'arrêt de travail de 9% ; réduction des dépenses estimée à 10%

Source : IRDES

Aujourd'hui, les caisses d'assurance maladie estiment, dans leur très grande majorité, que le *case management* leur permet de réduire la durée des arrêts de travail en se basant sur une relation de confiance avec le salarié. A l'échelle de l'Allemagne, cela se traduirait par 900 millions d'économies (sans déduction des coûts liés à la mise en place du *case management*).

- **Au Royaume-Uni**, un certificat médical intitulé « **fit note** » (en remplacement de la « sick note »⁹⁴) est délivré par le médecin et stipule si le salarié est temporairement en incapacité de travailler ou bien, si sous condition d'aménagement du travail, il peut reprendre le travail.

Il s'agit d'un changement de philosophie en passant d'un système ne reconnaissant que l'incapacité de travailler à un dispositif de convalescence active. Toutefois, les « fit notes », mises en place en 2010, sont sous-utilisées par les médecins qui connaissent souvent mal l'environnement de travail de leurs patients, même si le bilan général est plutôt positif en termes d'amélioration de la communication entre le salarié, l'employeur et le médecin⁹⁵.

⁹⁴ Qu'on pourrait traduire par « attestation de maladie » (« sick note ») et « attestation d'état de santé » (« fit note »).

⁹⁵ Coole et al., 2015

Réformes du système d'incapacité : réduire le poids économique et social que font peser les incapacités de travail liées à la maladie sur les individus, les entreprises et la collectivité.

Profonde évolution au cours des deux dernières décennies concernant la relation entre la santé et le travail : La maladie n'est plus considérée comme incompatible avec le travail, mais comme un état qui, le plus souvent, est compatible avec le travail et constitue un facteur bénéfique pour les individus (Black, 2008 ; Black et Frost, 2011).

Mise en place du *Fit For Work Service* en 2014

Objectifs : fournir aux entreprises, aux salariés et aux médecins, un accompagnement dans leurs démarches, pallier l'absence de services de santé au travail au sein des petites et moyennes entreprises (DWP, 2013 ; Steadman et al., 2015), accompagner les salariés en arrêt de travail de longue durée (i.e. ayant cumulé au moins 4 semaines d'arrêt de travail) dans une démarche d'élaboration d'un plan de retour au travail

Le salarié peut être adressé par son médecin traitant ou son employeur.

Si le salarié en accepte le principe : élaboration d'un plan de retour au travail avec l'aide d'un conseiller. Le service permet d'identifier les obstacles potentiels (facteurs médicaux, psychosociaux ou facteurs personnels) et les mesures nécessaires qui permettront le retour au travail.

Source : IRDES

- **Au Pays Bas**, la réforme du « **Gatekeeper Protocol** »⁹⁶ s'est avérée efficace pour mieux maîtriser les dépenses d'incapacité.

La clé de voûte de ce système réside dans l'intérêt des employeurs à investir dans la santé et la sécurité de leurs salariés. En effet, **le « Gatekeeper Protocol" fixe des obligations aux employeurs comme aux salariés, en particulier la définition d'un plan de retour au travail.** Les employeurs qui ne se soumettent pas à cette obligation sont passibles de sanctions : avant la 6^{ème} semaine d'arrêt, le salarié et l'employeur doivent avoir procédé à l'évaluation des limitations du salarié et des obstacles à la reprise du travail. De leur côté, les salariés sont également tenus de reprendre le travail si leur employeur leur offre des conditions dites « raisonnables » de reprise du travail. Dans le cas contraire, l'employeur peut cesser le paiement des indemnités maladie, voire procéder à un licenciement.

Les réformes néerlandaises : Responsabilisation très forte des employeurs, à la fois financière et en termes d'obligations de réintégration

Filtrage à l'entrée dans le dispositif d'incapacité permanente, réduire les absences au travail, favoriser et stimuler la réintégration professionnelle

Large transfert de la prise en charge du risque sur l'entreprise, par étapes successives

Réduire les incitations des employeurs à placer les salariés dans le système d'incapacité

L'employeur : acteur clé pouvant exercer un contrôle efficace sur les arrêts de travail et l'entrée dans l'incapacité permanente

1994 : Obligation des entreprises de prendre en charge le salaire de remplacement pendant les 6 premières semaines d'arrêt de travail - Extension à un an en 1996 puis à **deux années en 2004**

1998 : Tarification à l'expérience dans l'assurance incapacité permanente.

⁹⁶ Selon l'étude De Jong, Thio and Bartelings de 2005 (*UWV als poortwachter*), le gatekeeper protocol serait à l'origine d'une réduction de 43% des entrées dans le dispositif d'incapacité permanente entre 2001 et 2004 (étude citée in *Estimating the Effects of Recent Disability Reforms in the Netherlands*, Jan-Marten van Sonsbeek and Raymond Gradus, Tinbergen Institute, 2011.

Inquiétudes concernant les difficultés des entreprises –notamment les petites entreprises – face à cette responsabilisation : d'après les travaux d'évaluation réalisées aux Pays-Bas, les petites entreprises ont des marges de manœuvre en termes de réintégration professionnelle. Les sanctions imposées à l'employeur par l'agence de sécurité sociale (si l'évaluation conclut que les efforts de réintégration sont insuffisants) ne sont pas plus fréquentes dans les petites entreprises.

Inquiétudes concernant les effets négatifs de ce système sur l'intégration et l'accès à l'emploi des personnes ayant des conditions de santé dégradées : selon les enquêtes réalisées, les pratiques d'embauches des entreprises n'ont pas été peu impactées par les réformes du système d'incapacité.

Source : IRDES

Ce protocole incite les employeurs à se concentrer sur l'aménagement des conditions de travail pour permettre un retour au travail et prévenir la désinsertion professionnelle. L'avantage de ce système a été de renforcer le rôle des entreprises dans la prévention des arrêts longs mais également d'offrir aux employeurs un cadre et une série d'étapes claires pour l'exercice de leurs prérogatives en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.

En Autriche, en 2014, les pensions d'invalidité temporaires ont été remplacées par des indemnités de réhabilitation ou des indemnités de reclassement (*Umschulungsgeld*), dans le but d'inciter à la reprise du travail.

La réforme des pensions d'invalidité en Autriche.

Depuis le 1/1/2014, il existe désormais pour les personnes nées après le 1/1/1964 un droit juridique à la réadaptation (*Rehabilitation*) si le patient est susceptible de remplir les conditions requises pour bénéficier d'une pension d'invalidité ou d'une invalidité professionnelle à court terme. Une réadaptation professionnelle "à la baisse", c'est-à-dire lorsque la reconversion s'effectue dans un domaine d'activité avec un niveau de qualification inférieur à celui exercé précédemment, n'est possible qu'avec l'accord de la personne concernée.

La demande de pension d'invalidité continue d'être instruite par l'institution d'assurance compétente.

Des centres de compétences (*Kompetenzzentrum*) regroupant des évaluateurs médicaux et des experts du marché du travail (interrégimes) ont été créés, qui réalisent l'évaluation de la capacité à travailler des personnes malades. Son avis s'impose aux caisses des différents régimes. L'évaluation peut conduire à décider :

- 1) Rejet de la demande
- 2) Etablissement d'une invalidité permanente
- 3) Allocation de réadaptation (*Rehabilitationsgeld*) et actions de réadaptation médicale

Lorsque l'invalidité professionnelle dure au moins six mois, à partir du 43^e jour, les personnes malades peuvent toucher une allocation de réadaptation, à hauteur du montant de l'indemnité de maladie. En échange, le patient doit participer aux actions de réadaptation (médicales, c'est-à-dire inscription dans un parcours de soins) qui lui sont prescrites. Des gestionnaires (case manager) les accompagnent et les soutiennent tout au long de la période de versement de la prestation.

- 4) Allocation de reconversion ou de rééducation (*Umschulungsgeld*) et mesures de réadaptation professionnelle

Lorsqu'une invalidité professionnelle est prévue pendant au moins six mois, mais qu'aucune mesure de réadaptation médicale n'est nécessaire, des mesures de réadaptation professionnelles sont prescrites, visant à éliminer ou de prévenir de manière permanente l'invalidité ou le handicap et d'assurer une réinsertion à long terme sur le marché du travail.

Les mesures de réadaptation professionnelle sont déterminées en tenant compte des aptitudes psychologiques et physiques, du travail antérieur, de la durée et de l'ampleur de leur formation antérieure (niveau de qualification, compétences professionnelles), de leur état de santé et de la durée du retrait du marché du travail. Si elles remettent en cause le niveau de qualification, le consentement du patient est nécessaire.

Le montant des indemnités est équivalent à celui de l'allocation de chômage (avec un minimum journalier de 33,90€ en 2015).

En conclusion, les éléments de ce diagnostic, qui ont été partagés avec les organisations en septembre 2018, ont permis de mettre évidence plusieurs gisements d'efficience dans le système de prise en charge français, s'agissant :

- de la prescription d'arrêt de travail par l'outillage et le soutien des médecins,
- de la prévention de la désinsertion professionnelle, un levier d'inclusion, majeur et consensuel, qui doit désormais devenir un objectif prioritaire,
- de l'amélioration des conditions au travail,
- de la gestion du risque assurantiel et les contrôles.

Annexe 4 : Sommaire

ANNEXE 4 : PISTES SOUMISES A LA CONCERTATION (13 NOVEMBRE), PAR THEMATIQUE.....	91
4.1 Informer / aider les médecins à prescrire.....	91
4.2 Informer les entreprises / simplifier les échanges avec la caisse.....	97
4.3 Faciliter la dématérialisation des échanges pour tous les prescripteurs, les assurés et les régimes	98
4.4 Mettre en place les conditions d'une action coordonnée entre les médecins	104
4.5 Placer la prévention de la désinsertion professionnelle au centre de l'activité des services de santé au travail.....	109
4.6 Inciter les employeurs à investir dans le maintien en emploi	113
4.7 Engager les organismes de protection sociale dans un démarche d'accompagnement personnalisé de l'assuré en arrêt de travail.....	122
4.8 Lancer une réflexion globale de l'articulation entre les arrêts de travail, la retraite et l'invalidité, avec pour objectif la prévention de la désinsertion professionnelle	127
4.9 Rendre possibles les alternatives à l'arrêt de travail pour maladie	132
4.10 Etablir une politique ciblée de contrôle des arrêts courts	140
4.11 Scénario de réforme de la prise en charge	148

ANNEXE 4 : PISTES SOUMISES A LA CONCERTATION (13 NOVEMBRE), PAR THEMATIQUE

Le présent document reprend les éléments figurant dans le powerpoint présentant les pistes de réflexions, qui ont été soumises à la concertation le 13 novembre 2018. Il a simplement été enrichi des éléments que nos interlocuteurs nous ont communiqués. Les points d'accords et de désaccords des organisations, telles qu'elles les ont exprimés lors des auditions, sont également repris.

4.1 Informer / aider les médecins à prescrire

► Informer l'ensemble des médecins sur leur activité de prescription.

Un prescripteur n'a pas une idée précise de son profil de prescription en matière d'arrêt de travail, c'est-à-dire qu'il ne peut pas situer son activité de prescription dans son environnement par rapport à celle de ses collègues, à patientèle équivalente⁹⁷. Il agit donc en prescripteur « aveugle », jusqu'à ce que son profil IJ lui soit communiqué par le délégué de l'assurance maladie (DAM), s'il ressort que sa pratique est suffisamment atypique pour faire l'objet d'une action corrective. Les réactions des médecins concernés allient stupeur et consternation : « *Jeune généraliste installé depuis quatre ans en zone médicale prioritaire, j'ai eu la joie ineffable de recevoir un appel du secrétariat du service médical de la CPAM m'informant qu'un de mes confrères sécu allait venir me parler arrêt. Mon dernier relevé de prescription m'accordait les sacro-saintes « 2 étoiles », je vous avoue que je n'ai pas vu le coup venir. (...) depuis l'appel je me fais l'effet d'être le pire toubib de la planète (...)* »⁹⁸.

Encadré 6 : La démarche d'accompagnement des prescripteurs mise en place par l'assurance maladie

Au cours des dix dernières années, la CNAM a développé une démarche graduée d'outils, destinés à accompagner les médecins pour les aider à prescrire au plus juste les arrêts de travail pour leurs patients :

- un premier niveau d'accompagnement consiste à fournir, outre un indicateur via le RIAP, des outils (fiches repères, AAT en ligne), et, pour ceux qui ont en besoin d'un soutien, d'une aide ponctuelle à la prescription (entretiens avec le délégué, le facilitateur IJ, le conseiller informatique de l'assurance maladie) ;
- un deuxième niveau d'accompagnement qui concerne quelques milliers de médecins qui sont de forts prescripteurs, et qui font l'objet d'un soutien appuyé et d'une aide à une meilleure prescription (échanges confraternels, entretiens de sensibilisation mis en place dans certains échelons locaux, par exemple les Bouches du Rhône) ;
- enfin un dernier niveau d'accompagnement concerne un nombre très limité de médecins « hors norme », dont la pratique de prescription est connue des organismes locaux et qui figurent parmi les plus forts prescripteurs (entretien préalable, entretien d'alerte, mise sous accord préalable, mise sous objectif).

Source : *Revue de dépenses IGAS-IGF*

La démarche d'accompagnement graduée serait plus pertinente si le médecin disposait d'informations relatives sur l'évolution de son taux de prescriptions ex ante, ce qui permettrait au

⁹⁷ Les informations sur les indemnités journalières portées sur le relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP, se réduisent à un indicateur sous forme d'étoiles. Ce relevé trimestriel n'est par ailleurs envoyé qu'aux médecins libéraux conventionnés : les autres praticiens ne disposent d'aucun retour individuel sur leur pratique de prescription.

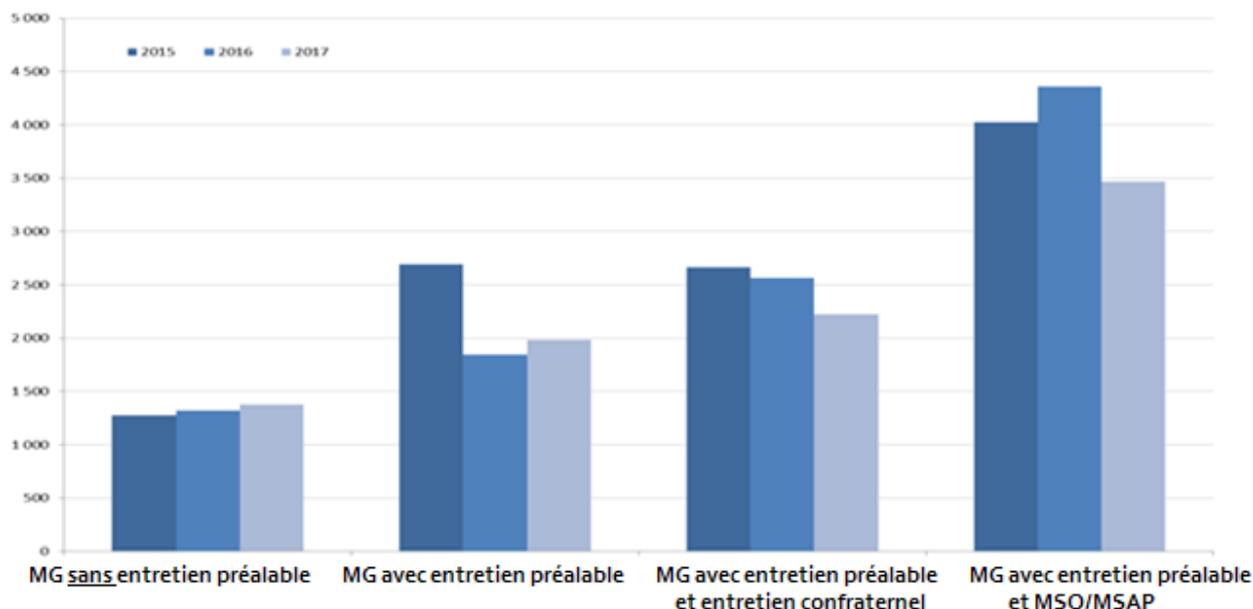
⁹⁸ Témoignage issu des contributions.

prescripteur de prendre conscience de son positionnement, de s'interroger sur sa pratique, voire la corriger, sans forcément que l'intervention du DAM soit nécessaire.

Les pratiques de prescriptions varient sensiblement, d'un praticien à un autre, d'un territoire à l'autre, pour un même motif médical. Au niveau national, environ 6 500 médecins généralistes se situent à un écart type de +1 par rapport à la moyenne régionale s'agissant du nombre d'IJ prescrites ou du nombre d'IJ sur consultations prescrites, entre 1 600 et 2 000 praticiens se situent à un écart type de + 2⁹⁹, et entre 600 et 900 sont des « hyperprescripteurs », au sens où ils se situent à des écarts type supérieurs à 2¹⁰⁰.

Comme le montre le graphique ci-dessous, les outils d'accompagnement développés par la CNAM montrent leur efficacité, pour les médecins les plus fortement prescripteurs, qui sont accompagnés : la moyenne du nombre d'IJ prescrite diminue au cours des trois dernières années. En revanche, pour les médecins généralistes qui ne font pas l'objet d'une action ciblée, et qui sont les plus nombreux, le nombre d'IJ moyen prescrites est en légère hausse (ci-dessous référencés dans le groupe « médecins sans entretien préalable »), au cours de la même période.

Graphique 18 : Evolution du nombre moyen d'IJ prescrites par médecin généraliste, avec ou sans démarche d'accompagnement, de mars à juin (2015-2017)



Source : CNAM – MG : médecin généraliste

La mise à disposition d'un outil leur permettant de suivre et de situer leur activité pourrait avoir un léger effet individuel positif sur la maîtrise de la prescription, et engendrer des économies substantielles, au vu des effectifs concernés. Les médecins sont « *demandeurs de statistiques à titre informatif et de manière bienveillante* »¹⁰¹.

Plutôt que d'élargir le champ d'application des procédures « punitives », mal ressenties par les praticiens et mal vécues par ceux qui y sont soumis, cette démarche d'accompagnement actuelle pourrait être complétée par la mise en place de nouveaux outils, en privilégiant l'information et la

⁹⁹ Cf. § 3.2.6.1 annexe V.

¹⁰⁰ Cf. revue de dépenses IGAS-IGF

¹⁰¹ Propos issus des auditions.

formation. Une telle évolution permettrait d'apaiser les relations parfois tendues entre les médecins conseils et médecins généralistes, alors que la coopération de tous est nécessaire pour prévenir le risque de désinsertion professionnelle des assurés.

Par voie conventionnelle, l'officialisation d'un temps d'échange suffisant, valorisé, annuel ou bi-annuel, propre à faire le bilan de la prescription mais également le partage des difficultés de positionnement, permettrait le rapprochement des deux praticiens et l'optimisation des résultats.

Schéma 1 : Nouvelle démarche d'accompagnement des prescripteurs



Source : Mission d'après CNAM – un ordre de grandeur a été retenu, les chiffres peuvent varier suivant les campagnes qui se déroulent sur 2 années.

Pistes de réflexion :

Informers systématiquement les praticiens sur leur pratique courante de prescription d'IJ (mise à disposition de l'information sous format dématérialisé, par exemple sous ameli pro leur permettant de suivre « en temps réel » leur activité de prescription (IJ ou médicaments)), y compris les praticiens hospitaliers.

Intensifier les entretiens confraternels sur profil statistique et susciter des groupes d'échanges entre pairs (à négocier dans le cadre conventionnel)

Points d'accord et de désaccord des organisations :

Ces pistes de réflexion font partie des dix premières mesures envisageables par la mission d'expertise dans sa note d'étape du 19 octobre 2018 : elles ont paru acceptables dans le principe par toutes ou partie des organisations rencontrées.

➤ **Outiller / aider le médecin à prescrire :**

Depuis 2010, des fiches repères sont élaborées par la CNAM avec le concours de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour fournir un outil d'aide à la pratique pour le médecin et au dialogue avec le patient. Disponibles en ligne, ces dernières mentionnent les durées indicatives d'arrêt de travail pour des situations cliniques particulières ou des pathologies courantes et en fonction du poste de travail occupé. Comme le rappelle l'Assurance maladie, « *[elles] représentent la durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de retourner au travail en dehors des complications ou des comorbidités. Il s'agit d'une approche populationnelle et non d'une approche individuelle, chaque patient restant bien un cas clinique unique à étudier dans sa globalité¹⁰²* ». Sur les 67 fiches réalisées, la majorité concerne des interventions chirurgicales, les autres concernant les pathologies ostéoarticulaires, traumatiques ou cardiaques. Au total elles couvrent environ 15 % des dépenses¹⁰³.

La méthodologie retenue par la CNAM associe des experts des sociétés savantes concernées par la pathologie, en tenant compte des référentiels français existants (traumatologie principalement) et étrangers (américain, espagnol, anglais...) ainsi que des données disponibles issues du système informationnel de l'Assurance maladie. Les durées de référence pour quelques maladies courantes sont par exemple de cinq jours pour une grippe saisonnière, trois jours pour une gastro-entérite, une sinusite maxillaire ou une angine, entre quatre et sept jours pour une bronchite aiguë selon le poste de travail occupé. La durée retenue pour un trouble anxieux-dépressif mineur est de quatorze jours.

La HAS n'émet le plus souvent pas d'objection à la publication des référentiels de durée des arrêts de travail en dépit des réserves récurrentes qu'elle est amenée à formuler, liées notamment à « *l'absence de littérature scientifique de haut niveau de preuve et de recommandations de pratiques cliniques publiées sur le sujet* ».

L'Assurance maladie a revu récemment sa méthodologie d'élaboration des fiches repères. La coopération plus étroite avec les sociétés savantes se concrétise depuis peu. Ainsi, une information auprès des médecins du travail sur l'ensemble des fiches repères sera réalisée en 2019 à la demande de la Société de Médecine du Travail. Des travaux ont été menés avec les sociétés savantes (FFR, SOFMER, CMG, SOFCOT et SFMT) sur le parcours du patient lombalgique, notamment afin d'éviter la chronicisation ont permis d'actualiser la fiche repère en 2018. Des mémos sur l'arrêt de travail au cours de la grossesse non pathologique (dont un mémo médical) ont été rédigés en collaboration avec le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et le Collège de Médecine Générale (CMG) et validés par la HAS en novembre 2017.

La CNAM estimait à 125 M€ en 2011 les économies attendues de l'application du référentiel par la convergence des durées moyennes vers la durée médiane¹⁰⁴.

Toutefois la connaissance des référentiels semble n'influencer que très peu les durées d'arrêt de travail prescrites par les médecins. En effet, une étude qualitative réalisée en 2018 auprès de médecins généralistes¹⁰⁵ montre bien les limites de cet outil, qui conclut que « *la prescription d'un arrêt de travail est un exercice difficile qui ne peut se fonder uniquement sur les référentiels du fait de la singularité du patient et de la complexité d'une consultation de médecine générale* », tout en

¹⁰² Source : CNAM, LR 72-2012.

¹⁰³ Rapport « *Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions* », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015.

¹⁰⁴ Cf. annexe 5 de la revue de dépenses IGAS-IGF

¹⁰⁵ « Référentiels de durée des arrêts de travail proposés par l'Assurance maladie : perception et utilisation par les médecins généralistes », Vu TM, Adolphe E, Connan L, Petit A, De Casabianca C, Bègue C., Exercer 2018;139:9-17

reconnaissant que ces « référentiels sont perçus comme une aide pour déterminer une durée mais surtout par rapport au patient en cas de désaccord »¹⁰⁶.

Le Collège de médecine générale contribue depuis peu à l'élaboration de ces référentiels, qui sont consultés majoritairement par les médecins généralistes, ce qui pourrait inciter ces derniers à utiliser le référentiel disponible.

Piste de réflexion : Associer les collèges académiques de la médecine générale à l'actualisation des « fiches repères » de l'assurance maladie et à l'élaboration des nouvelles relatives aux maladies chroniques évolutives.

Points d'accord et de désaccord des organisations :

Cette piste de réflexion est l'une des dix premières mesures envisageables par la mission d'expertise dans sa note d'étape du 19 octobre 2018 : elle a paru acceptable dans le principe par toutes ou parties des organisations rencontrées, et tout spécialement par les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

➤ **Mieux former**

Les bonnes pratiques de prescription s'acquièrent plus facilement en formation initiale ou lors de la constitution de la patientèle qu'elles ne se corrigent en formation continue, comme en attestent les effets des dispositifs d'encadrement des prescriptions (MSO/MSAP), limités dans le temps¹⁰⁷. Une étude réalisée en 2014, ayant pour objet de décrire les justifications médicales des arrêts maladie dans le département du Rhône en termes nosologiques, fonctionnels et contextuels, montre que « *les justifications médicales des arrêts maladie sont renseignées presque systématiquement en termes nosologiques, et dans moins d'un tiers des certificats en termes fonctionnels et/ou contextuels* ». Elle conclut qu' « *une formation des praticiens à l'évaluation fonctionnelle et contextuelle pourrait leur permettre de décider au mieux de l'indication de la durée des arrêts de travail, et faciliter la communication autour du patient* »¹⁰⁸.

La mission a partagé ce constat, en proposant de généraliser les expériences concluantes existantes pour la formation des internes. Pour les prescripteurs plus expérimentés, dont la prescription requière un changement de pratique durable, l'exemple et le suivi par les pairs peuvent être une source de motivation qui pourrait les aider à corriger les pratiques déviantes (à négocier dans un cadre conventionnel).

Piste de réflexion : Généraliser la formation des internes à la prescription d'arrêt de travail, flécher les formations initiales et continues.

Points d'accord et de désaccord des organisations :

Cette piste de réflexion est l'une des dix premières mesures envisageables par la mission d'expertise dans sa note d'étape du 19 octobre 2018 : elle a paru acceptable dans le principe par toutes ou parties des organisations rencontrées, et tout spécialement par les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

¹⁰⁶ Remarque : il convient de rester prudent sur ces constats, étant donné la faible taille de l'échantillon (162 médecins).

¹⁰⁷ Cf. constat également relevé dans la revue de dépenses IGAS-IGF

¹⁰⁸ « *Justifications nosologiques et fonctionnelles des arrêts maladie : une étude transversale dans le Rhône* », J. Leguevaques ; C. Carol ; L. Letrillart, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique (Vol. 62, N°2 Avril 2014)

➤ **Systematiser le contrôle des éléments d'ordre médical figurant sur l'avis pour justifier le paiement de la dépense**

Les « éléments d'ordre médical » doivent être établis dans l'arrêt (article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale). Or, les prescripteurs ne sont pas toujours attentifs au renseignement de la zone permettant de justifier médicalement l'interruption de travail. D'autres, par principe, ne servent pas la zone, anticipant une violation du secret médical, notamment pour les patients travaillant dans le secteur public¹⁰⁹. Ainsi, en 2016, près de 15% des arrêts papier n'étaient pas motivés d'après la CPAM du Val de Marne. En 2018, après avoir mené une action de sensibilisation auprès des prescripteurs, 6 % des arrêts papier demeuraient sans mention des éléments d'ordre médical.

Les inspections générales¹¹⁰ indiquaient que cette obligation n'est pas vérifiée par la CNAM ou la MSA (contrairement à l'ex-RSI) et qu'il était possible de renvoyer un AAT électronique sans renseigner les éléments d'ordre médical. Elles relevaient que le ciblage des contrôles pourrait être sensiblement amélioré s'il était possible de croiser le motif médical avec plusieurs critères (durée, critère populationnel...). Au niveau national, la méconnaissance des éléments d'ordre médical rend également difficile une analyse rétroactive de l'activité, ou la conduite d'études statistiques permettant de prévoir l'évolution des indemnités journalières.

En pratique, la quasi-totalité des arrêts de travail non motivés sont actuellement indemnisés sans être signalés, sauf s'ils entrent dans la catégorie des arrêts contrôlés du fait de leur durée ou s'ils font l'objet d'un contrôle aléatoire de la part du service médical. Au final, cette situation est regrettable, tant du point de vue de la justification de la régularité de la dépense, que du point de vue de la méconnaissance d'une partie des causes d'arrêts maladie.

Il serait toutefois assez simple de mettre en place un contrôle bloquant sur le formulaire d'avis d'arrêt de travail dématérialisé avant son envoi, pour éviter de payer une dépense injustifiée. De même, les actions de sensibilisation mises en place au niveau local, auprès des prescripteurs, ne peuvent qu'être encouragées. Toutefois, passée une campagne de sensibilisation, la mission est d'avis d'appliquer plus rigoureusement la réglementation, quel que soit le support des arrêts (papier / dématérialisé), c'est à dire ne plus liquider les indemnités, lorsque la dépense n'est pas médicalement justifiée.

Piste de réflexion : Contrôler le respect de l'obligation de renseigner les éléments d'ordre médical lors de la prescription d'un avis d'arrêt de travail.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹¹¹ :

L'ensemble des organisations représentant les médecins est favorable aux pistes précédemment évoquées dans ce chapitre 4.1. La CSMF soumet son accord, concernant le contrôle du motif médical, à la condition que soit garantie la préservation du secret médical. Elles ne se sont pas prononcées sur le non-paiement des IJ, en l'absence de motivation médicale.
La CFE-CGC est favorable à l'ensemble de ces dispositions.

¹⁰⁹ Notamment pour les fonctionnaires

¹¹⁰ Revue de dépenses IGAS-IGF sur « l'évolution des dépenses d'indemnités journalières », rapport n° établi par P. Dolléans, C. Freppel, D. Knecht, C. Lépine, 2017

¹¹¹ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

4.2 Informer les entreprises / simplifier les échanges avec la caisse

L'absentéisme a un coût pour les entreprises, que le cabinet Ayming établit pour 1% d'absentéisme à 1,87 % de la masse salariale. Il est possible d'affiner ces coûts, notamment grâce à des simulateurs disponibles en ligne, établissant le coût global de l'absentéisme : coût direct (maintien de salaire et financement de la prévoyance) et coût indirect (coût de remplacement des absents, baisse de productivité, coût social, gestion administrative)¹¹².

Pour réduire ce phénomène pénalisant pour l'organisation et la productivité, de nombreuses entreprises mettent en place des outils internes et/ou développent une politique de lutte contre l'absentéisme (diagnostic, mesures incitatives telles que prime de présence, etc.). Elles disposent toutefois rarement des données statistiques leur permettant de se comparer à d'autres, à situation équivalente.

Quelques assureurs, comme par exemple Mutex, développent des services de mise à disposition des données de l'absentéisme à leurs clients, à partir des éléments dont ils disposent via la DSN ou par secteur d'activité. Ils observent que les entreprises qui s'approprient ces données obtiennent de meilleurs résultats que les autres.

Comme les médecins, les employeurs, dans l'ensemble, ne disposent que de peu d'informations pour situer leur profil de sinistralité en matière d'arrêts de travail dans son environnement. Cette situation empêche la prise de conscience par les employeurs de l'importance des conditions de travail et de l'organisation du travail sur la santé de leurs salariés.

Il ressort des auditions que l'Assurance maladie dispose de ces données, qu'elle pourrait utilement transmettre aux entreprises, une fois par an, sous la forme d'un profil récapitulatif des arrêts de travail, comparé aux données environnementales (secteur, territoire, taille de l'entreprise...). Comme le relèvent nos interlocuteurs, cette action de sensibilisation serait d'autant plus efficace si ce profil pouvait être remis aux instances représentatives du personnel, « *pour faire levier sur la stratégie de prévention* ». D'autres proposent de rajouter cet outil de mesure à la panoplie de ceux qui sont utilisés pour déterminer la performance sociale des entreprises (RSE) ou d'intégrer les données relatives à l'absentéisme dans les documents présentés chaque année au comité social et économique (CSE).

Piste de réflexion :

Systématiser la remise annuelle à toute entreprise d'un profil actualisé individuel simple d'« absentéisme » la comparant dans son secteur professionnel et géographique, aux entreprises de taille équivalente.

Points d'accord et de désaccord des organisations :

Cette piste de réflexion est l'une des dix premières mesures envisageables par la mission d'expertise dans sa note d'étape du 19 octobre 2018 : elle a paru acceptable dans le principe par toutes ou parties des organisations rencontrées. Ses modalités de mise en œuvre nécessitent d'être instruites par la CNAM.

¹¹² <https://calculateur-absenteisme.malakoffmederic.com/methodologie>

Depuis janvier 2017, les employeurs du régime général ont l'obligation d'utiliser la déclaration sociale nominative (DSN) pour déclarer chaque mois les éléments de salaire sous peine de sanction financière appliquée par l'URSSAF. Sont exclus les employeurs particuliers, les indépendants, les micro-entrepreneurs. Les employeurs de la fonction publique entreront dans le dispositif en 2020. Actuellement, la base des déclarations mensuelles DSN est centralisée par la CNAV et n'est pas accessible par l'Assurance maladie.

Dans le régime général, l'établissement de l'attestation de salaire par l'employeur nécessite un "signalement d'évènements" DSN, dans les 5 jours. Or, tous les employeurs n'utilisent pas ce vecteur pour émettre une attestation de salaire privilégiant le flux EFI/EDI. Par ailleurs, les sanctions n'étant pas appliquées, ce délai d'envoi des 5 jours n'est pas respecté par les employeurs, notamment s'ils attendent d'avoir reçu l'avis d'arrêt de travail papier du salarié.

Dans le système d'information du régime agricole, les caisses disposent des éléments nécessaires à la liquidation de l'indemnité journalière via la DSN mensuelle (sauf prescription de temps partiel thérapeutique), sans avoir à demander une attestation de salaire à l'employeur.

Pistes de réflexion :

Donner un accès en consultation à la CNAM à la base DSN mensuelle, ce qui éviterait des retours pour les bulletins de salaire

Allonger le délai de transmission de la DSN « signalant l'évènement » à 7 jours.

Faciliter les échanges en communiquant aux organismes de protection sociale les coordonnées de l'interlocuteur en charge de la gestion des IJ dans l'entreprise.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹¹³ :

Les organisations ne se sont pas prononcées sur ces adaptations techniques.

4.3 Faciliter la dématérialisation des échanges pour tous les prescripteurs, les assurés et les régimes

➤ **Dématérialiser l'avis d'arrêt de travail pour tous les assurés, et rendre ce téléservice accessible à tous les prescripteurs**

Les arrêts de travail font, à ce jour, l'objet de transmission dématérialisée dans près de 40 % des cas. Ils sont transmis quasi exclusivement par des médecins généralistes (97% des AAT).

La dématérialisation de l'AAT constitue une piste majeure d'économies pour l'assurance maladie sur le poste de dépenses d'IJ en raison notamment :

- d'une meilleure observance par les praticiens des durées indicatives par pathologie intégrées au formulaire en ligne ;

¹¹³ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

- d'une facilitation du contrôle des arrêts de courte durée résultant d'une réduction sensible des délais de transmission de l'arrêt ;
- d'une diminution des coûts de gestion liés au traitement des avis de travail papier.

Prescrire un arrêt de travail est avant tout un acte médical, mais c'est également un acte administratif, parfois vécu par les praticiens comme une formalité administrative contraignante. La mise à disposition des professionnels de santé d'un téléservice (AAT en ligne) permet de simplifier cette formalité. Le formulaire intègre une aide à la saisie en ligne : données administratives pré-remplies, menus déroulants permettant de sélectionner le motif médical, tableau des durées indicatives d'arrêt de travail et fiches téléchargeables apparaissent pour un arrêt de travail à temps complet sans rapport avec une affection prévue à l'article L.324-1 du code de la sécurité sociale.

Depuis 2011, les conventions médicales incitent les médecins à informatiser leur cabinet et à utiliser les téléservices. L'inscription depuis la dernière convention médicale du taux de dématérialisation des avis d'arrêts de travail dans le forfait structure a entraîné une forte croissance du téléservice. Le taux de dématérialisation est ainsi passé de 15,2% en moyenne en 2015 à 39,8% sur les premiers mois de l'année 2018. L'objectif fixé pour l'année 2018 (40%) semble ainsi en passe d'être atteint.

Encadré 7 : Le forfait structure

Pour inciter les médecins à utiliser les téléservices, dont l'AAT, la convention médicale de 2011 a mis en place un indicateur téléservice dans la ROSP (partie « organisation du cabinet » intitulé : « Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices »).

La convention médicale de 2016 a mis en place un forfait structure, consistant en une rémunération forfaitaire annuelle calculée sur la base d'un système de points, dont l'enveloppe évolue chaque année.

Ce forfait comprend 10 indicateurs répartis sur deux volets. Le taux de prescription d'arrêt de travail en ligne (AAT) a été intégré dans le volet 2 (indicateurs optionnels). L'indicateur 1 du volet 2 du nouveau forfait structure intitulé « taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices » comprend 4 téléservices : la déclaration médecin traitant en ligne (DCMT), le protocole de soins électronique (PSE), la prescription d'arrêt de travail en ligne (AAT), la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne (CMATMP).

L'atteinte du taux de dématérialisation permet au médecin d'obtenir des points, qui conditionnent la rémunération du forfait. L'indicateur AAT représente ainsi 5 points en 2017 (35€), 15 points en 2018 (105€) et 22,5 points en 2019 (157,5€).

Pour bénéficier de la rémunération au titre de cet indicateur, le médecin doit atteindre un taux de dématérialisation pour chacun de ces téléservices. Le taux de dématérialisation à atteindre pour l'AAT était fixé à 30% en 2017, 40% en 2018, 50 % en 2019 et 60% en 2020.

Au 31/12/2017, le taux d'atteinte de l'indicateur AAT est de 45 % (soit 21 000 médecins), tous prescripteurs confondus, sur l'ensemble de ceux qui ont rempli le 1^{er} volet. Le taux d'atteinte est supérieur pour les médecins généralistes, les premiers concernés par l'AAT en ligne (plus de 19 000 médecins généralistes, soit 56 % des généralistes engagés dans le forfait).

Source : CNAM

Certains praticiens ont toutefois peu recours au téléservice de l'arrêt de travail, contrairement à d'autres formulaires électroniques, parce qu'ils prennent moins de temps à remplir un exemplaire papier qu'à effectuer la démarche en ligne, ou parce que l'informatisation des cabinets médicaux est encore partielle. La dématérialisation de l'avis n'est en outre pas totale, puisque le praticien doit imprimer le volet 3 de l'avis destiné à l'employeur pour le remettre au patient.

Par ailleurs le téléservice demeure peu attractif pour les spécialistes : seuls 3% des AAT en ligne sont réalisés par les spécialistes, alors qu'ils prescrivent au total 18% des arrêts de travail¹¹⁴.

Enfin une obligation réglementaire sur l'AAT permettrait de prioriser les travaux des éditeurs sur ce téléservice et de les inscrire sur leur feuille de route. Ainsi, les médecins pourraient disposer d'un téléservice AAT à niveau des dernières évolutions fonctionnelles.

➤ **Le téléservice n'est pas accessible à l'ensemble des praticiens.**

La CNAM estime à environ 10% la part des arrêts prescrits par les praticiens en établissement de santé. La télétransmission n'est pas possible en établissements de santé pour des raisons techniques (absence de carte CPS) et organisationnelles.

D'après la CNAM, un déploiement impliquerait de connaître les médecins salariés des établissements dans son SI, et pour les établissements d'acquiescer et déployer des lecteurs dans les services. La solution facilitant ce déploiement technique serait d'avoir un dispositif équivalent à la CPS, actuellement à l'étude à l'ASIP Santé. Par ailleurs, les établissements devraient être accompagnés pour mettre en place le téléservice, chaque établissement ayant une organisation spécifique.

Plus de la moitié des médecins possèdent des applications médicales sur leur *smartphone*, et 65 % déclarent utiliser celui-ci pour prescrire (information sur un médicament, une stratégie thérapeutique, etc.)¹¹⁵. La mission suggère aux régimes d'investiguer toutes les solutions techniques permettant la dématérialisation de l'avis, pour couvrir l'ensemble des situations de prescription (établissement, visites à domicile, cas du praticien remplaçant)¹¹⁶. Cette faisabilité est notamment conditionnée à l'existence de solutions techniques permettant de garantir la sécurité et la confidentialité des données de santé, par définition sensibles (solutions de cryptage...)¹¹⁷.

Pistes de réflexion :

Informez les praticiens hospitaliers de leur activité de prescription :

Cette piste de réflexion est l'une des dix premières mesures envisageables par la mission d'expertise dans sa note d'étape du 19 octobre 2018 : elle a paru acceptable dans le principe par toutes ou parties des organisations rencontrées, en l'état des discussions et sous réserve d'instructions complémentaires dans le détail.

Étudier la faisabilité d'un applicatif smartphone permettant de générer un AAT.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹¹⁸ :

L'ensemble des organisations représentant les médecins sont favorables à une telle évolution, sous réserve que soient garanties la sécurité et la confidentialité des données.

Les autres organisations ne se sont pas prononcées.

¹¹⁴ Source : CNAM

¹¹⁵ 4^{ème} baromètre sur les médecins utilisateurs de smartphone en ligne.

¹¹⁶ Et la plupart des prescripteurs a désormais un numéro RPPS, y compris les internes.

¹¹⁷ Ces solutions ont rendu possible, par exemple, la consultation de son DMP sur smartphone ou tablette par une application mobile.

¹¹⁸ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

➤ **16% des assurés n'ont pas accès aux avantages liés au service en ligne dématérialisé.**

L'ensemble des assurés, quel que soit leur régime, devrait pouvoir bénéficier des avantages de l'avis de l'arrêt de travail en ligne (sécurisation de l'envoi, pas de déplacement pour aller poster l'avis) et le médecin ne devrait pas avoir à se poser la question du régime d'appartenance du patient.

Certains de nos interlocuteurs suggèrent également de réfléchir à un avis d'arrêt de travail commun AT/MP et maladie.

Encadré 8 : Les régimes utilisant l'AAT en ligne

Ce téléservice présente de nombreux avantages pour l'assuré malade : il n'a plus à se déplacer pour affranchir et envoyer les deux volets de l'arrêt à la caisse primaire d'assurance maladie et au médecin conseil, il ne risque plus de dépasser le délai d'envoi légal de 48 heures. La procédure n'est toutefois pas complètement dématérialisée. Le volet destiné à l'employeur est remis par le praticien au patient, qui doit toujours se déplacer pour poster son arrêt à l'employeur. C'est une source d'accroissement du délai de paiement de l'IJ à l'assuré, l'employeur ne pouvant juridiquement établir d'attestation de salaire – ou d'évènement DSN – avant d'avoir reçu le volet.

Les régimes qui proposent actuellement le service en ligne arrêt de travail sont : Régime général, MSA, Indépendants, CCAS RATP. Cela représente 84% de la population (hors étudiants, qui ne sont pas concernés). La CPRP SNCF devrait ouvrir le service en 2019 (+0,64%).

Les régimes qui ne proposent pas le service en ligne sont : ENIM, CANSSM, CNMSS, CRPCEN, CAVIMAC, FFSAN (Assemblée Nationale) et RA3S (Sénat), soit +1,8% des assurés.

Le service en ligne, tel qu'il est conçu actuellement, s'appuie sur le fait que tous les régimes proposant le service arrêt de travail en ligne identifient de la même façon le service médical et le service administratif compétents pour un assuré sur la base de son rattachement administratif (Code régime, code caisse, code centre). Les mutuelles de fonctionnaires ne sont pas organisées sur ce modèle, leur intégration est complexe, ces mutuelles représentent 6,3% des assurés, dont 4,3% de ressortissants MGEN.

Source : *Revue de dépenses, CNAM*

Dans la fonction publique, la dématérialisation de l'avis d'arrêt de travail prend un relief particulier. En effet, pour préserver le secret médical, les fonctionnaires doivent conserver le volet 3 comportant le motif médical et le remettre au médecin agréé de l'administration seulement en cas de contre-visite¹¹⁹. La plupart des agents méconnaissent cette disposition et renvoient la totalité de l'arrêt de travail à leur service du personnel. De ce fait, les prescripteurs ne renseignent pas le motif de l'arrêt de travail, lorsqu'ils savent que leur patient est fonctionnaire. Cette situation aboutit à l'établissement d'avis d'arrêt de travail sans motifs, qui, en théorie, n'étant pas justifiés, ne devraient pas être indemnisés.

Par ailleurs, l'expérimentation de la délégation du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie, prolongée jusqu'au 31 décembre 2018, a montré ses limites. Le rapport d'évaluation¹²⁰ constate notamment que les modalités de contrôle calées sur celles du régime général d'assurance maladie ne correspondent pas aux particularités de la fonction publique et conclut à l'inopportunité d'une généralisation (impossibilité matérielle et technique de contrôler les arrêts de très courte durée, inefficacité du contrôle administratif des heures de sortie et justification médicale de la majorité des arrêts contrôlés). Il invite à renforcer le pilotage et la

¹¹⁹ Circulaire du 20 avril 2015 relative au délai de transmission des arrêts de maladie des fonctionnaires dans la fonction publique de l'État.

¹²⁰ Rapport n°2015-115 IGA-IGAS-IGF d'« évaluation du dispositif expérimental confié à six caisses primaires d'assurance maladie le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires », établi par V. Martin Saint-Léon, R. Fournales, L. Simoni, H. Havard, décembre 2015

politique de prévention des absences en agissant notamment sur les déterminants liés aux conditions de travail.

Aussi, plutôt que de créer un arrêt de travail papier spécifique, la dématérialisation de l'arrêt, pour la fonction publique, est un enjeu à la fois en termes de respect du secret médical, de justification de la dépense et de contrôle.

La généralisation de l'AAT en ligne, pour tous les assurés, quel que soit leur régime, répond aux besoins d'équité, d'efficacité et de simplification.

Piste de réflexion :

Rendre obligatoire l'utilisation de l'AAT en ligne pour l'ensemble des régimes (y compris fonction publique) et les prescripteurs.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹²¹ :

Cette piste de réflexion est l'une des dix premières mesures envisageables par la mission d'expertise dans sa note d'étape du 19 octobre 2018 : elle a paru acceptable dans le principe par toutes ou parties des organisations rencontrées, en l'état des discussions et sous réserve d'instructions complémentaires dans le détail.

L'ensemble des organisations représentant les médecins sont favorables à la généralisation de l'AAT en ligne **pour tous les régimes.**

Pour la CSMF et MG France, la dématérialisation ne peut pas être la seule modalité de prescription possible (opposés à une obligation de prescription dématérialisée, qui s'imposerait au médecin).

La CFTC est favorable aux dispositifs de dématérialisation.

Les autres organisations ne se sont pas prononcées.

¹²¹ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

- **Faire évoluer le compte ameli pour que l'assuré puisse voir l'état d'avancement du dossier d'indemnisation et permettre en parallèle à l'Assurance maladie de mieux cibler les demandes.**

Plus de 29 millions de comptes ameli étaient ouverts début octobre 2018. D'ores et déjà, les assurés peuvent vérifier le bon enregistrement des avis d'arrêt de travail depuis leur compte ameli « suivre mes arrêts de travail ». Il ressort des auditions que les services proposés pourraient être enrichis pour :

- permettre à l'assuré l'alimentation et l'envoi de pièces justificatives dans le compte ameli (réelle co-production) quant à sa situation professionnelle avec, en parallèle une automatisation des pièces à fournir pour le paiement des indemnités journalières (selon la catégorie socio professionnelle),
- Informer l'assuré, par notification mail, de la réception de l'attestation de salaire (à l'instar de l'avis d'arrêt de travail) et du paiement de son dossier.

De tels services seraient de nature à accélérer les délais de traitement des demandes d'indemnisation.

Piste de réflexion :

Faire évoluer le compte ameli pour dématérialiser les échanges entre la caisse et les assurés

Points d'accord et de désaccord des organisations¹²² :

La CFDT est favorable aux dispositifs de dématérialisation qui permettent d'accélérer la liquidation des indemnités, notamment pour les plus fragiles. Elle souhaite que les IJ soient liquidées de manière provisoire et partiellement, dès que la liquidation dépasse les 8 jours ouvrés en absence de subrogation.

Le MEDEF est favorable à une meilleure information des assurés en portant à leur connaissance le coût des actes médicaux et des indemnités journalières de Sécurité sociale « consommées » dans l'année par l'envoi d'un relevé annuel par l'assurance maladie.

Les autres organisations ne se sont pas prononcées.

¹²² Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

4.4 Mettre en place les conditions d'une action coordonnée entre les médecins

On sait depuis longtemps que l'accompagnement vers le retour au travail des salariés en arrêt passe par une action coordonnée des médecins traitant, conseil et du travail et de l'entreprise, qui doit devenir plus inclusive.

Lors de leurs échanges, les médecins sont tenus de respecter les obligations déontologiques s'imposant à leur profession, et en particulier celles qui concernent le secret médical. Le respect du secret médical est une obligation et un prérequis essentiels à une relation de confiance entre le médecin (qu'il soit médecin prescripteur, médecin conseil, ou médecin du travail) et le patient¹²³. Afin de garantir la confidentialité des informations médicales, l'accès et le partage de l'information médicale entre les médecins sont strictement encadrés :

- Le médecin prescripteur peut questionner mais ne peut pas communiquer des informations médicales au médecin du travail, lequel peut uniquement communiquer des informations au médecin traitant s'il suspecte une pathologie. Le médecin du travail n'est pas considéré comme participant directement à la prise en charge du patient au sens de la continuité des soins¹²⁴. Le plus souvent, par prudence, le médecin prescripteur remet les informations médicales directement au patient, qui les communique, ou non, au médecin du travail.
- Le médecin conseil peut accéder à toutes les informations nécessaires à sa mission, auprès de tous ses confrères, mais ne peut leur délivrer d'informations sauf dans les cas particuliers prévus par la loi.
- Le médecin prescripteur ne peut informer le médecin conseil en dehors des cas prévus par la loi.

Le dernier rapport sur la santé au travail¹²⁵ identifie également les difficultés nées de l'inaccessibilité du dossier médical partagé (DMP) à la médecine du travail, et évoque la nécessité de partager, via le DMP, les informations médicales entre les professionnels de santé qui interviennent dans le parcours de soins et de prévention pour les salariés.

➤ **Faciliter la mise en relation**

La coordination des actions des médecins ne peut se faire sans la construction d'un « cercle de confiance partagé » avec le patient. Ceci implique qu'un certain nombre de mesures soient prises pour fluidifier l'information :

- En premier lieu nos interlocuteurs (médecins traitants, médecins du travail) font état de difficultés à identifier leurs interlocuteurs, préalablement à tout échange : ils ne disposent pas des coordonnées du médecin du travail et de celles de la personne chargée du suivi du personnel ou des AT dans l'entreprise.

¹²³ « Secret médical en santé au travail », Cécile Manaouil, EM Consulte, n°1153, décembre 2018, p.141-164

¹²⁴ Cf. article L.1110-4 du code de la santé publique dispose que « le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée ».

¹²⁵ « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », établi par Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec l'appui de Hervé Lanouzière, IGAS, juillet 2018

- La mise en relation des praticiens est également parfois difficile. Les médecins conseil ne sont pas immédiatement disponibles pour répondre aux demandes des médecins traitants, lorsqu'ils en ont besoin (horaires d'ouvertures). L'enjeu pour les médecins traitants est donc de se doter d'un service de messagerie sécurisée, dont un est disponible gratuitement depuis 2016¹²⁶.
- L'avis d'arrêt de travail pourrait être un support de communication pour le médecin prescripteur qui souhaite, sur un dossier difficile, solliciter l'appui d'un confrère (médecin conseil, médecin du travail). La mission a proposé aux organisations de simplifier l'avis d'arrêt de travail, en créant 5 zones et en supprimant six¹²⁷ (cf. tableau ci-dessous).

Piste de réflexion :

Modifier / simplifier l'avis d'arrêt de travail

Eléments	Justification
4 feuilles : ajout feuille patient n°3	Uniquement pour l'arrêt de travail papier. Depuis 2015, les avis d'arrêt de travail sont disponibles en ligne sur le compte ameli des assurés. (rubrique « Mes demandes » => « suivre mes arrêts de travail »)
Ajout de trois nouvelles cases : - Contact avec le Médecin conseil (feuille 1-2 et 3) Consultation du médecin du travail (toutes les feuilles) : <input type="checkbox"/> d'évaluation <input type="checkbox"/> De pré reprise - Télétravail (si possible dans l'entreprise)	Cf. §4.5, §4.9
Suppression des six zones concernant les horaires de sortie	Cf. § 4.10
Création d'une zone « mise à jour (contact mail ou téléphone portable) : »	Cf. § 4.10

Source : Mission

Le contenu des échanges est parfois rendu difficile par le secret médical opposé au médecin du travail : il serait toutefois possible d'adapter la réglementation pour prévoir la possibilité pour le médecin du travail de partager les informations qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à la réinsertion professionnelle, uniquement pour l'arrêt de travail en cause, et sous réserve de consentement préalable du patient¹²⁸.

Pistes de réflexion : Prendre des mesures visant à fluidifier la circulation de l'information entre les médecins :

- **Etudier la possibilité pour les médecins traitants ou médecins conseil d'identifier le nom du médecin du travail dans le DMP, ou sur le bulletin de salaire ;**

¹²⁶ <https://mailiz.mssante.fr/>

¹²⁷ Cf. annexe 1 : avis d'arrêt de travail

¹²⁸ L'article L.1110-4 du code de la santé publique définit la notion de secret partagé.

- **Permettre au médecin prescripteur de signaler rapidement sur l'avis d'arrêt de travail le patient en difficulté, tant au médecin conseil qu'au médecin du travail, avec obligation de retour par ces médecins, ce qui implique de modifier le formulaire AT ;**
- **Rendre possible la communication par le médecin prescripteur et le médecin conseil au médecin du travail des informations d'ordre médical utiles au traitement du cas du patient, sous réserve de son consentement.**

Points d'accord et de désaccord des organisations¹²⁹ :

L'ensemble des organisations représentant les médecins sont favorables à ces évolutions présentées ci-dessus. MG France émet une réserve les dérives possibles liées à l'utilisation des cases à cocher.

FO propose de favoriser la concertation médecin traitant, médecin conseil, médecin du travail pour favoriser la réadaptation et la réinsertion et prévenir l'invalidité, et de développer les e-outils à cet effet.

La CFDT est favorable à la mise en place de « parcours attentionnés », coordonnés par l'assurance maladie, médecin traitant et médecin du travail.

La CFTC préconise un dialogue institutionnalisé entre le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin conseil.

L'UNSA propose de coordonner les avis de reprise ou de non reprise entre le médecin traitant, le médecin conseil et le médecin du travail.

Les autres organisations ne se sont pas prononcées.

➤ **Le cas du dossier médical partagé (DMP)**

Le dossier médical partagé est en cours de généralisation, à l'ensemble du territoire.

Encadré 9 : Le dossier médical partagé

Le dossier comporte 8 rubriques : Synthèse médicale, Traitements et soins, Comptes-rendus, Imagerie médicale, Analyses de laboratoire, Prévention, Certificats et déclarations, Espace personnel : le titulaire du dossier peut déposer les documents de son choix. Tout document jugé utile à la coordination des soins peut être ajouté dans le DMP par un professionnel de santé (en exercice libéral, ou en établissement de santé) dès lors que le patient a donné son autorisation d'accès ou par le patient lui-même. Les établissements de santé peuvent prévoir une alimentation automatisée des DMP de leurs patients. Les données relatives à un patient issues du Sniiram¹³⁰ sont automatiquement versées au DMP sans consentement particulier de ce dernier.

¹²⁹ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

¹³⁰ Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie :

- Âge, sexe, bénéfice de la CMU-C, commune et département de résidence, diagnostic d'affection de longue durée (ALD), date de décès.
- Prestations remboursées dans le cadre des soins réalisés en médecine ambulatoire : prestataire de soins, prescripteur, codage détaillé (médicaments, actes techniques médicaux, dispositifs médicaux, prélèvement biologiques), date des soins et montants remboursés par la CPAM et payés par les patients.
- Consommation de soins en établissement : séjours facturés directement à l'Assurance maladie par les cliniques privées et les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'ensemble des établissements sanitaires.
- Données du PMSI versées dans le Sniiram sur les pathologies traitées dans les établissements, les diagnostics hospitaliers.

De multiples fonctions sont disponibles pour le patient et son médecin traitant DMP (gestion des professionnels bloqués, masquage de documents, accès aux traces, fermeture du DMP, etc.). A la demande du patient, le médecin traitant peut participer à la gestion du DMP. Comme la loi le permet, le patient peut désigner plusieurs médecins traitants « DMP ».

La consultation d'un DMP n'est possible que par un professionnel de santé¹³¹ et le patient lui-même. La consultation par un professionnel de santé nécessite qu'il soit préalablement autorisé par le patient puis authentifié avec sa carte de professionnel de santé (CPS). Un professionnel de santé peut accéder aux documents d'un DMP en fonction de sa profession. Ces droits sont définis dans la matrice d'habilitation. Le patient peut consulter son DMP directement par Internet (sauf les données bloquées par le médecin concernant une pathologie grave non encore révélée au patient).

Source : « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », établi par Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec l'appui de Hervé Lanouzière, IGAS, juillet 2018

La mission, à la suite des auditions, a bien conscience des difficultés inhérentes au déploiement, qui implique pour l'ensemble des acteurs un changement des habitudes ou des comportements. Elle est convaincue que le DMP peut servir de support permettant de s'assurer de la continuité d'un parcours de retour à l'emploi, pour un assuré en arrêt de travail maladie, à la condition de pouvoir disposer à la fois des données de santé et des données de santé-travail dans ledit dossier. Plusieurs rapports récents soulignent également cette nécessité :

1. Le rapport sur la santé au travail, établi par Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis et Henri Forest propose de « faire évoluer le dossier médical partagé (DMP), document à l'usage du salarié dans son parcours de santé en et hors de l'entreprise : permettre dès à présent, dans le respect des principes régissant ce dossier, l'inscription des éléments relatifs aux expositions professionnelles ; Créer à cet effet une nouvelle rubrique dans le DMP ; parvenir à brève échéance, dans le respect de la vie privée des salariés et afin de faciliter une prise en charge coordonnée de leur santé, le partage, via le DMP, d'informations médicales entre professionnels de santé, qu'ils interviennent dans le parcours de soins ou en matière de prévention pour les salariés »¹³² ;

2. Parmi les évolutions proposées par une mission IGAS/IGAENR sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail, figure la proposition d'« autoriser la prescription d'un premier arrêt de travail en lien avec un risque d'inaptitude, une démarche de maintien en emploi et d'accompagnement personnalisé du salarié » et celle de « créer un volet spécifique "contexte et expositions professionnels ou santé au travail" du dossier médical partagé (DMP) et permettre par voie législative et réglementaire l'accès aux médecins du travail à ce seul volet tout au long du parcours professionnel du salarié »¹³³ ;

3. Le Pr Paul Frimat dans son rapport sur la prévention et l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux¹³⁴, va dans le même sens et propose de transférer les données du dossier médical en santé-travail (DMST) vers le volet santé-travail du DMP, « afin de faciliter la prise en charge coordonnée grâce au partage d'informations médicales entre professionnels de santé.

¹³¹ A l'exception du « cadre de la médecine du travail » (Article L1111-18 du CSP (modifié en dernier par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 189 et 96)

¹³² « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », établi par Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec l'appui de Hervé Lanouzière, IGAS, juillet 2018

¹³³ Rapport IGAS/IGAENR « Attractivité et formation des professions de santé au travail », X. Chastel et H. Siahmed (IGAS) - P. Blemont (IGAENR) – Expert associé : Pr J-M. Soulat, président du collège des enseignants de médecine du travail, août 2017

¹³⁴ Rapport de Paul Frimat, professeur universitaire et praticien hospitalier de l'université de Lille, « la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux », 2018

L'articulation ainsi proposée entre le DMST et le DMP permettra d'assurer la fluidité des échanges entre la santé au travail et les autres aspects de la santé des travailleurs en affirmant le rôle essentiel du médecin du travail. Au-delà des salariés du secteur privé, ce principe général d'articulation entre le dossier médical professionnel et le dossier médical partagé doit trouver à s'appliquer également aux salariés des fonctions publiques (avec l'exemple du suivi annuel de santé dont bénéficient les sapeurs-pompiers ou encore les salariés des laboratoires de recherche publique) sachant que la situation individuelle peut être rendue plus complexe par le cumul des expositions (en conservant l'exemple du salarié exposé qui assure des missions de pompier volontaire) (...).

Piste de réflexion :

Créer un volet spécifique « contexte de travail » dans le DMP consultable par le médecin traitant et permettre par voie législative et réglementaire l'accès aux médecins du travail à ce seul volet tout au long du parcours professionnel du salarié.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹³⁵ :

L'ensemble des organisations représentant les médecins sont favorables à cette évolution.

FO s'oppose à un lien « *systématique* » à travers le DMP entre médecin du travail et médecin de ville (les données sont la stricte propriété du patient).

La CFDT considère que le DMP doit être une priorité pour appuyer la coordination entre médecin traitant et médecin du travail, voire autres praticiens.

La CFTC soutient cette recommandation du rapport Lecocq-Dupuis-Forest et souhaite une ouverture du DMP aux données et aux pratiques de la médecine du travail pour une meilleure prise en charge du patient dans le cadre du parcours de soins.

France Assos Santé est favorable aux propositions de coordination renforcée entre le médecin du travail, le médecin traitant et le médecin Conseil de l'Assurance Maladie et souhaite que les propositions aillent plus loin en la matière (accès par le médecin traitant au dossier médical du travail de son patient, après consentement de celui-ci).

¹³⁵ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

4.5 Placer la prévention de la désinsertion professionnelle au centre de l'activité des services de santé au travail.

Depuis 2011, le maintien dans l'emploi fait expressément partie des missions des services de santé au travail inscrites dans la loi, et la réforme du suivi médical entrée en vigueur en 2017 devrait permettre un redéploiement des moyens vers les missions en milieu de travail, qu'il s'agisse de la prévention primaire ou d'actions de maintien en emploi.

Comme le relèvent nos interlocuteurs, la typologie de la prévention (primaire, secondaire, tertiaire, voire quaternaire) est théorique, une intervention des services de santé au travail, sur le terrain, relevant rarement d'une seule de ces catégories (« *on traite souvent primaire secondaire tertiaire en même temps : on vient pour un TMS et puis on donne des conseils de prévention sur une autre thématique...* »¹³⁶). Les services de santé au travail ont donc une fonction de médiation à jouer en entreprise (« *La vraie médecine du travail se fait quand un collectif constate une situation insatisfaisante* »¹³⁷), là où les revues de littérature internationale conditionnent l'efficacité des dispositifs d'accompagnement individuel pour le retour au travail à la prise en charge de cette fonction par un intervenant interne à l'entreprise ou proche d'elle. L'essentiel du temps du médecin du travail l'enferme actuellement dans une pratique de la visite individuelle dont l'efficacité reste à démontrer (« *Le dépistage sans ciblage ne sert à rien : toise, tensiomètre...* »¹³⁸).

Les services de santé au travail ne jouent actuellement aucun rôle dans la prescription ou le suivi d'un arrêt de travail : ils n'en sont pas informés, sauf exception, ou lorsque l'arrêt est lié à une maladie professionnelle. Dans ce cas, le médecin du travail est souvent interrogé par le médecin conseil. La présente concertation a montré l'utilité d'outiller les médecins pour faciliter leur mise en relation (cf. § 1.4).

Encadré 10 : Les recommandations de l'IGAS sur la prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés pour les services de santé au travail

Diligenter une mission spécifique sur le renforcement du pilotage des services de santé au travail (SST), actualiser sans délai les modèles de rapports d'activité des SST et mettre en place un extranet de saisie et consolidation de ces données, et à l'occasion de la visite d'information et de prévention, diffuser à chaque salarié une information claire sur les missions du service de santé au travail et sur le cadre déontologique de son intervention

Mettre en place un flux d'information de la CNAMTS vers le SST compétent, à partir d'un mois d'arrêt de travail d'un salarié et, le cas échéant, à partir du constat d'arrêts répétitifs ; permettre aux services de santé au travail de proposer aux salariés un examen médical en cours d'arrêt de travail en vue d'anticiper les conditions de la reprise et changer l'appellation des visites de pré-reprise (pour en faciliter un usage plus souple et lever les inquiétudes de certains salariés)

¹³⁶ Propos issus des auditions

¹³⁷ Propos issu des auditions

¹³⁸ Propos issus des auditions

Soutenir, par le biais des agréments ou des contrats d'objectifs, le développement dans les services de santé au travail d'équipes pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle et les échanges de pratiques entre elles. Maintenir l'accompagnement par le service de santé au travail pendant l'arrêt de travail : en cas d'inaptitude, ils suggèrent d'ouvrir la possibilité de le solliciter, en accord avec le demandeur d'emploi, durant les six mois suivant l'inscription à Pôle emploi.

Source : *Rapport IGAS n°2017-025 « La prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés », établi par P. Aballéa et M.A. du Mesnil du Buisson (IGAS), décembre 2017*

Certains praticiens conseils préconisent de créer une obligation pour l'assuré de prendre rendez-vous avec le médecin du travail lorsque le service du contrôle médical lui demande d'engager cette démarche¹³⁹. Pour prévenir les arrêts longs, d'autres interlocuteurs souhaitent rendre obligatoire la visite de pré-reprise (sur le modèle du « gatekeeper protocol » mis en place aux Pays Bas), selon des critères à déterminer, par exemple dans le cas des maladies chroniques.

Actuellement, la visite de reprise et la visite de pré-reprise, mises en place depuis une vingtaine d'années, permettent les échanges entre le médecin du travail, le médecin prescripteur et le médecin conseil, mais sont souvent méconnues des praticiens. Lorsqu'elles ont lieu, elles sont souvent vécues comme un passage obligé plutôt que s'inscrivant dans une démarche dynamique de maintien et / ou réinsertion en emploi, du fait de son encadrement réglementaire dans un délai de trois mois, alors qu'il conviendrait de réaliser ces visites dès que le besoin s'en fait sentir.

A l'issue des auditions, il ressort que la visite de pré-reprise devrait intervenir le plus tôt possible, et au plus tard à l'issue d'un délai de trois mois. Il convient de clarifier sur ce point la réglementation actuelle, dont la rédaction ne mentionne que le délai de trois mois pour les salariés en arrêt de travail. Une reformulation de l'article R. 4624-29 du code du travail¹⁴⁰ paraît nécessaire pour donner au médecin du travail, qui sera informé de la situation médicale du salarié (avec son accord), la possibilité de déclencher cette visite dès qu'il l'estime nécessaire, avec un volet reprise du travail rapide /adaptation du poste de travail.

L'ouverture prochaine des négociations sur la santé au travail devrait permettre de discuter des conditions d'une rénovation plus globale du modèle français de la médecine du travail. Par ailleurs une recommandation de la HAS devrait être publiée début 2019 sur le maintien dans l'emploi et le rôle de la médecine du travail.

¹³⁹ Comme l'indique l'article ci-dessous, les médecins conseil ont également la possibilité de demander au médecin du travail d'organiser une visite de pré-reprise (les CSAM, pour le régime général, devraient être à même de relayer cette demande).

¹⁴⁰ Article R4624-29 du code du travail : « *En vue de favoriser le maintien dans l'emploi des travailleurs en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de préreprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du travailleur* ».

Pistes de réflexion :

Décharger les médecins du travail des visites d'embauche et de routine qui peuvent être assurées par des consultations spécifiques de médecine générale pour rendre crédible la priorité à donner à la mobilisation des médecins du travail en faveur de l'accompagnement des salariés vers la reprise de travail, dans le cadre des négociations « Médecine du travail ».

Inscrire dans la réglementation que la visite de pré-reprise doit avoir lieu le plus rapidement possible, et au plus tard dans un délai de 3 mois.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁴¹ :

La CFE CGC est favorable à ces évolutions.

France Assos Santé souligne que la médecine du travail n'est pas suffisamment connue des salariés et trop peu présente.

L'ensemble des organisations représentant les médecins estime que la médecine du travail joue un rôle fondamental « *pour organiser la rentrée du patient dans le monde du travail* »¹⁴² et s'accorde sur la nécessité de raccourcir les délais d'intervention des services de santé au travail. Presance (ex-CISME) soutient fortement ces évolutions.

FO se prononce pour le renforcement du lien entre les travailleurs et les services de santé au travail en rétablissant la visite annuelle obligatoire et en développant des actions d'information aux travailleurs sur leur environnement de travail.

La CFTC estime que les visites de pré reprises devraient être rendues obligatoires, mieux formalisées et constituer un préalable à la déclaration d'incapacité du travailleur, avec plus de responsabilisation de la part de l'employeur dans l'élaboration du plan de retour au travail.

L'UNSA est favorable à l'établissement d'une obligation de visite à l'embauche et de suivi et à la mise en place d'un entretien de reprise obligatoire pour les arrêts d'un mois et plus.

Pour France Assos Santé, le service de santé au travail doit voir son rôle renforcé. Elle regrette qu'aucune proposition forte concernant le service de santé au travail ne soit réellement faite. La question de la santé au travail est un sujet de santé publique partagé par tous les acteurs et pas seulement les organisations patronales et syndicales et les professionnels mais également les associations de victimes du travail, de malades et de personnes en situation de handicap.

¹⁴¹ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

¹⁴² Propos issus des entretiens

➤ **Développer des échanges santé-travail entre le médecin prescripteur et le médecin du travail via des téléconsultations.**

Comme on l'a vu précédemment¹⁴³, la coordination des actions des médecins ne peut se faire sans la construction d'un « *cercle de confiance partagé* » avec le patient. Ceci implique qu'un certain nombre de mesures soit prises pour fluidifier l'information entre les praticiens et que soient levés des obstacles nés de l'absence de partage des données (cf. accès du médecin du travail au DMP).

Encadré 11 : La recommandation de l'IGAS sur la prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés (pour les médecins)

Une des clefs de progrès repose sur l'orientation pertinente des patients en risque de désinsertion professionnelle vers le service de santé au travail, sur la base de l'article R 4624-34 Code du travail selon lequel « *le travailleur peut solliciter notamment une visite médicale, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude dans l'objectif d'engager une démarche de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé* » ou, en cas d'arrêt de travail long, pour la réalisation d'une visite de pré-reprise.

Les inspecteurs recommandent de développer la promotion par les médecins traitant des examens de santé au travail pour les salariés en risque de désinsertion professionnelle et d'étudier les modalités d'une valorisation financière de cette activité.

Source : Rapport IGAS n°2017-025

La mise en place des téléconsultations, qui se définit comme une consultation à distance « *réalisée entre un médecin exerçant une activité libérale conventionnée, dit "téléconsultant", quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale et un patient, ce dernier pouvant être assisté par un autre professionnel de santé* », offre probablement une opportunité de développer les échanges entre les médecins traitant et médecin du travail, en présence du patient. Ces téléconsultations permettraient de faciliter l'établissement de parcours de soins coordonnés, ayant pour objectif le maintien en emploi, et de rémunérer l'investissement du médecin prescripteur.

Piste de réflexion :

Etudier les modalités de valorisation financière de l'investissement du médecin prescripteur pour la réinsertion professionnelle des assurés (téléconsultation avec le médecin du travail, notamment)

Points d'accord et de désaccord des organisations :

La CFTC est favorable, pour les arrêts longs, à une concertation pluridisciplinaire (comme c'est déjà le cas en cancérologie) entre prescripteur, médecin conseil et le médecin travail du travail.

Les autres organisations ne se sont pas prononcées sur cette piste.

¹⁴³ Cf. § 4 « mettre en place les conditions d'une action coordonnées entre les médecins »

4.6 Inciter les employeurs à investir dans le maintien en emploi

► Inciter les employeurs à mettre en place une démarche d'accompagnement des salariés en arrêt de travail

La détection et l'action précoces en matière de désinsertion professionnelle dépendent d'abord de l'investissement des entreprises. C'est aussi au niveau de l'entreprise que des approches plus collectives et favorables au maintien en emploi peuvent être initiées, pour réduire les facteurs de pénibilité, faciliter la vie professionnelle dans les périodes de fragilité personnelle, prévoir des parcours d'évolution pour les salariés les plus exposés à l'usure professionnelle¹⁴⁴.

Les salariés et les employeurs sont les premiers acteurs du maintien en emploi : une multitude d'ajustements organisationnels se décident, au sein des collectifs de travail, pour prendre en compte les difficultés personnelles. Ces ajustements s'effectuent le plus souvent spontanément. En revanche, lorsque la situation est plus complexe, le recours aux dispositifs existant de maintien en emploi ne s'opère pas toujours rapidement. Dans d'autres pays européens, les processus de case management permettent au salarié et à l'employeur de garder le contact : au Danemark, les salariés peuvent convenir d'un rendez-vous avec leur employeur et le médecin de la caisse après 15 jours d'arrêt. En Allemagne, dès la troisième semaine d'arrêt, le salarié qui le souhaite, a droit à un accompagnement personnalisé destiné à rétablir la capacité de travail (garanti par la loi à tous les salariés depuis 2015) : les médecins du service médical mènent ces actions visant à prévenir la désinsertion professionnelle en accompagnant et en conseillant l'assuré/salarié quant aux possibilités de reprise progressive du travail.

Encadré 12 : Les recommandations du rapport de l'IGAS sur la prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés (pour les employeurs)

Proposer au COCT de conduire une réflexion sur les modalités de maintien des liens entre employeurs et salariés durant les arrêts de travail, afin de faciliter l'anticipation de la reprise.

Développer l'appui à la négociation sociale sur la prévention de la désinsertion professionnelle, en particulier dans le cadre des négociations sur la qualité de vie et la santé au travail, sur la gestion des âges et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Lorsqu'un reclassement sur le même poste n'est pas possible ou pas souhaitable, les inspecteurs formulent trois propositions pour faciliter l'accès rapide aux dispositifs de droit commun d'aide à la reconversion :

Faciliter, dans le cadre de la réforme de la formation professionnelle en préparation, l'accès à la formation des personnes ayant une restriction d'aptitude ou reconnues inaptes à leur poste de travail

Développer la formation et l'information des professionnels en contact avec les salariés menacés de désinsertion professionnelle sur les outils de droit commun mobilisables

Intégrer dans le cahier des charges relatif au conseil en évolution professionnelle la prise en compte des conséquences de l'état de santé ou du handicap sur le projet professionnel

Source : Rapport IGAS n°2017-025

¹⁴⁴ Cf. rapport IGAS n°2017-025

➤ **Inciter les entreprises volontaires à mettre en place des plans de prévention.**

Pour prévenir et maîtriser les arrêts courts, l'entreprise peut jouer sur les dispositifs de prévention santé (conditions et organisation du travail, pratiques managériales). Ainsi, la mise en place d'un accord télétravail peut faire baisser l'absentéisme. Pour prévenir et maîtriser les arrêts longs, d'autres leviers sont disponibles tels que les dispositifs de prévention des risques professionnels, de prévention santé ou de dépistage, l'accompagnement des salariés en situation de fragilité (aidants, familles monoparentales, salariés en situation de handicap) ou du retour à l'emploi, les dispositifs de maintien dans l'emploi des seniors.

Les employeurs peuvent également s'engager dans une démarche de prévention en appliquant les règles issues des cadres de prévention. Par exemple, le « cadre vert » pour les lombalgies constitue un recueil de limites de différentes contraintes qui rendent un poste de travail acceptable même pour un salarié en retour précoce ou sans arrêt de travail après ou pendant un épisode de lombalgie aiguë. *« Il s'agit d'un cadre incitatif, compréhensible, réalisable. (...) C'est un poste « transitoire qui doit permettre un retour à une activité normale en 8 à 21 jours »*¹⁴⁵.

Une entreprise pourrait être considérée comme « inclusive » si elle peut démontrer l'existence, d'une part, une politique préventive de formation, de prévention des risques professionnels, d'une politique de santé adaptée à ses salariés, et d'autre part, un plan d'analyse des postes de travail, et sa capacité à les adapter en cas de besoin. Une telle politique ne peut être que pluriannuelle. Pour la mission, il appartient aux partenaires sociaux, s'ils considèrent cet axe satisfaisant, de le développer et de le négocier. Lors de nos auditions, nos interlocuteurs nous ont montré que les employeurs avaient intérêt à agir : d'après Malakoff Médéric, un programme de prévention santé peut faire baisser les arrêts maladie de 13%¹⁴⁶.

➤ **Inscrire les entreprises atypiques dans une démarche d'accompagnement renforcé.**

Une minorité d'entreprises, dont le taux d'absentéisme est manifestement excessif, très au-delà de la moyenne du secteur, font peser une charge à la collectivité.

Jusqu'ici, peu d'outils s'offraient à l'Assurance maladie pour les entreprises fortement atypiques en termes d'absentéisme. L'action qu'elle mène actuellement en direction des entreprises atypiques, de plus de 200 salariés, dont les salariés sont « surconsommateurs médicaux » devrait être rapidement simplifiée, industrialisée et généralisée. A l'instar de la démarche d'accompagnement des prescripteurs atypiques, la démarche d'accompagnement des entreprises atypiques pourrait être graduée : entretien d'alerte assortie de délai d'ajustement, mise en place d'un plan d'action, évaluation des mesures d'ajustement, jusqu'à, le cas échéant, l'établissement d'une pénalité.

La CNAM devrait pouvoir enjoindre ces entreprises à mettre en place, dans un certain délai, un plan d'action visant à réduire leur taux d'absentéisme pour maladie par des mesures de formation de l'encadrement, d'aménagement de l'organisation du travail, etc. Pour éviter les effets non voulus d'éviction des salariés fragiles ou les pressions indues sur les salariés, le taux d'absentéisme de référence exclurait les salariés de plus de 50 ans, ainsi que les personnes atteintes de handicap. Le plan d'action serait soumis pour avis aux représentants du personnel.

¹⁴⁵ Jean-Pierre Meyer, Jean-Luc Mochel. « Le process " cadre vert " : comment le travail peut aider à rester actif ». Troisième Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques (TMS). Échanges et pratiques sur la prévention / Organisé par l'Anact et Pacte, May 2011, Grenoble, France

¹⁴⁶ « Les salariés face à l'arrêt de travail », étude Malakoff Médéric / Comptoir MM de la nouvelle entreprise / IFOP, 2^{ème} vague, auprès de 2 010 salariés, mai 2018

Pistes de réflexion :

Inciter les entreprises à mettre en place un plan d'action pour lutter contre la sinistralité « maladie » à travers le dialogue social et le rendre obligatoire pour les entreprises à forte sinistralité « maladie », avec un système de pénalité, modulé en fonction du contexte (hors salariés âgés ou atteints de handicap, territoire...)

Réserver l'équivalent de 10 % des dépenses d'incapacité temporaire de la branche AT-MP pour aider les entreprises à mettre en œuvre des cadres adaptés à la reprise de travail après arrêt maladie ou AT-MP (exemple « cadre vert » pour les lombalgies)

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁴⁷ :

L'ensemble des organisations patronales sont plutôt favorables à ces deux propositions. La CPME considère que ce plan d'action doit être négocié au niveau des branches, et non des entreprises. Par ailleurs, elle estime que le salarié, comme l'entreprise, devrait s'engager individuellement dans une démarche contractuelle pour le retour en emploi.

Le MEDEF est favorable à la mise en place d'une procédure de coopération entre le médecin du travail, le salarié et l'employeur – dans une logique d'accompagnement et en tenant compte des exigences liées à l'organisation du travail dans l'entreprise. Il est par ailleurs favorable à la généralisation du dispositif d'accompagnement des entreprises présentant un nombre d'arrêts de travail atypique avec la mise en place d'une procédure dédiée de repérage des cas, d'accompagnement et d'évaluation des actions engagées par les entreprises. Le MEDEF propose une mise en œuvre en trois étapes : repérage des entreprises, conclusion d'un contrat assorti d'un plan d'accompagnement renforcé avec la CPAM, suivi et évaluation au regard des indicateurs et des objectifs fixés après un délai raisonnable permettant à l'entreprise de mettre en place des actions de prévention.

La CFTC est favorable à ces propositions et regrette que trop peu d'inspiration des dispositifs de "case management" européen se retrouve dans les propositions. Elle est favorable à la négociation des branches sur ces thématiques (promotion de bonnes pratiques entre entreprises de la même branche). Elle souhaite améliorer l'utilisation et l'efficacité des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle en les rendant obligatoires pour les employeurs et préalable à la décision d'incapacité du salarié. Elle propose de s'inspirer du modèle hollandais qui impose un plan de réinsertion des salariés en arrêts de longue durée, qui permet de faire l'inventaire des obstacles à la reprise et un plan de retour au travail, en co-construction entre l'employeur, le médecin du travail et le salarié.

FO souhaite la mise en place d'une pénalité financière des entreprises à fort taux d'absentéisme pour les inciter à mettre en place une prévention active.

L'UNSA est favorable à des solutions de retour à l'emploi partagées et coordonnées.

Les autres organisations ne se sont pas prononcées.

➤ **Mieux faire connaître les outils facilitant le retour à l'emploi**

La mise en situation professionnelle est reconnue comme une étape souvent indispensable pour élaborer ou tester un nouveau projet professionnel.

Parmi les outils disponibles permettant une mise en situation, quelques-uns de nos interlocuteurs ont évoqué l'« essai encadré », qui permet à un salarié d'expérimenter sur quelques demi-journées un nouveau poste. Il ressort que cet outil, assez complexe à mettre en œuvre, est une solution qui peut être efficace et qui n'est pas suffisamment connue, des salariés comme des employeurs.

¹⁴⁷ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

Encadré 13 : L'essai encadré

L'essai encadré, d'une durée de 3 jours maximum, est un dispositif de l'Assurance Maladie qui permet au salarié en arrêt de travail de préparer sa reprise d'activité, tout en continuant à bénéficier des IJ. L'essai encadré s'inscrit dans un objectif de retour à l'emploi.

L'essai encadré permet, pendant l'arrêt de travail, de tester la compatibilité d'un poste avec l'état de santé du salarié. Il permet de tester la capacité du salarié à reprendre son ancien poste de travail, tester un aménagement de poste, tester un nouveau poste de travail, préparer une reconversion professionnelle. L'accès au dispositif se fait à la demande de l'assuré, souvent sur proposition des cellules PDP, SAMETH, Comète ou des services de santé au travail.

Cet essai est organisé en accord avec l'entreprise d'accueil et validé par le médecin du travail de cette entreprise à l'occasion d'une visite médicale « d'aptitude à l'essai encadré ». Il nécessite l'accord du médecin traitant, l'avis du médecin conseil, après une évaluation globale de la situation de l'assuré par le service social.

CPAM Eure

Le rapport de l'IGAS sur la prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés établit par ailleurs une liste des différents outils disponibles¹⁴⁸.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁴⁹ :

Les organisations ne se sont pas prononcées sur cette piste de réflexion, qui ne paraît pas soulever de difficultés.

¹⁴⁸ Rapport IGAS n°2017-025 « la prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés », établi par P. Aballéa et M.A. du Mesnil du Buisson (IGAS), décembre 2017

¹⁴⁹ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

➤ **Inciter au maintien en emploi des salariés âgés.**

Depuis 2010, la CNAV note une augmentation de la proportion des assurés ayant une présomption d'emploi avant leur retraite. En 2015, 0,5 % des assurés ont validé des trimestres l'année même ou l'année précédant le départ à la retraite au titre de la maladie (4,5% au titre de l'invalidité)¹⁵⁰. Leur **part** diminue au cours des cinq dernières années. En revanche, l'arrêt de travail précède la retraite pour un **nombre** croissant de salariés de plus de 62 ans, à défaut d'invalidité ou de cessation d'activité progressive. Ainsi, le CTIP constate une hausse sensible des arrêts maladie indemnisés entre 2014 et 2018 (+ 19 % en montant). 6 % des salariés de plus de 62 ans ont eu un arrêt maladie en 2017, 2 % des salariés de plus de 65 ans.

- La taxation des dispositifs de pré-retraite est dissuasive.

Les situations de cumul emploi-retraite restent peu fréquentes. En 2017, 5,0 % des actifs occupés de 55-64 ans déclarent percevoir une pension de retraite ou une préretraite. Symétriquement, 8,3 % des retraités ou préretraités de 55-64 ans occupent un emploi¹⁵¹.

Pour inciter les employeurs à conserver leurs seniors, les dispositifs de préretraite mis en place à l'initiative de l'employeur sont taxés à hauteur de 50 %, applicables sur chaque euro finançant le régime de pré-retraite. Cette taxation est dissuasive pour les entreprises, qui, pour certaines, préfèrent proposer une rupture conventionnelle aux salariés âgés. Cette solution leur permet, à quelques années de la retraite, d'épuiser leurs droits à l'assurance chômage, puis, pour une partie d'entre eux, leurs « droits » à maladie, avant de prendre leur retraite.

Plusieurs de nos interlocuteurs ont évoqué la piste d'un allègement des taxes, pour éviter ce phénomène.

Encadré 14 : Les contributions patronales sur les dispositifs de pré-retraite

- | |
|---|
| <p>- les allocations versées aux salariés, dans le cadre de préretraites ou de cessation anticipée d'activité s'accompagnant d'une rupture du contrat de travail sont soumises à une contribution à la charge des employeurs égale à 50 % pour les avantages versés au titre d'une préretraite ayant pris effet à compter du 11 octobre 2007 ou 25,5 % pour les allocations ayant pris effet entre mai 2003 et octobre 2007. L'avantage est totalement exonéré pour les allocations de préretraite d'entreprise antérieurs à mai 2003 (cf. circulaire DSS/5B 2008-66 du 25 février 2008 relative à la préretraite d'entreprise, et à la mise à la retraite : régularisation de la contribution des employeurs).</p> <p>- les indemnités versées en cas de mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur sont également soumises à une contribution fixée à 50 % pour les indemnités versées depuis le 1er janvier 2009.</p> |
|---|

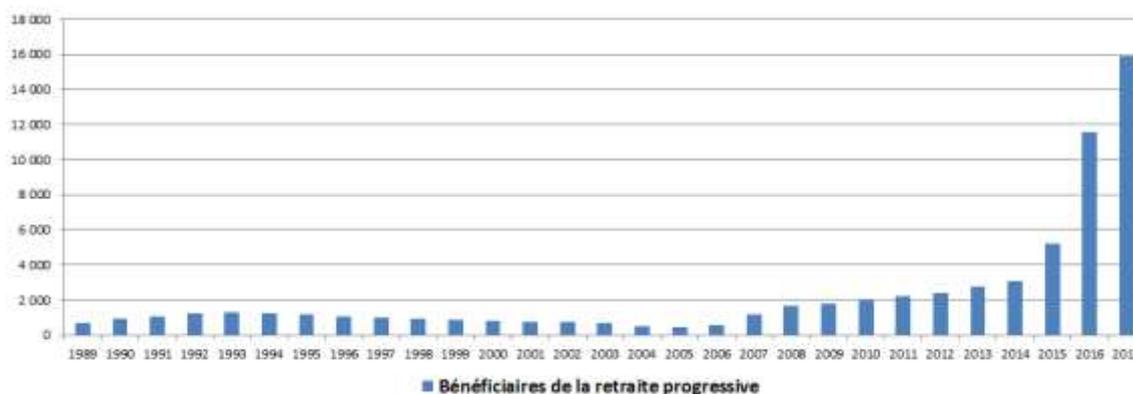
¹⁵⁰ CNAV

¹⁵¹ Source : INSEE Focus n°119, 12/07/2018

- Mis en place en 1988, le dispositif de la retraite progressive reste très peu utilisé.

L'assouplissement des conditions d'accès au dispositif de retraite progressive a permis d'enregistrer une augmentation sensible du nombre de bénéficiaires au cours des dernières années (15 911 bénéficiaires au 31/12/2017), qui demeure toutefois très en deçà du nombre de bénéficiaires potentiels (plus de 600 000 départs à la retraite annuels – droits directs¹⁵²).

Graphique 19 : Nombre de bénéficiaires de la retraite progressive



Source : CNAV

Encore largement méconnu, nos interlocuteurs ont souligné les avantages de ce dispositif :

- Pour le salarié senior : il peut dès soixante ans réduire son activité sans baisse importante de ses revenus et sans compromettre sa retraite future. Outre la qualité de vie, un changement progressif du rythme de vie contribue à un bon état de santé général et évite des arrêts maladies souvent lourds en fin carrière.
- Pour l'entreprise : elle peut réduire ses coûts, sans pour autant perdre le fruit de l'expérience de ses salariés les plus expérimentés.
- Pour la collectivité : les cotisations continuent d'être versées, en légère diminution certes, mais sans comparaison avec des salariés qui se retrouvent brutalement sans emploi.

Certains de nos interlocuteurs expliquent ce faible taux de recours par le fait qu'il faille obtenir l'autorisation de l'employeur. Ils suggèrent par ailleurs d'ouvrir le dispositif aux salariés au « forfait-jours », qui en sont exclus. D'autres voient un frein dans l'incapacité des régimes de retraite à fournir une simulation simple et lisible aux assurés lorsqu'ils font des arbitrages (le niveau de pension est en effet recalculé au moment du départ définitif à la retraite). Les simulateurs actuels devraient être affinés.

¹⁵² CNAV

Piste de réflexion :

Prendre en compte dans la future réforme des retraites, le faible succès du système de retraite progressif (1% du flux annuel des liquidations de droits) pour :

- instituer un système plus simple et plus attractif,
- et/ou inciter à une négociation interprofessionnelle en vue de mettre en place un dispositif de cessation partielle d'activité anticipé avec maintien des cotisations retraite sur un temps plein,
- Envisager une diminution de la taxation des dispositifs de pré-retraite.

L'étude de ces pistes doit s'articuler avec la politique menée visant à garantir le maintien des seniors en emploi (adaptation des postes...) et avec l'ensemble des dispositifs mobilisables pour accompagner les transitions professionnelles¹⁵³. Elle nécessite d'établir des chiffrages précis de leur impact financier, qu'il n'a pas été possible d'établir, au vu des délais contraints de la mission.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁵⁴ :

La CFE CGC est favorable à cette évolution.

La CFDT considère que des dispositifs de type retraite progressive ou cessation partielle d'activité sont à organiser et à favoriser dans les évolutions en cours.

La CFTC est favorable au développement des moyens pour rendre plus attractive la retraite progressive. Il conviendrait de simplifier le dispositif dans la perspective d'un système de retraite universel en points (version élargie du cumul emploi-retraite intégralement libéralisé).

Pour FO une mise à la retraite anticipée doit être prévue pour les travailleurs les plus âgés qui sont le plus souvent touchés par les arrêts maladie de longue durée.

Le MEDEF considère que ce sujet dépasse les IJ et renvoie à la réforme systémique des retraites pour laquelle une concertation est en cours, et que cela ne doit pas aboutir à un transfert pur et simple du financement entre branches sans bénéfice en termes de gestion du risque.

France Assos Santé considère ces propositions intéressantes. Elles peuvent éviter à des seniors la désinsertion professionnelle (notamment des malades chroniques) ou de ralentir le rythme de travail sans perte de revenus. Pour autant une vigilance est posée car ces dispositifs ne doivent pas remplacer les arrêts de travail complets quand ils sont nécessaires. France Assos Santé sera attentif aux modalités de mise en œuvre de ces dispositions.

Les autres organisations ne se sont pas prononcées.

¹⁵³ Voir notamment l'avis du Conseil économique, social et environnemental concernant « l'emploi des seniors » (avril 2018)

¹⁵⁴ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

➤ **Inciter les employeurs à faire appel aux dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle développés par les assureurs complémentaires**

Dans le cadre de la réforme de la généralisation de la complémentaire santé, les nouvelles clauses de recommandation prévoient le financement de prestations dites non-contributives par un degré élevé de solidarité, représentant un minimum de 2% des cotisations. Ces prestations comprennent des actions de prévention « ou » des prestations d'action sociale. Parmi les actions de prévention mises en oeuvre, le rapport sur la santé au travail¹⁵⁵ cite celles de prévention de la désinsertion (intervention à +25 et +85 jours), « *l'accompagnement des cadres dans leurs pratiques managériales ou de salariés en difficulté ou en situation d'aidant ou de handicap, la production de tableaux de bord pour les clients, la mise en ligne d'un outil pour comprendre les données moyennes d'arrêt maladie et aider au calcul du coût de l'arrêt, l'aide au retour et à l'aménagement de poste d'une personne atteinte d'un cancer (...)* ». Cette offre est permise par l'exploitation fine des données de l'entreprise en fonction de ses problématiques (données sociales et d'absentéisme par populations, entités, risques).

Nos interlocuteurs évoquent également, parmi les actions développées par les institutions de prévoyance et les groupes de protection sociale, la formation des salariés aux gestes de premiers secours, la prévention des risques psycho-sociaux, les actions de prévention de l'asthme, du diabète, de l'hypertension, coaching santé, nutrition, sommeil ou stress jusqu'à des aides à la pratique sportive...¹⁵⁶.

Ils en soulignent toutefois les limites, et en premier lieu le fait que ces actions de prévention ne sont pas « *portables* »¹⁵⁷, c'est-à-dire que le retour sur investissement en prévention n'est possible que si l'entreprise ne change pas d'assureur. De plus, la mise en place d'actions de prévention pour les arrêts longs nécessite d'être informé rapidement de l'arrêt de travail. Or, les entreprises transmettent le plus souvent l'information aux organismes complémentaires 3 ou 4 mois seulement après le début de l'arrêt. On note toutefois l'existence depuis 2015 d'un service d'échange automatisé des décomptes d'IJ des salariés en arrêt de travail entre l'Assurance maladie (salariés du régime général) et les organismes complémentaires (PREST IJ¹⁵⁸), auquel tous les assureurs n'ont pas adhéré (service payant).

Au cours des auditions, les représentants des assureurs ont émis le souhait d'un partage de l'information et des données relatives aux arrêts de travail sur une base agrégée et anonyme entre tous les acteurs. Toutefois, il apparaît que certains de nos interlocuteurs, assureurs complémentaires, sont d'ores et déjà capables de reconstituer la pathologie d'un assuré à partir des remboursements de médicaments, les prix des médicaments étant fixés dans une base. A partir de ces éléments, ils peuvent mener des actions de prévention ciblées, en fonction des arrêts repérés. Certains assureurs ont mis en place un service médical de contrôle des arrêts de travail et développent des actions d'accompagnement pour lutter contre l'absentéisme (Mutuelle nationale territoriale...).

Il ressort également des auditions que les assureurs souhaitent une extension du cadre social et fiscal spécifique mis en place pour les garanties de prévoyance complémentaires¹⁵⁹ aux prestations de services, de prévention et d'assistance (aide au retour à l'emploi, accompagnement psychologique,

¹⁵⁵ Rapport relatif à la « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec l'appui de Hervé Lanouzière, IGAS, juillet 2018

¹⁵⁶ CTIP

¹⁵⁷ Propos issus des entretiens

¹⁵⁸ Les employeurs n'ont plus à adresser aux IP leurs décomptes papier IJSS fournis par les CPAM et les délais de traitement pour le règlement des IJ complémentaires sont améliorés. 2,5 millions de salariés sont couverts (source : CTIP).

¹⁵⁹ Article L.242-1, sixième alinéa et D.242-1 du code de la sécurité sociale

plateformes de services, etc.) qui peuvent se développer autour de l'indemnisation de l'arrêt de travail.

Piste de réflexion :

Inciter les organismes complémentaires à utiliser la participation prélevée au titre du degré élevé de solidarité, prévue dans les accords de branche pour financer des prestations de retour à l'emploi pour les assurés en arrêt maladie.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁶⁰ :

La CFDT propose que l'assurance maladie et les organismes complémentaires associés aux organismes de prévention de la santé au travail sensibilisent les entreprises (dirigeants et représentants des personnels) en expérimentant, dans le respect de la CNIL, des procédures de veille, d'alertes et d'accompagnement des travailleurs.

Les autres organisations ne se sont pas prononcées sur cette disposition, qui paraît acceptable, en l'état des discussions et sous réserve d'instruction complémentaire.

¹⁶⁰ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

4.7 Engager les organismes de protection sociale dans un démarche d'accompagnement personnalisé de l'assuré en arrêt de travail.

Les organismes de protection sociale disposent de deux services à même d'accompagner les assurés dans une démarche de réinsertion professionnelle, et de les orienter vers un dispositif adapté (visites de pré-reprise, reprise à temps partiel, formations, invalidité, contrat de rééducation professionnelle en entreprise, ...) à la suite d'un arrêt maladie : les cellules de prévention, qui relèvent du service social de l'Assurance maladie¹⁶¹, et le service médical.

Encadré 15 : Le service médical et les cellules de PDP

Le service médical

Les praticiens conseil du service médical jouent un rôle essentiel pour le repérage et le signalement des risques de désinsertion professionnelle. Il leur revient d'articuler cet objectif avec celui de maîtrise des indemnités journalières. Le service médical de l'Assurance maladie compte près de 7 700 ETP, dont 25 % de praticiens conseil. 60 % des effectifs sont affectés au contrôle individuel des prestations¹⁶².

Les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle (CPAM et MSA)

Dans les territoires, les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle des CPAM et des MSA assurent la prise en charge des situations complexes qui nécessitent la coordination de plusieurs acteurs pour permettre le maintien en emploi¹⁶³.

En 2015, la CNAM a identifié 548 000 assurés en arrêt de travail de longue durée (90 jours), dont 276 000 ont été accompagnés par le service social¹⁶⁴ et 137 000 ont été accompagnés pour une problématique de prévention de la désinsertion professionnelle. Le nombre d'assurés accompagnés au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle est l'un des indicateurs suivis par l'assurance maladie dans la nouvelle COG (2018-2022).

► Encourager le « case management » dans les échelons locaux du service médical

A côté des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle du service social, les conseillers services assurance maladie (CSAM) du service médical développent des démarches de « case management » et d'accompagnement global des salariés en arrêt maladie. Ils prennent en charge la gestion des dossiers les plus complexes et assurent l'articulation des professionnels de santé impliqués dans l'arrêt et la reprise du travail (médecin-conseil, médecin prescripteur, service social, service de santé au travail). Trois grands groupes de pathologies sont suivis : états dépressifs, maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, lésions traumatiques. Un quart des dossiers traités aboutissent à une reprise du travail¹⁶⁵. En 2016, 17 échelons locaux du service médical ont expérimenté cette fonction, avant sa généralisation.

¹⁶¹ Rattaché aux CARSAT, même si ses implantations locales sont hébergées par les CPAM : cf. rapport IGAS n°2017-008

¹⁶² Source : revue de dépenses IGAS-IGF

¹⁶³ Le rapport de l'IGAS n° 2017-025 relève des modalités de coordination variables selon les acteurs et les territoires, pour les cas les plus complexes (SSTI, appui externe...).

¹⁶⁴ Source : note CNAMTS sur « le développement de nouveaux parcours attentionnés ».

¹⁶⁵ Cf. revue de dépenses IGAS-IGF

Encadré 16 : Les recommandations de l'IGAS sur la prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés (pour les organismes de protection sociale)

Former et superviser l'ensemble des praticiens conseils sur les problématiques de prévention de la désinsertion professionnelle.

Maintenir la mobilisation du service social des CARSAT et caisses de MSA (renforcer l'action des services sociaux des CARSAT et MSA en matière de prévention de la désinsertion professionnelle et maintenir les ressources qu'ils y consacrent, améliorer les modalités de repérage par les CARSAT des personnes en risque de désinsertion professionnelle et expérimenter d'autres modes de contact que l'envoi de courriers).

Proposer aux SST disposant d'une équipe de maintien en emploi pluridisciplinaire de conduire avec l'appui financier de la CNAMTS une expérimentation sur l'organisation de l'accompagnement pour le maintien en emploi et son évaluation ;

Développer sur l'ensemble du territoire dans les services hospitaliers les équipes dédiées à l'accompagnement du retour au travail des patients ayant connu des arrêts de travail longs ;

Etudier la création d'une « *indemnité journalière de préparation du retour à l'emploi* » attribuée par le service social de la CARSAT ou de la MSA, en relais d'une indemnité journalière d'assurance maladie ou AT-MP, aux personnes ayant démarré ou déjà inscrites à une action de bilan, orientation ou formation.

Mettre en place une approche graduée de coordination : Mettre en place dans le cadre des CROCT des instances de pilotage régional de la prévention de la désinsertion professionnelle, chargées de décliner de manière transversale les orientations du PRITH et du PRST et définir dans chaque région des instances de coordination opérationnelle au niveau local, permettant notamment la désignation explicite d'un référent pour l'accompagnement des situations complexes.

Source : Rapport IGAS n°2017-025 « La prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés », établi par P. Aballéa et M.A. du Mesnil du Buisson (IGAS), décembre 2017

Nos interlocuteurs ont souvent évoqué le fait que la durée des arrêts de prescription peut être sensiblement rallongée, du fait des difficultés d'accès sur certains territoires à l'offre de soins (méconnaissance de l'offre de prévention contre la désinsertion professionnelle, délais de prise de rendez-vous pour réaliser des examens complémentaires, auprès des spécialistes ou pour des examens spécialisés). Un de nos interlocuteurs a cité le cas du Canada, où les « case managers » prennent en charge les rendez-vous pour réduire des délais d'attente. L'intervention de ces conseillers pourrait permettre de lever les points de blocage, par exemple concernant le parcours de soins du patient.

Piste de réflexion :

Généraliser des agents chargés d'aider le salarié dans ses démarches de retour à l'emploi (conseiller services assurance maladie (CSAM))

Points d'accord et de désaccord des organisations :

Cette piste de réflexion est l'une des dix premières mesures envisageables par la mission d'expertise dans sa note d'étape du 19 octobre 2018 : elle a paru acceptable dans le principe par toutes ou parties des organisations rencontrées, sous réserve de l'instruction de ses modalités de mise en œuvre par la CNAM.

➤ **Revoir la politique de contrôle des arrêts longs**

La stratégie du service médical de l'Assurance maladie vise une détection plus efficiente et limitée des assurés en arrêt de travail par un contrôle restreint et ciblé des arrêts potentiellement non justifiés (plutôt inférieurs à 6 mois) et par l'accompagnement des assurés en arrêt de travail de longue durée (les arrêts de plus de 6 mois représentant 44% du montant indemnisé). Elle repose sur un partenariat entre plusieurs acteurs coordonnés par le service médical dont l'objectif est d'éviter l'entrée des assurés en longue durée pour des affections ne relevant pas d'une ALD exonérante (pathologies sans critère de gravité) et de réduire les durées d'arrêts de travail de longue durée par des actions d'accompagnements précoces : « *chaque intervenant doit avoir à l'esprit l'objectif qui est d'optimiser la prescription, en validant les arrêts médicalement justifiés mais également en favorisant la reprise du travail lorsque les critères médicaux sont réunis afin de prévenir les risques de désinsertion professionnelle* »¹⁶⁶.

Depuis 2018, le système d'information évolue sensiblement avec l'arrivée de nouveaux outils (amélioration du contrôle sur le flux, outil de suivi de l'activité de gestion des IJ, e-learning, outil de partage PDP, espace d'échange sécurisé avec les médecins, nouvel outil de gestion relation client). L'Assurance maladie doit tirer les conséquences de ces évolutions et revoir en profondeur sa stratégie concernant la gestion des arrêts longs, à l'aune de la médicalisation croissante des contrôles. Ainsi les contrôles liés à l'article L.324-1, réalisés au sixième mois dans le but d'éviter la chronicisation de l'arrêt, et qui constituent une grande partie de l'activité du service médical apparaissent de ce fait plus liés à une contrainte administrative qu'à une motivation thérapeutique. Nos interlocuteurs soulignent que le risque de chronicisation ne se décrète pas à une date donnée, mais diffère selon la pathologie. Une meilleure connaissance des éléments d'ordre médical et les progrès réalisés en matière d'analyse de la consommation de soins devraient permettre d'adapter l'agenda des contrôles au risque de chronicisation, et ainsi mieux prévenir les risques de désinsertion.

Piste de réflexion :

Réévaluer la pertinence du système des ALD non exonérantes et du contrôle systématique du dossier de l'assuré au sixième mois (article L.324-1 du code de la sécurité sociale) au profit d'une gestion médicalisée du suivi des personnes en arrêt ➔ 3 mois

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁶⁷ :

La CFE CGC est favorable à cette évolution.

La CFDT estime qu'un regard affiné sur les pathologies des arrêts courts liées à des causes professionnelles pourrait permettre d'anticiper la trajectoire santé du travailleur et donner lieu à un accompagnement spécifique de ce dernier.

Les autres organisations rencontrées ne se sont pas prononcées.

¹⁶⁶ Cf. lettre réseau 72-2012 de la CNAM

¹⁶⁷ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

➤ La prévention de la désinsertion professionnelle dans la fonction publique

Dans les fonctions publiques, la lutte contre la désinsertion professionnelle est compliquée voire rendue impossible dans certains cas, du fait des dysfonctionnements constatés au niveau des instances médicales (comités médicaux et commissions de réforme). Par ailleurs la typologie des arrêts maladie diffère sensiblement de celle qui prévaut dans le secteur privé (cf. encadrés 17 et 22 ci-dessous).

Encadré 17 : Le fonctionnement des instances médicales

Les fonctionnaires en arrêt de travail peuvent bénéficier de plusieurs types de congé : le congé de maladie dit congé de maladie ordinaire (CMO), le congé de longue maladie (CLM), le congé de longue durée (CLD) et le congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) pour les seuls arrêts de travail en lien avec un accident ou une maladie d'origine professionnelle.

S'agissant des arrêts de courte durée d'origine non professionnelle (CMO inférieur à 6 mois consécutif), le placement en congé maladie relève de la décision de l'administration employeur sur présentation d'une demande accompagnée d'un certificat médical. L'administration employeur peut, à tout moment, diligenter une contre-visite pour vérifier le bien-fondé médical du CMO.

S'agissant des arrêts de longue durée d'origine non professionnelle (CMO supérieur à 6 mois consécutif, CLM et CLD), le placement en congé intervient sur décision de l'administration employeur sur présentation d'une demande accompagnée d'un certificat médical et après avis d'une instance médicale faisant alors intervenir un examen préalable du bien-fondé médical de l'arrêt de travail.

Pour les trois versants de la fonction publique, deux instances médicales consultatives, les comités médicaux (uniquement composés de médecins) et les commissions de réforme (associant médecins et représentation paritaire), sont chargées de donner des avis sur les questions liées à la santé des agents publics, préalablement à la décision de l'employeur sur l'application des différents dispositifs relatifs à la santé des fonctionnaires (congés, disponibilité d'office...).

Ces instances sont placées au sein de chaque département ministériel pour les agents affectés en administration centrale et au sein des directions départementales chargées de la cohésion sociale (DDCS/PP) pour les agents dans les départements (services déconcentrés, établissements publics de l'État, collectivités locales non affiliées à un centre de gestion et établissements publics hospitaliers). Certains établissements publics (par exemples : les EPST tels que le CNRS et l'INSERM) disposent de leurs propres instances médicales compte tenu de la taille des effectifs concernés. Dans la fonction publique territoriale (FPT), des centres de gestion organisent, pour les collectivités locales qui leur sont affiliées, l'instruction des dossiers en vue de leur passage devant le comité médical ou la commission de réforme.

Un comité médical supérieur, placé auprès de la ministre chargée de la santé, peut être saisi en appel des avis des comités médicaux. Il assure, par ailleurs, la coordination des avis et formule des recommandations.

Ces instances départementales, dont le portage financier et RH est assuré par le seul ministère chargé des affaires sociales, rencontrent de façon chronique un grand nombre de difficultés (variété des dossiers à traiter, nombre d'interlocuteurs, pénurie de la ressource médicale, etc.) qui se traduisent par l'allongement du délai de traitement des dossiers, préjudiciable aux agents.

Source : DGAFP

Les témoignages recueillis corroborent l'engorgement des instances médicales et les constats du rapport établi récemment par les inspections¹⁶⁸ :

- Le dispositif complexe est générateur de lourdeurs et de délais ;

¹⁶⁸ Rapport « *Evaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique* », établi par A. Bruant-Bisson (IGAS), A. Ardillier et M. Bondaz (IGA), M. Marigeaud (IGF), R. Gicquel (IGAENR), mars 2017

- La multiplicité des intervenants ainsi que le cloisonnement du dispositif entre les sujets couverts par le secret médical et les questions de gestion administrative et statutaire compliquent la prise en charge par chaque acteur ;
- La pénurie médicale complique l'organisation et la tenue des instances (voire l'empêche, selon nos interlocuteurs).

Les inspecteurs y soulignaient notamment la nécessité de « *connecter aux politiques de réemploi des agents* », d'« *intégrer le dispositif dans une démarche de bonne gestion des ressources humaines* », « *de mieux l'articuler avec les problématiques de prévention, de reclassement et, plus largement, avec les questions d'employabilité* », et formulaient plusieurs scénarios d'évolution.

Depuis 2018, un premier pas a été franchi. Les fonctionnaires de l'Etat reconnus inaptes peuvent bénéficier d'une période de préparation au reclassement pour bénéficier d'un accompagnement adapté (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 18 : Dispositif mis en place par le décret n° 2018-502 du 20 juin 2018

Le décret prévoit que, pendant une durée maximale d'un an, le fonctionnaire de l'Etat pourra bénéficier d'un accompagnement individualisé, d'actions de formation et de la possibilité de découvrir de nouveaux univers professionnels à l'occasion de périodes d'observation et de mise en situation sur un ou plusieurs postes, y compris en dehors de l'administration d'origine de l'agent. Ce processus de transition professionnelle, co-construit avec l'intéressé et fera l'objet d'évaluations régulières. Durant cette période, l'agent demeurera en position d'activité et bénéficiera du maintien de son traitement.

Ce dispositif a pour objet de mieux accompagner les fonctionnaires reconnus inaptes, pour des raisons de santé, vers l'exercice de nouveaux métiers ou de nouvelles fonctions et éviter ainsi l'absentéisme lié au phénomène de désinsertion professionnelle. Ce dispositif va être étendu aux deux autres versants de la fonction publique.

Source : DGAFP

Les témoignages de nos interlocuteurs suggèrent de revoir l'ensemble des dispositifs pour favoriser le maintien en emploi des fonctionnaires, au regard des constats précités. Une telle réflexion pourrait être inscrite à l'ordre du jour du dialogue social spécifique à la fonction publique, autour des quatre chantiers de la concertation « *Refonder le contrat social avec les agents publics* ».

Piste de réflexion :

Revoir les dispositifs publics pour que les agents de la fonction publique puissent accéder au même niveau d'accompagnement en PDP que les salariés de droit privé.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁶⁹ :

Cette piste a paru acceptable dans le principe par toutes ou parties des organisations rencontrées, en l'état des discussions et sous réserve d'instructions complémentaires dans le détail.

Rien ne justifie que les fonctions publiques soient exclues dans le périmètre des réflexions en cours (CFDT, MEDEF).

¹⁶⁹ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

4.8 Lancer une réflexion globale de l'articulation entre les arrêts de travail, la retraite et l'invalidité, avec pour objectif la prévention de la désinsertion professionnelle

➤ Régime général

La durée d'arrêt de travail indemnisable est en France beaucoup plus longue que dans la majorité des autres pays européens (cf. graphique 15 en annexe 2). La durée de versement des indemnités journalières maladie est différente selon que l'assuré est en affection de longue durée (ALD) ou non. Hors ALD, la durée de versement des indemnités journalières maladie est de 360 jours par période de 3 ans. En ALD, la durée d'indemnisation s'étend à 3 années. C'est l'un des dispositifs les plus généreux au niveau européen (mis à part le Portugal, la Slovénie et la Bulgarie). Cette durée peut distendre le lien du salarié à l'emploi.

Encadré 19 : La durée de versement des indemnités journalières

L'article R. 323-1 du code de la sécurité sociale limite la durée de versement des indemnités pour maladie :

- 360 indemnités journalières peuvent être versées sur une période de trois ans aux assurés non atteints par une ALD ;
- les salariés atteints par une ALD peuvent bénéficier d'indemnités pendant trois ans, sans limitation du nombre de jours indemnisés.

Les indemnités journalières sont versées pendant toute la période du congé de maternité. Quant aux accidents du travail ou de maladies professionnelles, elles sont versées pendant toute la période d'incapacité temporaire jusqu'à la guérison ou la consolidation de l'état de la victime.

Source : *Revue de dépenses IGAS-IGF*

L'absence d'évolution attendue de la situation médicale du patient et le constat d'une inaptitude définitive à pouvoir assumer son poste de travail à temps complet conduisent à prendre les décisions qui s'imposent sur le plan professionnel : changement de poste, licenciement, reclassement, voire mise en invalidité. Dans cette situation, la poursuite de l'arrêt de travail n'est plus justifiée.

Encadré 20 : Eléments sur l'invalidité

L'invalidité ne constitue pas une interdiction de travailler. Elle peut être temporaire ou définitive (appréciation médicale). Il existe trois catégories :

- Catégorie 1 : Peut exercer une activité partielle adaptée. 30 % du salaire moyen (maximum : 10 605,60 €/an)
- Catégorie 2 : Ne peut exercer aucune activité salariée. 50 % du salaire moyen (maximum : 17 676 €/an)
- Catégorie 3 : Requiert en plus l'aide d'un tiers pour les actes ordinaires de la vie (alimentation, habillage, toilette, locomotion...). 50 % du salaire (maxi: 17 676 €/an) plus majoration Tierce Personne (12 460,32 €/an).

Ces montants versés par l'Assurance maladie peuvent être éventuellement complétés par des dispositions conventionnelles dans le cadre du contrat de travail ou par un recours à une assurance privée complémentaire.

Nos interlocuteurs témoignent de la fragilisation des salariés mis en invalidité, qui souhaitent pourtant rester en emploi (« *il faut changer la formulation* », « *le système actuel est un carcan* »¹⁷⁰).

¹⁷⁰ Propos issus des auditions

Une nouvelle réflexion serait utile pour adapter les règles de révision des pensions d'invalidité afin de ne pas pénaliser l'évolution des carrières. Certains suggèrent par exemple de revoir la procédure « Invalidité 1ère catégorie » pour permettre la protection du salarié en cas d'incapacité à tenir son poste à temps plein, et de conserver, dans la 2ème catégorie, les situations où l'incapacité est liée à la pathologie. Les éléments recueillis lors des auditions rejoignent les constats établis récemment par l'IGAS (ci-dessous).

Encadré 21 : Les recommandations de l'IGAS sur la prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés (cas des pensions de 1ère catégorie)

Les pensions d'invalidité de première catégorie aident des salariés atteints par un handicap ou une maladie chronique à poursuivre durablement une activité professionnelle à temps partiel, en limitant la baisse de rémunération qui en résulte. Conçues à une époque où la période d'invalidité jouait essentiellement le rôle de transition vers la retraite pour des salariés âgés, les modalités de révision périodique de ces pensions posent problème dans les cas, de plus en plus nombreux, de salariés plus jeunes, atteints de maladies chroniques évolutives et souhaitant rester en emploi le plus longtemps possible. En effet, toute augmentation du salaire (promotion, primes, etc.) entraîne une diminution de la pension, ce qui prive les employeurs et les salariés concernés d'un levier de motivation essentiel.

Les pensions d'invalidité de deuxième catégorie sont aussi concernées, mais marginalement ; leurs bénéficiaires sont supposés être « *absolument incapables d'exercer une profession quelconque* ». Toutefois, cette appréciation portée par la CPAM, après expertise du médecin conseil, n'empêche nullement le salarié de reprendre un travail, si le médecin du travail le juge apte, éventuellement après certains aménagements du poste.

La mission recommande donc qu'une réflexion soit engagée par la direction de la sécurité sociale pour remédier à cette difficulté.

Source : Rapport IGAS n°2017-025 « La prévention de la désinsertion des salariés malades ou handicapés », établi par P. Aballéa et M.A. du Mesnil du Buisson (IGAS), décembre 2017

Tous nos interlocuteurs partagent ce constat : le cadre d'exercice de la médecine a changé, les progrès médicaux, l'augmentation du nombre d'assurés atteints de maladies chroniques évolutives ou dégénératives, les différents aménagements possibles du poste de travail incitent à revoir les dispositions relatives aux ALD et à l'invalidité, dans leur ensemble. Ce cadre de trois ans est rigide dans certains cas, nécessaire ou insuffisant dans d'autres (mucoviscidose, patient en attente de greffe).

Les nouvelles thérapeutiques entraînent un changement de la perception de la maladie chronique évolutive. Elles pourraient conduire à modifier la prise en compte de la durée d'un temps partiel thérapeutique, pour permettre par exemple l'administration d'un traitement deux jours par mois, sur une période de 8 ou 10 années minimum.

Les délais d'attente pour effectuer un examen médical complémentaire contribuent aussi parfois sensiblement à la prolongation de l'arrêt (un de nos interlocuteurs évoque un délai d'attente de six mois). Une réduction progressive de la durée indemnisable ne peut donc s'envisager sans une réforme des dispositifs de sortie, au risque de placer des assurés trop rapidement en invalidité, qui, une fois licenciés, sortiront du marché du travail – ce qui aurait pour conséquence une augmentation du coût de la prévoyance pour les entreprises (augmentation du provisionnement par les assureurs).

Toute évolution devrait s'accompagner d'une réflexion plus globale sur les systèmes de prise en charge des arrêts maladie et de l'invalidité, afin de faciliter le retour à l'emploi des pensionnés, et d'y associer la médecine du travail.

Pistes de réflexion :

Réduire progressivement la durée réglementaire indemnisable des arrêts longs qui aujourd'hui n'incite pas à la reprise : fixer en cible la durée maximum à 18 mois (après une période de transition permettant aux acteurs d'entrer dans la nouvelle logique et hors maladies évolutives et hors temps partiel thérapeutique)

Lancer une réflexion plus globale sur les systèmes de prise en charge des arrêts maladie et de l'invalidité, afin de tenir compte des nouvelles thérapeutiques pour faciliter le retour à l'emploi des pensionnés. Il conviendrait de réétudier la définition de la 1ère et de la 2ème catégorie.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁷¹ :

La CFDT considère qu'une réflexion doit être portée sur l'accompagnement des salariés en arrêt au-delà de l'âge légal et dont l'inaptitude paraît certaine.

La CFE CGC est opposée à une diminution de la durée réglementaire indemnisable des arrêts longs.

La CFTC n'est pas favorable à l'idée de revisiter les durées réglementaires indemnisables des arrêts longs, et/ou l'articulation entre incapacité temporaire/invalidité, la définition de l'invalidité de catégorie 1.

FO souhaite que soit étudiée la possibilité d'une indemnité de réhabilitation pour faciliter le retour à l'emploi, dans une démarche « *la réadaptation plutôt que l'invalidité* » (exemple des indemnités de réhabilitation en Autriche).

Le MEDEF dénonce une mutualisation du risque : la réduction de la durée d'indemnisation des arrêts maladie conduirait à transférer l'indemnisation du salarié dans le régime de l'invalidité, à faire peser le financement sur les régimes de prévoyance et donc sur l'employeur et le salarié, ce qui revient à augmenter le coût pour les entreprises. Le MEDEF relève toutefois qu'il conviendrait de réfléchir avec tous les acteurs impliqués à une évolution de la logique actuelle, qui est celle de « *l'incapacité à...* » à une logique qui prévaut dans d'autres pays de « *capacité à...* » quand cela est médicalement possible, avec l'accord du salarié et de l'employeur.

Les organisations représentant les assureurs ne sont pas favorables à une réduction de la durée d'indemnisation des IJ. Elles constatent que peu de personnes invalides retrouvent un emploi. « Toute solution visant un transfert de charges nécessiterait une hausse des cotisations, à la charge des entreprises et des salariés ». Pour France Assos Santé, la diminution de la durée réglementaire indemnisable des arrêts ne doit pas aller à l'encontre des besoins des patients et les placer dans une situation de précarité.

France Assos Santé est opposée à « *la confusion des régimes d'indemnisation sous le prétexte de la simplification et de l'égalisation* » : les IJSS versés aux victimes du droit ne sont pas l'expression d'une protection sociale classique mais d'un régime de réparation socialisé. Elle n'acceptera pas que l'indemnisation soit encore revue à la baisse, même pour la période d'incapacité temporaire.

¹⁷¹ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

➤ **Fonction publique**

Dans la fonction publique, des règles spécifiques s'appliquent aux congés maladie de longue durée. Après un congé maladie ordinaire (CMO), un fonctionnaire peut bénéficier d'un congé de longue maladie (CLM), au cours d'une des affections précisées sur une liste ou après l'avis des comités médicaux compétents. Après une année, il a la possibilité de bénéficier d'un congé de longue durée (CLD), qui est le prolongement normal d'un congé de longue maladie à plein traitement, lorsque la reprise de service n'est pas possible. Ce congé n'est toutefois accordé au fonctionnaire malade que pour un nombre réduit de maladies chroniques : tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou sida.

Encadré 22 : La typologie des congés maladie dans la fonction publique

Les statuts de la fonction publique distinguent actuellement, pour les maladies d'origine non professionnelle :

- des congés de maladie, dit ordinaires (CMO), avec une rémunération à plein traitement jusqu'à trois mois de maladie sur une période glissante d'une année, puis une rémunération à demi-traitement pendant neuf mois ;
- des congés de longue maladie (CLM) sur la base d'une liste indicative d'affections susceptibles d'ouvrir droit au CLM fixée par arrêté. La durée de ce congé est fixée à trois ans dont à un an à plein traitement et deux ans à demi-traitement ;
- un congé de longue durée (CLD) accordé pour les affections suivantes (liste limitative fixée par la loi) : affection cancéreuse, maladie mentale, tuberculose, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis. La durée maximale de ce congé est fixée à cinq ans dont trois ans à plein traitement et deux ans à demi-traitement. Tout congé accordé pour la même affection après le placement en CLD est réputé être du CLD.

L'ensemble de ces congés ne sont pas cumulatifs de telle sorte que si l'affection donnant droit à CLM fait suite à une première période de CMO, le CLM débute à compter de la première constatation médicale de l'affection *i.e.* à compter du début du CMO et agit rétroactivement sur ce congé. Il en est de même s'agissant du CLD vis-à-vis des congés maladie précédemment accordés.

Il existe des différences notables entre le CLM et le CLD, à savoir :

- les droits à CLM se reconstituent après reprise des fonctions pendant un an alors que le droit à CLD au cours de la carrière est limité à un an par affection ;
- le CLM n'ouvre pas la vacance de l'emploi, alors que pour le CLD, l'agent peut immédiatement être remplacé et que l'administration dispose de l'emploi budgétaire. Le droit pour l'agent à reprendre ses fonctions n'en est cependant pas affecté, puisque sa réintégration est prononcée en surnombre, c'est-à-dire même s'il n'existe pas d'emploi budgétaire dans le service susceptible de l'accueillir. Le surnombre est résorbé à la première vacance de poste ;
- le CLM peut être attribué pour les maladies listées par arrêté mais aussi pour une maladie qui met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, qui rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et qui présente un caractère invalidant et de gravité confirmé ;
- à l'inverse, la liste des maladies ouvrant droit au CLD est limitativement prévue par la loi, ce qui rend complexe toute modification en vue d'une adaptation à l'évolution des pathologies et des traitements ;
- un agent peut choisir de demeurer en CLM plutôt que d'être placé en CLD conservant alors la possibilité de reconstituer des droits à congé en cas de retour à meilleure santé. Cependant, l'agent ne pourra plus bénéficier d'un CLD pour cette affection.

Source : DGAFP

Nos interlocuteurs témoignent du caractère obsolète de cette liste (tuberculose, poliomyélite...) et de la situation financière parfois difficile à laquelle sont confrontés les agents présentant d'autres pathologies (sclérose en plaque, maladies neurodégénératives...).

Au regard de la complexité de ces dispositifs et de l'évolution de la prise en charge des pathologies, notamment sur un plan médical, une révision des dispositifs de congés pour raison de santé paraît indispensable. L'ouverture d'un dialogue social sur les instances médicales pourrait permettre d'investir plus profondément les mécanismes de prise en charge de la maladie des agents publics.

Piste de réflexion :

Revoir les dispositifs publics pour que les agents de la fonction publique puissent accéder dans les mêmes conditions que les salariés de droit privé au bénéfice de congé de longue durée, indépendamment de leur pathologie et dans un objectif d'équité.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁷² :

Cette piste a paru acceptable dans le principe par toutes ou parties des organisations rencontrées, en l'état des discussions et sous réserve d'instructions complémentaires dans le détail.

La CFDT insiste sur le fait qu'il faut envisager la problématique des arrêts de travail pas uniquement sous l'angle du secteur privé. Pour le MEDEF rien ne justifie l'exclusion des fonctions publiques des réflexions en cours.

La CPME fait le même constat : « *une fracture du fémur, qu'elle soit celle d'un fonctionnaire ou d'un salarié du secteur privé, reste une fracture*¹⁷³ ».

¹⁷² Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

¹⁷³ Propos issu des auditions

4.9 Rendre possibles les alternatives à l'arrêt de travail pour maladie

Il existe un nombre important de salariés qui ne posent pas d'arrêt de travail dans une situation le nécessitant (43 %¹⁷⁴). La France, avec le Danemark et Malte, est en tête des pays européens pour le « **présentéisme** » des salariés se déclarant malades (63% ⁽³⁾). Plusieurs raisons sont invoquées : baisse de revenus, pathologie compatible avec la poursuite de l'activité, anticipation de la charge de travail au retour, pression de l'employeur...

L'étude menée par Malakoff Médéric¹⁷⁵ auprès des salariés montre que le présentéisme progresse : 23 % des arrêts maladie prescrits n'ont pas été respectés (8 % des arrêts ont été pris, mais pas en totalité, et 15 % n'ont pas été pris du tout). Ce phénomène concerne principalement les dirigeants et les cadres (48 % et 22% ne prennent pas l'arrêt prescrit, contre 11% pour les ouvriers). En l'absence de repos, le rétablissement est plus long, voire le salarié encourt une dégradation de son état de santé, (et un arrêt de plus longue durée). Ainsi, la moitié des salariés n'ayant pas pris leur arrêt le regrettent, ce refus ayant eu un impact sur leur productivité (45%), la qualité de leur travail (38 %), ainsi que sur leur santé (29 %) avec un rallongement de la durée de la maladie (24 %) ou une rechute (22 %).

Il existe donc un nombre potentiellement important de salariés qui pourraient ne plus renoncer à s'arrêter totalement de travailler, s'il existait des alternatives à l'arrêt de travail, permettant un repos de courte durée.

D'ores et déjà, il est possible de poursuivre une activité **pendant son arrêt de travail**, sous réserve qu'elle soit autorisée par le médecin prescripteur (cf. encadré 23).

En revanche il n'existe pas de modalité permettant de concilier une obligation de repos et une activité **en dehors de tout arrêt de travail**. C'est par exemple le cas des assurés qui peuvent poursuivre leur activité professionnelle à distance, tout en étant dans l'incapacité physique à se rendre sur leur lieu de travail (entorse...). Il a été cité le cas d'un patient, salarié dans l'aéronautique, travaillant uniquement sur ordinateur (PAO), victime d'une double fracture, nécessitant une immobilisation à domicile de deux mois.

Encadré 23 : Aspects juridiques de l'obligation de repos

L'arrêt de travail est prescrit lorsque le salarié est dans une situation d'incapacité à exercer une activité professionnelle : il s'ensuit que l'obligation de repos fonde l'attribution des indemnités journalières, afin que l'arrêt maladie soit propice à son rétablissement.

L'incapacité physique du patient à continuer ou à reprendre le travail doit être médicalement constatée. Cette incapacité « *s'entend de l'incapacité totale de se livrer à une activité professionnelle quelconque* » et non pas comme une incapacité à reprendre l'emploi antérieur¹⁷⁶. Ni la caisse ni l'employeur n'ont à prendre en charge financièrement des activités qui laissent présumer l'aptitude du salarié à accomplir son activité professionnelle. L'exercice d'une autre activité est toutefois possible pendant un arrêt de travail, sous réserve qu'elle soit autorisée.

¹⁷⁴ « *Les salariés face à l'arrêt de travail* », étude Malakoff Médéric / Comptoir MM de la nouvelle entreprise / IFOP, 2^{ème} vague, auprès de 2 010 salariés, mai 2018

¹⁷⁵ « *Les salariés face à l'arrêt de travail* », étude Malakoff Médéric / Comptoir MM de la nouvelle entreprise / IFOP, 2^{ème} vague, auprès de 2 010 salariés, mai 2018

¹⁷⁶ Source : Cass. Soc., 22 octobre 1998, n°96-22.916, n°4013 P, CPAM de Charente c/ Favraud : Bull. civ. V, n°449

Il existe des entorses à l'obligation de repos, justifiée par la finalité de l'octroi de l'indemnité journalière tournée vers le rétablissement du salarié. Un article expose ainsi les exceptions au principe qui ont été posées par la jurisprudence de la Cour de cassation en 2010, sous réserve d'autorisation¹⁷⁷. En l'espèce, la Cour a estimé que la continuation de l'activité d'enseignant par un musicien n'était pas incompatible avec son état de santé, qu'il avait reçu l'accord des médecins et de l'employeur, et que la caisse ne s'y était pas opposée. Pour la jurisprudence, la possibilité de poursuivre une activité professionnelle n'est possible qu'à la condition que celle-ci soit détachable de celle qui justifie l'arrêt de travail. L'auteure précise qu'« *il semblerait saugrenu, voire inopportun de contraindre le salarié à s'arrêter de travailler alors même qu'il est capable d'exécuter une partie de son activité professionnelle. On peut admettre qu'en fonction de son état de santé, le salarié puisse, de façon limitée, poursuivre certaines activités (...). La solution arrêtée par les arrêts de la deuxième chambre civile en décembre 2010 est pragmatique et n'a pas vocation à donner une définition générique de l'activité autorisée. Celle-ci sera de fait déterminée cas par cas, en amont, par le médecin traitant. Mais la solution laisse subsister la question de savoir comment le médecin traitant doit procéder pour autoriser l'activité* »¹⁷⁸.

La mission a proposé aux organisations de faciliter ou de rendre possibles les alternatives à l'arrêt de travail court : **télétravail et temps partiel thérapeutique simplifié quand le médecin les juges adaptés à l'état du patient**. Ces solutions peuvent aussi trouver à s'employer pour certains arrêts longs :

Piste de réflexion :

Pour les salariés dont les pathologies sont compatibles avec la poursuite de l'activité, le médecin coche l'option « télétravail » sur l'avis permettant au salarié d'une entreprise dotée d'un cadre de télétravail éligible au télétravail en temps ordinaire, de substituer tout ou partie de l'arrêt par du télétravail.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁷⁹ :

L'ensemble des organisations représentant les médecins sont favorables à cette piste.

Pour la CFTC, la mise en place du télétravail peut être pertinente lorsqu'il s'agit d'une stratégie d'adaptation du poste de travail. Cette mise en œuvre ne peut être possible que si certaines conditions sont remplies. Il faut que ce mode d'organisation soit proposé par le médecin du travail dans le cadre d'une visite de pré-reprise, permettant une réflexion conjointe du médecin du travail, de l'employeur et du salarié sur les possibilités d'adaptation du poste de travail. Enfin, le télétravail doit avoir été préalablement négocié au sein de l'entreprise, afin d'éviter les problématiques d'inégalités entre les travailleurs.

FO est favorable aux solutions alternatives à la prolongation de l'arrêt de travail du fait de la distance domicile-travail par le télétravail, sur la base du volontariat et avec avis médical obligatoire. Ceci suppose qu'il existe un accord de télétravail, négocié au niveau des branches, et que le médecin du travail soit informé de la situation de l'assuré en télétravail.

La CFDT considère l'exercice d'une forme d'activité professionnelle pendant un arrêt de travail pour raison de santé avec la plus grande prudence. Il ne pourrait être envisagé que dans le cadre d'un arrêt long, et serait soumis au choix de l'agent, à une prescription et à un encadrement médical.

La CFE-CGC ne se prononce pas, dans l'attente d'éléments complémentaires.

¹⁷⁷ Cf. « *Les conditions d'attribution des indemnités journalières : état des lieux* », Valérie Lacoste-Mary, Revue de droit sanitaire et social, 2011

¹⁷⁸ Ibidem

¹⁷⁹ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

Pour France Assos Santé, le télétravail et le travail à domicile peuvent être adaptés à certaines situations (pour éviter la désinsertion professionnelle, notamment en cas de maladie chronique) mais ne doivent pas remplacer les arrêts de travail quand ils sont nécessaires. La solution du télétravail ne peut trouver à s'appliquer que dans certaines situations. Elle ne doit pas conduire à mettre une pression aux salariés de la part de l'employeur. France Assos Santé sera attentif aux modalités de mise en œuvre de ces dispositions.

Les autres organisations rencontrées ne se sont pas prononcées.

➤ **Pour les salariés en arrêt dont l'inaptitude paraît certaine, avoir une démarche proactive de mise en retraite.**

Les assurés ayant passé l'âge légal de la retraite perçoivent toujours des indemnités journalières, alors que pour certains d'entre eux, leur retour à l'emploi est peu probable. En 2014, les IJ versées à ces assurés représentaient 2% de la dépense annuelle totale des IJ. L'Assurance maladie constate que le nombre d'assurés dans cette situation ne cesse de progresser, en lien avec l'allongement des carrières et le recul de l'âge moyen de départ à la retraite.

Tableau 6 : IJ versées aux assurés de plus de 62 ans, régime général (2014)

	Nombre d'assurés	Montant
IJ > 62 ans - CNAM	59 599	133 M€
IJ > 67 ans - CNAM	7 045	15M€
IJ > 62 ans - CNAV (PA maladie)	16 621	
Cumul emploi retraite + IJ - CNAV	7 786	

Source : DSS

Pour les assurés, dont le maintien en emploi est peu probable, il serait envisageable de supprimer le versement d'IJ via une procédure de stabilisation de l'état de santé, à l'instar de celle utilisée pour la pension d'invalidité. Cette procédure de stabilisation ne concernerait que les assurés pouvant prétendre à une pension de retraite à taux plein, pour éviter un transfert potentiel vers l'assurance chômage, c'est-à-dire ceux :

- ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite et pouvant prétendre à une retraite à taux plein ;
- ayant perçu des IJ pendant une certaine durée (6 ou 12 mois par exemple),
- après qu'il ait été constaté par le médecin conseil que l'état de santé de l'assuré ne peut pas lui permettre une reprise d'activité professionnelle.

Piste de réflexion :

Avoir une démarche proactive de mise en retraite pour inaptitude pour les salariés en arrêt dont l'inaptitude paraît certaine, et pour ceux ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite, reconsidérer les règles d'indemnisation « arrêt de travail » pour les salariés (notamment suppression pour les retraités actifs ou les invalides)

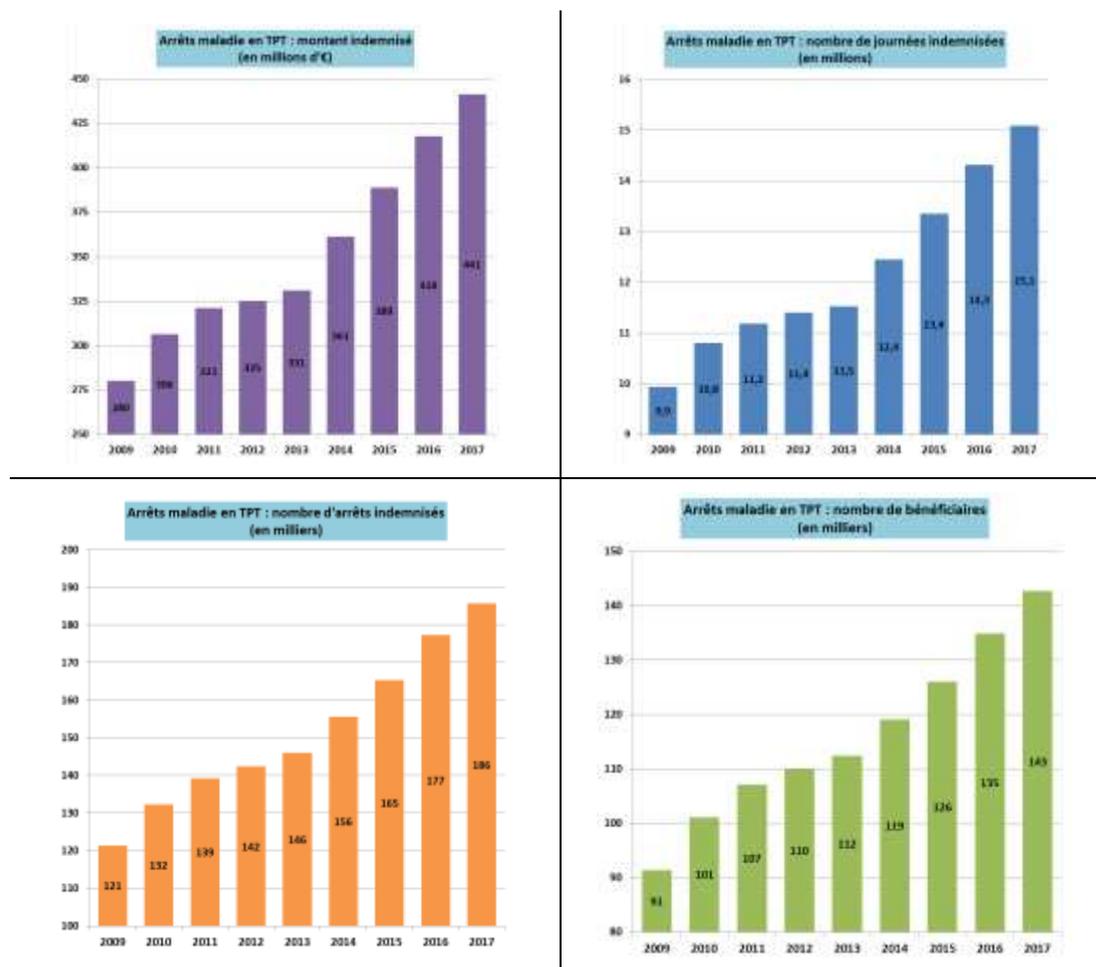
Points d'accord et de désaccord des organisations :

Les organisations ne se sont pas prononcées sur cette piste.

- **Le temps partiel thérapeutique est une alternative à l'arrêt de travail** qui est prescrite par le médecin traitant lorsqu'il estime que son patient ne peut pas reprendre son travail à charge pleine, mais que la reprise d'une activité peut contribuer à son rétablissement.

En 2017, près de 143 000 personnes ont bénéficié d'un arrêt de travail en temps partiel thérapeutique (soit 2,9 % des bénéficiaires d'arrêt maladie), pour un coût de 441 M€. Les arrêts indemnisés en TPT représentent 2,7 % de l'ensemble des arrêts et 6% du montant total indemnisé. Ce dispositif connaît un fort succès au cours de la période 2009-2017 (taux de croissance annuel moyen de plus 5 %), comme le montre le graphique 20.

Graphique 20 : Les arrêts maladie en temps partiel thérapeutique (2009-2017)



Source : CNAM

La législation conditionne l'accès à ce dispositif à la prescription d'un arrêt de travail indemnisé à temps complet, préalablement à sa mise en place¹⁸⁰. Le maintien de cette condition n'est pas justifié. Lors des auditions a été évoqué l'exemple d'« une patiente hospitalisée, puis en arrêt 3 mois. Elle reprend le travail et constate son incapacité à tenir le rythme. Son jeune médecin lui prescrit un mi-temps qui est accepté par tout le monde. Sauf que la caisse refuse de l'indemniser car il n'y a pas eu 3 jours d'arrêt à temps plein entre la fin de l'arrêt de travail et le début du mi-temps ».

¹⁸⁰ Article L 323-3 du code de la sécurité sociale.

Dans la fonction publique, depuis 2018, le travail à temps partiel thérapeutique est désormais possible dès les premiers jours d'arrêt de travail et sans qu'il soit systématiquement nécessaire de recueillir l'avis du comité médical ou de la commission de réforme, dès lors que les avis des médecins traitant et agréé sont concordants¹⁸¹. Certains de nos interlocuteurs ont également évoqué la nécessité de clarifier, pour les employeurs, la réglementation concernant l'effet de l'adoption d'un temps partiel thérapeutique sur le contrat de travail : dans certains cas, pour simplifier la gestion des absences, le TPT entraîne une modification substantielle du contrat de travail du salarié (baisse contractuelle du temps de travail).

Piste de réflexion :

Ouvrir la possibilité du temps partiel thérapeutique, sans arrêt à temps complet préalable, dès le premier jour, d'arrêt et sans mécanisme d'entente préalable.

Points d'accord et de désaccord des organisations :

Cette piste de réflexion est l'une des dix premières mesures envisageables par la mission d'expertise dans sa note d'étape du 19 octobre 2018 : elle a paru acceptable dans le principe par toutes ou parties des organisations rencontrées.

¹⁸¹ Source : ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation, à la santé et à la sécurité au travail dans la fonction publique 2017

➤ **Harmoniser le régime des congés ou des autorisations d'absence pour enfant malade.**

Des alternatives à l'arrêt de travail devraient également pouvoir être recherchées pour la garde des enfants malades en cas de maladie ordinaire d'une courte durée¹⁸². D'après les derniers résultats de l'enquête de Malakoff Médéric, 5 % des demandes d'arrêts de travail sont motivées par la garde d'un enfant malade, et 5 % par celle d'un proche malade ou dépendant.¹⁸³

Lors des auditions, les médecins prescripteurs ont évoqué le cas des mères, qui sont parfois obligées de demander un arrêt de travail pour maladie pour pouvoir garder leur enfant malade, en l'absence d'alternative (congé, RTT, aide d'un proche...). Le médecin, à bon droit, leur délivre l'arrêt de travail, en tenant compte du contexte dans lequel intervient sa prescription. Ce phénomène est reconnu et pris en compte par l'Assurance maladie qui intègre dans son modèle de prévision le nombre d'enfants à charge comme un facteur individuel augmentant sensiblement la probabilité de s'absenter pour maladie.

Lorsqu'un enfant est malade, tous les parents ne sont pas placés dans la même situation, selon leur statut d'emploi, l'entreprise, le secteur d'activité ou le lieu d'exercice de leur activité :

- Les fonctionnaires ont droit à 6 jours d'autorisation d'absence pour enfant malade, **intégralement rémunérés**. Le nombre de jours est doublé (12 jours) si le conjoint ne dispose pas d'une autorisation d'absence rémunérée pour enfant malade¹⁸⁴.
- Les salariés du secteur privé disposent de 3 jours de congés pour enfant malade, **non rémunérés**. Ces congés sont portés à 5 jours si l'enfant a moins d'un an ou à partir de 3 enfants¹⁸⁵. On relève que ce droit à congé sera rapidement épuisé, au décours d'une maladie (une grippe nécessite par exemple souvent un arrêt de plus de 3 jours...), ou du fait de la fréquence plus importante des infections infantiles, et des épisodes contagieux (transmission à la fratrie...).
- Les employeurs peuvent prévoir des conditions plus favorables (durée, rémunération), à leur initiative ou en application des conventions collectives.
- Dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, les employeurs sont dans l'obligation de maintenir le salaire du salarié qui garde un enfant malade ou s'occupe d'un parent proche malade, pendant toute la durée de l'absence¹⁸⁶.

Cette situation a plusieurs conséquences :

- Une inégalité de traitement flagrante selon les assurés, selon le statut d'emploi, le lieu de travail, le secteur ou l'entreprise, qui ne paraît pas justifiée;
- Une charge financière assumée par l'Assurance maladie, et non par la branche famille, s'agissant d'un congé lié à la parentalité;

¹⁸² On ne traite ici que du cas du congé pour enfant malade, qui permet de s'absenter quelques jours. Pour les maladies les plus graves, il existe les congés de solidarité familiale – **dont peuvent bénéficier les proches aidants** - (article L.3142-6 et suivants du code du travail) ou de présence parentale (article L.1225-62 du code du travail). Ils sont conditionnés par « une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable » dans le premier cas, « un handicap, une maladie ou un accident d'une particulière gravité » dans le second. Le premier n'est pas indemnisé, le second l'est sous condition de ressources.

¹⁸³ « Les salariés face à l'arrêt de travail », étude Malakoff Médéric / Comptoir MM de la nouvelle entreprise / IFOP, 2^{ème} vague, auprès de 2 010 salariés, mai 2018

¹⁸⁴ Circulaire n°1475 du 20 juillet 1982 relative aux autorisations d'absence pouvant être accordées aux agents publics pour soigner un enfant malade ou en assurer momentanément la garde.

¹⁸⁵ Ce temps d'absence ne sera pas assimilé à un temps de travail effectif entrant dans la détermination de la durée des congés payés.

¹⁸⁶ Article L.1225-61 du code du travail et articles L.1226-23 à L.1226-24 du code du travail.

- Une charge de la garde reportée systématiquement sur le parent fonctionnaire, dans les couples biactifs, lorsque le second travaille dans le secteur privé¹⁸⁷ et n'est pas rémunéré s'il s'arrête¹⁸⁸ : ainsi, lors des auditions, nos interlocuteurs dans la fonction publique hospitalière, dont le personnel est très majoritairement féminin, ont fait part du nombre important de congés pour enfant malade pris par les mères, ce qui désorganise considérablement les services ;
- Un accroissement des inégalités femmes/hommes, en l'absence de rémunération du congé dans le secteur privé, ce qui est désincitatif pour les pères qui souhaiteraient prendre ce congé, du fait de la perte de revenus qui en découle pour le ménage¹⁸⁹ ;
- Une fragilisation des familles monoparentales, lorsque le parent n'est pas fonctionnaire.

Le régime des autorisations d'absence pour évènement familial ne prévoit pas le cas de la maladie des enfants et les autres congés prévus par le code du travail ne visent pas spécifiquement les maladies « ordinaires ». Ainsi, les congés de solidarité familiale¹⁹⁰ ou de présence parentale¹⁹¹ sont conditionnés par « *une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable* » dans le premier cas, « *un handicap, une maladie ou un accident d'une particulière gravité* » dans le second. Le premier n'est pas indemnisé, le second l'est (sous condition de ressources),

La mission IGAS relative à l'évolution du congé de paternité¹⁹² avait relevé le caractère plus généreux du régime des congés pour évènement familial¹⁹³ dans le secteur privé, pour les évènements festifs (4 jours minimum pour mariage, PACS, souvent plus via les conventions collectives) que pour les évènements liés à la parentalité.

Pistes de réflexion

Alignement du nombre de jours d'autorisation d'absence pour enfant malade du secteur privé sur celui du secteur public, avec doublement des jours uniquement pour les familles monoparentales ;

Inciter les entreprises ou les branches à prévoir, dans l'accord télétravail, la garde par le salarié de son enfant malade, lorsque la pathologie de l'enfant est compatible avec la poursuite de l'activité du salarié ;

Inciter les initiatives conventionnelles : inciter les entreprises ou les branches à négocier, dans le cadres des négociations collectives sur l'égalité professionnelle et la qualité de vie au travail (qui comprend le thème de l'articulation entre la vie personnelle et la vie professionnelle¹⁹⁴), des dispositions plus favorables que celles prévues par le code du travail,

¹⁸⁷ 72 % des agents de la fonction publique en couple ont un conjoint qui n'est pas un agent de la fonction publique. Source : « Les agents de la fonction publique et leur famille en 2011 », Emma Davie, Point Stat, d'après l'enquête « Famille et Logements » de l'INSEE.

¹⁸⁸ Ce qui semble être presque toujours le cas, puisque les 3 jours évoqués supra ne sont pas rémunérés

¹⁸⁹ D'après la DREES, seuls 6 % des hommes qui travaillent se chargent de garder leur enfant malade, près de sept hommes sur dix comptant effectivement sur leur conjointe. Les pères n'apparaissent significativement qu'en second recours. Source : Etudes et résultat n°694, juin 2009

¹⁹⁰ Article L 3142-6 et suivants du code du travail, congé non rémunéré

¹⁹¹ Article L1225-62 du code du travail. Une allocation de congé parental est versée sous condition de ressources, d'un montant plus faible que celle du congé de paternité (43,27€ par jour, ainsi qu'un complément mensuel de 111,44€ en cas de frais engagés en raison de l'état de santé de l'enfant).

¹⁹² Rapport IGAS n°2018-022 sur l'évaluation du congé de paternité, établi par Hervé Gosselin et Carole Lépine, juin 2018

¹⁹³ Article L. 3142-4 du code du travail. Pour les enfants, ces congés, d'ordre public et obligatoirement rémunérés, sont de trois jours pour une naissance, deux jours en cas de survenue d'un handicap et de 5 jours en cas de décès.

¹⁹⁴ Article L2242-17 du code du travail

concernant les autorisations d'absence ou les congés pour s'occuper d'un enfant ou d'un parent malade (rémunération, durée...).

Points d'accord et de désaccord des organisations :

Les organisations ne se sont pas prononcées.
--

Cette problématique des arrêts de travail pour maladie délivrés pour garder un enfant malade est apparue à la fin de la concertation. Les organisations n'ont pas été consultées sur les pistes de réflexion. A l'heure où un consensus prévaut, parmi les syndicats, sur la nécessité de mieux concilier vie professionnelle et vie privée¹⁹⁵, la prise en charge des absences pour enfant malade constitue un cas concret dont ils pourraient s'emparer dans le cadre de la discussion annoncée sur la transformation du système de santé au travail.

¹⁹⁵ Dans une déclaration du 1er mars 2018 relative à l'égalité femmes-hommes les organisations syndicales unanimes se sont prononcées « pour une parentalité partagée » et « la mise en place d'un temps de travail et une organisation du travail permettant à toutes et tous une bonne articulation de leur vie personnelle et professionnelle ».

4.10 Etablir une politique ciblée de contrôle des arrêts courts

➤ **Lutter contre le phénomène du nomadisme de prescription.**

D'après nos interlocuteurs, le nomadisme de prescription serait un phénomène peu répandu depuis la mise en place du parcours de soins coordonné en 2004 (cf. annexe 3 §1.7.1). Ce ressenti paraît conforté par les derniers résultats de l'enquête de Malakoff Médéric : la majorité des arrêts sont prescrits par les médecins traitant (72 %), par les médecins spécialistes (18%, notamment les arrêts maternité, maladie grave, pathologies prénatales, accidents ou traumatismes), puis par les médecins généralistes (9%, principalement maladies chroniques, troubles psychologiques, épuisement professionnel)¹⁹⁶.

Des investigations de la CNAM seraient nécessaires pour objectiver le nomadisme de prescription. Il serait toutefois possible de renforcer l'obligation de prescription par le médecin traitant en limitant, pour les autres prescripteurs, la durée de prescription de l'arrêt à 7 jours.

Piste de réflexion :

Faire entrer la prescription d'arrêt de travail dans le parcours de soin coordonné par le médecin traitant (modalités à préciser). A défaut, lorsque le médecin prescripteur n'est pas le médecin traitant, limiter la durée de prescription à 7 jours.

Points d'accord et de désaccord des organisations¹⁹⁷ :

Les organisations représentant les médecins sont favorables à ce que soit privilégié le lien avec le médecin traitant.

Pour FO le nomadisme de prescription d'arrêt de travail n'est pas une réalité. De même la CFTC estime que ce phénomène ne semble pas être objectivable et significatif.

La CPME souhaite limiter à 3 le nombre possible de renouvellements de l'arrêt maladie par un même praticien, au-delà, la prorogation ne serait possible que par le médecin conseil de la sécurité sociale.

Le MEDEF propose un parcours de prescription unique dans lequel le médecin traitant serait le seul médecin pouvant prescrire un arrêt de travail (hors hospitalisation).

Pour France Assos Santé, l'argument du « nomadisme » médical en lien avec des prescriptions d'arrêts de travail n'est pas à ce jour objectivé et fait porter à la fois sur les médecins et les patients un soupçon de fraude systématique inacceptable.

Les autres organisations ne se sont pas prononcées.

¹⁹⁶ « Les salariés face à l'arrêt de travail », étude Malakoff Médéric / Comptoir MM de la nouvelle entreprise / IFOP, 2^{ème} vague, auprès de 2 010 salariés, mai 2018

¹⁹⁷ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

➤ **Les arrêts courts itératifs sont souvent révélateurs de certaines pathologies « à bas bruit », parfois en lien avec les conditions de travail.**

Nos interlocuteurs en santé travail ont proposé « *la mise en place d'un voyant d'alerte au médecin du travail en cas d'arrêts courts répétés* ». Ces derniers sont souvent « *le signe de problématiques qui, sans mise en place d'une prévention, peuvent générer à terme des arrêts longs* »¹⁹⁸. D'autres, parmi les assureurs, ont également relevé le caractère symptomatique de l'itération des arrêts courts, ayant observé statistiquement une corrélation entre la succession des arrêts courts et la survenue d'un arrêt long. Plusieurs situations nous ont été citées, favorisant ces arrêts de courte durée (aidants familiaux, mal être lié au travail...).

Aussi la détection des arrêts courts ne répond pas seulement au besoin d'arrêter les arrêts « abusifs », mais à un besoin de prévention pour prévenir l'aggravation de l'état de santé du patient.

Piste de réflexion :

Obliger l'Assurance maladie à signaler le cas des salariés ayant eu plus trois arrêts de travail itératifs (d'une durée de moins de 15 jours, au cours des douze derniers mois) au médecin du travail.

Points d'accord et de désaccord des organisations :

Les organisations ne se sont pas prononcées sur cette piste.

➤ **Le circuit de traitement des arrêts papier ne permet pas de contrôler les arrêts de moins de 7 jours.**

Un tel contrôle n'est possible que si la caisse primaire est informée rapidement de l'existence de l'arrêt, en l'occurrence si celui-ci est dématérialisé. En Allemagne, un logiciel spécialisé permet la détection rapide des arrêts de travail suspects qui nécessitent un traitement prioritaire. Les assurés sont convoqués au service médical sur la base de l'opportunité médicale de l'arrêt. Les assurés n'ont pas l'obligation de rester chez soi en cas de maladie, contrairement aux assurés français (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 24 : Les obligations administratives de l'assuré en arrêt de travail

- 1) envoyer son avis d'arrêt de travail dans le délai de 48 heures (cf. § supra) ;
- 2) se soumettre aux contrôles organisés par le service médical (article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, cf. § infra) ;
- 3) respecter les heures de sortie autorisées par le praticien ;
- 4) s'abstenir de toute activité non autorisée. Il est interdit à l'assuré de se livrer à une quelconque activité incompatible avec la prescription de repos (travaux de bricolage, compétition sportive). Cette règle ne s'applique pas lorsqu'il s'agit d'une reprise d'activité prescrite dans un but thérapeutique. Cette règle est également exclue lorsque la reprise d'activité consiste dans des actions visant à prévenir la désinsertion professionnelle, qui sont autorisées par la caisse primaire ;

¹⁹⁸ Propos issus des auditions

5) ne pas quitter la circonscription de la caisse, sans avoir préalablement demandé l'autorisation du médecin-conseil. La même règle s'applique aux séjours à l'étranger réalisés durant une période d'arrêt de travail indemnisé ;

6) informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité intervenant avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail. Cette obligation d'information de la caisse de toute reprise anticipée du travail, qui a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, incombe à l'employeur en cas de subrogation des droits du salarié en arrêt de travail et au salarié en cas de non subrogation, pour éviter le cumul des indemnités journalières avec sa rémunération¹⁹⁹.

Source : *Revue de dépenses IGAS-IGF*

Le système actuel des horaires de sortie autorisés ne présente aucun intérêt thérapeutique, il vise simplement à simplifier le contrôle par le service médical. Au contraire, pour un certain nombre de patients, « *le meilleur traitement c'est le mouvement* »²⁰⁰. Quant à l'interdiction de sortie du département pendant un arrêt de travail, sauf autorisation préalable, elle est inapplicable, par exemple en Ile de France, ou pour tous les assurés « frontaliers » d'une autre circonscription, sauf à engorger les services médicaux. Le contrôle de présence au domicile est par ailleurs non seulement coûteux mais se révèle aussi inefficace (cf. revue de dépenses IGAS-IGF 2017).

La mission est d'avis d'alléger le cadre des obligations administratives, en ne conservant que celles qui sont médicalement justifiées. Cet assouplissement administratif doit se réaliser parallèlement à la mise en place d'une procédure de contrôle accélérée pour les arrêts courts, qui devra être ciblée **médicalement**²⁰¹, ou sur signalement (médecin prescripteur sur l'avis d'arrêt de travail, médecin du travail, employeurs...).

Cette accélération est rendue possible par la détention par la CNAM des coordonnées de téléphone portable de 28,3 millions d'assurés, dont 17,5 millions ont autorisé la communication par sms. Les expérimentations menées par les services médicaux de la CNAM pour convoquer les assurés par sms, plutôt que par courrier, sont positives : elles permettent d'obtenir de meilleurs taux de présence au rendez-vous médical avec le praticien conseil que le système de convocation traditionnel.

Ainsi, la CNAM évalue le coût du délai de convocation actuel à 88 M€ par an, le coût de l'envoi courrier à environ 1 M€ (800 000 convocations par an), et le coût de gestion des places perdues représente ainsi sept millions d'euros. Le déploiement de nouveaux applicatifs de gestion de la relation client, prévu en 2018, pourrait permettre de faire des économies de gestion en rendant plus efficace les contrôles²⁰².

¹⁹⁹ Article L 323-6 et L 323-6-1 du code de la sécurité sociale. Cette obligation figure pour les salariés à l'article 37 de l'arrêté du 19 juin 1947 fixant le règlement intérieur modèle provisoire des CPAM pour le service des prestations : « *En cas de reprise anticipée du travail de la part d'un assuré malade avant l'expiration de la durée de son congé, l'assuré doit en avvertir la caisse dans les vingt-quatre heures* ».

²⁰⁰ Propos issu des auditions

²⁰¹ A partir de la zone « *éléments d'ordre médical* », dont le renseignement sera désormais contrôlé (cf. supra)

²⁰² CNAM lettre réseau LR-DDO-70-2018

Piste de réflexion :

Substituer au contrôle des horaires de sortie des contrôles flash sur convocation.

A cet effet:

- **Supprimer le système des horaires de sortie (et simplifier le formulaire en ligne en supprimant ces zones), Dès réception de l'AAT, envoyer un sms aux assurés ayant fait l'objet d'arrêts itératifs qu'ils peuvent être convoqués par sms par le service médical.**
- **Mettre en place les contrôles « flash » (convocation par sms) sur les assurés sélectionnés par requête (arrêts itératifs, motifs ou éléments médicaux « fantaisistes »), ou signalement de l'employeur, ou du médecin prescripteur...**

Pour les assurés, qui n'ont pas de téléphone portable ou ne l'ont pas communiqué, une convocation par téléphone (fixe), mail ou par courrier demeure nécessaire²⁰³.

Points d'accord et de désaccord des organisations²⁰⁴ :

L'ensemble des organisations représentant les médecins sont favorables à la suppression des horaires de sortie et des règles « *administratives qui ne riment à rien* »²⁰⁵.

Les organisations patronales y sont favorables, en l'état des discussions.

Le MEDEF souhaite que soit contrôlée l'application stricte des obligations par les assurés et souhaite que soit systématiquement contrôlés le prescripteur et l'assuré au-delà de 3 arrêts de travail sur une période de 6 mois.

France Assos Santé n'est pas opposé à des contrôles ciblés mais s'interroge sur l'opportunité de cette proposition (renforcement des contrôles des arrêts de courte durée avec l'envoi systématique d'un SMS) alors que l'analyse ne fait pas ressortir d'enjeu majeur en la matière. C'est le médecin prescripteur qui doit être contrôlé si des abus sont détectés.

²⁰³ La CNAM dispose d'une adresse mail valide pour 22,4 millions d'assurés (octobre 2018).

²⁰⁴ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

²⁰⁵ Propos issus des auditions.

➤ **Rendre opérants les effets d'une contre-visite médicale mandatée par l'employeur.**

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission ont fait part des difficultés rencontrées lors de la réalisation des contre-visite mandatée par l'employeur et en ont souligné les limites (caractère intrusif, effet « punitif », négatif pour le collectif de l'entreprise...).

Environ 120 000 contre-visites sont réalisées chaque année, ce qui paraît peu eu égard aux 7 millions d'arrêts maladie. Une partie négligeable aboutit effectivement à la suspension des IJ pour raison médicale. Le plus souvent, le soupçon d'un abus ne résiste pas à l'examen médical du patient : par exemple, 97 % des arrêts de travail s'avèrent justifiés à la Ville de Paris.²⁰⁶

Il ressort de nos auditions qu'entre 40 % et 60 % des contrôles mandatés par les entreprises n'ont pas lieu, soit en raison de l'absence du salarié, soit en raison d'une adresse fautive ou erronée, soit du fait du refus de contrôle par le salarié (40% selon la société Medica Europe, 55 % pour les contrôles demandés par la Ville de Paris, 60 % d'après l'Assurance maladie)²⁰⁷. Sur cette seule base, les employeurs peuvent suspendre les indemnités complémentaires à leur charge²⁰⁸.

Encadré 25 : Le dispositif de contre-visite

En cas d'arrêt de travail d'un salarié bénéficiant d'un complément de salaire ou d'un maintien de salaire, l'employeur peut procéder à un contrôle au domicile du salarié par le médecin de son choix²⁰⁹. La jurisprudence de la Cour de cassation en précise le contenu, en l'absence du décret d'application qui devait fixer les formes et les conditions de la contre-visite²¹⁰.

Le contrôle est généralement effectué par des prestataires privés, qui passent des conventions avec des médecins généralistes rémunérés à l'acte. Lorsque le médecin contrôleur, après examen de l'assuré, ne justifie pas le repos ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, il transmet ses conclusions motivées au service médical de la caisse qui peut suspendre le versement des indemnités journalières, sans convoquer l'assuré.

La possibilité d'un contrôle par l'employeur n'existe pas dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, où le droit local ne prévoit pas de contre-visite médicale, en cas d'absences pour maladie n'allant pas au-delà d'une durée de six semaines.

Source : *Revue de dépenses IGAS-IGF*

Environ 3 000 rapports de contre-visite sont transmis chaque année au service du contrôle médical, dont 70 % sont irrecevables. Les résultats du contrôle parviennent souvent tardivement ou de manière incomplète à l'Assurance maladie (le médecin mandaté ne connaît pas toujours la caisse de rattachement de l'assuré et il n'a que 48 heures pour transmettre son constat médicalement motivé au service médical). Le plus souvent, le service médical n'a pas, matériellement, pas le temps d'organiser un deuxième contrôle avant la reprise de l'activité professionnelle du salarié. Au final, moins de 10 % des rapports transmis font l'objet d'un avis médical défavorable.

²⁰⁶ Taux réalisés à partir des données détaillées de la Ville de Paris (total des arrêts injustifiés sur total des examens effectivement réalisés).

²⁰⁷ Chiffres de société Medica Europe au cours de la période 2013-2017, données de l'année 2017 pour la Ville de Paris (établies sur plus de 1000 contre-visites).

²⁰⁸ Une part importante des IJ est supprimée en raison de l'absence du patient à son domicile (29%, selon les données Medica Europe, 37 % à la Ville de Paris), plus rarement en raison d'un refus de contrôle ou de non présentation à une convocation (4% selon Medica Europe, 11 % pour la Ville de Paris). Le recours à des contrevisites dans les cabinets médicaux réduit le risque de non réalisation de la contre-visite suite à adresse erronée ou incomplète (digicode... - 7% des cas selon Medica, 18 % selon la Ville de Paris).

²⁰⁹ Article L.315-1 du code de la sécurité sociale.

²¹⁰ Article L. 1226-1 du code du travail.

Par ailleurs, plusieurs de nos interlocuteurs ont fait part du besoin de sécuriser le cadre d'intervention déontologique. Ainsi, le CNOM relevait, dans son rapport sur le contrôle et la prescription des arrêts de travail, sur tous ces points, qu' *«il apparaît que les missions confiées par les sociétés spécialisées aux médecins contrôleurs vont souvent au-delà des limites fixées par la déontologie et la jurisprudence en ce qui concerne : [l'appréciation de l'absence de la personne au domicile²¹¹, la communication au médecin contrôleur des éléments justifiant l'arrêt de travail, ou la durée de l'arrêt de travail, l'information objective du salarié sur l'objet et la portée du contrôle, modification du traitement, respect du secret médical].* » A l'issue des auditions, il paraît nécessaire que les médecins réalisant les contre-visites soient mieux informés et s'engagent à respecter le cadre déontologique de leur exercice, ce qui n'est pas toujours le cas.

Une autre piste, évoquée par nos interlocuteurs, consisterait, pour l'Assurance maladie, à dresser une liste de médecins assermentés, habilités à réaliser des contre-visites.

En conclusion, cette procédure est actuellement peu efficace, bien qu'elle puisse jouer un rôle dissuasif sur les arrêts injustifiés.

Piste de réflexion : Publier le décret relatif à la contrevisite employeur.

Quatre éléments pourraient utilement figurer dans ce décret :

- le droit fait au médecin mandaté de pouvoir convoquer le salarié,

Le CNOM considère en effet *« souhaitable, d'un point de vue déontologique, que le médecin contrôleur prévienne la personne contrôlée et fixe avec elle la date et l'heure du contrôle »*²¹². On peut en effet s'interroger sur l'intérêt d'une visite inopinée, tant du point de vue de l'image du médecin contrôleur, que du point de vue thérapeutique. L'*« effet de surprise »* vanté par certains de nos interlocuteurs, qui permettrait *« de reconnaître au cours des trois premières minutes un arrêt justifié de celui qui ne l'est pas »*, n'a pas de fondement médical. Les résultats des contre-visites effectuées à la demande de la Ville de Paris (plus de 1 000, en 2017) vont dans le même sens : le taux d'arrêts médicalement injustifiés constaté est même légèrement supérieur en cabinet comparativement aux contre-visites à domicile (respectivement 4,5 % et 4,2% de la part des arrêts pour lesquels le médecin a pu examiner le patient et se prononcer).

Une telle règle alignerait la situation des agents du secteur privé avec celle des fonctionnaires. En effet, pour les fonctionnaires, le contrôle de l'absence du domicile, en dehors des heures de sortie autorisées, lors d'une contre-visite inopinée, ne peut justifier une suspension de la rémunération²¹³.

- la possibilité ouverte à l'Assurance Maladie de suspendre les IJ après examen du dossier de l'assuré, lorsque l'assuré ne s'est pas présenté à la convocation adressée par ce dernier, ou en cas de refus du contrôle. Le contrôle médical conserverait évidemment la possibilité de convoquer l'assuré en cas de doute, mais sans que les textes en fassent une condition préalable.

- l'allongement du délai de transmission du rapport de contrevisite, de 48 heures à 8 jours

²¹¹ Mission qui n'incombe pas au médecin : *« s'il n'a pu pénétrer au domicile, il ne peut pour autant certifier l'absence de la personne qu'il devait contrôler »* (CNOM)

²¹² Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'avril 2000, *« Prescription et contrôle des arrêts de travail pour cause de maladie au regard de la déontologie médicale »* : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/prescription-et-contrôle-des-arrets-de-travail-688>

²¹³ Décision N°345238 du Conseil d'État du 28 septembre 2011

- **L'intégration dans le rapport fait par le médecin mandaté par l'employeur à l'attention du service médical des éléments d'ordre médical qui ont justifié la suspension des IJ « prévoyance » pour que le médecin conseil décide ou non de convoquer lui aussi la personne.**
- **Annexer au contrat de travail des médecins mandatés par les sociétés de contre-visite, la charte déontologique établie par le CNOM.**

Points d'accord et de désaccord des organisations²¹⁴ :

Cette piste de réflexion est l'une des dix premières mesures envisageables par la mission d'expertise dans sa note d'étape du 19 octobre 2018 : elle a paru acceptable dans le principe par toutes ou parties des organisations rencontrées, en l'état des discussions et sous réserve d'instructions complémentaires dans le détail. Par la suite, au cours des discussions, l'ensemble des organisations représentant les médecins ont validé et précisé leur position :

La CGT considère que les pistes envisagées ne sont pas consensuelles.

La CSMF souligne la nécessité de veiller à préserver l'indépendance de ces professionnels. MG France est opposé à la prise en compte immédiate des conclusions du médecin ayant procédé au contre examen sans nouvel examen du médecin conseil.

La CFE CGC est attachée à l'indépendance du médecin conseil, qui peut avoir dans le dossier médical d'autres éléments que ceux dont dispose le médecin ayant procédé à la contre visite. Elle est favorable à l'évolution évoquée ci-dessous, sous réserve que la suspension soit la conséquence d'un refus ou d'une non présentation de l'assuré à la convocation.

FO est favorable à ces évolutions concernant la contre visite : la suspension de l'indemnisation des arrêts suite à contrôle employeur ne peut se concevoir a minima sans avis du service médical.

Le MEDEF propose l'établissement d'un protocole d'accord entre l'assurance maladie, les complémentaires santé, les employeurs et les principales sociétés de contre-visite pour améliorer l'exploitation des signalements employeurs et le traitement des rapports de contre-visites.

France Assos Santé est opposée à l'idée que le contrôle effectué par le médecin mandaté par l'employeur puisse donner lieu à une suspension des IJSS. La lutte contre la fraude n'est acceptable que si celle-ci est établie dans des conditions équitables et que les décisions prises par les instances présentent les garanties nécessaires en matière d'impartialité et de respect du contradictoire. Or, cette idée porte en elle les germes de la privatisation inacceptable du contrôle de l'assuré social et de l'instrumentalisation par l'employeur de cette procédure vis-à-vis de salariés en position de fragilité. Le contrôle des arrêts maladie indemnisé par l'Assurance maladie doit rester de la compétence exclusive de l'Assurance maladie, avec les garanties actuelles.

²¹⁴ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

En réalité, les employeurs peuvent d'ores et déjà demander à l'assurance maladie de contrôler la situation d'un salarié en arrêt de travail, et de manière gratuite.

L'employeur peut signaler le cas d'un salarié et demander un contrôle d'un arrêt de travail à l'assurance maladie. Depuis 2012, les services médicaux de l'assurance maladie sont tenus de prendre en compte de manière systématique les signalements des employeurs dans le ciblage des arrêts de courte durée²¹⁵. Toutefois la publicité de ce service est limitée, les caisses n'ayant pas les effectifs nécessaires pour répondre à des demandes massives.

Le service médical de la CNAM reçoit chaque année près de 15 000 signalements ou demandes de contrôles venant d'employeurs. 70 % d'entre eux sont exploités et, sur cette partie, 70% donnent lieu à un avis favorable, 20 % sont rendus caducs par le fait que l'assuré a repris son travail avant le contrôle et 10 % donnent lieu à un avis défavorable.

Ces chiffres attestent que l'efficacité de signalements sur des arrêts courts est largement compromise quand ils ne sont pas accompagnés d'éléments objectifs ou médicaux.

Outre le fait que les employeurs ne savent pas tous qu'ils peuvent demander au médecin conseil un contrôle de leur salarié malade, il apparaît que l'employeur n'est pas systématiquement informé des résultats du contrôle. Une bonne pratique consisterait à informer obligatoirement l'employeur du résultat des contrôles (en respectant le secret médical), qu'ils soient ou non réalisés à la demande de l'employeur, ne serait-ce que pour en tirer rapidement les conséquences financières (suppression ou maintien du complément d'indemnisation).

Piste de réflexion :

Informers les employeurs du résultat des contrôles par le service médical

Points d'accord et de désaccord des organisations²¹⁶ :

La CPME souhaite que soit systématisés les contrôles en cas d'arrêts maladie supérieur à 1 mois, et que soit rendue obligatoire la notification immédiate à l'employeur des résultats des contrôles de la sécurité sociale (existence ou non d'une pathologie et d'un traitement).

Les organisations ne se sont pas prononcées sur cette disposition.

²¹⁵ Lettre réseau CNAMTS du 29 mai 2012.

²¹⁶ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

4.11 Scénario de réforme de la prise en charge

Dans un but de simplification de l'architecture du dispositif et d'avoir une lisibilité accrue pour les salariés et les employeurs, la mission a travaillé avec ses interlocuteurs à l'élaboration d'un scénario de prise en charge permettant :

- Un nouveau système plus équitable pour les assurés ;
- Un système simplifiant la gestion et la liquidation des indemnités journalières, garantissant le niveau d'indemnisation actuel, pour les salariés et sans coût supplémentaire pour les employeurs.

- **Etendre le bénéfice du complément employeur et aligner ses conditions d'ouverture sur celles des indemnités sécurité sociale.**

Le premier objectif serait d'étendre le complément employeur à l'ensemble des catégories de salariés, avec le minimum d'exceptions possibles.

Le second objectif serait d'aligner les conditions d'ouverture du droit au complément employeur sur celle de la Sécurité sociale, ce qui permettrait aux personnes nouvellement embauchées (notamment les CDD) de bénéficier du complément employeur dès lors qu'elles sont éligibles à l'indemnisation par la Sécurité sociale. Il s'agirait d'une avancée sociale, mais également d'une simplification de gestion pour les entreprises.

Encadré 26 : Conditions d'ouverture de droit des personnes en arrêt de travail

Cf. articles L.313-1 et R.313-3 du code de la sécurité sociale pour pouvoir bénéficier des indemnités journalières de sécurité sociale.

Pour les arrêts de moins de 6 mois, les conditions sont les suivantes :

Soit avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois civils précédents ou des 90 jours précédents ;

Soit avoir cotisé, au cours des six mois civils précédents, sur une rémunération au moins égale à 1 015 fois la valeur du SMIC horaire.

Pour les arrêts de plus de 6 mois, ces conditions sont renforcées :

Être affilié depuis plus de 12 mois ;

Soit avoir travaillé au moins 600 heures sur les 12 mois civils ou 365 jours précédents ;

Soit avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 2030 fois la valeur du SMIC horaire durant les 12 mois civils précédents.

Il est envisagé de supprimer les conditions d'ouverture de droit pour les arrêts de moins de 6 mois des salariés, tout en conservant ces règles pour les arrêts de plus de 6 mois et pour les assurés en maintien de droit quelle que soit la durée de leur arrêt. En effet, il paraît logique qu'une condition de contributivité supplémentaire soit exigée pour les arrêts longs, compte tenu du coût qu'ils représentent.

Cette mesure bénéficierait aux salariés les plus précaires (salariés à temps très partiels, salariés qui alternent des contrats de travail de courte durée avec des périodes de chômage, salariés nouvellement embauchés), aux femmes qui connaissent davantage de temps très partiels et de contrats courts que les hommes, aux jeunes qui débutent leur vie active. 50% des personnes qui

bénéficieraient de la suppression des conditions d'ouverture de droit travaillent dans des TPE. En outre, 30% des personnes concernées seraient des salariés de particuliers employeurs²¹⁷.

Ces mesures représentent un coût qui devra être évalué. Il pourrait être plus que couvert par les économies liées aux efforts de prévention que les entreprises se disent prêtes à engager, sans compter les économies de gestion des mesures de simplification.

➤ **Lier l'institution d'un délai de carence d'ordre public à l'extension du complément employeur (ci-dessus)**

D'après l'étude de Malakoff Médéric²¹⁸, la moitié des salariés interrogés (48 %) ne bénéficient pas du maintien de salaire lors des trois premiers jours d'arrêt maladie, 36 % voient leur salaire maintenu pendant les jours de carence, 16 % ne savent pas.

L'efficacité des jours de carence est controversée. Un document de travail de l'IRDES montre que la fréquence et la longueur des arrêts de travail seraient corrélées positivement au niveau de couverture permis par le régime d'indemnisation, étage conventionnel compris²¹⁹. Toutefois, concernant le délai de carence, sa prise en charge a un impact négatif sur la durée de l'arrêt²²⁰ : les salariés exposés au délai de carence ont donc toutes choses égales par ailleurs - et notamment à état de santé et conditions de travail comparables - des arrêts plus longs, ce qui pourrait s'expliquer par un effet de « présentéisme » (ceux qui ne sont pas couverts sont incités à rester au travail, impliquant une possible dégradation de leur état de santé et donc des arrêts plus longs par la suite) et un effet d'aléa moral (les salariés non couverts pourraient préférer des arrêts longs partiellement indemnisés à des arrêts courts non indemnisés). Ce constat rejoint celui du risque de renoncement aux soins et donc aux arrêts maladie, pour les salariés les plus mal couverts, ce qui génère des coûts retardés : « *le délai de carence est un frein pour les populations les plus fragiles économiquement : on voit des tas de complications* »²²¹.

²¹⁷ Source : DSS

²¹⁸ « *Les salariés face à l'arrêt de travail* », étude Malakoff Médéric / Comptoir MM de la nouvelle entreprise / IFOP, 2^{ème} vague, auprès de 2 010 salariés, mai 2018 - 19 % des salariés interrogés ne savent pas s'ils disposent d'un contrat de prévoyance.

²¹⁹ « *Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ?* » mai 2015, M. Ali Ben Halima (CEE, ESCP Europe), V. Hyafil-Solelhac, M. Koubi (INSEE), C. Regart (IRDES)

²²⁰ L'effet sur la fréquence du recours aux arrêts ne fait pas l'unanimité selon les quelques études sur le sujet étudiés dans la revue de dépenses IGAS-IGF.

²²¹ Propos issu des auditions

Encadré 27 : Le délai de carence : dispositions juridiques et gains attendus

- **En cas de maladie** : Conformément à l'article R. 323-1 du code de la sécurité sociale, l'indemnité journalière est versée après un « délai de carence » de trois jours. Celui-ci ne s'applique qu'au premier des arrêts générés par une affection de longue durée (ALD)²²² pour une période de trois ans.

Aucun délai de carence n'est appliqué dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin (articles L.1226-23 et L.1226-24 du Code du travail).

Indépendamment des indemnités journalières du régime de sécurité sociale, les salariés peuvent bénéficier d'une indemnité complémentaire prise en charge par leur employeur, versée à l'issue d'un délai de carence de sept jours en cas de maladie.

- **En cas de maternité, de paternité, d'adoption, d'accident du travail ou de maladie professionnelle** : Les salariés en arrêt de travail en raison d'un congé de maternité²²³, de paternité, d'adoption, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle²²⁴ bénéficient d'indemnités dès le premier jour de leur interruption.

Dans la fonction publique, le jour de carence introduit en 2012 et 2013 a été supprimé par la loi de finances pour 2014 pour des raisons d'« équité » avec le secteur privé. Toutefois, il apparaît que quel que soit le point du territoire national, deux tiers des salariés de droit privé sont déjà exonérés du délai de carence, en raison notamment des dispositifs de prévoyance d'entreprise, qui assurent la prise en charge au premier jour de la rémunération de leurs salariés, souvent au taux de 100%²²⁵.

Le jour de carence a permis d'économiser un total de 164,3 M € pour l'ensemble de la fonction publique en 2012.

L'économie liée à la réintroduction d'un jour de carence a été estimée à 270 M € pour toutes les administrations publiques (Source : Etude d'impact du projet de loi de finances pour 2018). Ce montant correspond à l'économie directe liée aux retenues sur salaires (charges comprises). Il a été calculé sur la base des taux d'absentéisme et de la durée des absences, mesurés par l'enquête emploi INSEE de 2012. Ces taux sont appliqués à la masse salariale de chaque versant de la fonction publique.²²⁶

Source : *Revue de dépenses IGAS-IGF*

Une mesure de création d'un jour de carence d'ordre public, au sens où il ne pourrait pas être couvert par les accords de branche ou d'entreprise, n'entraînera pas d'économie substantielle. Le gain économique bénéficierait principalement aux employeurs via une diminution financière de la couverture prévoyance, et du fait de la diminution du nombre d'arrêts courts. Il serait probablement compensé par un allongement de la durée des arrêts. Cette mesure permettrait de responsabiliser les assurés ayant des arrêts courts itératifs, en leur faisant prendre conscience du coût d'une journée d'arrêt. Elle permettrait aussi un gain via une diminution des actes de consultation (pour la sécurité sociale) et des coûts de gestion administrative (pour les employeurs et la sécurité sociale).

²²² Il existe deux catégories d'ALD :

- les ALD dites « exonérantes » du « ticket modérateur », c'est-à-dire les affections inscrites à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale (comme par exemple la maladie d'Alzheimer), les affections non inscrites mais impliquant un traitement prolongé, une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique coûteuse (comme par exemple les ulcères chroniques) et les polyopathologies ;
- les ALD « non exonérantes », mentionnées à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, qui correspondent aux affections nécessitant une interruption de travail ou des soins d'une durée prévisible de six mois ou plus mais n'ouvrant pas droit à l'exonération du ticket modérateur, comme par exemple l'arthrose.

²²³ Article L. 331-3 du code de la sécurité sociale.

²²⁴ Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale.

²²⁵ « *L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé* », DREES, Dossiers solidarité et santé N°58, janvier 2015

²²⁶ Source : DGAFP

Elle constituerait une mesure d'équité de traitement entre d'une part les salariés bénéficiant d'une couverture généreuse dès le premier jour, et d'autre part ceux qui n'en bénéficient pas (salariés, fonctionnaires soumis à un jour de carence).

Des exceptions pourraient être aménagées : hospitalisation, hors ALD, maladies chroniques, victimes d'AT-MP.

► Un système simplifiant la liquidation des indemnités

Des simplifications sont intervenues par le passé. Les précédentes réformes en 2010 (calcul des indemnités sur la base de 365 jours au lieu de 360), en 2012 (fixation du montant maximal de l'IJ à 1,8 SMIC), et en 2015 (simplification des règles de calcul ayant conduit à une diminution du nombre d'heures de travail nécessaire pour l'ouverture de droits à IJ) ont eu des effets tantôt à la baisse, tantôt à la hausse sur les IJ. Les réformes paramétriques de 2010 et de 2012 ont eu pour effet de ralentir voire de diminuer les dépenses d'IJ, même si cela a eu des effets variables en fonction des catégories de salariés concernés.

Aujourd'hui, le temps de traitement d'une IJ AT/MP prend toujours trois fois plus de temps que celui d'une IJ maladie. L'effort de simplification doit être poursuivi, dans un objectif d'équité entre les bénéficiaires.

Encadré 28 : Pistes d'harmonisation de la revue de dépenses IGAS-IGF

La base du salaire de référence en appliquant au salaire journalier de référence des indemnités maladie le taux forfaitaire représentatif des cotisations des salariés de 21 % déjà en vigueur dans les autres risques ;

Le plafond du salaire journalier pour les trois risques, par exemple à hauteur de 1,8 fois le montant du Smic en vigueur, ou aligner les risques maternité et AT-MP en prenant comme plafond le PMSS ;

Les règles de calcul de l'indemnité, en supprimant la majoration à partir du troisième enfant à charge pour les IJ maladie, en rendant les IJ maternité proportionnelles au gain journalier de base, après déduction du taux forfaitaire représentatif des cotisations salariales, ou mettant en œuvre une modulation moins coûteuse pour le calcul des IJ AT-MP.

Une autre piste citée lors des auditions pourrait être, pour les populations dont la liquidation de l'IJ demeure manuelle, du fait de la complexité de la réglementation, ou de la multiplicité des employeurs (intermittents, pigistes, saisonniers, particuliers employeurs...), de prendre pour base du salaire de référence ceux figurant dans la déclaration fiscale. Le prélèvement à la source devrait permettre une meilleure connaissance de ces revenus (et notamment ceux constituant l'assiette des cotisations de la sécurité sociale), en excluant les revenus exceptionnels ou non salariaux.

La mission a privilégié deux pistes de réflexion :

- **Harmoniser les périodes de référence relatives aux droits et au calcul des indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP.** Cela permettrait d'utiliser une assiette unique, exprimée en salaire brut ; seuls les taux faciaux resteraient propres à chacun des risques couverts. Par ailleurs, les salaires pris en référence seraient ceux versés uniquement par le ou les employeurs du salarié au jour de l'arrêt (et non plus ceux versés par des entreprises que le salarié a quitté avant son arrêt de travail). Enfin la période de référence serait unique, correspondant aux douze mois précédant le jour de l'arrêt.
- **Forfaitiser l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale au titre des 30 premiers jours d'arrêt de travail.**

Aujourd'hui l'indemnité journalière est égale à 50 % du salaire plafonné à 1,8 Smic.

L'extension du complément employeur à toutes les catégories de salariés et l'alignement de ses conditions d'ouverture sur celle de la Sécurité sociale garantirait à tous les salariés la certitude d'avoir 90 % de son salaire maintenu. Cela permettrait donc, de manière financièrement neutre pour les salariés, de fixer l'indemnité journalière à la même valeur pour tous les salariés, quels que soient leurs salaires, les employeurs compensant, comme aujourd'hui, jusqu'à hauteur de 90 % du salaire.

La valeur du forfait serait calculée pour laisser globalement inchangées les dépenses des entreprises au titre du complément employeur (après extension et alignement). Cette mesure, neutre pour la Sécurité sociale, représenterait une économie directe pour toutes les entreprises dont le salaire moyen est inférieur au double du forfait. Elle serait donc globalement favorable aux petites entreprises et aux entreprises de main d'œuvre. L'ensemble des entreprises bénéficierait d'un allègement massif des coûts de gestion des indemnités journalières : les arrêts de moins d'un mois représentent en effet 75 % de l'ensemble des arrêts.

Enfin, cette simplification massive permettrait d'envisager une seconde simplification majeure ; la généralisation de la subrogation, donc du maintien de salaire.

Le coût du complément employeur, qui n'est pas plafonné, contrairement aux IJ, dépend de la distribution des salaires dans la population active occupée des salariés. Comme les IJ sont calculées par rapport au salaire brut, il faut partir des distributions observées par l'INSEE, qui établissent qu'en 2016, 41% des salariés touchaient plus de 2000 € net par mois : ce qui correspond à peu près à 1,8 SMIC en brut pour un salarié du privé.

Cet effet n'est pas sans conséquence dans la perspective d'une réforme, notamment pour ce qui consiste à évaluer la charge financière constituée par le 2e étage pour les employeurs : très peu de données existent à son sujet.

En résumé, le scénario partagé avec les organisations consiste en :

- **Extension du complément employeur prévu par la loi de mensualisation à tous les salariés et un alignement avec les conditions d'ouverture des droits de la sécurité sociale;**
- **Mise en place d'un délai de carence d'ordre public, d'une journée ;**
- **Mécanisme de subrogation obligatoire (maintien du salaire intégral ou partiel par l'employeur pendant au moins les 30 premiers jours de l'arrêt de travail) financièrement neutre pour les employeurs dès lors que la forfaitisation des IJ par l'assurance maladie permettrait un remboursement rapide des fonds avancés par les entreprises)**

Points d'accord et de désaccord des organisations sur ce scénario²²⁷ :

Les organisations patronales sont favorables aux mesures visant à imposer ou renforcer le **décal de carence**. Un jour est considéré comme trop peu par la CPME qui souhaite la suppression des jours de carence pour les arrêts médicaux nécessités par une intervention chirurgicale. A l'opposé, les organisations représentant les salariés y sont hostiles (FO, UNSA...). La CFE CGC souhaite la suppression des jours de carence. La CFTC ne se prononce pas, dans l'hypothèse d'une réforme globale, mais souligne que l'absence de jour de carence résulte souvent d'une négociation et que d'imposer un jour de carence reviendrait à déséquilibrer les accords existants. De même FO fait de l'extension de l'extension de loi de mensualisation un préalable à toute discussion sur le décal de carence.

Le MEDEF partage l'objectif (lutter contre la désinsertion professionnelle, favoriser le retour à l'emploi quand c'est possible ou souhaitable), mais considère le postulat de départ sur l'extension du champ des bénéficiaires à la loi de mensualisation erroné. Il s'oppose à la réduction ou à la suppression de la condition d'ancienneté pour bénéficier du maintien de salaire employeur qui impacterait l'équilibre économique des accords d'entreprise ou de branche en vigueur.

La piste de la **forfaitisation** a soulevé des réserves de part et d'autres, dans l'attente de précisions :

Le MEDEF estime que la piste de la forfaitisation aura des effets redistributifs importants entre les secteurs et est très réservé sur une modification du mode de calcul. La CPME alerte sur le risque d'une « *mutualisation à outrance* ».

La CFE CGC n'est pas favorable à la piste de la forfaitisation.

La CFDT, dans l'attente de clarifications supplémentaires, est opposée à la forfaitisation.

Les représentants des salariés sont plutôt favorables à la **généralisation de la subrogation et à l'ouverture des droits avant un an** (CFTC, UNSA...). Au cours des discussions, les représentants des entreprises s'y sont opposés. La CPME estime que la généralisation de la subrogation représenterait un coût mis à la charge des entreprises. Pour le MEDEF, la généralisation de la subrogation est une piste inacceptable pour les entreprises qui cherchent plutôt à se désengager de la subrogation. Pour l'UNAPL et l'U2P, la subrogation est ingérable avec le prélèvement à la source.

La CFTC est favorable à la généralisation de la subrogation des IJ, qui permet d'accélérer le décal d'indemnisation des salariés, de réduire les coûts de traitement des IJ par les caisses, et d'accroître l'implication des entreprises. La CFTC pourrait être favorable à l'harmonisation des périodes de référence pour les trois risques. Elle n'est en revanche pas favorable aux mesures de simplification suivantes : prise en compte du salaire net comme salaire de référence pour le calcul des IJ, harmonisation des plafonds de salaire journalier pour les risques maladie/ATMP, maternité, suppression de la majoration à partir du troisième enfant à charge pour les IJ maladie. Elle n'est pas favorable au transfert sur l'entreprise de la prise en charge du 4^{ème} au 8^{ème} jour.

²²⁷ Ces éléments sont le reflet des positions exprimées, telles que relevées par la mission, à l'occasion des échanges ou des contributions écrites. Les positions des organisations ont pu évoluer depuis, dès lors que ces éléments n'ont pas été relus et validés par les organisations.

ANNEXE 5 : FIL D'ENTRETIEN

1. Comment inciter au bon usage de l'arrêt de travail ?

- Comment construire le dialogue du médecin avec son patient, sa connaissance du contexte de travail du salarié et faciliter ainsi une meilleure prescription de l'arrêt de travail ?
- Quels outils ou dispositifs faut-il améliorer pour faciliter la mobilisation de l'expertise des médecins du travail au profit du bon usage de l'arrêt de travail ?
- Des actions à l'endroit des salariés vous paraissent-elles utiles ? Lesquelles ?
- Si ce phénomène était selon vous une réalité significative, comment faire pour éviter le « nomadisme » de prescription d'arrêt de travail ? Comment renforcer le rôle du médecin choisi comme médecin traitant par le patient, dans la prescription des arrêts de travail ?
- Dans certains cas, y-a-t-il selon vous des solutions alternatives à un arrêt de travail ? Quelles seraient ces solutions et leurs conditions de mise en œuvre ?
- Quelles adaptations aux dispositifs de gestion du risque et de contrôle de l'assurance maladie seraient selon vous à envisager ? Quelles évolutions des dispositifs de gestion et de contrôle des indemnisations à la charge des employeurs et de leur articulation avec ceux de l'Assurance maladie faudrait-il prévoir selon vous ?

2. Comment peut-on prévenir les arrêts de travail ?

- En dehors de l'entreprise, y a-t-il selon vous des problématiques de prévention importantes pour la maîtrise des dépenses ? Lesquelles et comment les rendre plus efficaces ?
- En entreprise, quelles mesures de prévention des arrêts de travail privilégier ? Sont-elles spécifiques ou relèvent-elles de la problématique générale des conditions de travail ?
- Quels leviers mobiliser pour inciter l'ensemble des acteurs de l'entreprise (dirigeants, représentants du personnel, médecin du travail, salariés) à agir sur les causes d'arrêt de travail ?

3. Dans quelle mesure des adaptations des règles d'indemnisation (sécurité sociale ou employeurs) contribueraient à un dispositif de couverture plus équitable, plus efficace, plus efficient ?

- Quels leviers seraient selon vous pertinents ?
- Quels avantages verriez-vous à simplifier les modalités de calcul ou d'ouverture des droits ? Quelles seraient les simplifications à apporter prioritairement ?
- Dans quelle mesure serait-il justifié d'ajuster les règles d'indemnisation (assurance maladie et employeurs) pour effacer ou tenir compte de certaines différences de situation ou de

traitement (exemples : CDI versus CDD, salariés âgés bénéficiant déjà de prestations de remplacement type invalidité, voire retraite...) ?

4. Comment rendre plus performant le pilotage financier des dépenses d'arrêt de travail?

- Sur qui pèse aujourd'hui, selon vous, la responsabilité de la soutenabilité financière des dépenses d'arrêt de travail ? Faut-il distinguer selon la nature des arrêts : maladie, maternité, AT ?
- Le partage des responsabilités financières entre l'assurance maladie et les employeurs est-il clairement défini ou gagnerait-il à être clarifié ? De quelle manière selon vous ?
- Les systèmes de gouvernance et de pilotage des dépenses mis en place par l'Etat et l'assurance maladie d'un côté, et des employeurs de l'autre vous paraissent-ils efficace ?