



N° 986

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 avril 2013.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*en conclusion des travaux de la **mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les arrêts de travail et les indemnités journalières,***

ET PRÉSENTÉ PAR

MME BÉRENGÈRE POLETTI,

Députée.

SOMMAIRE

| | Pages |
|--|-------|
| INTRODUCTION | 5 |
| I.- LES ARRÊTS DE TRAVAIL : UN DISPOSITIF INSATISFAISANT | 9 |
| A. UNE DÉPENSE INSUFFISAMMENT MAÎTRISÉE | 9 |
| 1. Une évolution préoccupante | 9 |
| 2. Le montant inconnu de la dépense totale des indemnités journalières | 11 |
| <i>a) La difficulté de mesurer le poids des indemnités complémentaires versées par les entreprises</i> | 11 |
| <i>b) Une incertitude sur les chiffres de la fonction publique</i> | 12 |
| 3. Le paysage varié des arrêts de travail | 12 |
| <i>a) Des disparités géographiques</i> | 12 |
| <i>b) Des disparités sectorielles</i> | 13 |
| 4. Les multiples facteurs expliquant les arrêts de travail | 15 |
| B. UNE RÉGLEMENTATION INADAPTÉE | 18 |
| 1. Une couverture hétérogène..... | 18 |
| <i>a) Les indemnités journalières au titre de la maladie</i> | 18 |
| <i>b) Les indemnités journalières au titre des accidents du travail-maladies professionnelles</i> | 22 |
| <i>c) Des régimes spécifiques : les indépendants et la fonction publique</i> | 25 |
| 2. De très nombreux travailleurs exclus du bénéfice des indemnités journalières | 29 |
| <i>a) L'exclusion de certaines catégories de travailleurs de toute couverture</i> | 29 |
| <i>b) L'inégalité des couvertures complémentaires</i> | 30 |
| C. DES CONTRÔLES TROP PEU SÉLECTIFS | 32 |
| 1. Le contrôle dans le secteur privé..... | 33 |
| <i>a) Le contrôle par l'assurance maladie</i> | 33 |
| <i>b) Le contrôle par des prestataires privés</i> | 42 |
| 2. Le contrôle dans la fonction publique..... | 44 |

| | |
|---|-----|
| II.- VERS UN DISPOSITIF DES ARRÊTS DE TRAVAIL PLUS JUSTE | 49 |
| A. UN PRÉALABLE NÉCESSAIRE : UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DU COÛT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES | 49 |
| B. UNE RÉGLEMENTATION PLUS PROTECTRICE | 51 |
| 1. Privilégier la santé au travail | 51 |
| <i>a) Maîtriser le niveau trop élevé des dépenses liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles</i> | 51 |
| <i>b) Accentuer la prévention des risques professionnels</i> | 52 |
| <i>c) Améliorer la sensibilisation aux maladies professionnelles</i> | 57 |
| <i>d) Prévenir la désinsertion professionnelle</i> | 58 |
| 2. Améliorer la couverture des salariés | 59 |
| <i>a) Modifier les conditions d'accès à l'indemnisation des arrêts de travail</i> | 59 |
| <i>b) Simplifier le dispositif</i> | 60 |
| C. UN CONTRÔLE PLUS EFFICACE | 64 |
| 1. Optimiser le contrôle dans le secteur privé | 64 |
| <i>a) Favoriser un contrôle plus ciblé</i> | 64 |
| <i>b) Améliorer la complémentarité et la coordination des acteurs</i> | 71 |
| <i>c) Faciliter l'échange de données entre administrations</i> | 77 |
| 2. Généraliser le contrôle par l'assurance maladie dans la fonction publique | 79 |
| LISTE DES 24 PRÉCONISATIONS | 83 |
| TRAVAUX DE LA COMMISSION | 87 |
| ANNEXES | 101 |
| ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION | 103 |
| ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES | 105 |
| ANNEXE 3 : COMPTES RENDUS DES AUDITIONS | 107 |

INTRODUCTION

Apparue dans les années 1930⁽¹⁾, la couverture par des indemnités journalières des arrêts de travail consécutifs à une maladie s'est généralisée au sortir de la seconde guerre mondiale avec les ordonnances instituant un régime de sécurité sociale. Dans l'esprit du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui énonce que « *tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* », l'ordonnance du 19 octobre 1945⁽²⁾ procède à une refonte de ce système d'assurances sociales, notamment en élargissant et en assouplissant les conditions pour bénéficier d'indemnités journalières⁽³⁾. Quant aux accidents du travail, la loi du 30 octobre 1946⁽⁴⁾ intègre leur réparation dans l'organisation générale de l'assurance maladie.

Désormais, l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale prévoit le versement, sous conditions, aux assurés se trouvant dans l'incapacité physique temporaire constatée par le médecin traitant de continuer à travailler, d'une prestation en espèces, l'indemnité journalière, afin de compenser la perte de revenus consécutive à cet arrêt de travail.

Depuis plus de dix ans, le nombre d'arrêts de travail n'a cessé de progresser et la dépense représentée par ces prestations dans les comptes sociaux n'a cessé de s'accroître. Ainsi, le nombre de journées indemnisées au titre de la maladie par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) est passé de 180 millions de journées en 2000 à 205 millions en 2011. Les dépenses d'indemnités journalières correspondantes ont progressé de 47 % entre 2000 et 2010, soit une augmentation moyenne par an de 3,6 %. Elles s'élevaient à 4,3 milliards d'euros en 2000 et ont atteint 6,3 milliards d'euros en 2011. Si on inclut les indemnités journalières versées par la CNAMTS au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, de l'ordre de 2,6 milliards d'euros pour l'année 2011, on atteint un total de dépenses d'indemnités journalières de près de 9 milliards d'euros en 2011.

Confrontée à ce phénomène, l'assurance maladie a réagi, cherchant à limiter la progression à la fois en volume et en montants financiers de ces indemnités journalières, en tentant de responsabiliser tant les assurés que les professionnels de santé.

(1) *Loi du 30 avril 1930 modifiant et complétant la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales créant au bénéfice des salariés de l'industrie et du commerce un système obligatoire d'assurances sociales qui couvre les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès.*

(2) *Ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles.*

(3) *60 heures de travail salarié par trimestre sont alors nécessaires pour obtenir la prestation d'indemnité journalière et un délai de carence de trois jours est instauré.*

(4) *Loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.*

À l'automne 2011, dans un contexte de comptes sociaux dégradés, afin de maîtriser ces dépenses, un projet de simplification de l'assiette du salaire de référence retenu pour calculer l'indemnité journalière et l'instauration d'un jour de carence dans la fonction publique ont été présentés lors de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances pour 2012. À l'issue de la discussion, seule la décision d'instaurer, pour la fonction publique, un délai de carence d'une journée à compter de l'arrêt de travail prescrit, ne donnant pas lieu à maintien du traitement, fut adoptée.

Suite à ces débats parlementaires, le président de la commission des affaires sociales, M. Pierre Méhaignerie, et les coprésidents de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), MM. Pierre Morange et Jean Mallot, ont souhaité que cette question des arrêts de travail et des indemnités journalières soit approfondie. En conséquence, ils ont sollicité, en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières et par lettre du 15 décembre 2011, l'expertise de la Cour des comptes.

La communication ⁽¹⁾ de la Cour des comptes transmise le 10 juillet 2012 à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales, démontre une fois encore, le caractère fructueux de l'assistance apportée par la Cour au Parlement dans sa mission de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale et d'évaluation des politiques publiques.

C'est dans ce contexte que la MECSS a proposé, le 17 octobre 2012, à la commission des affaires sociales, de débiter ses travaux sous la XIV^e législature par cette question ayant suscité de nombreuses controverses.

La mission a choisi de retenir, pour champ d'étude, la question des indemnités journalières versées dans le secteur privé au titre de la maladie et des accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que la question du maintien de salaire dans le secteur public pour les mêmes risques. En revanche, les dépenses pour arrêts de travail liés à la maternité, qui se sont élevées en 2010 à près de 3 milliards d'euros, n'entreront pas dans le champ de l'étude car les dépenses correspondantes, n'ayant pas vocation à être régulées, ne sont pas incluses dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

La mission a procédé à l'audition de nombreux experts, juristes, responsables de l'assurance maladie, représentants des professions de santé, des employeurs, des dirigeants de sociétés privées de contrôle médical et responsables de l'administration.

Sollicitées en 2003 afin de mener une étude sur les dépenses induites par les indemnités journalières, l'Inspection générale des affaires sociales et

(1) Communication disponible sur le site de l'Assemblée nationale : http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/mecss/mecss_index.asp.

l'Inspection générale des finances avaient relevé⁽¹⁾ l'existence de disparités importantes dans la structure des dépenses et des lacunes dans le contrôle. Elles préconisaient donc d'adapter la réglementation et de renforcer le contrôle des indemnités journalières.

Force est de constater que cette analyse, dix ans après, est toujours d'actualité.

La Cour des comptes relève, de nouveau, dans sa communication précitée, une réalité mal appréhendée, une réglementation complexe, des disparités importantes de prise en charge entre assurés et un contrôle hétérogène et peu sélectif. Au final, les dépenses d'indemnités journalières continuent de progresser, augmentant de 11 % entre 2008 et 2011, même si les chiffres pour l'année 2012 laissent entrevoir une décélération.

Le dispositif de couverture des arrêts de travail (dans le secteur privé) et des congés maladie (dans le secteur public) n'a pas évolué avec la structure du marché du travail et ne s'est pas adapté aux nouvelles formes d'activité professionnelle de plus en plus fréquentes comme l'intérim ou le temps partiel. Ce dispositif repose sur une législation complexe, disparate et inégalitaire. Les quelques modifications intervenues ces dernières années cherchaient plus à maîtriser les dépenses qu'à remettre à plat et simplifier la réglementation.

S'agissant de la politique de contrôle menée par l'assurance maladie, elle est perfectible.

Si les contrôles existent, ils s'avèrent peu sélectifs et ne jouent pas nécessairement leur rôle de dissuasion. Quelques actions ciblées sont expérimentées mais elles gagneraient à être systématisées, ce que permettrait l'extension des procédures dématérialisées. De nombreux acteurs interviennent au cours du processus, sans grande coordination, alors que l'organisation de leur complémentarité serait nécessaire. De même, l'échange de données entre ces acteurs reste cloisonné et obère l'efficacité du contrôle.

Enfin, la question de la santé au travail se doit d'être abordée. Cette problématique, quelque peu oubliée, lorsque l'on étudie les arrêts de travail, est pourtant indissociable de leur évolution. Que ce soit l'absentéisme lié à de mauvaises conditions de travail ou la survenance d'accidents du travail, ces données participent de la progression du nombre des arrêts de travail et du montant des indemnités journalières.

Votre Rapporteur s'est attachée, au fil de ce rapport, à faire plusieurs préconisations qui ont pour objet de répondre à ces préoccupations.

(1) M. Éric Gissler, Dr Thérèse Roquel, MM. Daniel Lejeune et François Mercereau, Les dépenses d'indemnités journalières, *Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des finances*, octobre 2003.

I.- LES ARRÊTS DE TRAVAIL : UN DISPOSITIF INSATISFAISANT

A. UNE DÉPENSE INSUFFISAMMENT MAÎTRISÉE

1. Une évolution préoccupante

Depuis une dizaine d'années, les dépenses d'indemnités journalières au titre de la maladie de la CNAMTS connaissent une progression dynamique, passant de 4,3 milliards d'euros en 2000 à 6,3 milliards d'euros en 2011.

Sur la seule période 2008-2011, les dépenses des indemnités journalières au titre de la maladie (IJ maladie) versées par la CNAMTS ont augmenté de 11 %, passant de 5,6 milliards d'euros en 2008 à 6,3 milliards d'euros en 2011. Dans le même temps, les dépenses liées aux indemnités journalières pour accidents du travail et maladies professionnelles (IJ AT-MP) ont progressé de 2,2 milliards d'euros en 2008 à 2,6 milliards d'euros en 2011.

En 2011, le montant total des IJ maladie versées par la CNAMTS a représenté 10 % de l'enveloppe de soins de ville de l'ONDAM.

Si on inclut les IJ AT-MP de la CNAMTS, on atteint un total de dépenses d'indemnités journalières de 8,9 milliards d'euros en 2011 soit 14,3 % du total de l'enveloppe des soins de ville de l'ONDAM.

6,8 millions d'arrêts ont été prescrits à 4,7 millions de bénéficiaires, occasionnant 205 millions de journées indemnisées.

S'agissant de la Mutualité sociale agricole (MSA), le montant des indemnités journalières versées en 2011 aux salariés agricoles s'est élevé à 228,1 millions d'euros. 210 000 arrêts de travail ont bénéficié à 150 000 salariés sur une population éligible de 880 000 personnes (soit 17 %), occasionnant 7,8 millions de journées indemnisées.

Au sein du Régime social des indépendants (RSI), pour 2011, les dépenses d'indemnités journalières se sont élevées à 214,9 millions d'euros. 400 000 arrêts de travail ont bénéficié à 104 000 personnes sur une population éligible de 1,743 million de personnes (soit 0,01 %), occasionnant 7,5 millions de journées indemnisées.

● *Le coût très élevé des arrêts de longue durée*

La répartition des arrêts maladie au sein de la CNAMTS révèle que 5 % du nombre des arrêts sont constitués d'arrêts longs, de plus de six mois, qui concentrent 40 % des dépenses d'indemnités journalières. *A contrario*, 76 % du nombre des arrêts sont prescrits pour une durée inférieure à trente jours mais ne représentent que 20 % des dépenses. Les arrêts compris entre un et six mois constituent 18 % du nombre des arrêts et contribuent à environ 40 % des dépenses.

C'est pourquoi la CNAMTS souligne que l'augmentation du nombre d'arrêts de 1,4 % entre 2008 et 2011 s'explique par la progression des arrêts longs. En effet, le nombre d'arrêts de plus de six mois a augmenté de 7,4 % entre 2008 et 2011.

S'agissant de la MSA, les arrêts inférieurs à quinze jours sont majoritaires et représentent 52 % du total des arrêts.

Comme pour les deux régimes précédents, au sein du RSI, les arrêts courts sont majoritaires en nombre mais minoritaires dans le total des dépenses. 58 % des assurés bénéficient d'arrêts de moins de quarante-cinq jours qui représentent 13 % du montant des indemnités versées tandis que 20 % des assurés en arrêt de plus de cent vingt jours constituent 65 % du montant des indemnités versées.

- *L'objectif de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières*

Sur la période 2007-2011, le taux de croissance annuel moyen des IJ maladie s'est élevé à 3,9 % tandis que la croissance moyenne de la masse salariale du secteur privé atteignait 2 %.

La maîtrise de l'évolution des dépenses d'IJ maladie est inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale. Y figure un indicateur de suivi intitulé *Évolution du remboursement des indemnités journalières du régime général* ⁽¹⁾.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'objectif de 2012 a été repris, à savoir obtenir une croissance annuelle moyenne égale à celle de la masse salariale du secteur privé diminuée de 0,5 % afin de maîtriser cette catégorie de dépense.

- *Une évolution fluctuante*

Cette progression ne s'est, néanmoins, pas révélée continue, comme l'a rappelé le directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem ⁽²⁾.

De 2007 à 2009, le taux de croissance des dépenses est passé, de l'ordre de 3,8 % en 2007, à 5,6 % en 2008 et à 5,1 % en 2009. Depuis 2010, on constate une décélération avec un taux de croissance de 4,1 % en 2010 et de 2,1 % en 2011 ⁽³⁾.

Le directeur général de la CNAMTS constate même une diminution en 2012 de 3,5 % des montants, tendance confirmée sur le terrain. Ainsi, Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, a annoncé ⁽⁴⁾ une diminution de 3,6 % des montants des IJ maladie dans son département et de 2,2 % dans la région Champagne-Ardenne.

(1) Indicateur 4-4 de l'objectif Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses.

(2) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

(3) Audition de M. Thomas Fatome, directeur de la direction de la sécurité sociale, le mercredi 28 novembre 2012.

(4) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

2. Le montant inconnu de la dépense totale des indemnités journalières

a) La difficulté de mesurer le poids des indemnités complémentaires versées par les entreprises

Ni les représentants des employeurs, ni la direction générale du travail, ni les sociétés de contre-visites médicales, auditionnés, n'ont été capables d'estimer la dépense représentée par les indemnités journalières complémentaires versées par l'entreprise, soit au titre du dispositif légal ou à la suite d'un accord d'entreprise, ce que déplore la mission.

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales ont fait part des difficultés à recenser et analyser des conventions collectives multiples et hétérogènes et à isoler des données particulières au sein des salaires individuels.

En effet, si les conventions collectives peuvent être consultées sur le site internet du Gouvernement « Légifrance », il n'existe aucune base de données qui recenserait et analyserait les dispositions en vigueur dans chaque branche et pourrait être interrogée.

Par ailleurs, selon la DREES, la connaissance des montants versés par les entreprises supposerait l'existence de systèmes d'information identifiés comme tels au sein des entreprises. Les entreprises ne comptabilisent que le nombre de jours perdus dans leurs bilans sociaux, les indemnités journalières étant assimilées aux salaires.

La DREES mène une étude sur le montant des indemnités journalières complémentaires versées par les organismes mutualistes et les institutions de prévoyance et met en place une base de données en utilisant des informations recueillies auprès de ces organismes par l'intermédiaire de l'Autorité de contrôle prudentiel. Lors de son audition, son directeur, M. Franck Von Lenep⁽¹⁾, a avancé une première estimation de 3 milliards d'euros versés au titre de ces indemnités journalières complémentaires.

La Cour des comptes, dans sa communication transmise à la MECSS, a, par ailleurs, relevé que certaines entreprises pouvaient octroyer des garanties complémentaires sans pour autant l'avoir formalisé dans un accord d'entreprise.

Il est donc très difficile de disposer d'un recensement exhaustif.

(1) Audition du jeudi 31 janvier 2013.

b) Une incertitude sur les chiffres de la fonction publique

La DREES a également relevé que le montant des indemnités journalières dans les trois fonctions publiques n'était pas connu ⁽¹⁾.

Dans sa communication transmise à la MECSS, la Cour des comptes fait état d'un montant de 383 millions d'euros de dépenses de congés maladie pour la fonction publique d'État, tout en relevant qu'il n'existe pas de suivi précis et de consolidation des journées d'absence pour maladie qui permettrait un calcul approximatif.

Par ailleurs, les statistiques sur le nombre de jours d'arrêt de travail restent imprécises. Le rapport annuel sur l'état de la fonction publique fournit le nombre moyen de jours de congé maladie mais ces statistiques datent de 2003. Auditionné, M. Jean-François Verdier, directeur général de la direction de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) ⁽²⁾, a indiqué qu'une mise à jour était en cours avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Les données relatives à la fonction publique territoriale et hospitalière sont plus récentes.

Le Centre national de la fonction publique territoriale publie des bilans sociaux. La dernière étude analysait les absences pour raison de santé au cours de l'année 2009.

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a mené une étude sur la période 2009-2010 pour mesurer les absences et la rotation du personnel travaillant dans les établissements de santé.

3. Le paysage varié des arrêts de travail

a) Des disparités géographiques

Le nombre et le type d'arrêts de travail sont différents selon les régions.

La Cour des comptes, dans sa communication transmise en juillet 2012, a souligné des disparités territoriales importantes, avec un écart d'un à deux s'agissant du nombre d'arrêts de travail. Si au niveau national, en 2010, le nombre moyen de journées maladie indemnisées par patient était de quarante-quatre jours, ce chiffre variait de trente-cinq jours et demi en Lozère à soixante-trois jours en Corse. En 2012, dans le département de la Marne, le nombre moyen de journées maladie indemnisées par patient est de quarante-quatre jours et demi, et dans le ressort de la caisse primaire de Bayonne de trente jours.

(1) Audition du jeudi 31 janvier 2013.

(2) Audition du jeudi 14 février 2013.

Quant à la durée, si les arrêts de plus de trois mois représentaient 11 % en moyenne du total des arrêts, ils s'élevaient à 17 % en Corse et à 7 % en Île-de-France.

M. Yann Bourgueil, directeur de l'IRDES, a présenté ⁽¹⁾ une étude menée par l'institut à partir d'une base de données appelée Hygie. Cette base issue de la fusion de données de l'assurance maladie (arrêts maladie et consommation de soins) et de données de l'assurance vieillesse (déroulement de carrière, caractéristiques des entreprises) a permis de recouper des informations particulièrement intéressantes.

L'analyse des arrêts maladie en 2005 sur un échantillon de salariés du secteur privé ⁽²⁾ a révélé que 23 % de cet échantillon avait bénéficié d'au moins un arrêt.

Cependant, cette proportion est inégale selon les départements, variant de 13 % dans les Hautes-Alpes à 29 % dans les Ardennes. La durée de ces arrêts est également inégale : 21 % des salariés de l'échantillon ont bénéficié d'un arrêt de moins de trois mois dont 11 % dans les Hautes-Alpes et 27 % dans le Bas-Rhin.

b) Des disparités sectorielles

Même si les comparaisons sont délicates, le nombre de jours d'absence au travail pour des raisons de santé connaît de fortes variations selon les secteurs et activités professionnelles.

S'agissant du secteur privé, une étude du groupe de conseil Alma Consulting fait état de quatorze jours d'absence par an et par salarié et de 3,84 % de taux d'absentéisme pour raison de santé ⁽³⁾.

Ce taux est variable selon plusieurs facteurs :

– le secteur d'activité ; ainsi le taux d'absence lié à un arrêt maladie s'élève à 6,61 %, soit vingt-quatre jours, dans le secteur de la santé, à 5,13 %, soit dix-huit jours et demi dans les transports, 3,58 %, soit treize jours pour l'industrie, 3,32 %, soit douze jours pour les services, et même à 2,97 %, soit dix jours dans le bâtiment et les travaux publics ;

– la taille de l'entreprise plus l'entreprise est importante, plus le taux d'absence lié à la maladie diminue. De 3,7 % au sein de grands groupes ⁽⁴⁾, il passe à 4,5 % dans les entreprises de taille intermédiaire ⁽⁵⁾ et atteint 4,32 % au sein des petites et moyennes entreprises ⁽⁶⁾ ;

(1) Audition du jeudi 20 décembre 2012.

(2) Échantillon de 262 998 salariés âgés de vingt-cinq à soixante-cinq ans résidant en France métropolitaine.

(3) Chiffres en septembre 2012.

(4) Entreprises de plus de 1 000 collaborateurs.

(5) Entreprises employant de 250 à 500 collaborateurs.

(6) Entreprises où travaillent moins de 200 personnes.

– la catégorie socioprofessionnelle, les ouvriers prennent une moyenne de dix-sept jours et demi d'absence pour maladie, soit un taux de 4,84 % tandis que les cadres s'arrêtent cinq jours et demi en moyenne soit un taux de 1,53 %.

La société de contre-visite médicale Securex, auditionnée par la mission, a confirmé cette moyenne de jours d'absence.

Selon une étude de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère du travail, le taux d'absentéisme pour raison de santé des salariés du privé en contrat à durée indéterminée s'élèverait à 3,7 % et à 2,6 % pour les agents en contrat à durée déterminée en 2011 ⁽¹⁾.

Au sein du secteur public, les disparités sont encore importantes entre fonctions publiques.

Au sein de la fonction publique d'État, le nombre moyen de jours de congés pris au titre des arrêts maladie (tous types confondus) est de treize jours ⁽²⁾. Ce chiffre masque les disparités entre les ministères : ainsi la moyenne est de six jours au sein du ministère de la jeunesse et des sports tandis qu'au sein du ministère de l'outre-mer elle s'élève à vingt-trois jours.

Lors de son audition, M. Jean-François Verdier, directeur général de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), a fait état de statistiques plus récentes ⁽³⁾ qui chiffreraient le taux de congé maladie à 3,7 % pour les agents titulaires de la fonction publique d'État et à 2,6 % pour les agents en contrat à durée déterminée.

S'agissant de la fonction publique territoriale ⁽⁴⁾, le nombre moyen de jours pris au titre de la maladie (tous types de congés confondus) s'élevait en 2009 à vingt-deux jours. Cette moyenne est également différente selon les collectivités territoriales. Les régions enregistraient vingt-huit jours de congés, les départements dix-neuf jours et les communes de plus de 100 000 habitants vingt-cinq jours. Au sein des communes, on constate que, plus la taille de la commune est importante, plus le nombre moyen de journées de congé pour maladie est important. Ainsi, les communes de moins de 1 000 habitants observaient dix-sept jours de congés tandis que les communes de 50 000 à 100 000 habitants relevaient vingt-huit jours.

Lors de son audition ⁽⁵⁾, M. Christophe Peyrel, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale à la direction générale des collectivités locales (DGCL), a indiqué que ces chiffres avaient augmenté en

(1) « *Les absences au travail des salariés pour raisons de santé* », Dares Analyses, février 2013.

(2) *Nombre moyen de jours de congé maladie dans les ministères en 2003*, Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, 2012.

(3) « *Les absences au travail des salariés pour raisons de santé* », Dares Analyses, février 2013.

(4) *Centre national de la fonction publique territoriale*, La santé au travail et les risques professionnels des agents territoriaux en 2009, décembre 2012.

(5) *Audition du jeudi 14 février 2013*.

2011 ⁽¹⁾, le nombre moyen de jours pris au titre de la maladie (tous types de congés confondus) s'élève en 2011 à presque trente jours pour les régions, vingt et un jours pour les départements et vingt-quatre jours pour les communes.

Dans la fonction publique hospitalière ⁽²⁾, le taux de congés maladie s'élève à 4,6 % en 2010. Ce taux varie selon les catégories de personnel, allant de 1,9 % pour les internes à 2,9 % pour le personnel médical hors internes et jusqu'à 7,3 % pour le personnel non médical ⁽³⁾.

Selon M. Jean Debeaupuis, directeur général de la direction de l'offre de soins (DGOS) au ministère chargé de la santé, ces écarts sont justifiés par la nature des tâches accomplies par le personnel. En effet, les risques physiques ou musculo-squelettiques liés au port de charges, à la manipulation des patients ou à des postures contraignantes pèsent davantage sur le personnel soignant compris dans le personnel non médical que sur les médecins.

Ce taux d'absentéisme connaît également des variations selon la taille de l'établissement de santé. Sur une moyenne de 7,3 % en 2010, les établissements les plus importants, de type centres hospitaliers régionaux et centres hospitaliers universitaires, enregistrent un taux tournant autour de 7,4 %, tandis que, dans les plus petits établissements ⁽⁴⁾, ce taux se situe autour de 7,4-7,9 %.

4. Les multiples facteurs expliquant les arrêts de travail

Plusieurs facteurs se conjuguent et expliquent l'évolution de cette dépense.

• La structure de la population active et son vieillissement

Ces facteurs contribuent à l'augmentation du nombre de journées indemnisées. Lors de son audition ⁽⁵⁾, le directeur général de la CNAMTS a souligné que l'allongement de la vie professionnelle aurait une incidence sur le nombre et la durée des arrêts de travail. La part des plus de cinquante ans s'accroît par rapport aux autres classes d'âge. En 2011, ils représentent 25 % des bénéficiaires d'indemnités journalières. Entre 2008 et 2011, le nombre de personnes âgées de plus de cinquante ans ayant bénéficié d'un arrêt maladie a augmenté de 8,5 % ; cette évolution atteint 28,5 % pour les personnes âgées de plus de soixante ans.

Le directeur général de la CNAMTS a relevé, par ailleurs, que la durée moyenne des arrêts de travail augmentait en fonction de l'âge du salarié. À titre

(1) Bilans sociaux des collectivités territoriales.

(2) Analyse effectuée auprès de 463 établissements sur l'année 2010 par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

(3) On entend par personnel non médical, notamment 70 % de personnel soignant comme les agents hospitaliers ou les aides-soignants.

(4) Établissements dont le budget est inférieur à 20 millions d'euros.

(5) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

d'exemple, pour un salarié âgé de trente ans, la durée d'un arrêt est en moyenne de vingt jours par an, tandis que, pour un salarié âgé de plus de soixante ans, cette durée s'élèvera en moyenne à soixante-dix jours par an.

De plus, ces salariés étant en fin de carrière, ils bénéficient de salaires plus conséquents, ce qui a une incidence sur le montant de leurs indemnités versées.

L'étude de l'IRDES précitée sur les disparités départementales des arrêts de travail a relevé que la variable « structure de la population active » entraine pour 23 % dans ces différences.

- *Les conditions de travail*

La même étude de l'IRDES a noté une corrélation entre la pénibilité du secteur professionnel et les arrêts de travail.

De mauvaises conditions de travail occasionnent des pathologies spécifiques telles que les troubles musculo-squelettiques ou les états dépressifs et contribuent à l'augmentation du nombre des arrêts de plus de six mois.

- *La densité des praticiens*

L'IRDES a également constaté que, dans les zones à forte densité de praticiens, le nombre d'arrêts de travail est supérieur à la moyenne. Ce nombre important de médecins expliquerait 28 % des disparités entre départements du nombre d'arrêts. L'IRDES propose deux explications. En premier lieu, l'offre de soins étant plus importante, il est plus facile de pouvoir se faire prescrire un arrêt maladie. En deuxième lieu, la densité médicale renforce la « concurrence » entre médecins et leur rémunération dépend ainsi de leur patientèle.

- *L'évolution de la réglementation*

L'évolution de la réglementation relative au calcul des IJ maladie a entraîné une diminution de leur montant.

Depuis 2011, le montant de cette indemnité correspond à une fraction du gain journalier de base, soit 50 % du salaire brut calculé sur 365 jours et non plus sur 360 jours et, depuis 2012, le salaire de base est plafonné à 1,8 fois le salaire minimum de croissance (SMIC) mensuel au lieu du plafond mensuel de la sécurité sociale⁽¹⁾. Selon le directeur de la sécurité sociale, M. Thomas Fatome⁽²⁾, cette dernière disposition a entraîné une économie estimée à 125 millions d'euros en 2012.

(1) Articles 1^{ers} des décrets n° 2010-1305 du 29 octobre 2010 et n° 2011-1957 du 26 décembre 2011 codifiés à l'article R. 323-4 du code de la sécurité sociale.

(2) *Audition du mercredi 28 novembre 2012.*

• *L'évolution des conditions économiques et la persistance d'une situation de crise*

Ces deux phénomènes ont suscité un comportement plus « prudent » de la part des salariés.

Lors de son audition, la DREES a confirmé⁽¹⁾ que ses études montraient une corrélation entre le risque de chômage et la diminution des arrêts maladie. Dans une étude sur les indemnités journalières menée en 2007⁽²⁾, elle relevait, en effet, un lien négatif entre l'évolution des indemnités journalières de moins de trois mois et le taux de chômage. Les assurés renonceraient à s'arrêter lors de soucis de santé bénins de crainte de perdre leur emploi.

• *La mise en place d'une politique de contrôle vis-à-vis des assurés et le développement des référentiels de prescription vis-à-vis des prescripteurs*

Cette politique joue un rôle certain dans la diminution du nombre d'arrêts, même s'il est difficile de le mesurer. Selon l'étude de l'IRDES précitée, l'intensité des contrôles menés par l'assurance maladie explique à 31 % la différence entre le nombre d'arrêts de travail entre départements.

• *L'expérimentation mise en place à Bayonne*

Une expérimentation, appelée à se généraliser, a été conduite par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Bayonne afin de mettre en place une base de données, l'observatoire local des indemnités journalières, permettant de segmenter et d'identifier les variables de l'évolution des arrêts de travail pour chaque région.

Le caractère novateur de cette base de données réside dans sa nature médico-administrative. Au sein d'une même base de données sont regroupés des informations démographiques, comme l'âge, le sexe des assurés, des données socioprofessionnelles à savoir le secteur d'activité, la catégorie socioprofessionnelle des assurés, des renseignements géographiques et également des données médicales comme les prescripteurs concernés, les motifs médicaux des arrêts, leur contexte, les parcours médicaux antérieurs ou postérieurs à l'arrêt et leur durée effective.

L'exploitation de cette base de données facilite l'identification des déterminants de l'évolution des arrêts de travail. Mme Véronique Toulouse, sous-directrice en charge de la production et de la régulation de la caisse primaire de Bayonne, a souligné⁽³⁾ que cet observatoire permettait d'analyser si l'augmentation des arrêts était la conséquence mécanique d'une augmentation de la population active et de son vieillissement ou résultait d'autres facteurs.

(1) Audition du jeudi 31 janvier 2013.

(2) « Les indemnités journalières », Études et résultats de la DREES, septembre 2007.

(3) Audition du jeudi 31 janvier 2013.

Les résultats observés à Bayonne sont significatifs : les dépenses liées aux indemnités journalières ont été contenues depuis 2009 et une économie d'un million d'euros a été réalisée sur cette période. Sur un point particulier identifié par l'observatoire dans la circonscription comme représentant une variable d'augmentation des IJ maladie, les arrêts maladie des moins de trente-cinq ans, les actions menées ont permis une diminution de quatre points des dépenses de ces arrêts, soit une économie d'un demi-million d'euros sur une année.

La généralisation de cet observatoire des indemnités journalières, sur tout le territoire, à l'ensemble des caisses primaires, depuis le dernier semestre 2011, devrait permettre d'expliquer les disparités régionales et d'en tirer les conséquences en termes de gestion et de contrôles.

Une première évaluation réalisée à partir d'une enquête lancée début 2013 auprès de cent trois caisses primaires a permis de constater que l'observatoire avait été utilisé par 99 % de ces caisses et avait conduit à des actions ⁽¹⁾ adossées aux constats tirés de l'observatoire.

B. UNE RÉGLEMENTATION INADAPTÉE

L'arrêt de travail correspond à la situation de l'assuré social qui se trouve dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par un médecin de continuer à travailler et qui bénéficie à ce titre d'une interruption temporaire de son activité professionnelle. Afin de compenser la perte de ses revenus, le régime d'assurance maladie auquel il est rattaché, lui verse, sous conditions, des prestations en espèces, les indemnités journalières. Il bénéficie éventuellement de la part de l'entreprise qui l'emploie, d'indemnités journalières complémentaires prévues par des dispositifs conventionnels et peut profiter de garanties supplémentaires liées à des accords d'entreprises.

Aujourd'hui, les conditions d'attribution de ces prestations méconnaissent les évolutions du marché du travail et laissent de côté une frange importante de la population active.

1. Une couverture hétérogène

a) Les indemnités journalières au titre de la maladie

Les conditions d'ouverture des droits et l'étendue de la couverture en cas d'arrêt maladie diffèrent selon le régime d'assurance maladie auquel est rattaché l'assuré.

(1) 1 751 actions ont été programmées dans le cadre de plans annuels de maîtrise des dépenses d'arrêts de travail.

• *Le régime des travailleurs salariés*

Pour prétendre à l'octroi d'indemnités journalières, deux conditions alternatives coexistent : des règles relatives à une durée minimale d'activité et des règles relatives à un montant minimum de cotisations ⁽¹⁾.

1) pour les indemnités journalières versées pendant les six premiers mois de l'arrêt de travail, il est nécessaire :

– soit d'avoir travaillé au moins 200 heures dans les trois derniers mois ou durant les 90 jours précédant l'arrêt ;

– soit que le montant des cotisations dues au titre de l'assurance maladie assises sur les rémunérations perçues durant les six mois précédents soit au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 1 015 fois la valeur du SMIC au premier jour de la période de référence.

2) pour les indemnités journalières versées au-delà des six premiers mois de l'arrêt de travail, il convient d'être affilié depuis plus d'un an au régime général et :

– soit d'avoir travaillé au moins 800 heures au cours de l'année ou des 365 jours précédents l'arrêt, dont 200 heures au cours des trois premiers mois ;

– soit que le montant des cotisations dues au titre de l'assurance maladie assises sur les rémunérations perçues pendant l'année soit au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du SMIC au 1^{er} janvier qui précède le début de cette période, dont 1 015 fois au moins la valeur du SMIC au cours des six premiers mois.

Si l'assuré remplit ces conditions, il peut prétendre au versement d'une prestation en espèces, l'indemnité journalière ⁽²⁾ qui obéit à des modalités de calcul complexes.

Le montant de cette indemnité correspond à une fraction du gain journalier de base, soit 50 % du salaire brut. Le salaire de référence correspond à 1/91,25^e du montant des trois derniers salaires antérieurs à la date de l'interruption de travail versés pour une paie mensuelle ou journalière ⁽³⁾. Ce salaire de base est plafonné à 1,8 fois le SMIC.

Cette prestation peut être majorée lorsque l'assuré a trois enfants ⁽⁴⁾ et elle est révisée lorsque l'arrêt de travail est supérieur à trois mois ⁽⁵⁾.

(1) Article R. 313-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 321-1.

(3) Articles L. 323-4 et R. 323-4, les calculs varient selon la périodicité du versement de la paie.

(4) Article R. 323-5.

(5) Article R. 323-6.

La liquidation de cette prestation s'effectue à partir du quatrième jour de l'arrêt, soit après un délai de carence de trois jours, tous les quatorze jours pendant une durée maximale de trois ans dans la limite de 360 jours indemnisés ⁽¹⁾.

Au sein du régime général, la couverture des IJ maladie relève du risque maladie. Elle est donc financée par les cotisations applicables au financement général de l'assurance maladie qui couvrent également les risques maternité, invalidité et décès.

Les cotisations sont calculées à partir de taux fixés à l'échelon national appliqués à la rémunération brute de l'assuré et sont versées à la fois par l'employeur (part patronale) au taux de 13,10 % et par l'assuré salarié (part salariale) au taux de 0,75 %. De plus, l'assuré doit s'acquitter de deux taxes : la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

L'employeur complète cette prestation de l'assurance maladie en octroyant des indemnités journalières complémentaires. Leur régime résulte à la fois de dispositions législatives ou réglementaires et d'accords conventionnels.

Ainsi, depuis l'accord national interprofessionnel sur la mensualisation du 10 décembre 1977, généralisé par loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle ⁽²⁾, les entreprises sont tenues, en cas d'arrêt de travail et au-delà du délai de carence, de verser à leurs salariés un complément de revenu.

Selon l'article L. 1226-1 du code du travail, le salarié doit remplir deux conditions pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires :

- justifier d'un an d'ancienneté minimum ;
- recevoir des indemnités journalières de l'assurance maladie.

Sauf dispositions conventionnelles plus favorables, ce droit commence à partir du huitième jour de l'arrêt de travail ⁽³⁾. Le salarié recevra alors 90 % de sa rémunération brute pendant les trente premiers jours et au-delà 66,66 % de celle-ci ⁽⁴⁾. Les durées d'indemnisation sont augmentées de dix jours par période de cinq ans d'ancienneté dans l'entreprise en plus de la durée d'une année requise à l'article L. 1226-1 précité, sans pouvoir toutefois dépasser quatre-vingt-dix jours ⁽⁵⁾.

(1) Article R. 323-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article 1^{er} de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 sur la mensualisation codifié à l'article L. 1226-1 du code du travail.

(3) Article D. 1226-3 du code du travail.

(4) Article D. 1226-1.

(5) Article D. 1226-2.

Ces dispositions ne s'appliquent ni aux salariés travaillant à domicile, ni aux salariés saisonniers, ni aux salariés intermittents, ni aux salariés temporaires.

C'est pourquoi, toute indemnisation complémentaire pour ces catégories repose sur la participation de leurs branches à des accords de prévoyance. Lors de son audition, Mme Marie Béatrice Levieux, présidente de la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM), a ainsi indiqué que, pour les salariés employés par des particuliers, une cotisation prévoyance obligatoire était retenue sur leur bulletin de paie, ce qui permet le versement d'indemnités journalières complémentaires pour leurs arrêts de travail consécutifs à la maladie ou à un accident. Un accord collectif national de prévoyance obligatoire a été conclu entre la FEPEM pour les employeurs et plusieurs syndicats ⁽¹⁾ au nom des salariés.

Par ailleurs, selon le secteur d'activité, le salarié peut bénéficier de garanties supplémentaires selon les dispositions négociées dans les accords de branches ou d'entreprises.

Ces dispositifs conventionnels peuvent prendre en charge le délai de carence et maintenir un niveau de salaire selon des modalités différentes.

Ces indemnités journalières complémentaires jouent donc un rôle crucial dans le dispositif d'indemnisation des arrêts de travail. Selon les représentants des employeurs ⁽²⁾, la charge qui pèse sur les entreprises s'alourdit à la faveur de l'évolution de la réglementation. Ainsi, le plafonnement à 1,8 SMIC de l'assiette de calcul des IJ maladie qui entraîne une économie pour l'assurance maladie se traduira par une augmentation de la part complémentaire des entreprises.

- *Le régime des professions agricoles*

Seuls les salariés agricoles peuvent prétendre aux indemnités journalières liées à la maladie, lors d'un arrêt de travail. Les conditions d'ouverture de droits et de prise en charge sont identiques à celle du régime général de la CNAMTS.

Les indemnités complémentaires sont gérées par la MSA pour le compte d'institutions de prévoyance.

À partir du 1^{er} janvier 2014 ⁽³⁾, le bénéfice de cette prestation sera étendu aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi qu'aux aides familiaux et associés. Le choix a été fait d'instaurer une cotisation estimée à 170 euros pour 2014 afin d'alimenter un fonds spécifique géré par la caisse centrale de la MSA. Les indemnités, sous la forme d'une prestation forfaitaire, devraient être versées au-delà d'un délai de carence de sept jours.

(1) La Confédération française démocratique du travail (CFDT), la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC), la Confédération générale du travail (CGT) et la Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des services annexes Force ouvrière (FGTA/FO).

(2) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

(3) Article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 codifié à l'article L. 732-4 du code rural.

b) Les indemnités journalières au titre des accidents du travail-maladies professionnelles

● *Les accidents du travail*

L'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale définit l'accident du travail comme, « *quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise* ».

Le salarié ou ses ayants droit en cas d'accident mortel doivent signaler l'accident à l'employeur dans la journée ou il s'est produit ou au plus tard dans les vingt-quatre heures, accompagné d'un certificat médical.

L'employeur transmettra dans les quarante-huit heures une déclaration à sa caisse primaire, qui statuera dans un délai maximal de trente jours.

Les conditions de prise en charge sont plus « favorables » qu'en cas d'arrêt maladie :

– le début de l'indemnisation n'est pas soumis à un délai de carence. Les indemnités sont versées à partir du lendemain du jour de l'accident et le jour de l'accident est payé intégralement ;

– la durée de l'indemnisation n'est pas limitée. Les indemnités sont versées jusqu'à la guérison – ou consolidation, voire le décès.

– le montant de l'indemnisation est plus conséquent. L'indemnité journalière correspond à 60 % du salaire journalier de base brut jusqu'au vingt-huitième jour et à 80 % au-delà. Les modalités de calcul restent complexes, l'assiette retenue est celle du salaire brut du dernier mois assorti des primes, divisé par 30,42, le gain journalier ne pouvant excéder 0,834 % du plafond de la sécurité sociale.

Le financement du risque AT-MP est essentiellement assuré par des cotisations assises sur les salaires, intégralement à la charge des employeurs. Un taux de cotisation AT/MP distinct est fixé pour chaque établissement, en fonction de la taille de l'entreprise et du niveau de risque évalué pour l'activité exercée par ses salariés.

● *Les maladies professionnelles*

Une maladie peut être qualifiée de professionnelle lorsqu'elle résulte de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession.

Il n'en reste pas moins que le lien de causalité entre la maladie et l'environnement professionnel peut être difficile à prouver, de même que le point

de départ de la maladie, certaines pathologies se manifestant des années après la cessation du travail.

Le code de la sécurité sociale a défini plusieurs conditions pour la reconnaissance et l'indemnisation des maladies professionnelles.

La première repose sur la présomption d'origine professionnelle pour un certain nombre de maladies définies dans un des cent quatorze tableaux annexés.

Selon le deuxième alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, « *est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau* ».

Chaque tableau comporte :

- les symptômes ou lésions pathologiques que doit présenter le malade ;
- le délai maximal entre la constatation de l'affection et la date à laquelle l'assuré a cessé d'être exposé au risque ainsi que le cas échéant une durée minimale d'exposition ;
- une liste de travaux susceptibles de provoquer la maladie qui peuvent être selon les pathologies, limitative ou indicative.

Si toutes ces conditions sont remplies, la maladie est systématiquement présumée, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve.

La deuxième condition repose sur un système complémentaire qui permet d'obtenir la reconnaissance d'une maladie comme professionnelle lorsque les conditions posées dans ce tableau de maladies professionnelles ne sont pas remplies. Il appartient alors à l'assuré de démontrer le lien direct entre la pathologie et le travail.

Le troisième alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale énonce : « *La maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.* »

Enfin, il est possible de reconnaître le caractère professionnel d'une maladie qui ne figure pas sur les tableaux annexés, en démontrant que cette dernière a entraîné le décès ou une incapacité permanente d'au moins 25 %. Selon le quatrième alinéa de l'article L. 461-1 du même code, « *peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée et non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime* ».

La victime ou ses ayants droit doivent adresser à la caisse primaire une demande de reconnaissance accompagnée du certificat médical du médecin⁽¹⁾. Après une enquête administrative et médicale, la caisse statue et en informe l'assuré et l'employeur dans un délai de trois mois.

Dans les deux cas prévus au troisième et quatrième alinéa de l'article L. 461-1, l'assuré doit présenter un dossier au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles qui rendra un avis motivé permettant à la caisse primaire de se prononcer.

● *La sous-déclaration*

Il convient de noter qu'une partie des arrêts liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle est déclarée au titre des arrêts maladie.

Cette sous-déclaration des risques professionnels et des accidents du travail s'explique par de multiples facteurs :

– en premier lieu, du côté de l'assuré, ce dernier ignore souvent les risques qu'il encourt ou a encouru dans son environnement professionnel et la procédure de déclaration d'une maladie professionnelle auprès de l'assurance maladie est complexe. Par ailleurs, lorsqu'il est en poste, cette démarche peut avoir une incidence sur sa situation et entraîner un risque pour son emploi ;

– en deuxième lieu, s'agissant des employeurs, le processus mis en place par l'assurance maladie pèse financièrement sur les entreprises dans lesquelles surviennent des accidents, dans la mesure où, dans ce cas, existe une modulation à la hausse de leurs cotisations ;

– enfin, comme l'ont souligné plusieurs des personnalités auditionnées par la mission, le corps médical est relativement peu sensibilisé et formé aux questions de santé au travail ; de plus, le lien de causalité entre une pathologie et l'environnement professionnel d'un assuré est délicat à démontrer, en particulier lorsque ce dernier a exercé plusieurs emplois.

Selon l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, il est institué un versement annuel de la branche AT-MP de la CNAMTS au profit de la branche maladie du régime général pour tenir compte des dépenses assumées par cette dernière au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes étudie tous les trois ans dans un rapport remis au Parlement et au Gouvernement le coût réel pour la branche maladie de cette sous-déclaration.

(1) Article L. 461-5 du code de la sécurité sociale.

Ce versement s'est élevé à 710 millions d'euros de 2009 à 2011. Pour 2012 et 2013, il est de 790 millions d'euros ⁽¹⁾.

Néanmoins, cette sous-déclaration serait sous-estimée.

Lors de son audition, M. Yann Bourgueil, directeur de l'IRDES ⁽²⁾, a attiré l'attention de la mission sur les travaux d'un chercheur ⁽³⁾ qui a démontré que cette sous-déclaration des arrêts liés aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles restait minimisée par l'assurance maladie. Selon les calculs effectués dans le cadre de cette recherche, 39 % des arrêts de travail pour les hommes dans la catégorie socioprofessionnelle des ouvriers ou des employés résultaient de conditions de travail pénibles ou présentant un risque pour la santé alors que selon les données de la branche AT-MP de la CNAMTS, la proportion de ces arrêts était estimée à 18 %.

c) Des régimes spécifiques : les indépendants et la fonction publique

• Le régime des indépendants

Le régime d'assurance maladie des indépendants a été mis en place tardivement. Ont été instituées des conditions d'ouverture de droits et des modalités plus contraignantes de prise en charge des arrêts de travail liés à la maladie. Elles sont assorties de modalités spécifiques, liées à la nature de l'activité professionnelle des assurés, même si ce régime a été rapproché de celui de la CNAMTS ⁽⁴⁾.

Pour prétendre à une couverture, l'assuré doit répondre à trois conditions :

- être artisan ou commerçant à titre principal et en activité ;
- être à jour de l'ensemble de ses cotisations d'assurance maladie à chaque prescription d'arrêt de travail ;
- être affilié depuis au moins un an au RSI.

Par ailleurs, lors de son audition, M. Stéphane Seiller, directeur général du RSI ⁽⁵⁾, a insisté sur plusieurs points particuliers :

- il n'existe pas de couverture particulière pour les accidents du travail ;
- le financement des indemnités journalières est assuré intégralement par des cotisations représentant 0,7 % des revenus sur lesquels elles sont assises ;

(1) Article 88 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(2) Audition du jeudi 20 décembre 2012.

(3) Mme Pascale Lengagne, Arrêts de travail attribuables aux AT-MP : sous reconnaissance ou sur déclaration, décembre 2012.

(4) En mai 1995 pour les artisans et en juin 2000 pour les professions industrielles et commerciales.

(5) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

– le délai de carence est de sept jours, sauf pour une hospitalisation (contre trois jours dans les autres régimes) ;

– le revenu de référence pris en compte pour calculer le montant de l'indemnité journalière est celui des trois dernières années (contre les trois derniers mois dans les autres régimes) afin de prendre en compte le caractère irrégulier des revenus des travailleurs indépendants.

Une des caractéristiques de ce régime est la forte croissance de ses cotisants depuis la mise en place du statut d'auto-entrepreneur en 2009⁽¹⁾. Ces derniers correspondent à 20 % de la population éligible et représentent 8 % de la dépense des indemnités journalières.

● *La fonction publique*

Les fonctionnaires stagiaires et titulaires des trois fonctions publiques bénéficient d'un régime particulier en matière d'arrêts de travail, qui sont dénommés « congés ».

Trois régimes existent en fonction de la gravité de l'état de santé du fonctionnaire⁽²⁾ :

– le congé maladie ordinaire qui peut atteindre un an ;

– le congé de longue maladie ;

– le congé de longue durée. Cinq affections ouvrent droit à ce congé : la tuberculose, la maladie mentale, le cancer, la poliomyélite ou le déficit immunitaire grave et acquis.

Durant ces congés, le fonctionnaire ne bénéficie pas d'indemnités journalières mais continue de percevoir son traitement. Dans la fonction publique d'État, les règles de calcul sont les suivantes :

– lors du congé maladie ordinaire, le fonctionnaire reçoit son traitement plein pendant trois mois et la moitié de ce dernier pendant neuf mois ;

– lors du congé de longue maladie, il perçoit un an de traitement plein et deux ans de demi-traitement ;

– lors du congé de longue durée, il continuera à être rémunéré à taux plein pendant trois ans et en demi-traitement pendant deux ans.

Dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, les règles sont similaires, à l'exception du maintien ou de la suspension d'indemnités spécifiques

(1) Chapitre I^{er} de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

(2) Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés maladie des fonctionnaires.

selon le congé⁽¹⁾. Ainsi la nouvelle bonification indiciaire est suspendue lors d'un congé de longue durée dans la fonction publique hospitalière.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, une journée de carence⁽²⁾ est appliquée, pour les congés maladie ordinaires, à l'ensemble des fonctionnaires stagiaires et titulaires et aux agents non titulaires de droit public des trois fonctions publiques. Les congés de longue maladie, de longue durée, ainsi que ceux liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle n'entrent pas dans le champ de la mesure.

Le maintien du traitement est effectif désormais à partir du deuxième jour du congé maladie ordinaire. On entend par traitement⁽³⁾ la rémunération principale, les primes et indemnités qui suivent le sort du traitement, y compris l'indemnité de résidence, la nouvelle bonification indiciaire, les majorations et indexations outre-mer et les autres primes et indemnités versées aux fonctionnaires, à l'exclusion notamment des indemnités représentatives de frais, des heures supplémentaires, des indemnités qui impliquent un service fait et des avantages en nature.

En revanche, le supplément familial de traitement n'entre pas dans l'assiette de la retenue du jour de carence.

Au sein de la fonction publique d'État, cette mesure a été effective tardivement, entre mars et juillet 2012, comme l'a souligné M. Jean-François Verdier, directeur général de la DGAFP⁽⁴⁾. De plus, l'effet rétroactif de ce dispositif a été appliqué avec discernement afin d'éviter une retenue trop importante sur le traitement.

Mme Marylise Lebranchu, ministre de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique, a annoncé le jeudi 21 février 2013⁽⁵⁾ que le jour de carence des fonctionnaires sur les congés maladie serait abrogé lors de la prochaine loi de finances. Cette abrogation pourrait entrer en vigueur au dernier trimestre de cette année. La ministre a souligné que l'impact budgétaire de cette mesure, estimé à 60 millions d'euros pour l'État, était limité.

Lors de ses auditions, la mission a constaté que l'évaluation de la mise en place de ce jour de carence était différente selon les fonctions publiques.

(1) Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

(2) Article 105 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

(3) Circulaire du 24 février 2012 du ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État / ministère de la fonction publique.

(4) Audition du jeudi 14 février 2013.

(5) Entretien dans Les Échos le 21 janvier 2013.

Selon M. Jean-François Verdier, directeur général de la DGAFP ⁽¹⁾, dans la fonction publique d'État, en 2012, son impact a été limité, à la fois sur le nombre d'arrêts et sur le plan financier.

Les agents semblent s'être adaptés et ont pu transformer leur journée de carence en journée de réduction de temps de travail, ce qui rend d'autant plus difficile toute évaluation des effets réels de la réforme. Ainsi, sur une semaine test de référence, entre 2011 et 2012, le taux d'arrêt de courte durée est passé de 1,2 % à 1 %.

Quant à l'impact budgétaire, si le Gouvernement avait estimé l'économie budgétaire à 122 millions d'euros pour l'État, lors de la discussion sur l'article instaurant un jour de carence dans la fonction publique dans le projet de loi de finances pour 2012, M. Jean-François Verdier a indiqué que les ministères auraient récupéré 100 millions d'euros.

S'agissant de la fonction publique hospitalière, la Cour des comptes a souligné que, selon ses informations, depuis la mise en place du jour de carence, le taux de congés pour maladie avait diminué de 25 % pour les congés maladie de courte durée.

Selon la Fédération hospitalière de France, d'après une enquête réalisée dans dix centres hospitaliers universitaires et neuf centres hospitaliers représentant 20 % des effectifs de la fonction publique hospitalière, ce taux aurait reculé de 7 % depuis l'instauration du jour de carence et, dans certains établissements, cette diminution atteindrait 20 %.

M. Jean Debeaupuis, directeur général de la DGOS au ministère chargé de la santé, n'a pas été mesure de confirmer ces informations mais a indiqué que l'on observait une modération du taux d'absentéisme pour congés maladie, de l'ordre de 0,2 % à 0,3 % ⁽²⁾.

Votre Rapporteur n'est pas favorable à la suppression de ce jour de carence. Elle a d'ailleurs interpellé la ministre sur cette mesure, lors d'une question d'actualité, le 27 février 2013.

En cas d'arrêt de travail injustifié, des mesures existent. Ainsi, le fonctionnaire est susceptible de se voir infliger trois types de sanctions : la mise en demeure, l'interruption de sa rémunération ou la procédure d'abandon de poste. Néanmoins, en pratique, ces sanctions sont peu appliquées, comme l'a rappelé M. Jean Debeaupuis, directeur général de la DGOS au ministère chargé de la santé, lors de son audition par la mission ⁽³⁾.

(1) Audition du jeudi 14 février 2013.

(2) Audition du jeudi 14 février 2013.

(3) Audition du jeudi 14 février 2013.

2. De très nombreux travailleurs exclus du bénéfice des indemnités journalières

a) L'exclusion de certaines catégories de travailleurs de toute couverture

Selon la Cour des comptes, ce serait entre 20 % à 30 % de la population salariée du secteur privé qui ne remplirait pas les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières et se trouverait ainsi pénalisée.

D'abord, le dispositif initial des indemnités journalières a été élaboré au lendemain de la seconde guerre mondiale dans un contexte d'activité économique et de conditions de travail particuliers. Depuis lors, ce contexte et ces conditions ont considérablement évolué avec le développement du temps partiel ou de l'intérim.

Les personnes exclues du dispositif exercent généralement un emploi précaire et cumulent plusieurs difficultés :

- le nombre d'heures travaillées est inférieur au plafond requis pour bénéficier d'indemnités journalières ;
- la durée d'affiliation est trop courte ;
- la reconstitution de leur salaire dépend de plusieurs employeurs.

Lors de son audition, M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale ⁽¹⁾, a reconnu que la réglementation en vigueur de la couverture des arrêts de travail ne permettait pas de couvrir des périodes de travail irrégulières ou insuffisantes, ce qui occasionnait des inégalités au regard des évolutions récentes du marché du travail.

C'est dans cet esprit qu'a été adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 une disposition permettant le maintien des droits aux indemnités journalières pour les chômeurs reprenant une activité.

En effet, jusqu'à présent, l'assuré au chômage bénéficiait du maintien de ses droits aux indemnités journalières pendant sa période d'indemnisation chômage et durant les douze mois suivant l'épuisement de ses droits. Lorsqu'ils reprenaient une activité, en raison des conditions restrictives d'ouverture des droits liées à une durée d'affiliation ou à un nombre d'heures de travail, certains assurés étaient susceptibles de ne plus bénéficier des indemnités journalières et de se trouver dans une situation plus défavorable en travaillant qu'en situation de chômage.

(1) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 ⁽¹⁾ a donc complété l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale. Les demandeurs d'emploi qui disposent du maintien de leurs droits aux indemnités journalières continueront, pendant une période qui sera fixée par décret en Conseil d'État, d'en bénéficier lorsqu'ils reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations.

Par ailleurs, certaines professions ne bénéficient pas du dispositif.

M. Stéphane Seiller, directeur général du RSI ⁽²⁾, a rappelé que son régime ne prenait pas en charge les professions libérales. Ces derniers doivent donc souscrire à titre individuel des assurances.

b) L'inégalité des couvertures complémentaires

• *L'exclusion d'une partie des salariés de toute couverture complémentaire obligatoire ou facultative*

Une partie de la population salariée ne dispose pas de couverture complémentaire versée par son employeur pour deux raisons.

En premier lieu, la couverture par une garantie complémentaire prévue par la loi est conditionnée à un an d'ancienneté dans l'entreprise.

En deuxième lieu, certains secteurs d'activité ne sont pas couverts par des accords de branche ou d'entreprise offrant des garanties facultatives comme la prise en charge du délai de carence, complétant celles prévues par le dispositif légal.

Une enquête de l'IRDES ⁽³⁾ sur la protection sociale complémentaire d'entreprise a analysé les prises en charge des absences pour arrêt maladie selon les secteurs d'activité et la taille des établissements. S'agissant de la couverture des trois premiers jours du délai de carence, 48,5 % des très petites entreprises, comprenant moins de dix salariés, ne les prenaient pas en charge. Quant au secteur d'activité, 57 % des entreprises du secteur de la construction et 41 % des entreprises du secteur de l'industrie ne couvraient pas ce délai de carence.

• *Un régime dérogatoire plus favorable : l'Alsace-Moselle*

L'Alsace et la Moselle bénéficient d'un régime dérogatoire de versement des indemnités journalières complémentaires, plus favorable. Selon les articles 63 du code de commerce local et 616 du code civil local, le salarié bénéficie d'un maintien intégral de son salaire, sans délai de carence, sans conditions

(1) Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(2) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

(3) MM. Marc Perronnin, Thierry Rochereau et Mme Aurélie Pierre, L'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2009, *Rapports de l'IRDES n° 1890, juillet 2012 (étude réalisée sur un échantillon de 1 700 entreprises)*.

d'ancienneté pendant une période de six semaines. Ce texte s'applique à tous les salariés dont le lieu de travail se situe dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin ou du Haut-Rhin, même si le siège social de l'entreprise est établi en dehors de ces départements.

- *Des garanties conventionnelles hétérogènes*

Par ailleurs, ces garanties complémentaires conventionnelles peuvent être plus ou moins avantageuses, selon le secteur professionnel, comme l'a rappelé le directeur de la sécurité sociale, M. Thomas Fatome ⁽¹⁾. Ainsi le salarié bénéficiera d'une prise en charge totale ou partielle du délai de carence et du maintien intégral ou non de son salaire.

Selon l'IRDES, la prise en charge du délai de carence par les conventions collectives s'avère un élément déterminant du comportement du salarié lorsqu'il est amené à bénéficier d'un arrêt de travail.

Une étude menée par la direction de la sécurité sociale a analysé cent cinq branches couvrant plus de 30 000 salariés.

Il en ressort une diversité des conditions de prise en charge sur deux points :

- la prise en charge du délai de carence

38 % des régimes étudiés prennent en charge la totalité du délai, 28 % le font à partir du huitième jour et 25 % à compter du quatrième jour.

Par ailleurs, des modalités supplémentaires s'appliquent dans certaines branches. Dans le secteur du bricolage, l'application du délai de carence est modulée en fonction du nombre d'arrêts pris dans l'année. Dans la branche du transport aérien au sol, la prise en charge du délai de carence dépend de l'ancienneté du salarié. Enfin, dans plusieurs branches ⁽²⁾, le délai de carence est supprimé en cas d'hospitalisation.

- le niveau du maintien de salaire

Ce dernier peut être maintenu intégralement ou partiellement, à hauteur de 50 % ou 25 %.

La durée requise d'activité pour un maintien de la totalité du salaire dépend de l'ancienneté du salarié. La plupart des branches ont fixé une durée minimale de un an. Les transports routiers ont prévu une ancienneté de trois ans pour les non-cadres. Quant au secteur de l'hospitalisation privée, elle n'exige aucune condition d'ancienneté.

(1) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

(2) Commerce de gros, boulangerie, prestataires du secteur tertiaire.

Le maintien du salaire est dégressif, généralement sur une durée maximale de six mois.

L'enquête de l'IRDES ⁽¹⁾ précitée a mis en évidence la disparité de la prise en charge du maintien de salaire selon le secteur d'activité, la taille de l'entreprise et le statut professionnel.

83 % des entreprises dans le secteur de la construction maintiennent l'intégralité du salaire contre 73 % des entreprises dans le secteur des services.

91 % des cadres conserveront le maintien de leur salaire contre 72 % des ouvriers.

Afin de tenter de mieux articuler les couvertures complémentaires d'entreprise ou de branche avec celle du régime de l'assurance maladie et de réduire ces inégalités, le directeur de la sécurité sociale, M. Thomas Fatome ⁽²⁾, a indiqué qu'une réflexion était menée avec les partenaires sociaux.

Néanmoins, lors de son audition, Mme Valérie Delahaye-Guillocheau, chef de service de la direction générale du travail ⁽³⁾, a souligné que les garanties complémentaires plus avantageuses accordées dans certains secteurs, particulièrement contraignants comme la restauration ou l'hôtellerie ou difficiles comme le bâtiment, étaient un moyen de fidéliser les salariés. La mise en place d'une politique sociale généreuse participe ainsi du dialogue social.

C. DES CONTRÔLES TROP PEU SÉLECTIFS

En préalable, votre Rapporteure souhaiterait différencier les notions de fraude et de comportement abusif.

La CNAMTS a tenté de clarifier ces deux notions dans une circulaire de janvier 2012 ⁽⁴⁾ et en a apporté une définition.

La fraude est définie comme un ou plusieurs « *faits illicites au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou induue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie* ».

(1) MM. Marc Perronnin, Thierry Rochereau et Mme Aurélie Pierre, L'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2009, *Rapports de l'IRDES n° 1890, juillet 2012 (étude réalisée sur un échantillon de 1 700 entreprises)*.

(2) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

(3) Audition du jeudi 22 novembre 2012.

(4) *Circulaire 1/2012 du 2 janvier 2012 de la CNAMTS relative aux définitions opérationnelles de la fraude, des activités fautives et abusives pour l'assurance maladie.*

Dans le domaine de l'arrêt de travail, la fraude se caractérise par les circonstances suivantes :

- établissement ou usage de faux ;
- fausse déclaration en vue notamment d'ouverture de droits de perception ou de majoration de prestations ;
- exercice d'une activité non autorisée rémunérée ou non pendant une période d'arrêt de travail indemnisée.

Quant aux activités abusives, ce sont « *celles qui rassemblent de manière répétée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques* ». Parmi les circonstances retenues relevant de l'arrêt de travail, la CNAMTS cite les prescriptions d'arrêts de travail ouvrant droit à indemnités journalières au-delà du besoin de repos du patient.

Lors de son audition, le cabinet d'avocats Pradel ⁽¹⁾ rappelait que, si la fraude est un acte illicite, elle peut résulter aussi bien de l'usage de moyens illicites que de moyens licites. Dans ce dernier cas, l'acte est apparenté à un abus de droit, qualifié comme l'abus d'un usage excessif d'une prérogative ⁽²⁾.

On en trouve une définition dans le code de la sécurité sociale s'agissant du recouvrement des cotisations sociales par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) : « *Afin d'en restituer le véritable caractère, les organismes sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales...* » ⁽³⁾

1. Le contrôle dans le secteur privé

a) Le contrôle par l'assurance maladie

• Une priorité de l'assurance maladie

La lutte contre la fraude est depuis 2003 inscrite au cœur des priorités de l'assurance maladie.

(1) Audition du jeudi 24 janvier 2013.

(2) Gérard Cornu, Vocabulaire juridique, Paris, Presses universitaires de France, 2011.

(3) Article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale.

C'est ainsi qu'un volet spécifique consacré au renforcement de la lutte contre la fraude ⁽¹⁾ figure dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'État et la CNAMTS pour la période 2010-2013.

La CNAMTS s'est vu fixer, alors, cinq objectifs :

– disposer d'une meilleure connaissance et d'une meilleure qualification de la fraude. Elle souhaite mettre en place un outil permettant le suivi des signalements parvenus à l'assurance maladie ;

– mettre en œuvre des contrôles sur de nouveaux axes pour mieux couvrir le champ de la fraude ;

– optimiser les modalités de détection, d'investigation, de sanction et de récupération des indus frauduleux. La CNAMTS expérimentera pour ce faire la procédure de « *datamining* », cherchera à homogénéiser les contrôles pour réduire la dispersion entre les caisses ;

– adapter l'organisation du réseau, la professionnalisation et l'accompagnement des personnels dédiés à la lutte contre la fraude ;

– renforcer le dispositif de communication sur la lutte contre la fraude.

Les politiques de contrôle menées par l'assurance maladie visent à responsabiliser aussi bien les assurés que les professionnels de santé.

Leurs impacts financiers, bien que modestes en comparaison du total des dépenses, n'en sont pas pour autant négligeables.

La Cour des comptes, dans sa communication transmise à la MECSS, faisait état d'une économie estimée à 398 millions d'euros par la CNAMTS en 2010. Lors de son audition, le directeur général de la Caisse ⁽²⁾ a indiqué qu'en 2011, cette économie s'était élevée à 421 millions d'euros.

La maîtrise des dépenses d'indemnités journalières participe également aux économies constatées au sein de l'ONDAM. Le directeur de la sécurité sociale, M. Thomas Fatome ⁽³⁾, a estimé entre 500 à 600 millions d'euros cette contribution aux économies.

● *Le contrôle des assurés*

L'assurance maladie exerce un double contrôle, à la fois administratif portant sur le respect des obligations administratives qui incombent à l'assuré et médical, portant sur l'adéquation entre la pathologie de l'assuré et la justification de son arrêt.

(1) Programme n° 7 – Poursuivre et renforcer la lutte contre la fraude.

(2) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

(3) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

– *Le contrôle administratif*

Le contrôle administratif porte sur le respect des obligations suivantes :

- envoi de l’avis de l’arrêt de travail à sa caisse primaire dans les deux jours suivant la date d’interruption de travail ⁽¹⁾ ;
- respect des heures de sortie autorisées par le praticien ⁽²⁾ ;
- interdiction d’exercer toute activité non autorisée, que ce soit une activité rémunérée ou des activités domestiques de type bricolage ou jardinage ⁽³⁾ ;
- interdiction de quitter la circonscription de sa caisse, sans autorisation préalable.

Par ailleurs, afin de limiter une forme de « nomadisme » médical, l’article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale prévoit que, lors d’une prolongation d’un arrêt de travail, l’assuré doit se le faire prescrire par le médecin prescripteur initial ou par son médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée, sous peine de ne pas bénéficier du maintien de son indemnité journalière.

En cas de fraude administrative, l’assurance maladie peut prononcer des sanctions financières et engager des poursuites pénales. L’article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale fixe qu’une pénalité peut être infligée pour toute inobservation des règles de la sécurité sociale qui a donné lieu à un versement indu d’une prestation en espèces.

En pratique, ces procédures sont peu appliquées et les sommes recouvrées restent modestes par rapport à la dépense totale des indemnités journalières. Selon les chiffres de la CNAMTS, en 2011, cent soixante-six plaintes pénales ont été déposées. Sur 2 000 fraudes administratives détectées en 2011, le montant du préjudice évité s’est élevé à 369 838 euros.

Depuis 2011 ⁽⁴⁾, l’assurance maladie peut demander la restitution des indemnités journalières versées en cas d’inobservation volontaire des obligations administratives dont notamment le respect des heures de sorties et l’interdiction d’exercer une activité. Cinq cent soixante-trois procédures ont été engagées sur ce fondement en 2011.

Si l’exercice de cette activité a donné lieu à une rémunération et a donc entraîné un travail dissimulé, l’assurance maladie peut appliquer une sanction financière. Le directeur de la caisse peut infliger une pénalité qui varie selon la gravité des faits et qui sera soit proportionnelle aux sommes concernées dans la

(1) Article R. 321-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

(4) Article 114 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 codifié à l’article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

limite de 50 %, soit fixée forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Sept cent quatre-vingt-quinze dossiers en 2010, sept cent quatre-vingt-deux en 2011 relèvent de ce grief. Ceux qui ont donné lieu à une suite contentieuse ont conduit à prononcer en 2010 deux cent quatre-vingt-douze pénalités représentant 230 000 euros et en 2011 quatre cent dix-huit pénalités pour un montant de 310 000 euros.

Si la fraude administrative entraîne un préjudice qui excède trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, des sanctions pénales peuvent être prononcées.

– en cas de faux, le fraudeur est passible de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ⁽¹⁾ ;

Entrent dans ce cas de figure des assurés qui falsifient des arrêts de travail, soit pour en créer un ou en modifier la durée ou qui établissent des attestations de salaires falsifiées ou des bulletins de salaires fictifs. Huit cent quatre-vingts fraudes de ce type en 2010 et mille vingt-sept en 2011 ont été détectées.

– en cas d'escroquerie, le fraudeur risque cinq ans d'emprisonnement et 375 000 euros d'amende ⁽²⁾.

Ce cas de figure recouvre la création d'entreprises dites « coquilles vides » par des individus en bande organisée, comprenant des employeurs et des salariés fictifs. En 2010, dix fraudes et, en 2011, onze fraudes de ce type ont été découvertes.

Depuis janvier 2013, la lutte contre les fraudes administratives liées aux accidents du travail a été renforcée par la publication d'un décret ⁽³⁾ donnant aux directeurs des caisses chargées de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles la possibilité de prononcer des pénalités financières. Si un employeur falsifie une déclaration d'accident du travail en vue de minorer ses cotisations dues ou si un assuré établit une fausse déclaration d'accident du travail alors qu'il exerce une activité rémunérée, ils s'exposeront à d'éventuelles pénalités en vertu de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

Cette fraude administrative reste marginale. La CNAMTS a mené une enquête nationale d'évaluation du taux de fraude administrative aux indemnités journalières en 2010. Sur neuf mille trois cents arrêts contrôlés, dix-neuf faisaient l'objet de fraudes, soit 0,17 %. Le cumul de l'indemnité journalière avec une activité s'est révélé la fraude la plus répandue.

(1) Article 441-1 du code pénal.

(2) Article 313-1 du code pénal.

(3) Décret n° 2013-6 du 3 janvier 2013 modifiant les modalités d'application de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale relatif aux pénalités financières.

Ce constat est partagé par les directeurs de caisse que la mission a auditionnés.

Ainsi, Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne⁽¹⁾, a indiqué que le contrôle de l'envoi dans les délais des arrêts donnait lieu à un infime pourcentage de manquement, de l'ordre de 1 %, correspondant à la moyenne nationale de 1,5 %. Néanmoins, lorsque cet envoi tardif relève d'une volonté de l'assuré de se soustraire au contrôle éventuel, la caisse procède à des sanctions, comme l'y autorise l'article D. 323-2 du code de la sécurité sociale. Sur trois cents arrêts reçus hors délais lors du dernier trimestre 2012, deux cent quarante ont fait l'objet d'un avertissement, huit ont conduit à une diminution de la moitié de l'indemnité et cinquante autres ont entraîné sa suppression.

De même, s'agissant de la MSA, le respect du délai d'envoi est contrôlé systématiquement. 3 % des arrêts sont envoyés hors délais.

Au sein du RSI, le respect de l'envoi sous quarante-huit heures de l'arrêt est assorti d'un mécanisme particulièrement dissuasif. L'indemnité est réduite de quatre jours à compter de la date de réception de la prescription de l'arrêt de travail, ce qui peut porter le délai de carence à onze jours⁽²⁾.

Le contrôle des heures de présence à domicile est plus inégalement pratiqué, en raison de difficultés pratiques (départements ruraux étendus et accès limité dans les immeubles collectifs). L'article R. 323-11-1 du code de la sécurité sociale précise que le praticien doit indiquer sur l'arrêt de travail si les sorties sont autorisées. Cependant, dans ce cas, l'assuré devra être présent de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

Les agents administratifs effectuent le plus souvent ces contrôles à l'occasion de leurs missions de reconnaissance des accidents du travail.

S'agissant du respect des heures de sorties autorisées, une expérimentation encourageante a été menée dans l'Aube par la caisse primaire⁽³⁾. Les assurés contrôlés sont choisis en fonction de plusieurs critères : arrêts itératifs, arrêts délivrés par des médecins identifiés comme de prescripteurs importants ou signalements des employeurs. Pour plus d'efficacité, ce contrôle, réalisé par des inspecteurs assermentés dépendant de la caisse, est regroupé selon des zones géographiques.

Une première évaluation réalisée sur l'année 2010 a constaté un taux d'absentéisme de 26 % à la suite de ces contrôles. 4,3 % ont donné lieu à un avertissement et 82,8 % ont occasionné des sanctions. La caisse a calculé qu'une

(1) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

(2) Le délai de carence est de sept jours au sein du RSI.

(3) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

économie de 46 848 euros correspondant aux indemnités journalières non versées pendant les périodes sanctionnées a pu être réalisée. Rapportée au coût du contrôle, l'économie est moindre, de l'ordre de 11 548 euros, mais, néanmoins, subsiste.

– *Le contrôle médical*

Le contrôle médical, exercé par le service médical de l'assurance maladie porte sur tous les éléments d'ordre médical et notamment sur la pertinence de l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré.

Le salarié bénéficiaire d'une indemnité journalière a l'obligation de se soumettre à ce contrôle, qui sera effectué à son domicile ou sur convocation au service médical de sa caisse ⁽¹⁾.

Les arrêts de plus de six mois et les arrêts consécutifs à une affection de longue durée font l'objet d'un suivi par le médecin conseil, comme le prévoit l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

S'agissant des contrôles des arrêts de plus de quarante-cinq jours, ils sont présentés comme systématiques par la CNAMTS. Les sociétés de contre-visites médicales Securex et Medicat Partner et le cabinet d'avocats Pradel ont néanmoins émis des réserves sur ce point et déplorent que ce contrôle, selon eux, n'obéisse à aucun critère, si ce n'est le nombre de jours prescrits.

Quant aux arrêts liés aux accidents du travail, l'assurance maladie a retenu le seuil de tarification des AT-MP à soixante-quinze jours, délai à partir duquel le montant des cotisations de l'entreprise peut changer.

La conséquence immédiate d'un contrôle constatant un arrêt de travail injustifié est la suspension du versement des indemnités journalières et la fixation d'une date de reprise du travail ⁽²⁾. L'employeur et le médecin traitant en sont informés. Par ailleurs, si un nouvel arrêt est prescrit dans les dix jours francs de cette suspension, le service médical devra autoriser au préalable la reprise de leur versement ⁽³⁾.

L'employeur peut, à son tour, décider de suspendre le versement des indemnités journalières complémentaires, si le salarié en bénéficie ⁽⁴⁾.

– *La sensibilisation des assurés*

Parallèlement aux politiques de contrôles, l'assurance maladie développe des campagnes de communication et cherche à sensibiliser les assurés.

(1) Article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

(3) Articles L. 323-7 et D. 323-4 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 1226-1 du code du travail.

Ces campagnes sont menées à la fois au niveau national dans un cadre général de lutte contre la fraude et plus spécifiquement au niveau régional vis-à-vis des arrêts de travail.

Au niveau national, en août 2011, une campagne intitulée « *frauder, c'est voler, celui qui fraude sera sanctionné* » a été menée par le ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), la caisse nationale du réseau des Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), la CNAMTS, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Sur un plan régional, Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne⁽¹⁾, a fait part de l'organisation dans son département de campagnes de communication sous forme d'encarts dans la presse ou d'affiches et dépliants dans les cabinets médicaux visant à rappeler aux assurés leurs obligations en cas d'arrêts de travail.

- *L'accompagnement des prescripteurs*

Le travail d'accompagnement le plus important reste celui à destination des professionnels de santé. En effet, le fondement d'un arrêt de travail repose, avant tout, sur une prescription médicale. C'est dans cet esprit que le Conseil national de l'Ordre des médecins a rappelé que, pour un médecin, l'arrêt n'est pas dissociable de la prise en charge thérapeutique.

L'assurance maladie agit à la fois sur le nombre et la durée des arrêts prescrits, comme l'y autorise l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale qui énonce expressément que le service médical de l'assurance maladie constate les abus en matière de prescription d'arrêt de travail.

Depuis quelques années, les médecins conseils du service médical de l'assurance maladie mènent des actions de sensibilisation auprès des prescripteurs dans le cadre d'échanges confraternels.

Néanmoins, afin de dissuader une petite partie de praticiens identifiés comme « hyperprescripteurs » de délivrer des arrêts maladie de complaisance, l'assurance maladie a mis en place des dispositifs plus contraignants : l'entretien d'alerte, l'accord préalable et la mise sous objectifs quantifiés.

Lister des critères pour définir la notion d'hyperprescripteur est délicat. Dans le code de la sécurité sociale, il est fait référence au prescripteur dont l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession⁽²⁾.

(1) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

(2) Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

Lors de son audition, le directeur général de la CNAMTS ⁽¹⁾ a évoqué les prescripteurs s'écartant de trois fois de l'écart type constaté. La CNAMTS a, par ailleurs, mis en place une procédure de segmentation de la patientèle afin de tenir compte du nombre et de la situation médicale des patients de chaque médecin.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins considère qu'il y a hyperprescription « *en cas d'actes répétitifs, non explicables, pouvant déroger aux connaissances générales de l'ensemble de la profession* ».

Par ailleurs, le Conseil a rappelé l'interdiction faite à la profession d'observer un comportement contraire aux règles déontologiques comme le fait :

– d'exercer tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ⁽²⁾ ;

– de délivrer un rapport tendancieux ou un certificat de complaisance ⁽³⁾.

Le premier dispositif d'accompagnement, l'entretien d'alerte, consiste à convoquer le médecin hyperprescripteur chez le directeur de la caisse primaire et chez le médecin chef de l'échelon local du service médical afin de l'inciter à modifier sa pratique.

Ce dispositif n'est plus privilégié par l'assurance maladie qui préfère recourir à la mise sous accord préalable. L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale prévoit que le directeur de la caisse peut décider de subordonner, à l'accord préalable du contrôle médical, le versement des indemnités journalières pour une durée maximale de six mois, sauf cas d'urgence, dans deux situations :

– le nombre ou la durée des arrêts de travail est supérieur à la moyenne dans la région ;

– le nombre d'arrêts de travail rapporté au nombre de consultations effectuées est anormalement élevé par rapport aux données constatées dans la région pour une activité comparable.

Le troisième dispositif, la mise sous objectif quantifié, plus souple, peut être proposé en alternative et réside dans l'engagement du professionnel de santé à atteindre un objectif de réduction du nombre et/ ou de la durée des prescriptions dans un délai imparti.

Au final, ces procédures ne concernent qu'une minorité de praticiens.

Au niveau national, en 2012, cent dix-huit médecins ont été soumis à une entente préalable et deux cent soixante-douze médecins à la mise sous objectif quantifié.

(1) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

(2) Article R. 4127-24 du code de la santé publique.

(3) Article R. 4127-28 du code de la santé publique.

Dans la région Champagne-Ardenne, sur trois cents médecins, cent sont de gros prescripteurs, dix sont considérés comme des hyperprescripteurs. Un est sous entente préalable et un sous-objectif quantifié.

Selon, le directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem, la mise en place de la procédure d'accord préalable a donné des résultats intéressants ; ainsi entre 2007 et 2010, 70 millions d'euros n'ont pas été dépensés et il n'a pas été constaté de report vers d'autres médecins.

Néanmoins, lors de son audition, Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne ⁽¹⁾, a reconnu que le médecin soumis à de telles procédures reprenait ses pratiques lorsque la procédure prenait fin. Le même constat a été fait par les responsables de la caisse primaire de Bayonne.

Parallèlement à ces actions sur le nombre des arrêts prescrits par les praticiens, l'assurance maladie cherche à encadrer la durée de ces arrêts.

La CNAMTS a ainsi élaboré des fiches repères, validées par la Haute Autorité de santé (HAS), utilisant la possibilité offerte à l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale. Ces fiches mentionnent des durées indicatives d'arrêt en fonction des pathologies et des interventions chirurgicales les plus courantes.

Elles ne disposent que d'une valeur indicative et doivent avant tout contribuer à harmoniser et objectiver les conditions de prescription.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins ⁽²⁾ s'est montré réservé, lors de son audition, à l'égard de ces fiches repères, soulevant deux arguments :

– la mise en place de référentiels de prescription ne doit pas entraver la liberté de prescription du professionnel de santé. Le Dr Patrick Bouet, délégué général aux relations internes du Conseil national, a insisté sur la nature particulière du colloque singulier entre le médecin et son patient qui implique que chaque cas examiné est unique et ne peut être appréhendé hors de son contexte.

Ces fiches doivent donc se concevoir comme un document sur lequel le médecin peut s'appuyer et non comme un document normatif ;

– ces fiches repères, même validées par la HAS, ont été promues par l'assurance maladie et ne peuvent donc avoir la même valeur qu'un référentiel élaboré par des professionnels de santé.

Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne ⁽³⁾, a, de son côté, souligné l'intérêt de tels référentiels qui permettent aux médecins de résister aux pressions de certains patients.

(1) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

(2) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

(3) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

Les services médicaux suivent particulièrement les durées prescrites lors d'arrêts de travail consécutifs à une intervention chirurgicale, notamment lorsque celles-ci dépassent le seuil fixé dans les fiches repères de l'assurance maladie.

En effet, les hospitalisations expliquent 38 % des arrêts de un à trois mois et 41 % des arrêts de trois à six mois. À titre d'exemple, la CNAMTS a estimé qu'une meilleure organisation des soins pour l'opération du canal carpien qui respecterait les référentiels permettrait de diminuer les délais d'attente et de faire diminuer les coûts de 20 %.

La Cour des comptes a noté, dans sa communication transmise à la MECSS, que les durées moyennes d'arrêt variaient fortement sur le territoire et particulièrement les durées post-opératoires. Ainsi, pour une opération de la cataracte, 25 % des malades ont un arrêt de six jours, 20 % bénéficient de trente-quatre jours alors que la durée moyenne est de vingt et un jours et demi.

b) Le contrôle par des prestataires privés

Généralisé par loi du 19 janvier 1978 sur la mensualisation précitée ⁽¹⁾, le versement d'indemnités journalières complémentaires par l'employeur justifie qu'il puisse mandater un médecin contrôleur auprès de son salarié afin d'effectuer une contre-visite médicale. Dans la pratique, l'employeur a recours à des sociétés privées prestataires de services, qui passent des conventions avec des médecins généralistes, rémunérés à l'acte par des honoraires fixés par ces derniers. Le coût moyen de la prestation s'élève à 120 euros, dont la moitié revient au médecin ⁽²⁾.

Le circuit est le suivant : à la réception de la demande, la société de contre-visite médicale recherche un médecin disponible en fonction du secteur géographique et lui transmet le dossier de la personne à contrôler. Ce dernier effectue alors une visite au domicile. En cas d'absence, le médecin peut adresser une convocation ou laisser un avis de passage. Le résultat de cette visite qui est un compte rendu administratif sans aucune indication médicale conclut à un arrêt justifié, non justifié ou à l'impossibilité d'avoir pu procéder à l'examen de la personne. Ce résultat est transmis à la société qui le communique à l'entreprise.

Si le médecin conclut à un arrêt injustifié ou n'a pu procéder au contrôle, le versement des indemnités journalières complémentaires peut être suspendu par l'employeur. Le médecin contrôleur en informe sous quarante-huit heures le médecin conseil du ressort de l'assuré. Ce dernier peut décider, à son tour de suspendre le versement des indemnités journalières de l'assurance maladie, ou de décider de procéder à un nouvel examen de l'assuré. L'examen est de droit, lorsque le médecin contrôleur n'a pu l'effectuer ⁽³⁾. De plus, si un avis négatif a été rendu à la suite de cette contre-visite, l'assuré peut, de son propre chef, demander

(1) Article 1^{er} de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 sur la mensualisation codifié à l'article L. 1226-1 du code du travail.

(2) Audition du jeudi 13 décembre 2012.

(3) Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

une expertise médicale auprès de son service médical dans les dix jours. Par ailleurs, en cas de désaccord entre le médecin contrôleur et le médecin traitant, le salarié a le droit de solliciter une contre-expertise judiciaire ⁽¹⁾.

Il convient de noter que l'Alsace et la Moselle bénéficient d'un régime dérogatoire. En effet, la Cour de cassation a jugé que les dispositions de la loi de 1978 précitée ne s'y appliquaient pas. Le code de commerce local ne prévoit pas de contre-visite médicale pour des maladies d'une durée inférieure à six semaines.

L'article L. 1226-1 du code du travail prévoit qu'un décret en Conseil d'État détermine les formes et les conditions de ce contrôle. Ce dernier n'étant toujours pas paru, la jurisprudence de la Cour de cassation en a précisé le contenu ; elle a, à ce titre, indiqué que l'absence de décret ne faisait pas obstacle au contrôle ⁽²⁾.

Elle veille à faire respecter un équilibre entre les droits et obligations du salarié et ceux de l'employeur.

Ainsi, le refus du salarié de se soumettre à la visite de contrôle ou son absence à son domicile ne sauraient constituer une faute justifiant le licenciement ⁽³⁾. De plus, le salarié ne peut se voir privé de ses indemnités que pour la période postérieure à la contre-visite ⁽⁴⁾.

De son côté, l'employeur peut vérifier le bien-fondé du versement de revenus complémentaires. Il a donc toute latitude pour choisir le médecin contrôleur, qui peut choisir librement les dates et heures de la contre-visite, en tenant compte des heures de sorties éventuelles.

Dans la pratique, la nature du contrôle est double, puisque ce médecin contrôleur effectue un contrôle à la fois administratif, vérifiant le respect des heures de sorties éventuelles, et médical, en examinant l'assuré pour s'assurer de l'opportunité ⁽⁵⁾ et de la durée de l'arrêt ⁽⁶⁾.

Lors de son audition, le Conseil national de l'Ordre des médecins ⁽⁷⁾ s'est montré réservé sur la forme de ce contrôle, soulignant qu'un médecin contrôleur ne devait pas devenir un investigateur administratif et que ces attributions étaient contraires à la déontologie médicale. C'est pourquoi, dans les avis communiqués au service médical de l'assurance maladie par les médecins contrôleurs, il est fait mention de l'impossibilité d'avoir pu examiner l'assuré et non de son absence à son domicile.

(1) Cour de cassation, chambre sociale, 28 février 1996, n° 92-42021.

(2) Cour de cassation, chambre sociale, 24 février 1983, bull. n° 371.

(3) Cour de cassation, chambre sociale, 11 juillet 2000, n° 92-40713.

(4) Cour de cassation, chambre sociale, 15 octobre 1987, bull. n° 572.

(5) Cour de cassation, chambre sociale, 26 octobre 1982, bull. n° 579.

(6) Cour de cassation, chambre sociale, 17 avril 1980, bull. n° 579.

(7) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

Si la majeure partie de l'activité de ces sociétés consiste à contrôler des arrêts de travail dans le secteur privé, elles réalisent également des contre-visites médicales demandées par le secteur public.

2. Le contrôle dans la fonction publique

Si les fonctionnaires sont soumis à un contrôle, ils bénéficient d'un régime spécifique.

L'administration peut faire procéder à tout moment à une contre-visite médicale par un médecin agréé auprès de la direction de la sécurité sociale.

Le préfet doit établir une liste de médecins agréés dans chaque département, sur proposition du directeur général l'agence régionale de santé. Ces médecins sont choisis, sur leur demande ou avec leur accord, parmi les praticiens âgés de moins de soixante-cinq ans et ayant au moins trois ans d'exercice professionnel, dont pour les généralistes, un an au moins dans le département. Cet agrément est délivré pour trois ans renouvelables ⁽¹⁾. Selon Mme Michèle Laporte, directrice de Medicat Partner, ces conditions ne sont pas assez restrictives.

Le fonctionnaire a obligation de se soumettre à cette visite et s'expose à l'interruption du versement de sa rémunération en cas de refus. L'agent doit reprendre ses fonctions, si le médecin agréé conclut à son aptitude.

En cas de contestation, l'administration ou le fonctionnaire peut saisir le comité médical qui statue.

Cette instance indépendante est composée de médecins praticiens (deux médecins de médecine générale et, le cas échéant, un spécialiste de l'affection pour laquelle est demandé le congé). Elle est chargée de donner obligatoirement son avis médical sur :

- la prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
- l'octroi des congés de longue maladie et de longue durée et le renouvellement de ces congés ;
- la réintégration après douze mois consécutifs de congés de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée ;

(1) Article 1^{er} du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés maladie des fonctionnaires.

– la mise en disponibilité d’office pour raisons de santé, son renouvellement et l’aménagement des conditions de travail après la fin de la mise en disponibilité ;

– le reclassement dans un autre emploi à la suite d’une modification de l’état physique du fonctionnaire.

Les seules statistiques qu’a pu obtenir la mission sont celles de la société de contre-visites médicale Securex qui a indiqué avoir mené 7 772 contre-visites dans le secteur public sur 38 010 visites, soit 20,5 % de son activité.

À titre expérimental, l’article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 a instauré un contrôle par l’assurance maladie des congés maladie des fonctionnaires de l’État, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.

Prévue initialement pour une durée de deux ans, cette expérimentation a été prolongée de deux années supplémentaires par l’article 76 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Cette expérimentation a, en effet, rencontré des difficultés dans sa mise en œuvre opérationnelle. Selon le rapport d’évaluation effectué par les ministères du travail, de l’emploi et de la santé et celui du budget, des comptes publics et de la réforme de l’État ⁽¹⁾, sa mise en place tardive résulte de plusieurs facteurs, à la fois juridiques et techniques.

Sur un plan juridique, plusieurs décrets d’application étaient nécessaires pour la mise en place effective de ce contrôle. Par ailleurs, trois conventions ont dû être signées entre les ministères chargés de la fonction publique et de la sécurité sociale et la CNAMTS pour la fonction publique d’État, entre les collectivités territoriales et les caisses et les services médicaux de la CNAMTS pour la fonction publique territoriale et entre les établissements de santé, les agences régionales de santé et les caisses et les services médicaux de la CNAMTS pour la fonction publique hospitalière. De plus, les collectivités territoriales qui se portaient volontaires devaient adopter une délibération.

Sur un plan technique, un système d’information spécifique a dû être créé dénommé « arrêt de travail des fonctionnaires » (ADTF) qui n’a été opérationnel qu’en octobre 2010.

Le contrôle expérimental mis en place a été limité à certaines zones géographiques. Il est fondé sur le volontariat sauf pour la fonction publique d’État. Pour la fonction publique hospitalière, les établissements de santé participant à l’expérimentation doivent employer au moins 400 agents au 1^{er} janvier 2010 et

(1) *Ministère du travail, de l’emploi et de la santé et ministère du budget, des comptes publics, de la réforme de l’État, Rapport au Parlement sur l’évaluation de l’expérimentation relative au contrôle par l’assurance maladie des arrêts maladie des fonctionnaires d’État, territoriaux et hospitaliers prévue à l’article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, octobre 2011.*

pour la fonction publique territoriale, les collectivités territoriales qui se porteront volontaires doivent comprendre au moins 500 agents au 1^{er} janvier 2010.

S'agissant de la fonction publique d'État, cinq départements ont été retenus, l'Ille-et-Vilaine, le Rhône, les Alpes-Maritimes, le Bas-Rhin et le Puy-de-Dôme ainsi que les services de l'administration centrale du ministère de l'économie et des finances. Cet échantillon représente 7 % à 8 % du total des fonctionnaires de l'État.

Neuf collectivités territoriales se sont portées volontaires, les communes d'Antibes, du Cannet, de Mandelieu-la-Napoule, de Menton et de Saint-Malo, les conseils généraux des Alpes-Maritimes, du Bas-Rhin, du Rhône et le conseil régional d'Auvergne.

En cas de manquement constaté à l'issue du contrôle médical, plusieurs sanctions sont prévues :

– l'interruption du versement de la rémunération en cas de non-respect par l'agent de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés par le service médical et la caisse primaire ;

– la retenue d'une partie de la rémunération, dans la limite de 50 %, en cas de non-respect des heures de sortie autorisées par le fonctionnaire, non justifié par des soins ou des examens médicaux ;

– la reprise des fonctions de l'agent sous peine d'interruption du versement de sa rémunération en cas d'absence de justification médicale de l'arrêt maladie, sauf s'il saisit le comité médical de l'avis rendu par le service médical.

En effet, si le nombre d'arrêts transmis est important, 51 749 congés maladie saisis en 2011, le contrôle n'a pu s'effectuer que sur 55 % d'entre eux. Au final, sur les 25 477 agents ayant eu un arrêt saisi, seuls 4 178 d'entre eux, soit 16,4 % entraient dans le champ de contrôle prévu. Lorsque le contrôle a pu être réalisé, 5,4 % des congés maladie n'étaient pas justifiés ou ont révélé une absence de l'agent de son domicile et 13,5 % des fonctionnaires ne sont pas présentés à la convocation du service médical.

S'agissant de la fonction publique hospitalière, M. Jean Debeaupuis, directeur de la DGOS au ministère chargé de la santé, a indiqué qu'en 2012, 15 000 arrêts de travail ont été saisis par douze établissements de santé, représentant 7 600 agents. 1 000 ont été contrôlés.

***L'évaluation des arrêts de travail des fonctionnaires des services centraux
des ministères de l'économie et des finances d'octobre 2010 à novembre 2012***

L'expérimentation précitée concernait les services centraux des ministères économiques et financiers qui relèvent de la caisse primaire de Paris, à savoir les services de Bercy à l'exception de la direction générale des finances publiques, des douanes, de la direction de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et de l'INSEE. Entre le 22 octobre 2010, date du début de mise en place de l'expérimentation et le 30 novembre 2012, 885 arrêts ont été signalés. 466 n'ont pu être contrôlés, en effet 373 n'ont pu donner lieu à un contrôle pour des raisons pratiques comme l'absence de données ou des données erronées ou en raison d'une reprise du travail anticipée. 35 arrêts étaient échus.

Sur les arrêts contrôlés, 395 ont donné lieu à un avis favorable et 14 un avis défavorable.

*

* *

II.- VERS UN DISPOSITIF DES ARRÊTS DE TRAVAIL PLUS JUSTE

Face à une réglementation complexe, qui a tardé à évoluer et à s'adapter aux réalités du monde du travail, entraînant des situations inégalitaires, il est nécessaire de réfléchir à une simplification du dispositif et à une amélioration de la couverture des assurés. Enfin, il est important d'intégrer, en amont, la question de la santé au travail.

De même, si les contrôles existent, ils sont peu sélectifs. De multiples acteurs interviennent au cours du processus, sans grande coordination. C'est pourquoi, le contrôle se doit d'être plus efficace et de favoriser la complémentarité et l'échange de données entre les intervenants.

A. UN PRÉALABLE NÉCESSAIRE : UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DU COÛT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

En préalable, votre Rapporteur souhaiterait insister sur la nécessité d'améliorer la connaissance générale du dispositif.

- *Le montant des indemnités journalières complémentaires*

En premier lieu, comme votre Rapporteur l'a souligné dans la première partie de son rapport, la mission déplore de ne pouvoir disposer du montant des indemnités journalières complémentaires versées par les entreprises. La mission s'en étonne d'autant plus que cette question participe du coût du travail et donc de la compétitivité des entreprises.

C'est pourquoi, votre Rapporteur propose que les entreprises se saisissent de cette question et évaluent le coût des indemnités journalières complémentaires versées au titre du dispositif légal et d'un accord de branche ou d'entreprise.

La mise en place de la déclaration sociale nominative (DSN), qui sera évoquée dans un chapitre suivant, pourrait être l'outil permettant l'élaboration de statistiques. En effet, l'employeur doit y faire figurer des données sur la paie et les rémunérations de son employé. Il pourrait renseigner, le cas échéant, le paiement d'IJ maladie. L'article R. 133-13 du code de la sécurité sociale prévoit que l'employeur qui opte pour la DSN doit déclarer, notamment, le début et la fin de l'arrêt de travail ⁽¹⁾.

De plus, afin de permettre des recherches et d'aider aux études statistiques, **votre Rapporteur propose de faire établir par la direction générale du travail une base de données dans laquelle seraient recensées et détaillées les**

(1) Décret n° 2013-266 du 28 mars 2013 relatif à la déclaration sociale nominative.

dispositions relatives à la couverture complémentaire des IJ maladie versées par les entreprises.

- *L'identification des médecins hospitaliers prescripteurs*

En deuxième lieu, l'identification des médecins hospitaliers est difficile.

Lors de son audition, le Dr François-Xavier Brouck, médecin conseil chef de service responsable de l'échelon local du service médical (ELSM) de Paris ⁽¹⁾, a souligné la part non négligeable occupée par les médecins hospitaliers dans la prescription d'arrêts maladie. Ainsi, à Paris, un quart du total des indemnités journalières est prescrit par des centres de santé ; ce constat est partagé par Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, où 20 % des arrêts sont établis par des établissements de soins. Au niveau national, on constate ce même pourcentage.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, lors de son audition ⁽²⁾, a marqué son intérêt pour une plus grande responsabilisation de ces praticiens.

Dans la continuité de la mise en place de la tarification à l'activité, une expérimentation de facturation individuelle aux caisses d'assurance maladie des consultations et des séjours par les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif a été décidée et mise en œuvre en 2011 ⁽³⁾. Dénommée facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), cette expérimentation devrait permettre de disposer de données détaillées pour chaque établissement de santé et ainsi de mieux maîtriser les dépenses. Dans un premier temps, seules les activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie sont concernées.

Mme Liliane Ropars ⁽⁴⁾ a indiqué, par ailleurs, qu'une réflexion était menée avec les agences régionales de santé afin de pouvoir disposer du numéro d'identification des médecins hospitaliers, ce qui permettrait de faciliter leur accompagnement.

Il est primordial que les médecins hospitaliers, qui participent aux prescriptions d'arrêts de travail, puissent être individualisés afin d'être inclus dans les procédures d'accompagnement. **Votre Rapporteuse préconise donc que les médecins prescripteurs hospitaliers soient clairement identifiés dans un souci, à la fois d'amélioration de la qualité de la démarche thérapeutique, et d'une plus grande responsabilisation de ces praticiens.**

(1) Audition du jeudi 13 décembre 2012.

(2) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

(3) Article 54 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(4) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

B. UNE RÉGLEMENTATION PLUS PROTECTRICE

1. Privilégier la santé au travail

a) Maîtriser le niveau trop élevé des dépenses liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles

La question de la santé au travail est généralement abordée de façon secondaire lorsque l'on évoque la progression du nombre des arrêts de travail et l'augmentation du montant des dépenses des indemnités journalières. Cependant, une part non négligeable de ces dépenses est liée aux conditions de travail, que ce soit de façon directe avec les arrêts consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle ou de manière indirecte avec les arrêts maladie résultant de mauvaises conditions de travail.

C'est à ce titre que M. Alain Brousse, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Bayonne ⁽¹⁾, a souligné que la variable des accidents du travail dans les dépenses d'indemnités journalières ne devait pas être occultée. Ainsi, cette donnée avait contribué, en Aquitaine, à l'augmentation du montant des indemnités journalières sur l'année 2012. *A contrario*, Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne ⁽²⁾, a indiqué que la décélération du montant des indemnités dans le département de la Marne était liée à un recul des IJ AT-MP, de l'ordre de 12,4 %.

Comme le relevait notre collègue Christian Paul, dans son rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 ⁽³⁾, les accidents du travail restent à des niveaux significatifs.

La diminution de la part du secteur de l'industrie lourde ou extractive dans l'activité économique a entraîné une baisse progressive des chiffres liés aux accidents du travail depuis 1970, cette tendance ayant continué jusqu'en 2010. En 2011, la baisse de la sinistralité s'interrompt ; 670 000 accidents sont survenus ⁽⁴⁾, contre 659 000 accidents ⁽⁵⁾ en 2010 soit une progression de 1,7 % du nombre d'accidents, augmentation supérieure à la croissance de l'activité salariée qui s'est élevée à 1,1 %. Le nombre d'accidents entraînant un décès est passé de 529 en 2010 à 552 en 2011, soit une hausse de 4,3 %.

Mécaniquement, les dépenses d'indemnités de la branche AT-MP de la CNAMTS augmentent de 4,6 % entre 2010 et 2011, passant de 2,5 milliards d'euros à 2,6 milliards d'euros.

(1) *Audition du jeudi 31 janvier 2013.*

(2) *Audition du jeudi 17 janvier 2013.*

(3) *M. Christian Paul, Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 – assurance maladie et accidents du travail, Assemblée nationale, XIV^e législature, n° 302 tome II, octobre 2012.*

(4) *669 914 accidents recensés en 2011 par la branche AT-MP du régime général de la CNAMTS.*

(5) *658 847 accidents recensés en 2010 par la branche AT-MP du régime général de la CNAMTS.*

Quant à l'indice de fréquence des accidents du travail ⁽¹⁾, il s'élève à 36,2 accidents pour 1 000 salariés alors qu'il était de 36 pour 1 000 en 2009 et 2010. Certains secteurs comme le bâtiment et les travaux publics (BTP), avec un indice de 73 accidents pour 1 000 salariés, et les métiers forestiers, avec un indice de 51,7 accidents pour 1 000, sont plus sujets à une forte sinistralité.

Par ailleurs, on constate une stagnation de la baisse des accidents dans les secteurs d'activité où les sinistres ne peuvent être prévenus seulement par des prescriptions techniques. Ainsi, le secteur des services et particulièrement les activités de travail temporaires représentent 26 % des sinistres.

S'agissant des maladies professionnelles, les chiffres sont également en hausse. Entre 2010 et 2011, le nombre de nouvelles maladies professionnelles prises en charge par la CNAMTS a progressé de 8,6 % passant de 50 688 maladies indemnisées en 2010 à 55 057 maladies en 2011. Le nombre de décès avant consolidation est passé de 533 en 2010 à 570 en 2011, soit une hausse de 6,9 %.

Si l'amiante ne représente plus que 9 % des maladies professionnelles reconnues en 2011, les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont devenus la première cause de maladies professionnelles indemnisées. 1 810 cancers d'origine professionnelle ont été reconnus et indemnisés en 2011, contre 1 739 en 2010.

Quant aux arrêts maladie, ils sont aussi, de plus en plus, liés aux conditions de travail.

Lors de son audition, Mme Valérie Delahaye-Guillocheau, chef de service de la direction générale du travail ⁽²⁾, a rappelé que la qualité de vie au travail avait une incidence sur l'absentéisme.

L'évolution des conditions de travail qui occasionnent des pathologies spécifiques telles que les TMS ou états dépressifs, contribue à l'augmentation du nombre des arrêts de plus de six mois. Ainsi, selon la CNAMTS, 29 % du nombre des IJ maladie de plus de six mois est constitué de pathologies ostéo-articulaires et 26 % de troubles mentaux.

Les TMS ont conduit à 9,7 millions de journées d'arrêts de travail et ont induit un coût de 930 millions d'euros en 2011.

b) Accentuer la prévention des risques professionnels

Face à ce constat, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont cherché à sensibiliser les employeurs à la question de la santé au travail. Un premier plan Santé au travail a été élaboré sur la période 2005-2009. L'objectif était d'afficher des priorités afin de développer l'évaluation des risques professionnels, de mieux les prévenir et d'améliorer les conditions de travail.

(1) Relation entre le nombre d'arrêts liés aux accidents du travail et l'effectif salarié.

(2) Audition du jeudi 22 novembre 2012.

Un second plan Santé au travail pour la période 2010-2014 continue ces objectifs. Il insiste sur la mise en œuvre effective d'actions visant à prévenir les risques professionnels, à réduire les accidents et maladies professionnelles, à prévenir la pénibilité et la dégradation de la santé, ainsi que leurs conséquences en termes de désinsertion professionnelle.

Comme le soulignait notre collègue Jean-Luc Prével, rapporteur de la mission de la MECSS consacrée à la prévention sanitaire ⁽¹⁾, l'élaboration de ces plans traduit une nouvelle approche des pouvoirs publics. La santé au travail a évolué d'une problématique liée à l'emploi et à une aptitude médicale au travail vers une amélioration des conditions de travail et une plus grande articulation avec la politique générale de santé publique.

Ces thématiques ont été retenues lors de la conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012, qui a consacré une table ronde à l'égalité professionnelle et aux conditions de travail comme l'a rappelé Mme Valérie Delahaye-Guillocheau, chef de service de la direction générale du travail ⁽²⁾. Le 21 septembre une négociation interprofessionnelle sur la qualité de vie au travail a été initiée.

Plan Santé au travail 2010-2014

Quatre axes majeurs seront mis en œuvre :

- développer la recherche et la connaissance en santé au travail et en assurer la diffusion opérationnelle, jusqu'aux entreprises et à leurs salariés ;
- développer les actions de prévention des risques professionnels, en particulier des risques psychosociaux, du risque chimique, notamment cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et neurotoxiques, et des troubles musculo-squelettiques (TMS) ;
- renforcer l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention, en s'attachant tout particulièrement aux entreprises de moins de cinquante salariés ;
- renforcer la coordination et la mobilisation des différents partenaires, tant au niveau national que dans les régions, et assurer, au travers de la mise en œuvre de la réforme des services de santé au travail, la place de ces acteurs dans la stratégie de prévention.

Ce nouveau plan s'inscrit dans un contexte plus général qui suppose :

- de traduire la stratégie européenne de santé au travail 2007-2012, qui pose notamment le principe d'une réduction de 25 % du taux d'incidence global des accidents du travail ;
- de contribuer à la stratégie européenne pour l'emploi pour renforcer les taux d'activité des seniors, en particulier en favorisant la prévention primaire de la pénibilité et en renforçant les dispositifs visant à prévenir la désinsertion professionnelle ;

(1) M. Jean-Luc Prével, Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la MECSS sur la prévention sanitaire, *Assemblée nationale, XIII^e législature, n°4334, février 2012.*

(2) *Audition du jeudi 22 novembre 2012.*

– d’assurer la mise en œuvre par les fabricants, importateurs et utilisateurs en aval de substances chimiques, dans les délais impartis, par des règlements protecteurs de la santé des salariés ;

– de renforcer notre réactivité face au développement de certains risques, comme les risques psychosociaux ou à la menace de risques émergents, notamment les risques chimiques ;

– de prendre en compte l’impact sur les salariés des nouvelles formes d’organisation des processus productifs et d’accroître fortement l’amélioration des conditions de travail, notamment pour les petites et moyennes entreprises, pour les travailleurs fragilisés en raison de leur situation de travail, ou encore face à des risques émergents ou à des mutations technologiques.

● *Les principes généraux de prévention*

Des dispositions générales de prévention des risques professionnels existent qui ont été complétées et renforcées ces dernières années.

Il appartient à l’employeur de mettre en place toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ainsi, il est tenu, notamment, « *de planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l’organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l’influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral* »⁽¹⁾.

À ce titre, il doit élaborer un document unique qui fait la synthèse des risques professionnels existants au sein de son entreprise et qui permettra la mise en place d’un plan d’action de prévention.

Il est secondé dans cette tâche par les services de santé au travail⁽²⁾ qui ont pour mission d’éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Ces services conseillent les employeurs et les travailleurs afin de diminuer les risques professionnels, de prévenir la pénibilité au travail ou de contribuer au maintien à l’emploi. Ils doivent élaborer un projet de service⁽³⁾ et définir des priorités d’action pluriannuelles en matière de prévention. Les médecins du travail devront rejoindre ce projet qui fera l’objet d’une contractualisation avec l’État et les caisses d’assurance retraite et de la santé au travail.

Dans le domaine des maladies professionnelles, tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer ce type de pathologies doit effectuer une déclaration à la caisse primaire et à l’inspecteur du travail⁽⁴⁾.

(1) Article L. 4121-2 du code du travail.

(2) Article 1^{er} de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l’organisation de la médecine du travail codifié à l’article L. 4622-2 du code du travail.

(3) Article 5 de la loi du 20 juillet 2011 précitée, codifié à l’article L. 4622-14 du code du travail.

(4) Article L. 461-4 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les employeurs sont également tenus d'informer leurs salariés des dangers des agents chimiques qu'ils peuvent manipuler ⁽¹⁾.

La branche AT-MP a, de son côté, élaboré un Plan national d'actions coordonnées (PNAC) pour la période 2009-2012. Quatre risques sont ciblés :

- les troubles musculo-squelettiques ;
- le risque routier ;
- les cancers d'origine professionnelle ;
- les risques psycho-sociaux.

Trois secteurs sont particulièrement surveillés, en raison de leur forte sinistralité : le BTP, l'intérim et la grande distribution.

● *Un risque mis en relief : la pénibilité.*

Depuis 2010 ⁽²⁾, l'accent a été mis sur la pénibilité au travail qui est caractérisée par une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé.

Le code du travail énonce différents facteurs de risque ⁽³⁾ :

- des contraintes physiques marquées, comme des manutentions manuelles de charges, des postures pénibles ⁽⁴⁾ ou l'exposition à des vibrations mécaniques ;
- un environnement physique agressif marqué par l'exposition au bruit, à des températures extrêmes ou à des produits chimiques dangereux ;
- des rythmes de travail caractérisés notamment par un travail répétitif ⁽⁵⁾ ou un travail de nuit.

Afin de mieux prévenir la pénibilité, tout employeur est désormais tenu d'assurer la traçabilité de l'exposition aux risques et pour les entreprises d'une certaine taille de conclure un accord ou un plan d'action.

Chaque employeur doit consigner dans une fiche individuelle :

- les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé ;

(1) Article R. 4412-38 du code du travail.

(2) Article 60 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites codifié à l'article L. 4121-3-1 du code du travail.

(3) Article D. 4121-5 du code du travail.

(4) Postures définies comme positions forcées des articulations.

(5) Le travail répétitif est caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini.

- la période au cours de laquelle cette exposition est survenue ;
- les mesures de prévention mises en œuvre pour réduire ou faire disparaître ces facteurs de risque.

La fiche est transmise au service de santé au travail qui la transfère au médecin du travail afin de compléter le dossier médical du travailleur.

L'objectif est de permettre une meilleure prise en compte des conditions de travail pour faciliter la prise en charge d'une pathologie au titre d'une maladie professionnelle.

De plus, les entreprises de plus de cinquante salariés dont plus de 50 % de l'effectif est exposé à des facteurs de pénibilité doivent négocier ou à défaut élaborer un plan unilatéral afin de prévenir la pénibilité. Cet accord ou plan est d'une durée maximale de trois ans et doit aborder au moins un des deux thèmes suivants :

- la réduction de l'exposition aux facteurs de pénibilité ;
- l'adaptation et l'aménagement de postes de travail.

Par ailleurs, afin d'inciter les entreprises à conclure ce type d'accords, il est prévu une pénalité de 1 % de la masse salariale.

Lors de son audition, Mme Valérie Delahaye-Guillocheau, chef de service de la direction générale du travail ⁽¹⁾, a indiqué que depuis le 1^{er} janvier 2012, on recensait 1 000 accords ou plans d'action. Elle a souligné néanmoins la complexité de la négociation avec les partenaires sociaux et la difficulté à recenser dans un document unique l'évaluation des risques professionnels.

Ces dispositions sont particulièrement importantes, au regard d'un des déterminants des arrêts de travail qui est le vieillissement de la population. Comme cela a été rappelé ci-dessus, la durée moyenne des arrêts de travail s'accroît avec l'âge.

Lors de leur audition, les représentants des services à la personne et aux particuliers et les représentants des particuliers employeurs ont insisté sur le rôle important de la prévention et de la formation dans leur activité pour prévenir des risques propres à ce secteur ⁽²⁾.

Trois profils de risque de maladie professionnelle ont été ainsi identifiés : les affections liées aux mouvements répétitifs, qui concernent surtout les interventions auprès de personnes handicapées ou très âgées, celles liées au port de charges, provoquant des phénomènes d'usure professionnelle, enfin celles dues

(1) Audition du jeudi 22 novembre 2012.

(2) Audition du jeudi 14 février 2013.

aux transmissions cutanées, principalement dans le cas de soins infirmiers et d'hospitalisation à domicile (HAD).

M. Olivier Peraldi, directeur général de la Fédération du service aux particuliers, a ainsi exposé les actions de formation menées auprès de leurs personnels dont une action de sensibilisation aux gestes dits « éco-sûrs ». Selon une étude réalisée dans deux entreprises comptant chacune une centaine de salariés, le taux d'arrêts de travail de longue durée est passé de 12-13 % à 7 % l'année suivant le programme de formation.

Afin de réduire le nombre d'accidents du travail, la prévention des risques professionnels est primordiale. C'est pourquoi, votre Rapporteuse propose d'améliorer le contrôle de l'application des dispositions relatives à la prévention des risques professionnels et d'inciter à la conclusion de plans ou d'accords de prévention de la pénibilité.

c) Améliorer la sensibilisation aux maladies professionnelles

La branche AT-MP de la CNAMTS cherche à sensibiliser les salariés et les employeurs à la question des maladies professionnelles.

S'agissant des employeurs, la branche AT-MP, dans le cadre du PNAC cité ci-dessus a sensibilisé 5 000 entreprises utilisant des agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR). En 2011, des visites ont été effectuées avec la participation des services de santé au travail afin d'y repérer les salariés susceptibles d'être exposés et de leur proposer des procédures de substitution de produits. La CNAMTS sensibilise également les très petites entreprises au risque de l'amiante.

Vis-à-vis des salariés, la CNAMTS a lancé en 2008 une expérimentation consistant à identifier dans trois régions, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et la Haute-Normandie des cancers de la vessie d'origine professionnelle. En 2010, elle a été étendue à d'autres régions, dont l'Île-de-France.

Lors de son audition, le Dr Aïda Jolivet, médecin conseil chef de service responsable du pôle contrôle des prestations et relations avec les assurés d'Île-de-France ⁽¹⁾, a détaillé sa mise en place dans cette région.

L'objectif est de repérer lors de son admission en affection de longue durée (ALD) pour cancer de la vessie, si l'assuré ne relève pas d'une maladie professionnelle. Après une requête informatique, le service médical contacte l'assuré qui, s'il souhaite participer à la démarche, remplit par téléphone un questionnaire permettant de reconstituer sa carrière professionnelle, en recherchant une éventuelle exposition à un facteur de risque du cancer de la vessie. Si une telle origine professionnelle s'avère probable, le médecin conseil informe l'assuré par

(1) Audition du jeudi 13 décembre 2012.

courrier et lui conseille de consulter son médecin traitant afin de faire une demande de déclaration de maladie professionnelle.

Les résultats de cette expérimentation, commencée fin 2010 sont encourageants en Île-de-France. Vingt-six cancers ont été reconnus comme maladies professionnelles sur les dix-huit mois suivant le début de l'étude contre seize sur les trois années précédant l'expérimentation.

d) Prévenir la désinsertion professionnelle

Éviter un éloignement prolongé du travail, qui pourrait s'avérer définitif est un des objectifs privilégiés par l'assurance maladie ces dernières années.

La réforme de la médecine du travail adoptée en juillet 2011 ⁽¹⁾ vise notamment à prévenir cette désinsertion professionnelle et les arrêts itératifs. À l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil ou du salarié, le médecin du travail effectue une visite de pré-reprise après plus de trois mois d'arrêt de travail, en vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés.

Lors de son audition, le Dr Pascale Peyre-Costa, médecin conseil chef de service responsable de l'ELSM de l'Essonne ⁽²⁾, a insisté sur la nécessité de prévenir la désinsertion professionnelle dans le cadre d'arrêts longs. En effet, au bout de six mois d'arrêt, 50 % des assurés ne reprennent pas le travail et, après un an, ces taux passent à 70 %.

Le contrôle exercé par le service médical consistera donc plus, dans un accompagnement de l'assuré, pour prévenir les arrêts à répétition et éviter, à terme, son éloignement du monde du travail, voire son licenciement pour inaptitude.

Des outils qui utilisent les logiciels de remboursement de soins permettent de cibler l'assuré, d'examiner son cas avec son médecin traitant et son médecin du travail et, avec son accord, d'organiser une visite de pré-reprise avec le médecin du travail afin de préparer au mieux le retour dans son activité professionnelle.

Au sein du RSI, afin de prévenir le risque de désinsertion professionnelle, des contrôles spécifiques des arrêts de longue durée sont prévus après deux mois, un an et deux ans.

C'est pourquoi, votre Rapporteuse, afin de favoriser la réinsertion professionnelle des assurés, propose de privilégier le contrôle ciblé des arrêts longs, à partir au moins du deuxième mois d'arrêt de travail.

(1) Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Article R. 4624-20 du code du travail.

(2) Audition du jeudi 13 décembre 2012.

2. Améliorer la couverture des salariés

Mieux protéger les assurés des conséquences des arrêts de travail passe aussi par une évolution et une adaptation de la réglementation.

a) Modifier les conditions d'accès à l'indemnisation des arrêts de travail

Le marché du travail a fortement évolué depuis la mise en place du dispositif à la fin de la seconde guerre mondiale. De nouvelles conditions de travail sont apparues comme l'intérim ou le travail à temps partiel.

Le travail à temps partiel s'est considérablement développé. Ainsi, ce sont plus de 18,7 % des salariés soit près de 4,2 millions de salariés en 2011 qui occupent un travail à temps partiel⁽¹⁾. Ces salariés travaillent en moyenne 23,2 heures par semaine, contre 39,6 heures pour les salariés à temps complet, et près de 40 % ont une quotité de travail inférieure ou égale à un mi-temps. De plus, 16 % des salariés à temps partiel ont plusieurs emplois.

Quant à l'intérim, en 2011, ce sont 2,1 millions de personnes qui ont signé 16,8 millions de contrats de mission. Ces missions sont souvent de courte durée, la durée moyenne s'établit à 1,8 semaine. De plus, ces missions représentent, au final, une faible activité sur l'année. En moyenne, les intérimaires sont en mission 2,6 mois dans l'année. Un intérimaire sur deux a été en mission moins de 1,6 mois dans l'année⁽²⁾.

Ces conditions de travail cumulent deux types de difficultés, un plafond d'heures travaillées insuffisant et une durée d'affiliation trop courte pour prétendre à la prise en charge des arrêts de travail au titre de la maladie, selon la législation actuelle.

La Cour des comptes a fait remarquer que l'Allemagne avait choisi de retenir quatre semaines de travail minimum pour qu'un assuré puisse être couvert en cas d'arrêt de travail pour raison de santé⁽³⁾.

C'est pourquoi, adapter le dispositif à l'évolution du marché du travail paraît souhaitable à votre Rapporteur. Néanmoins, en période budgétaire contrainte, comme le relevait fort justement le directeur de la sécurité sociale M. Thomas Fatome⁽⁴⁾, « *s'agissant des conditions strictes de l'ouverture de droits, il convient d'être prudent car il s'agit d'une source de dépense supplémentaire potentiellement importante, notamment si l'on modifie la règle des deux cents heures de travail* ».

(1) « *Le temps partiel en 2011* », Dares analyses, janvier 2013.

(2) « *L'intérim en 2011* », Dares analyses, juin 2012.

(3) *Audition du jeudi 21 mars 2013.*

(4) *Audition du mercredi 28 novembre 2012.*

C'est pourquoi, votre Rapporteuse suggère de faire procéder, au préalable, à une évaluation du coût supplémentaire induit par une extension de la couverture des arrêts de travail vis-à-vis du risque maladie.

b) Simplifier le dispositif

Depuis 2004⁽¹⁾, la Cour des comptes a insisté sur la nécessité pour l'assurance maladie de revoir la réglementation en vigueur des indemnités journalières dans un souci de simplification, qui serait profitable aussi bien aux employeurs qu'aux assurés et aux organismes instructeurs.

La CNAMTS, elle-même, y est sensibilisée ; elle a expressément fait figurer dans la COG 2010-2013 conclue avec l'État un sous-chapitre « réduire la complexité par des évolutions réglementaires » dans lequel elle propose de simplifier la gestion des prestations en espèces : « *L'État et l'assurance maladie proposeront donc des évolutions dans les modes de calcul des prestations en espèces afin de les rendre plus lisibles et plus cohérents, en analysant notamment l'impact d'une harmonisation des modalités de calcul (assiette, salaire et périodes de référence).* »

Néanmoins, les seules évolutions initiées jusqu'à présent ont plus consisté à maîtriser les dépenses qu'à réorganiser le dispositif :

– ainsi, depuis 2011, le montant de l'indemnité journalière correspond à une fraction du gain journalier de base, soit 50 % du salaire brut calculé sur 365 jours et non plus sur 360 jours et, depuis 2012, le salaire de base est plafonné à 1,8 fois le SMIC au lieu du plafond mensuel de la sécurité sociale⁽²⁾ ;

– les majorations pour enfant ont été restreintes⁽³⁾. Désormais, seuls les assurés ayant plus de trois enfants et bénéficiant d'un arrêt maladie de plus de six mois peuvent prétendre à une majoration de leur indemnité.

● *Le choix de l'assiette*

Parmi les évolutions souhaitables, la Cour des comptes suggère d'harmoniser l'assiette du salaire retenu pour calculer le montant de l'indemnité journalière. Cette assiette diffère selon les risques indemnisés.

Ainsi le salaire retenu pour liquider les IJ maladie est le salaire brut des trois derniers mois, tandis que, dans le cas des IJ AT-MP, l'assiette est constituée du salaire brut du dernier mois, augmenté de primes annuelles proratisées.

(1) *Cour des comptes*, Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale, septembre 2004 et septembre 2006.

(2) *Articles 1^{ers} des décrets n° 2010-1305 du 29 octobre 2010 et n° 2011-1957 du 26 décembre 2011 codifiés à l'article R. 323-4 du code de la sécurité sociale.*

(3) *Article R. 323-5 du code de la sécurité sociale.*

Par ailleurs, ces assiettes de salaires variables selon les risques obligent les employeurs à compléter des formulaires d'attestations de salaires différents selon les types d'arrêts.

S'agissant de la complexité des formulaires d'attestation de salaires, un point particulier a été relevé par Mme Béatrice Levau, présidente de la Fédération des particuliers employeurs (FEPÉM)⁽¹⁾, qui regrette que ces formulaires ne soient pas plus simples et adaptés aux situations rencontrées par l'emploi d'un salarié à domicile.

Elle a relevé deux situations pouvant entraîner des difficultés de calcul :

– lorsque le salarié a effectué moins de 200 heures au cours des trois mois précédant la date du début de l'arrêt, l'employeur doit calculer le montant des cotisations salariales acquittées sur les rémunérations perçues au cours des six derniers mois, ce qui se révèle une opération complexe et fastidieuse ;

– lorsque le salarié n'a pas travaillé pendant trois mois consécutifs chez le même employeur, l'employeur devra alors reconstituer son salaire.

Lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, des débats ont porté sur une modification du mode de calcul des indemnités journalières, sans succès. Le projet de loi proposait d'harmoniser les calculs en retenant le salaire net pour tous les arrêts et en augmentant le taux de remplacement. En cas d'IJ maladie, l'indemnité aurait correspondu à 60 % du salaire net et non plus à 50 % du salaire brut actuellement. S'agissant des IJ AT-MP inférieurs à vingt-neuf jours, le taux de remplacement se serait élevé à 80 % du salaire net contre 60 % du salaire brut.

Cette proposition n'a pas abouti car elle aurait entraîné une baisse du taux réel de remplacement pour les indemnités liées à la maladie et aurait pu accroître la part complémentaire versée par les entreprises.

La Cour des comptes, dans sa communication transmise à la MECSS, propose de retenir une seule assiette du salaire de référence, sur la base du salaire brut, en modulant les taux de couverture pour parvenir à une équité entre les risques maladie et AT-MP.

Cette suggestion a rencontré les réserves de la direction de la sécurité sociale qui a rappelé qu'une uniformité de l'assiette pourrait diminuer les indemnités perçues⁽²⁾.

Afin de simplifier la gestion du dispositif, votre Rapporteuse suggère d'harmoniser l'assiette du salaire de référence pour la prise en charge des indemnités maladie et des indemnités accidents du travail-maladies

(1) Audition du jeudi 14 février 2013.

(2) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

professionnelles. Néanmoins il convient, au préalable, afin de mesurer les incidences financières d'une telle mesure sur le niveau d'indemnisation des assurés, de faire procéder à une évaluation de cette harmonisation de l'assiette de référence sur la base du salaire brut.

Une autre piste est envisagée par la CNAMTS.

Elle réfléchit à la possibilité de substituer au salaire brut les données fiscales comme assiette de référence, soit le salaire net imposable. Cette solution aurait pour avantage d'éviter aux entreprises de fournir et de remplir une attestation de salaire mais aurait pour inconvénient de se référer à un revenu antérieur d'au moins une année et pourrait être moins avantageuse pour certains assurés.

C'est ce constat qu'a livré le directeur de la sécurité sociale, M. Thomas Fatome⁽¹⁾, jugeant cette approche peu pertinente, car ne permettant pas de calculer l'indemnité journalière au plus près.

- *Les modalités de liquidation*

La Cour des comptes, dans sa communication transmise à la MECSS, a relevé deux difficultés s'agissant de la liquidation des indemnités journalières : des délais importants et un taux d'anomalie non négligeable.

Le délai moyen de liquidation est de trente-huit jours. Cette moyenne varie selon les caisses, ce qui accentue les inégalités entre assurés. La Cour des comptes a constaté qu'en 2011, 60 % des caisses liquident les indemnités journalières entre trente et quarante jours. Un tiers des caisses ont même un délai moyen supérieur à quarante jours.

Force est de constater que l'objectif affiché dans la COG 2010-2013 conclue entre l'État et la CNAMTS qui fixe un délai moyen de trente jours en 2013 pour le règlement de la première indemnité non subrogée ne devrait pas être atteint.

Le nombre d'agents affectés à la liquidation des indemnités journalières est pourtant conséquent. Dans la communication transmise à la MECSS, la Cour des comptes estime à 5 330 équivalents temps plein (ETP) en 2010 le nombre d'agents affectés à cette tâche.

Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte pour justifier ces chiffres.

Le délai d'envoi des avis d'arrêts de travail par les salariés et des attestations de salaires par les entreprises retardent d'autant la liquidation. Si les salariés sont soumis à une transmission de l'avis sous quarante-huit heures, cette disposition ne s'applique pas aux attestations de salaire envoyées par l'employeur.

(1) *Audition du mercredi 28 novembre 2012.*

La signature de conventions entre les employeurs et la MSA a permis d'accélérer la liquidation au sein du régime agricole. Ainsi le délai moyen est de vingt-neuf jours dans les entreprises ayant signé une telle convention contre quarante-deux jours dans les autres.

Ensuite, l'envoi papier de ces formulaires nécessite une saisie dont le délai constaté tourne autour de dix jours.

Enfin, le calcul manuel au cas par cas accentue l'allongement des délais et le risque d'erreurs.

Ce taux d'anomalie des indemnités est estimé entre 0,73 % et 0,89 % des dépenses soit entre 46 et 56 millions d'euros par la Cour des comptes dans son rapport de certification des comptes 2011 du régime général de sécurité sociale.

C'est pourquoi, il est indispensable que toutes les caisses appliquent les mêmes règles. Lors de son audition, Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne ⁽¹⁾, a indiqué qu'un référentiel commun de liquidation avait été communiqué à toutes les caisses.

Parmi les pistes suggérées par la Cour afin de rationaliser ce processus, et ainsi d'éviter les erreurs et d'accélérer la liquidation, elle propose :

- de ne pas procéder à un autre calcul et de servir la même indemnité lorsque l'arrêt est itératif sur une période donnée ;
- de développer la subrogation.

Dans ce dernier cas de figure, les indemnités journalières sont versées à l'employeur qui assure à son salarié en arrêt un maintien de son salaire partiel ou intégral en fonction des garanties conventionnelles en vigueur dans son entreprise.

L'avantage pour le salarié est de ne pas subir de perte temporaire de revenu. Encore peu développée ⁽²⁾, bien que la caisse primaire de la Marne ait noté une augmentation de cette procédure dans sa circonscription passant de 30 % à 46 % des indemnités indemnisées de 2010 à 2011, elle a rencontré des réserves de la part des employeurs. Ces derniers considèrent que ce dispositif alourdit encore les formalités pesant sur les entreprises. De plus, ce dispositif semble plus facile à mettre en œuvre dans les grandes entreprises.

Afin d'accélérer les délais de liquidation, de simplifier les tâches des agents des caisses primaires et d'éviter aux entreprises de transmettre des attestations de salaires, votre Rapporteur est favorable à la liquidation de l'indemnité journalière au titre de la maladie, dans le cas d'arrêts itératifs

(1) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

(2) 33 % en 2010 du total des indemnités journalières indemnisées.

sur une période d'une année pour un même assuré, sur la base de l'indemnisation versée lors du premier arrêt de travail.

C. UN CONTRÔLE PLUS EFFICACE

Au même titre que la réglementation du dispositif des arrêts de travail doit s'adapter et évoluer, les politiques de contrôle menées par l'assurance maladie doivent innover pour plus d'efficacité.

1. Optimiser le contrôle dans le secteur privé

a) Favoriser un contrôle plus ciblé

Si l'on se réfère aux chiffres relatifs à l'ensemble des avis rendus à la suite de contrôles administratifs et médicaux sur des arrêts de travail⁽¹⁾, ils sont impressionnants, de l'ordre de 6,8 millions en 2011 contre 4,9 millions en 2003.

S'agissant des contrôles médicaux, ils sont tout aussi importants. Selon la direction de la sécurité sociale et M. Olivier de Cadeville, directeur délégué aux réseaux de la CNAMTS, ce sont près de 2,3 millions de contrôles médicaux qui ont été effectués l'année dernière, sur dossier ou après examen de l'assuré, conduisant à 12 % d'avis défavorables pour les arrêts de plus de quarante-cinq jours. Sur la seule région Île-de-France, 245 000 avis ont été rendus par le service médical, dont 12 % d'avis défavorables. Ces taux d'avis négatifs ont été corroborés par le cabinet d'avocats Pradel⁽²⁾ qui a indiqué que 10 % à 15 % des situations examinées dans le cadre de leur activité contentieuse relèveraient d'un comportement abusif.

Au sein du RSI, 14 000 contrôles médicaux ont été effectués qui ont conduit à 15 % d'avis défavorables pour des arrêts de longue durée.

Si l'on rajoute les 70 000 contrôles avancés par les sociétés de contre-visites médicales, Securex et Medicat Partner dont 50 % concluent à un arrêt injustifié quand l'examen de l'assuré est possible, le nombre de contrôles est donc conséquent.

- *Élargir le champ du contrôle aux arrêts de courte durée*

90 % des contrôles menés par l'assurance maladie portent sur des arrêts longs, de plus de quarante-cinq jours.

Le directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem, a justifié ce choix en raison de l'impact financier représenté par les arrêts de longue durée⁽³⁾. En effet, 80 % de la dépense des IJ maladie résulte de ces arrêts. Selon

(1) Ensemble des arrêts de travail des trois risques et des contrôles administratifs et médicaux.

(2) Audition du jeudi 24 janvier 2013.

(3) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

les chiffres de la CNAMTS, 5 % des arrêts de plus de six mois représentent 40 % du montant des indemnités journalières et 18 % des arrêts compris entre un et six mois occasionnent également 40 % du montant des indemnités journalières.

En Île-de-France, ces arrêts de travail supérieurs à quarante-cinq jours représentent jusqu'à 82 % de la dépense et concentrent 18 % des contrôles.

Les directeurs généraux de la MSA, M. Michel Brault, et du RSI, M. Stéphane Seiller, ont confirmé ces statistiques pour leur régime et le « ciblage » de leurs contrôles en conséquence.

Au sein du RSI, 22 % des assurés sont arrêtés entre quarante-cinq et cent vingt jours, ce qui représente 22 % des indemnités versées et 20 % des assurés en arrêt de plus de cent vingt jours totalisent 65 % des indemnités.

Lors de leur audition ⁽¹⁾, Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, et M. Alain Brousse, directeur de la caisse primaire de Bayonne, se sont pour leur part, déclarés favorables à un contrôle des arrêts de courte durée qui représentent dans leur circonscription des variables non négligeables d'augmentation du montant des IJ maladie et pour des raisons d'équité.

De même, les sociétés de contre-visites médicales ont plaidé pour un renforcement du contrôle de ces arrêts courts, à l'origine de l'absentéisme dans les entreprises, supporté par les autres salariés.

Pour ces sociétés, les arrêts courts sont ceux qui présentent le plus de cas d'abus. Selon les statistiques de Securex, ces arrêts ont progressé de 20 % entre 2010 et 2011. Ces sociétés s'estiment plus à même de contrôler ces arrêts courts car, de par leur organisation, elles sont plus réactives et flexibles.

Pour le Dr Bernard Schmitt, directeur de la direction régionale du service médical (DRSM) d'Île-de-France ⁽²⁾, le contrôle des arrêts de moins de sept jours doit être néanmoins soumis à un « ciblage médicalisé », sous peine d'aboutir à « un résultat catastrophique et décourageant ».

Un infléchissement de cette politique a été mis en oeuvre depuis mai 2012 ⁽³⁾. Le directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem, a ainsi indiqué que des actions étaient menées sur les arrêts courts itératifs ⁽⁴⁾. Au bout du quatrième arrêt après trois arrêts de moins de quinze jours au cours des douze derniers mois, un courrier est adressé au salarié pour le sensibiliser et l'avertir d'un éventuel contrôle.

(1) Auditions des jeudis 17 janvier et 31 janvier 2013.

(2) Audition du jeudi 13 décembre 2012.

(3) Lettre réseau LR/DDO/72/2012 du 29 mai 2012 relative au contrôle des assurés en arrêt de travail.

(4) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, a détaillé la procédure mise en œuvre dans sa région ⁽¹⁾. Grâce au système d'information de la CNAMTS, DIADEME (dématérialisation et indexation automatique des documents et des messages électroniques), il est possible d'effectuer un repérage automatique des arrêts itératifs toutes les semaines et d'envoyer un courrier de sensibilisation à l'assuré, l'avertissant d'un examen probable de sa situation s'il transmettait un quatrième avis.

Le suivi de cette démarche, effectué dans la caisse primaire de l'Aube est prometteur ; sur un échantillon de six cents arrêts de travail, trois cents arrêts provenaient de la population ciblée et les trois cents autres étaient constitués par un groupe témoin. Dans le premier cas, 51 % des assurés ne bénéficiaient pas d'un nouvel arrêt de travail et, dans le deuxième cas, seulement 39 % ne s'arrêtaient pas une quatrième fois, soit un différentiel de douze points.

Votre Rapporteur est favorable à un renforcement des contrôles de courte durée, car le contrôle ne peut se limiter à un objectif purement financier mais doit chercher à responsabiliser les assurés et exercer un effet dissuasif.

Le délai de transmission de quarante-huit heures freine le contrôle des arrêts de moins de sept jours. C'est pourquoi, tout contrôle d'arrêt de courte durée va de pair avec le renforcement de la mise en place des procédures dématérialisées, dont notamment « l'avis d'arrêt de travail (ATT) en cinq clics ».

- *Privilégier le contrôle sur certains critères*

Le choix retenu par l'assurance maladie d'élargir son contrôle aux arrêts courts itératifs illustre l'intérêt de pratiquer un contrôle ciblé.

En effet, grâce à l'utilisation des outils informatiques, il est possible, désormais, de détecter des situations suspectes et de favoriser ainsi un contrôle sélectif.

Une de ces procédures dite du « *datamining* » ou extraction de données a été expérimentée par la MSA mais aussi par le régime général en 2010 dans certaines caisses, comme le prévoyait la COG 2010-2013 conclue entre l'État et la CNAMTS. Elle consiste à identifier des fraudeurs à partir d'extraction de bases de données, auxquelles sont appliqués des modèles permettant d'attribuer des scores de risque de fraudes en fonction des caractéristiques de consommation des assurés.

Cette démarche n'a pas à ce jour donné de résultats probants, comme le soulignait Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne ; il a été difficile, en effet, d'identifier un profil type de fraudeur ⁽²⁾.

(1) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

(2) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

De même, pour M. Michel Brault, directeur général de la MSA, l'opération de « *datamining* » a abouti à des résultats décevants ⁽¹⁾. Deux profils ont été identifiés comme susceptibles de frauder, les salariés à temps partiel et les salariés à domicile.

Cependant, M. Benoît Parlos, délégué national à la lutte contre la fraude (DNLF), de son côté, a fait part de son intérêt pour cet outil ⁽²⁾.

La Cour des comptes, dans sa communication transmise à la MECSS, mentionne une expérimentation menée par la caisse primaire de Melun qui paraît intéressante à votre Rapporteur. Le service médical de cette caisse, grâce à un logiciel approprié, dénommé « conso IJ », vérifie la cohérence de l'arrêt de travail avec les autres consommations médicales de l'assuré, ce qui lui permet de cibler au mieux les assurés qu'elle devra convoquer pour un contrôle. Le taux d'avis négatifs sur les arrêts de courte durée est passé de 8 % en 2008 à 15 % en 2011 dans cette caisse.

C'est dans cet esprit que le directeur de la CNAMTS a fixé de nouvelles orientations, en mai 2012, en matière de contrôle administratif et médical qui privilégie des actions ciblées ⁽³⁾.

Il préconise notamment :

– de privilégier le contrôle de la durée des arrêts en se référant aux fiches repères, en mettant l'accent sur les arrêts post-opératoires ;

– de moduler l'intensité des contrôles en fonction du profil des médecins prescripteurs. Votre Rapporteur tient à souligner l'intérêt d'y inclure les médecins gros prescripteurs.

Comme le relève la Cour des comptes, les économies réalisées dans un contexte de contrôle peu sélectif ne sont pas négligeables, c'est pourquoi, on ne pourrait qu'espérer un gain plus élevé si un dispositif plus efficient était mis en place.

C'est pourquoi, votre Rapporteur est favorable à un contrôle plus sélectif et suggère de privilégier un contrôle administratif et médical ciblé en utilisant les données recueillies par les observatoires locaux des indemnités journalières et par le système d'informations DIADEME de la CNAMTS.

Par ailleurs, afin de faciliter ce contrôle en fonction des pathologies, votre Rapporteur propose d'encourager l'introduction, dans les logiciels d'aide à la prescription des médecins, du référentiel élaboré par la CNAMTS, validé par la Haute Autorité de santé, établissant des durées indicatives

(1) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

(2) Audition du jeudi 20 décembre 2012.

(3) Lettre réseau LR/DDO/72/2012 du 29 mai 2012 relative au contrôle des assurés en arrêt de travail.

d'arrêt de travail en fonction des pathologies et des interventions chirurgicales.

- *Renforcer les procédures dématérialisées*

Ce ciblage sera facilité et va de pair avec le renforcement de procédures dématérialisées.

Plusieurs processus différents sont en cours :

– au niveau de la prescription et de l'envoi de l'arrêt de travail : l'assurance maladie a développé « l'ATT en cinq clics », permettant au médecin de le transmettre directement à la caisse par téléprocédure ;

L'appropriation par les médecins de cette facilité est lente, environ 10 % y recourent.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a justifié cette situation ⁽¹⁾ au motif que ce logiciel n'était pas intégré dans leur logiciel métier.

Deux éléments permettent d'envisager une amélioration.

Tout d'abord, lors de son audition, Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne ⁽²⁾, a indiqué qu'un des éditeurs de logiciels métiers à destination des médecins venait d'intégrer « l'ATT en cinq clics » dans ce logiciel.

Ensuite, selon le directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem ⁽³⁾, la convention médicale entre les médecins et l'assurance maladie devrait évoluer vers une obligation de moyen, qui impose d'utiliser les téléprocédures, à une obligation de résultat, qui serait de réaliser un certain pourcentage de procédures dématérialisées.

Votre Rapporteur souhaite que cette facilité devienne obligatoire et figure dans la convention médicale conclue entre les médecins et l'assurance maladie, après un délai de deux ans permettant l'équipement des professionnels.

– au niveau du calcul de l'indemnité journalière : l'employeur peut fournir l'attestation de salaire à la caisse par voie informatique.

Les représentants des employeurs sont favorables à ces processus. 70 % des attestations de salaires et 60 % des déclarations d'accidents du travail sont assurées par cette téléprocédure dans la caisse primaire de la Marne en 2011. Au

(1) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

(2) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

(3) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

niveau national, la Cour des comptes fait état de 67 % d'attestations de salaires transmises de façon dématérialisée sur l'année 2011.

La mise en place de la déclaration sociale nominative (DSN) devrait améliorer ces échanges de données. L'entreprise enverra la DSN chaque mois aux caisses et ainsi ces dernières ne seront plus tenues de demander une attestation de salaire aux employeurs pour liquider l'indemnité.

La déclaration sociale nominative (DSN)

Créé par l'article 35 de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives, ce document répond à plusieurs attentes.

– une simplification des procédures pour les employeurs et une plus grande fiabilité des données ;

Selon les articles R. 323-10 et R. 441-4 du code de la sécurité sociale, en cas d'arrêt de travail d'un salarié à la suite d'une maladie ou d'un accident du travail, son employeur doit adresser à la caisse primaire d'assurance maladie une attestation de salaire permettant le calcul du montant de ses indemnités journalières. Aucune condition de délai n'est imposée, d'où certains retards dans la liquidation des indemnités journalières.

– une réduction des coûts de gestion.

La déclaration sociale nominative est une déclaration mensuelle des données individuelles du salarié effectuée par son employeur à un organisme unique. Elle comprend :

– l'identification de l'employeur et du salarié ;

– les informations sur le contrat de travail ;

– les données sur la paie, la rémunération, les primes, indemnités ou gratifications ;

– les événements survenus dans le mois.

Dans un premier temps du 1^{er} janvier 2013 au 1^{er} janvier 2016, ce dispositif est applicable notamment aux attestations de salaires pour le paiement des indemnités journalières et aux attestations d'employeurs destinées à Pôle emploi, sur la base du volontariat.

À compter de 2016, ce dispositif deviendra obligatoire et sera généralisé à toutes les déclarations effectuées par les employeurs aux organismes de protection sociale.

Un groupement d'intérêt public « GIP modernisation des déclarations sociales » a été constitué pour faciliter la mise en place de la DSN entre les partenaires sociaux et les caisses primaires.

Lors de leur audition du jeudi 6 décembre 2012, MM. Georges Tissié, directeur des affaires sociales de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME), et Pierre Burban, secrétaire général de l'Union professionnelle artisanale (UPA), ont fait part de leurs réserves, quant à l'application de ce dispositif pour les entreprises de moins de vingt salariés qui devront passer d'un rythme trimestriel à un rythme mensuel et qui ne disposent pas des moyens idoines. Ces dernières qui représentent 92 % des entreprises françaises devront être accompagnées notamment dans la mise en place de systèmes automatisés d'information.

– au niveau du traitement et du suivi des dossiers d'arrêts de travail par la CNAMTS : l'introduction d'un système d'information DIADEME permet de numériser et d'archiver tous les documents papiers relatifs aux indemnités journalières. La CNAMTS dispose ainsi d'une base de données. Selon son directeur général, M. Frédéric Van Roekeghem⁽¹⁾, l'intérêt de DIADEME est de pouvoir assurer la traçabilité des pièces et de produire des sorties automatiques d'arrêts afin de cibler les contrôles, que ce soit les arrêts répétitifs, ceux dont la durée est supérieure au référentiel, ceux qui correspondent à des pathologies ciblées ou ceux prescrits par des « hyperprescripteurs ».

– *L'amélioration de la productivité*

Comme le souligne la Cour des comptes, dans sa communication transmise à la MECSS, la poursuite de ce processus de dématérialisation permettra, de plus, d'obtenir des gains de productivité et une réduction des effectifs.

En effet, selon la Cour, qui a consacré un chapitre à la productivité des organismes de sécurité sociale dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2011, au sein de la CNAMTS, le coût de la gestion administrative du régime général pour l'ensemble de ses prestations s'est élevé en 2010 à 10 milliards d'euros. Grâce à la dématérialisation des procédures, la réduction des effectifs dans les caisses a connu des progrès. Selon la Cour, la dématérialisation des feuilles de soin a permis une économie de 4 000 ETP entre 2005 et 2009. Quant à la mise en place de la dématérialisation des attestations de salaires et des avis d'arrêt de travail, elle pourrait permettre d'économiser 300 ETP de 2011 à 2013.

M. Alain Brousse, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Bayonne⁽²⁾, a confirmé que, dans sa circonscription, la dématérialisation avait permis d'obtenir des gains de productivité ; ainsi 30 % des opérations effectuées par sa caisse sont automatisées, ce qui a permis de limiter ses frais de gestion à 2 %.

(1) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

(2) Audition du jeudi 31 janvier 2013.

Ces nouvelles procédures lui avaient permis, par ailleurs, de redéployer les moyens de sa caisse vers le service aux assurés et la lutte contre la fraude.

Par ailleurs, la mise en place de procédures dématérialisées permettra d'automatiser les calculs, ce qui devrait permettre une liquidation plus rapide et une réduction des erreurs.

b) Améliorer la complémentarité et la coordination des acteurs

Comme cela a été rappelé, de multiples acteurs interviennent dans le dispositif du contrôle des arrêts de travail : agents administratifs des caisses primaires, médecins conseils du service médical et médecins mandatés par les sociétés de contre-visites médicales.

Au fil des auditions, il est apparu que la communication entre ces différents intervenants n'était pas toujours effective alors que leur complémentarité est indéniable et contribue à un contrôle plus efficace.

• *Décloisonner les relations entre les caisses primaires et les échelons locaux du service médical*

Au sein de la CNAMTS, le contrôle des arrêts de travail se partage entre deux entités, les caisses primaires chargées du contrôle administratif et les services médicaux chargés du contrôle médical.

Ces derniers sont repartis sur le territoire en échelons locaux (ELSM), sous la tutelle de directions régionales (DRSM). Au niveau national, selon la Cour des comptes, ces services médicaux rassemblaient 8 768 en ETP dont 2 053 praticiens conseils. Dans la région Île-de-France, cinquante sites sont repartis sur les huit départements. Ils comptabilisent 1 600 salariés dont 190 médecins en ETP.

Toute l'activité de ces échelons locaux ne réside pas dans le contrôle des prestations en espèces, deux autres missions leur incombent, les relations avec les professionnels de santé et le suivi du contentieux. Ainsi, en Île-de-France, seuls 37 médecins sur les 190 travaillant au sein de la DRSM sont affectés à la tâche du contrôle. Au niveau national, selon la Cour des comptes, sur les 2 053 praticiens conseils, 1 708 exercent des missions de contrôle.

C'est pourquoi, il paraît primordial à votre Rapporture que le service médical se concentre sur son cœur de métier qui est le contrôle médical. Deux évolutions sont nécessaires. En premier lieu, les médecins conseils doivent être déchargés de leurs tâches administratives de type préparation des convocations et, en second lieu, leur activité de contrôle médical sur examen doit être privilégiée.

De plus, l'organisation duale au sein de la CNAMTS entre caisses primaires chargées du contrôle administratif et services de contrôle médical, à qui

incombe le contrôle médical, participe d'une certaine faiblesse du contrôle. C'est pourquoi, il semble nécessaire à votre Rapporteur de mieux articuler ces deux contrôles.

Votre Rapporteur suggère que les caisses primaires constatant le non-respect d'une obligation administrative transmettent ce cas au service médical afin de l'alerter sur des arrêts qui ne seraient pas médicalement justifiés.

Une solution a été proposée par Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne⁽¹⁾, qui a préconisé une complémentarité entre les contrôles administratifs qui mettraient l'accent sur les arrêts courts itératifs et le contrôle médical qui serait orienté vers les arrêts longs.

Cette complémentarité entre services ne pourrait que contribuer à un contrôle plus efficace.

Selon Mme Liliane Ropars, les bons résultats de sa caisse résulteraient, en partie, de l'excellente coopération entre les services médicaux et les services administratifs de son département. Par ailleurs, la mise en place d'une base de données qui a permis un suivi de l'ensemble des contrôles de présence à domicile a été communiquée au service médical et a permis de suivre les éventuelles sanctions.

M. Alain Brousse, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Bayonne⁽²⁾, a, lui aussi, insisté sur la nécessité de rapprocher les organisations administratives et médicales qui sont inséparables.

Le directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem⁽³⁾, a indiqué que des instructions avaient été données afin de favoriser une plus grande synergie entre directeurs de caisses primaires et médecins conseils chefs des services médicaux.

Cette orientation a été confirmée par le Dr Bernard Schmitt, directeur de la DRSM d'Île-de-France⁽⁴⁾. Tous les mois, il réunit sous son autorité les huit directeurs des caisses primaires dans le cadre du comité local de la gestion du risque. Quant à ses médecins conseils chefs, responsables des ELSM, ils sont en relation avec les directeurs de caisses primaires.

La Cour des comptes a relevé, néanmoins, que l'absence de participation des médecins conseils chefs des ELSM à cette instance, puisque le directeur régional les représente, était préjudiciable.

(1) *Audition du jeudi 17 janvier 2013.*

(2) *Audition du jeudi 31 janvier 2013.*

(3) *Audition du jeudi 6 décembre 2012.*

(4) *Audition du jeudi 13 décembre 2012.*

• *Rendre complémentaire le contrôle de l'assurance maladie et le contrôle effectué par les entreprises*

Généralisé depuis 1978, renforcé en 2009⁽¹⁾, le contrôle à l'initiative de l'employeur n'a pas donné les résultats escomptés. C'est ainsi que, lors de son audition, Mme Valérie Corman, directrice de la protection sociale du MEDEF⁽²⁾, a dressé un bilan décevant de ce contrôle, déplorant son absence d'effet vis-à-vis du contrôle mené par l'assurance maladie. En effet, selon le directeur général de la CNAMTS, parmi les 3 000 avis transmis par les sociétés de contre-visites médicales, 70 % ne remplissaient pas les critères requis pour être recevables. En Île-de-France, de janvier à novembre 2012, sur 437 contrôles menés par des sociétés privées, 70 % étaient inexploitable.

La mission a pu constater, lors des auditions du Dr Bernard Schmitt, directeur de la DRSM d'Île-de-France, du directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem, du responsable de Securex, M. Christian Toulemonde, et de Mme Michèle Laporte, directrice de Medicat Partner⁽³⁾, la difficulté qu'avaient les deux parties à coopérer, sauf cas particuliers, et leur méfiance réciproque.

Selon le directeur du service médical d'Île-de-France, les contrôles de ces sociétés ne sont pas exploités pour trois raisons :

– le délai réglementaire de transmission sous quarante-huit heures des résultats de la contre-visite à son service n'est pas respecté. La plupart du temps, les arrêts sont terminés quand la transmission est effectuée ;

– la transmission n'est pas effectuée par le médecin contrôleur mais par l'employeur ;

– le médecin contrôleur n'a pu procéder à l'examen de l'assuré.

Pour les sociétés de contre-visites médicales les difficultés proviennent de deux facteurs :

– le délai de quarante-huit heures est appliqué strictement et ne tient pas compte des week-ends ; selon la société de contre-visite médicale Medicat Partner, l'envoi des résultats devant se faire par courrier pour des raisons de confidentialité médicale, le service médical de l'assurance maladie prend en compte, non le cachet de la poste mais la date d'arrivée du courrier, ce qui rend particulièrement difficile la transmission des résultats effectués un vendredi ;

– les services médicaux de l'assurance maladie considèrent l'avis comme irrecevable quand le médecin n'a pu procéder à l'examen de l'assuré et

(1) Article 90 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 codifié à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Audition du 6 décembre 2012.

(3) Auditions des jeudis 6 et 13 décembre 2012.

n'effectuent pas de contrôle de leur côté comme la législation le prévoit. Toujours, selon la société Medicat Partner, la rédaction du courrier adressé à l'employeur par le service médical, à la suite d'une contre-visite médicale où était absent le salarié est ambiguë ; en effet, il y est répondu : « *Le médecin contrôleur que vous avez mandaté a émis un avis défavorable sans avoir examiné l'assuré.* »

Cette difficulté est particulièrement importante au vu des statistiques présentées par les sociétés de contre-visites médicales Securex et Medicat partner. Ainsi, une grande partie des visites, estimée autour de 30 %, constate l'absence du salarié.

Lors de son audition, le Conseil national de l'Ordre des médecins ⁽¹⁾ s'est montré réservé sur l'activité de ces sociétés, qui ne sont soumises à aucun agrément, ainsi que sur la forme de ce contrôle, à la fois administratif et médical. Ils déplorent, de plus, l'absence fréquente de contacts entre ces médecins contrôleurs et le médecin traitant de l'assuré.

Le cabinet d'avocats Pradel ⁽²⁾ a, de son côté, souligné que le contrôle des arrêts de travail se devait d'être assuré par l'assurance maladie, ses carences n'ayant pas à être suppléées par le secteur privé.

Le contrôle exercé par l'assurance maladie et les sociétés privées vise un même objectif, éviter les fraudes et les comportements abusifs. C'est pourquoi, il paraît regrettable à votre Rapporture que ces deux acteurs ne soient pas plus complémentaires.

La mission s'étonne, qu'après presque quarante ans, le décret d'application de l'article L. 1226-1 du code du travail qui devait fixer les formes et les conditions de la contre-visite demandée par les employeurs n'ait toujours pas été pris. Elle demande donc au Gouvernement d'élaborer et de publier ce décret.

Elle propose, de plus, qu'un protocole soit élaboré entre la CNAMTS, la MSA et le RSI et les principales sociétés de contre-visites médicales afin de rappeler à chacune des parties, son rôle et ses missions.

Par ailleurs, il semble judicieux à votre Rapporture de modifier le quatrième alinéa de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, afin de prendre en compte le week-end dans le calcul du délai maximal dont dispose le médecin contrôleur mandaté par l'entreprise pour transmettre son rapport au service médical de l'assurance maladie.

(1) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

(2) Audition du jeudi 24 janvier 2013.

• *Développer la coordination entre les médecins conseils et les médecins du travail*

Dans le cadre d'un arrêt de travail, trois médecins peuvent intervenir, le médecin traitant, le médecin conseil et le médecin du travail. Les rôles de chacun sont délimités. Ainsi, le médecin conseil et le médecin du travail exercent deux missions différentes, le premier constate une aptitude physique globale du salarié à reprendre le travail tandis que le second analyse son aptitude au poste de travail lors de la visite de reprise et doit faciliter sa réintégration.

La Cour des comptes a regretté que les échanges entre ces deux confrères ne soient que ponctuels, notamment avant la reprise du travail de l'assuré, alors que les conditions de travail pouvaient avoir une incidence sur son état de santé.

M. Jean-Luc Prével, dans son rapport précité, proposait de faciliter la transmission et l'accès aux dossiers médicaux entre, notamment, les médecins du travail et les médecins conseils ⁽¹⁾.

Lors de son audition, Dr Pascale Peyre-Costa, médecin conseil chef de service responsable de l'ELSM de l'Essonne ⁽²⁾, a néanmoins assuré que des moyens de communication avaient été mis en place, lignes téléphoniques ou courriels, afin que les médecins du travail puissent joindre les médecins conseils, notamment pour prévenir la désinsertion professionnelle.

Votre Rapporteur suggère que les relations entre le médecin du travail et le médecin conseil soient plus développées et notamment d'encourager la transmission et l'accès aux dossiers médicaux des assurés entre ces deux praticiens, afin d'éviter la désinsertion professionnelle.

Des procédures existent qui devraient être encouragées :

– en cas d'interruption du travail de plus de trois mois ⁽³⁾, la saisine par le médecin conseil du médecin du travail, chargé d'émettre un avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail, après en avoir informé le médecin traitant et l'assuré ; cette visite de pré-reprise permet d'anticiper la reprise du travail lorsque le médecin conseil suspecte un risque de désinsertion professionnelle ;

– la mise en place d'un mi-temps thérapeutique ⁽⁴⁾, prescrit par le médecin traitant qui permet au salarié de reprendre progressivement son activité. Le médecin conseil devra alors donner son accord et le médecin du travail sera chargé d'émettre de son côté un avis d'aptitude à la reprise du travail.

(1) M. Jean-Luc Prével, Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la MECSS sur la prévention sanitaire, *Assemblée nationale, XIII^e législature, n° 4334, février 2012, proposition n° 17.*

(2) Audition du jeudi 13 décembre 2012.

(3) Articles R. 4624-20 du code du travail et D. 323-3 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 323-3 du code de la sécurité sociale.

Lors de leur audition ⁽¹⁾, les représentants du Conseil national de l'Ordre des médecins ont regretté que le recours au médecin du travail pour une visite de pré-reprise intervienne désormais après le troisième mois et non plus entre le vingt et unième jour et le troisième mois, car, de ce fait, une partie des arrêts susceptibles de poser des difficultés de réinsertion au salarié dans son travail ne seront plus couverts.

- *Améliorer les relations entre les employeurs et l'assurance maladie*

Les représentants des employeurs ⁽²⁾ considèrent qu'il est difficile de communiquer avec les caisses et déplorent leur manque de réactivité face à leurs signalements.

Les directeurs des caisses primaires de la Marne et de Bayonne ⁽³⁾ ont affirmé, de leur côté, que tous les signalements transmis par les entreprises étaient systématiquement pris en compte et donnaient lieu en partie à des contrôles. Ces derniers ne s'avèrent pas au demeurant quantitativement significatifs, s'élevant à trois cents par an dans la Marne et à cent vingt par an à Bayonne.

M. Alain Brousse, directeur de la caisse primaire de Bayonne ⁽⁴⁾, a même souligné que le contrôle administratif de ces signalements avait donné lieu aux mêmes résultats que les contrôles effectués à l'initiative de la caisse. 7 % des salariés sont absents de leur domicile lors de contrôles effectués à la suite d'un signalement alors que ce taux est de 8 % pour celui effectué à l'initiative de la caisse.

Ce constat est partagé par le Dr Bernard Schmitt, directeur de la DRSM d'Île-de-France ⁽⁵⁾. Ce dernier a indiqué que des lignes téléphoniques étaient dédiées aux employeurs et des réunions d'information étaient organisées afin de développer les échanges.

Votre Rapporteur souhaite relever que la coordination entre employeurs et caisses primaires fonctionne parfaitement au sein de la MSA.

Grâce à son organisation spécifique intégrée, la MSA a regroupé le contrôle médical et la médecine du travail au sein d'un guichet unique. Par ailleurs, elle a conclu des conventions avec les employeurs et de ce fait entretient des relations directes avec eux. C'est ce dispositif qui permet aux caisses d'être particulièrement réactives dans le suivi des signalements des employeurs.

(1) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

(2) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

(3) Auditions du jeudi 17 janvier et 31 janvier 2013.

(4) Audition du jeudi 31 janvier 2013.

(5) Audition du jeudi 13 décembre 2012.

Lors de son audition, M. Michel Brault⁽¹⁾ a ainsi indiqué que tout signalement et toute contre-visite médicale initiée par l'employeur n'ayant pu procéder à l'examen de l'assuré étaient contrôlés. Il convient de relever qu'en 2011, seuls quatre cent trente-cinq signalements avaient été reçus au niveau national. En moyenne, lors de ces contrôles, 25 % des arrêts se révèlent injustifiés.

Dans sa lettre réseau du 29 mai 2012 précitée⁽²⁾, le directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem, préconise de prendre en compte les signalements des employeurs dans le ciblage des arrêts de courte durée.

Votre Rapporteuse est favorable à un suivi systématique de ces signalements.

c) Faciliter l'échange de données entre administrations

Cette coordination limitée se retrouve dans l'échange de données entre administrations. Ainsi le croisement de fichiers est loin d'être effectif.

Comme l'a rappelé M. Yann Bourgueil, directeur de l'IRDES⁽³⁾, sans aller jusqu'au croisement de fichiers, il est délicat de rapprocher des bases de données de différentes institutions.

Bien que l'assurance maladie dispose, à ce jour, d'un accès à certaines informations d'autres administrations, leur utilisation reste limitée.

Certes, une convention nationale a été conclue en avril 2008 entre la direction générale des impôts, la direction de la sécurité sociale et les organismes nationaux de protection sociale, afin de faciliter les échanges de données à caractère personnel entre les administrations fiscales et les organismes de protection sociale. Y figurent plusieurs engagements dont :

- informer les partenaires de toute fraude matériellement établie ;
- mettre à disposition des autres partenaires les données à caractère personnel recueillies.

De plus, tous les mois, Pôle emploi envoie à la CNAMTS les fichiers des chômeurs pour établir leurs droits en matière d'indemnités journalières, ce qui permet de détecter des cumuls avec un emploi non déclaré.

Mais, lors de son audition, M. Benoît Parlos, délégué national à la lutte contre la fraude⁽⁴⁾, a insisté sur la nécessité pour les caisses primaires d'utiliser davantage les fichiers existants, comme la déclaration préalable à l'embauche (DPAE) qui permet de vérifier si un salarié est bien embauché par l'entreprise ou

(1) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

(2) Lettre réseau LR/DDO/72/2012 du 29 mai 2012 relative au contrôle des assurés en arrêt de travail.

(3) Audition du jeudi 20 décembre 2012.

(4) Audition du jeudi 20 décembre 2012.

la déclaration annuelle de salaire (DAS) pour contrôler le montant du salaire servant de référence à l'octroi des indemnités.

Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne⁽¹⁾, a indiqué que quelques croisements de fichiers étaient effectués dans son département, notamment avec la CNAV, pour vérifier s'il n'existait pas un cumul entre une pension de retraite et l'octroi d'indemnités journalières ou avec l'URSSAF pour détecter des entreprises fictives qui déclareraient des arrêts de travail.

Ce dernier point est particulièrement important car une entreprise peut transmettre des attestations de salaires permettant le versement d'indemnités journalières alors même que son existence est fictive.

Votre Rapporteur plaide pour une pleine utilisation des bases de données disponibles par l'assurance maladie afin de détecter des situations suspectes et serait favorable à un croisement automatique entre les données des URSSAF et les données des indemnités journalières maladie de l'assurance maladie.

La mise en place du répertoire national commun de la sécurité sociale (RNCPS) est un progrès. En entrant le numéro de sécurité sociale d'un assuré, les agents des caisses habilités peuvent obtenir un tableau récapitulant toutes les prestations dont il bénéficie.

Ce dispositif reste toutefois limité. En effet, Mme Liliane Ropars a fait observer que, si elle pouvait interroger le RNCPS par individu, elle ne pouvait « requêter ».

Quant à M. Benoît Parlos, délégué national à la lutte contre la fraude, il a regretté que les IJ maladie de moins de quinze jours ne figurent pas dans ce fichier et qu'elles ne soient connues qu'à l'issue d'un délai de trente jours.

Le répertoire national commun de la protection sociale

L'article 138 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 codifié à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale procède à la création d'un fichier interbranches et inter-régimes des assurés sociaux et bénéficiaires de la sécurité sociale, le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS).

Ce répertoire comprend pour chaque assuré social et leurs ayants droit résidant en France, ou résidant le cas échéant à l'étranger notamment lorsqu'ils bénéficient d'une pension de retraite, son numéro de sécurité sociale (NIR) et les données suivantes :

- état-civil des bénéficiaires ;
- l'affiliation (rattachement administratif aux organismes) ;

(1) Audition du jeudi 17 janvier 2013.

– la nature des risques couverts, des prestations servies et des adresses déclarées pour les percevoir à l'exclusion du montant des prestations.

Sont concernés les bénéficiaires des branches maladie, famille, vieillesse ainsi que les bénéficiaires de Pôle emploi et des caisses de congés payés.

Le RNCPS contient des informations sur les prestations suivantes :

– prestations versées par les caisses d'allocations familiales (allocations familiales, prestations d'accueil du jeune enfant, allocation de garde d'enfant à domicile, allocations logement, allocation adultes handicapés, allocation de parent isolé) ;

– revenu de solidarité active (RSA) ;

– prestations de retraite (pensions, pensions de réversion, majorations, minimum vieillesse)

– allocation veuvage ;

– indemnités journalières maladie et maternité et droits ouverts pour le remboursement de soins (prestations en nature) ;

– droits ouverts pour la couverture maladie universelle (CMU) de base et la CMU complémentaire ;

– rentes, indemnités journalières et droits ouverts pour le remboursement de soins (prestations en nature) de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) ;

– pensions d'invalidité ;

– capital décès et rente des professions libérales ;

– prestations servies par l'assurance chômage ;

– droits à congés payés.

2. Généraliser le contrôle par l'assurance maladie dans la fonction publique

Comme cela a été rappelé ci-dessus, la fonction publique n'étant pas soumise aux conditions de contrôle de droit commun, le législateur a décidé de mener une expérimentation et a confié à la CNAMTS le soin de mener un contrôle des congés maladie des trois fonctions publiques selon certaines conditions.

Les premiers résultats recueillis en septembre 2011 auprès de la fonction publique d'État sont mitigés. En effet, ce contrôle expérimental n'a pu s'effectuer que sur un nombre limité de congés maladie saisis.

Au vu de ces résultats décevants, le directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem, et le Dr François-Xavier Brouck, médecin conseil chef de service responsable de l'échelon local du service médical de Paris, ont relevé plusieurs points problématiques :

– la mise en place de l'expérimentation a été tardive, d'où sa prorogation ; elle n'a débuté qu'au dernier trimestre 2010 pour la fonction publique d'État et à partir du mois d'octobre 2011 pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale.

– la mise en œuvre a souffert de dysfonctionnements : envoi tardif des arrêts à la CNAMTS, absence d'adresses ou coordonnées erronées des agents. La majorité des arrêts de travail transmis aux caisses et services médicaux étaient déjà échus, à hauteur de 78 % en 2011 pour la fonction publique de l'État et de 69 % en 2012 pour la fonction publique territoriale.

Lors de son audition, le directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem ⁽¹⁾, a justifié ces difficultés par la nécessité pour les services des administrations concernées de s'approprier le système d'information et par la faiblesse de leurs fonctions support.

M. Jean-François Verdier, directeur général de la DGAFP, a fait part d'un manque d'adhésion de la part des services concernés. Selon M. Christophe Peyrel, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale à la DGCL, ces difficultés de collecte sont peut-être le signe d'une certaine mauvaise volonté ⁽²⁾. En effet, sur les neuf collectivités territoriales citées ci-dessus, participant à l'expérimentation, seules quatre, Menton, Saint-Malo, les conseils généraux des Alpes-Maritimes et du Rhône, ont enregistré les données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle. Les cinq autres ont mis en avant des difficultés techniques pour gérer le logiciel et un manque de disponibilité.

La première difficulté, liée à la transmission tardive des arrêts, a été résolue en complétant le décret applicable au régime des congés des fonctionnaires de l'État qui ne prévoyait pas explicitement de délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail. Désormais, comme pour les salariés du régime général, les fonctionnaires d'État ont désormais obligation de transmettre sous quarante-huit heures l'avis d'arrêt de travail à leur administration, *via* leur chef de service ⁽³⁾. Cette disposition figure dans les textes applicables aux congés des fonctions publiques territoriale et hospitalière.

(1) Audition du jeudi 6 décembre 2012.

(2) Audition du jeudi 14 février 2013.

(3) Décret n° 2012-713 du 7 mai 2012 modifiant le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime des congés de maladie des fonctionnaires.

– le champ d’application du contrôle est restreint, à la fois en termes géographiques, comme cela a été rappelé ci-dessus et en termes de contrôle. Ce dernier est majoritairement médical et centré sur un type d’arrêt : les congés maladie ordinaires. Au sein de ces derniers, seuls les arrêts itératifs et de plus de quarante-cinq jours sont pris en compte. Le contrôle administratif des heures de sorties autorisées n’est effectué que dans la caisse du Rhône.

– peu de conséquences ont été tirées des résultats, malgré les sanctions prévues par l’expérimentation. Lorsque le contrôle a été possible et que les arrêts se sont révélés injustifiés, les administrations sont restées attentistes. En septembre 2011, sur 349 cas recensés d’arrêts injustifiés, seules 16 mises en demeure ont été prononcées, 47 arrêts ont donné lieu à un avertissement d’un contrôle éventuel et 129 autres n’ont fait l’objet d’aucune suite. Les 157 arrêts restants ont donné lieu à une reprise anticipée du travail.

Une année et demie plus tard, ce constat n’a pas évolué. Ainsi, lors de son audition, M. Jean-François Verdier a indiqué que, entre 2011 et 2012, sur 8 500 arrêts contrôlés, 5,7 % n’étaient pas médicalement justifiés, un avait entraîné un arrêt de traitement, deux une diminution de la moitié du traitement.

Malgré ces difficultés, M. Jean-François Verdier s’est déclaré favorable à une généralisation de ce dispositif de contrôle de la fonction publique.

Dans un souci d’équité entre assurés, votre Rapporteuse est favorable à la généralisation du contrôle des congés maladie de la fonction publique par la CNAMTS.

Mme Marylise Lebranchu, ministre de la réforme de l’État, de la décentralisation et de la fonction publique, a, d’ailleurs, affirmé sa détermination à lutter contre les arrêts abusifs et a annoncé qu’elle renforcerait le contrôle des arrêts de courte durée et des arrêts itératifs. « *L’objectif est d’arriver à un niveau de contrôle équivalent à celui du privé.* »⁽¹⁾

Néanmoins, il convient au préalable d’approfondir cette expérimentation et de régler plusieurs difficultés.

En premier lieu, la mise en place de systèmes d’information opérationnels devra être achevée. M. Jean Debeaupuis, directeur de la DGOS au ministère chargé de la santé, a insisté sur la difficulté qu’avaient les établissements de santé à transmettre leurs données aux caisses, en raison de la complexité des outils de saisie.

Dans sa communication transmise à la MECSS, la Cour des comptes a relevé de façon pertinente la nécessité de s’assurer de la possibilité des systèmes d’information de l’assurance maladie à pouvoir prendre en charge des dossiers de personne qui n’étaient pas jusqu’à présent affiliés au régime général.

(1) Entretien dans Les Échos le 21 janvier 2013.

De plus, il conviendra de modifier les textes réglementaires relatifs à la transmission des congés maladie par les fonctionnaires, qui sont jusqu'à présent adressés à l'employeur, *via* le chef de service, et non au service médical de la caisse primaire.

La Cour a également souligné la question de l'articulation entre les contrôles de l'assurance maladie et le rôle du comité médical, instance propre à la fonction publique qui intervient, à la fois pour réguler les situations et décider du passage en congé de longue maladie ou de longue durée.

Par ailleurs, la CNAMTS serait chargée d'une nouvelle mission et devrait disposer de moyens humains en conséquence. La Cour des comptes a évalué la charge correspondante à 75 ETP.

En tout état de cause, ces moyens techniques et humains devront faire l'objet d'une évaluation financière.

LISTE DES 24 PRÉCONISATIONS

Renforcer la connaissance du coût du dispositif

1. Afin de mesurer la dépense représentée par les indemnités journalières complémentaires, faire évaluer par les entreprises le montant de ces indemnités versées au titre du dispositif légal et d'un accord de branche ou d'entreprise. Introduire une disposition en ce sens dans la déclaration sociale nominative (DSN).

2. Faire établir par la direction générale du travail une base de données dans laquelle seraient recensées et détaillées les dispositions relatives à la couverture complémentaire des indemnités journalières liées à la maladie versées par les entreprises.

3. Imposer l'identification des médecins hospitaliers afin de pouvoir accompagner leurs prescriptions d'arrêts de travail, dans un souci à la fois d'amélioration de la qualité de la démarche thérapeutique et d'une plus grande responsabilisation de ces praticiens.

4. Améliorer l'utilisation par l'assurance maladie des bases de données disponibles des autres administrations afin de détecter des situations suspectes.

5. Procéder à un croisement automatique entre les données des Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les bases de données des indemnités journalières maladie de l'assurance maladie.

Privilégier la santé au travail et améliorer la couverture des salariés

6. Réduire le risque d'accident du travail en améliorant le contrôle de l'application des dispositions relatives à la prévention des risques professionnels et en incitant à la conclusion de plans ou d'accords de prévention de la pénibilité.

7. Privilégier le contrôle médical ciblé des arrêts longs, à partir au moins du deuxième mois d'arrêt de travail, afin de favoriser la réinsertion professionnelle des assurés.

8. Encourager les échanges entre le médecin conseil et le médecin du travail et notamment la transmission et l'accès aux dossiers médicaux des assurés entre ces deux praticiens, afin d'éviter la désinsertion professionnelle.

9. Adapter le dispositif des indemnités journalières maladie à l'évolution du marché du travail. Au préalable, faire procéder à une évaluation du coût supplémentaire induit par une extension de la couverture des arrêts de travail liés à la maladie pour les assurés n'atteignant pas le plafond requis du nombre d'heures travaillées ou ayant une durée d'affiliation trop courte.

Simplifier et rationaliser la réglementation

10. Harmoniser l'assiette du salaire de référence pour la prise en charge des indemnités journalières maladie et des indemnités journalières accidents du travail-maladies professionnelles, afin de simplifier la gestion du dispositif. Au préalable, afin de mesurer les incidences financières d'une telle mesure sur le niveau d'indemnisation des assurés, faire procéder à une évaluation de cette harmonisation de l'assiette de référence sur la base du salaire brut.

11. Procéder à la liquidation de l'indemnité journalière au titre de la maladie, dans le cas d'arrêts itératifs sur une période d'une année pour un même assuré, sur la base de l'indemnisation versée lors du premier arrêt de travail, afin d'accélérer les délais de liquidation, de simplifier les tâches des agents des caisses primaires et d'éviter aux entreprises de transmettre des attestations de salaires.

12. Introduire dans la convention médicale entre l'assurance maladie et les médecins l'obligation pour ces derniers d'envoyer l'avis d'arrêt de travail par voie dématérialisée via « l'avis d'arrêt de travail en cinq clics », après un délai de deux ans permettant la mise à jour de leur équipement.

Optimiser le contrôle dans le secteur privé

- *Privilégier un contrôle plus ciblé*

13. Élargir le champ du contrôle systématique, administratif et médical, exercé par l'assurance maladie aux arrêts liés à la maladie d'au moins sept jours afin de mieux responsabiliser les assurés.

14. Privilégier le contrôle administratif et médical ciblé en utilisant les données recueillies auprès des observatoires locaux des indemnités journalières et du système d'information DIADEME de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

15. Encourager l'introduction dans les logiciels d'aide à la prescription des médecins du référentiel élaboré par la CNAMTS, validé par la Haute Autorité de santé, établissant des durées indicatives d'arrêt de travail en fonction des pathologies et des interventions chirurgicales.

- *Améliorer la complémentarité et la coordination entre les acteurs*

16. Assurer une transmission systématique des caisses primaires vers les services médicaux des arrêts pour lesquels une obligation administrative n'a pas été respectée, pour un contrôle médical.

17. Concentrer l'activité des services médicaux de l'assurance maladie sur le contrôle médical sur examen.

18. Élaborer un protocole entre les organismes d'assurance maladie et les principales sociétés de contre-visites médicales afin de répartir clairement les rôles et les missions de chacun.

19. Demander au Gouvernement d'élaborer et de publier le décret d'application de l'article L. 1226-1 du code du travail relatif aux formes et conditions de la contre-visite initiée par les employeurs.

20. Modifier le quatrième alinéa de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale afin de prendre en compte le week-end dans le calcul du délai maximal dont dispose le médecin contrôleur mandaté par l'entreprise pour transmettre son rapport au service médical de l'assurance maladie.

21. Faire assurer un suivi systématique des signalements employeurs par l'assurance maladie.

- *Évaluer le coût*

22. Procéder à l'évaluation du coût du contrôle administratif et médical des régimes de l'assurance maladie et du contrôle exercé par les sociétés de contre-visites médicales.

Généraliser le contrôle par l'assurance maladie dans la fonction publique

23. Généraliser le contrôle des congés maladie de la fonction publique par la CNAMTS, après avoir procédé à une évaluation financière des moyens techniques et humains nécessaires à ce contrôle.

24. Dans le cadre du contrôle des congés maladie de la fonction publique par la CNAMTS, compléter les dispositions réglementaires relatives à la transmission des certificats médicaux d'arrêt de travail des fonctionnaires en y incluant le service médical des caisses primaires.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires sociales examine le rapport d'information de Mme Bérengère Poletti en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur les arrêts de travail et les indemnités journalières au cours de sa séance du mercredi 24 avril 2013.

M. Jean-Patrick Gille, président. Sous la précédente législature, la MECSS avait commandé deux études à la Cour des comptes, l'une sur les arrêts de travail, l'autre sur le financement de la branche famille de la sécurité sociale.

Au début de la présente législature, la MECSS, approuvée par notre commission, a repris ces deux thèmes d'études. La Cour des comptes nous a remis sa communication sur les arrêts de travail en juillet dernier. Elle devrait rendre celle sur la branche famille le mois prochain.

À partir de l'étude de la Cour sur les arrêts de travail, la MECSS s'est réunie sur ce thème depuis le mois de novembre dernier. Elle a adopté hier les conclusions proposées par sa rapporteure, Mme Bérengère Poletti.

M. Pierre Morange, coprésident de la MECSS. Créée en 2004, la MECSS a une composition paritaire et deux coprésidents. Elle a, hier, adopté à l'unanimité les préconisations de Mme Bérengère Poletti sur les arrêts de travail dont le coût avoisine les 9 milliards d'euros pour les branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Je tiens à souligner non seulement la qualité du travail de la rapporteure, mais aussi l'excellent climat dans lequel la MECSS a, selon sa tradition, examiné ce dossier, toujours dans le souci d'optimiser le rapport entre le coût et l'efficacité de la dépense publique en matière de protection sanitaire et sociale.

Le rapport sur le financement de la politique de la famille sera réalisé sous l'égide de M. Jérôme Guedj et sera suivi, en octobre ou novembre, par celui sur les transports sanitaires, dont je serai moi-même le rapporteur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur prendra ensuite en charge la question du financement de la prise en charge de la dépendance.

M. Jean-Marc Germain, coprésident de la MECSS. Je me réjouis également de la qualité du travail de notre rapporteure et du climat dans lequel nous avons travaillé.

J'approuve l'esprit et la philosophie du rapport, qui met avec justesse l'accent sur la prévention et pas seulement sur la maîtrise des dépenses.

La régulation et la rationalisation des systèmes de protection sociale doivent principalement s'opérer par la voie du contrôle et non par la réduction des droits des personnes. C'est notamment pourquoi nous avons contesté l'institution d'une nouvelle journée de carence dans la fonction publique.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Après trois mois d'auditions et avec l'assistance de la Cour des comptes, la MECSS a en effet adopté hier, à l'unanimité, ce rapport sur les arrêts de travail et les indemnités journalières. Je souligne, à mon tour, le bon état d'esprit qui a régné au sein de la Mission et je souhaite en remercier notamment ses deux coprésidents.

Les dépenses occasionnées par les indemnités journalières du régime général sont loin d'être négligeables. Elles se sont élevées, en 2011, à 6,3 milliards d'euros pour la maladie et à 2,5 milliards pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, soit au total près de 9 milliards d'euros. Si on comptabilise, en plus, les indemnités journalières servies par le régime agricole et celui des indépendants, on atteint 9,5 milliards d'euros.

Ces dépenses sont très dynamiques : les seules indemnités journalières maladie du régime général ont progressé de 47 % entre 2000 et 2010, passant de 4,3 milliards d'euros à 6,3 milliards d'euros.

Cette progression résulte de plusieurs facteurs : le vieillissement de la population, la durée moyenne des arrêts maladie s'accroissant avec l'âge ; les mauvaises conditions de travail dans certaines entreprises, ce qui souligne encore l'importance de la prévention ; enfin, la densité des praticiens : plus les médecins sont nombreux, plus on constate un nombre élevé d'indemnités journalières.

En outre, 20 % des indemnités journalières sont prescrites par des praticiens hospitaliers, 60 % par des généralistes de ville et 20 % par des spécialistes.

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

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

La Mission présente vingt-quatre préconisations afin de mettre en place un dispositif plus juste qui passe à la fois par une réglementation plus protectrice, privilégiant la santé au travail et la réinsertion professionnelle, et par l'amélioration de la couverture des salariés. Elle préconise aussi un contrôle plus efficace.

Trois points me semblent particulièrement importants : la connaissance partielle du coût total représenté par les dépenses d'indemnités journalières, la complexité et l'inégalité de la prise en charge des arrêts de travail et, enfin, les lacunes du contrôle.

La Mission a découvert avec étonnement qu'il lui était impossible de chiffrer le coût total des indemnités journalières. En effet, si les dépenses correspondantes versées par les régimes d'assurance maladie sont connues, il n'en est pas de même pour celles versées par les entreprises, soit au titre du dispositif légal de prise en charge partielle du salaire, soit au titre d'un accord de branche ou d'entreprise pour la prise en charge totale ou partielle du délai de carence. Ni les représentants des employeurs ni les sociétés privées de contre-visites médicales n'ont été en mesure d'avancer ne serait-ce qu'une estimation. Seule la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales nous a fourni une évaluation très approximative, d'environ 3 milliards d'euros.

Le montant des dépenses occasionnées par les congés maladie pris par les fonctionnaires des trois fonctions publiques n'est pas non plus estimé avec exactitude.

C'est pourquoi, il me semble nécessaire que les entreprises évaluent le montant des indemnités journalières complémentaires qu'elles versent à leurs salariés. La mise en place de la déclaration sociale nominative (DSN) pourrait constituer l'outil adapté à ce recensement. Mais cette formule soulève bien des problèmes techniques, notamment dans les petites entreprises.

En deuxième lieu, la complexité, l'hétérogénéité et l'inégalité de la réglementation des arrêts de travail nécessitent de simplifier et de rationaliser le dispositif.

Mise en place au sortir de la Seconde Guerre mondiale, la réglementation des arrêts de travail n'a pas évolué en même temps que les conditions de travail. Au sein du secteur privé, pour les travailleurs salariés, deux conditions coexistent pour pouvoir prétendre au versement d'une indemnité journalière en cas de maladie : un plafond d'heures travaillées ou une durée minimale de cotisations. Ces deux conditions excluent une partie des salariés, notamment ceux travaillant à temps partiel ou en intérim, et qui pâtissent donc, déjà, d'une situation précaire.

Ainsi, selon la Cour des comptes, 20 % à 30 % de la population salariée ne serait pas couverte.

Je propose donc de réfléchir à une extension de la couverture afin de l'adapter à l'évolution du marché du travail et de faire procéder, au préalable, à une évaluation de la dépense supplémentaire qui serait induite par cette extension.

Les contrôles sont indéniablement perfectibles : 90 % de ceux effectués par l'assurance maladie portent sur les arrêts maladie de plus de quarante-cinq jours.

Certes, les arrêts de longue durée pèsent lourdement dans les dépenses totales : 5 % des arrêts de plus de six mois représentent 40 % des dépenses. C'est pourquoi la CNAMTS justifie cette orientation. Mais ces contrôles sont-ils vraiment utiles ? Les résultats donnent un faible taux d'avis négatifs, de 12 % à 15 %. En fait la majorité des arrêts – 76 % – est constituée d'arrêts courts de moins d'un mois. Je suggère donc d'élargir le champ des contrôles systématiques de l'assurance maladie aux arrêts courts, d'au moins sept jours. Néanmoins, pour être efficace, ce contrôle doit être ciblé.

La CNAMTS a mis en place un Observatoire local des indemnités journalières qui permet d'identifier les caractéristiques des arrêts de travail pour chaque caisse ainsi que leurs facteurs d'évolution. Nous avons notamment auditionné le directeur de la caisse primaire de Bayonne qui a expérimenté cet outil prometteur, car susceptible de définir au plus près les actions à entreprendre.

Sur la base de cet observatoire et d'une autre base de données interne à la CNAMTS, appelée DIADEME, laquelle permet de recouper des informations, l'assurance maladie pourrait cibler les arrêts courts nécessitant un contrôle. Cela implique l'instauration de « l'avis d'arrêt de travail en cinq clics », système de transmission informatique mis au point par la CNAMTS et permettant aux médecins d'envoyer directement à la caisse l'avis d'arrêt de travail. Seulement 10 % des praticiens ont actuellement recours à ce mécanisme. Je propose donc de rendre le procédé obligatoire et de l'inscrire dans la convention conclue entre l'assurance maladie et les médecins.

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

La Mission a également constaté que la coordination entre les acteurs du contrôle pourrait être largement améliorée. L'exemple le plus significatif réside dans les relations entre les services médicaux de l'assurance maladie et les

sociétés privées de contre-visites médicales. Les employeurs versant des indemnités journalières complémentaires peuvent faire procéder à des contrôles par l'intermédiaire de ces sociétés privées. Si l'arrêt est considéré comme injustifié ou si le médecin contrôleur n'a pu procéder au contrôle, l'employeur peut suspendre le versement des indemnités complémentaires. Depuis 2009, une disposition prévoit que les médecins contrôleurs communiquent leurs résultats aux services médicaux de l'assurance maladie qui, de leur côté, peuvent procéder à un contrôle et interrompre, le cas échéant, le versement par l'assurance maladie des indemnités journalières. Dans la majeure partie des cas, l'assurance maladie ne considère pas ces résultats comme recevables, en raison soit de leur envoi tardif, soit de l'impossibilité qu'a eue le médecin contrôleur d'examiner l'assuré, n'ayant pu, souvent, pénétrer dans son domicile. Cette méfiance réciproque empêche toute complémentarité. Or une situation détectée par les sociétés de contrôle médical pourrait inciter les médecins conseils de l'assurance maladie à vérifier si l'arrêt de travail est justifié.

Je suggère donc qu'un protocole entre les organismes d'assurance maladie et les principales sociétés de contre-visites médicales soit élaboré et que les rôles et missions de chacun soit appelés.

J'émetts deux autres préconisations relatives aux contrôles initiés par les employeurs. La première consiste à élaborer, enfin, et à publier le décret d'application relatif aux formes et conditions de ce contrôle, attendu depuis 1978, soit presque quarante ans ! La deuxième vise à compléter la disposition législative relative au délai de transmission de quarante-huit heures, dont disposent les médecins contrôleurs pour communiquer aux médecins conseils leurs résultats, en incluant les week-ends, pour éviter que nombre de contrôles effectués le vendredi soient considérés comme irrecevables le lundi.

Au sein de l'assurance maladie, l'organisation duale entre le contrôle administratif et le contrôle médical ne facilite pas la coordination entre ces deux types de contrôles. Le premier, qui consiste notamment à vérifier la présence à son domicile de l'assuré, est effectué par la caisse primaire tandis que le contrôle médical qui, lui, vérifie l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré, est exercé par les services médicaux. Moyennant quoi je préconise que tout contrôle de la caisse primaire constatant le non-respect d'une obligation administrative soit transmis au service médical afin de diligenter un contrôle médical.

Enfin, la réglementation applicable aux agents publics ne prévoit pas de contrôle par l'assurance maladie. Ce sont donc des médecins agréés, employés par des sociétés de contre-visites médicales, qui vérifient les congés maladie des fonctionnaires, si l'autorité hiérarchique le demande. Une expérimentation est en cours dans certains services de l'État, de manière obligatoire, et sur la base du volontariat dans des collectivités territoriales et des établissements de santé,

consistant à faire contrôler certains congés maladie par les services médicaux de la CNAMTS. Même si les résultats sont décevants, les administrations auditionnées se sont déclarées favorables à une généralisation du dispositif.

Dans un souci d'équité, je suggère donc de généraliser le contrôle des congés maladie des fonctionnaires par la CNAMTS. Cela suppose bien sûr de réfléchir aux moyens techniques et humains nécessaires à la réussite de cette généralisation. Des effectifs supplémentaires seront nécessaires et les systèmes d'information des administrations et de la CNAMTS devront être adaptés. Je propose donc d'évaluer le coût de ces moyens supplémentaires.

D'une façon générale, ces vingt-quatre préconisations sont destinées à assurer une meilleure connaissance des coûts, une meilleure prévention et une meilleure couverture des assurés, enfin une simplification et une organisation plus efficace des contrôles.

Je tiens encore à saluer la qualité de l'aide apportée par la Cour des comptes et la bonne entente qui continue de régner à la MECSS.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Je félicite Mme Bérengère Poletti et l'ensemble de la MECSS pour la qualité de leurs travaux.

L'accroissement du nombre d'arrêts de travail lié à l'âge se comprend aisément. Pour autant, comment assurer un suivi de l'avancée en âge dans les entreprises ? Se posent à la fois des problèmes de pénibilité, de rythme de travail et de fatigabilité à des postes ne correspondant plus à l'état du travailleur. Ce sujet de société a-t-il été abordé au cours de vos travaux ? Disposez-vous, au moins, de pistes de réflexion ?

Les personnes ne pouvant plus, pour des raisons d'incapacité, tenir leur poste de travail dans l'entreprise sont parfois mises à l'écart ou contraintes de recourir à des arrêts longue maladie, que l'on pourrait souvent éviter s'il était possible d'aménager leurs conditions d'emploi. Plusieurs organismes étudient aujourd'hui ce problème et nous incitent à réfléchir aux mesures qui permettraient de le traiter.

M. Élie Aboud. Je salue, moi aussi, l'esprit de consensus qui continue à caractériser les travaux de la MECSS.

La santé au travail connut une période de sensible amélioration, notamment après la lutte contre l'amiante, ce qui nous rendait optimistes. Puis il fallut déchanter du fait de l'apparition de deux problèmes majeurs : l'augmentation du nombre des troubles musculo-squelettiques (TMS), révélant les carences de la prévention, et des troubles psychosociaux.

En outre, l'opacité règne dans les relations entre les médecins du travail, les responsables au sein des entreprises et les médecins conseils de l'assurance maladie. L'information ne passe pas. Avez-vous travaillé sur l'idée d'un dossier unique qui pourrait circuler entre ces institutions ?

Par ailleurs, on a l'impression que les arrêts de travail de courte durée échappent à toute rigueur en matière de contrôle. Quel est le coût de ces arrêts de courte durée ?

Enfin, quel est aujourd'hui le rôle des contrôleurs dans la médecine du travail ? Est-il médical ou ces derniers ne sont-ils pas plutôt submergés par les tâches administratives ?

M. Jean-Marc Germain, coprésident de la MECSS. Les préconisations dix, onze et douze du rapport, regroupées sous la rubrique « Simplifier et rationaliser la réglementation », font suite à plusieurs tentatives passées de légiférer, par exemple en vue d'harmoniser les assiettes du salaire de référence, les taux ou les durées de prise en charge des indemnités journalières. Heureusement, le rapport suggère aussi de faire préalablement procéder à une évaluation des éventuelles mesures correspondantes. Car, j'insiste, celles-ci ne sauraient s'accompagner d'une diminution des droits de l'assuré : lorsque ce dernier est vraiment malade, il doit être vraiment indemnisé ; quand il ne l'est pas, il doit être contrôlé et sanctionné.

Faut-il que les accidents du travail soient mieux indemnisés que la maladie ? J'ai tendance à considérer que toute situation involontaire privant quelqu'un de son travail doit être traitée de la même façon.

La préconisation onze, relative à la simplification du calcul du salaire de référence en cas d'arrêts de travail itératifs, devrait aussi prendre en compte les changements substantiels de situation professionnelle et, consécutivement, de rémunération, comme cela se fait en matière fiscale.

M. Gérard Bapt. Constatant l'esprit toujours consensuel de la MECSS, je suggère que celle-ci traite désormais de tous les sujets difficiles !

Sur quelles actions concrètes peut déboucher la préconisation quatre du rapport : « Améliorer l'utilisation par l'assurance maladie des bases de données disponibles des autres administrations afin de détecter des situations suspectives » ?

Je comprends mal la préconisation neuf : « Adapter le dispositif des indemnités journalières maladie à l'évolution du marché du travail ». Signifie-t-elle qu'en cas de chômage, le versement des indemnités journalières pourrait être plus souple ?

Pourquoi la préconisation douze, relative à « l’avis d’arrêt de travail en cinq clics », prévoit-elle un délai de deux ans pour la mise en œuvre de cette procédure puisque les médecins procèdent déjà à la télétransmission de dossiers ? Faut-il un équipement particulier ?

On a rappelé que la durée et le nombre des arrêts de travail augmentaient avec l’âge du travailleur. Ne pourrait-on davantage recourir aux mi-temps thérapeutiques, qui maintiennent les salariés dans leur emploi, plutôt que d’essayer de reclasser ceux-ci sur des postes inexistantes ?

M. Pierre Morange, coprésident de la MECSS. Le délai de deux ans mentionné dans la préconisation douze résulte de la nécessité d’adapter les logiciels métiers informatiques à destination des praticiens.

Nous entendrons les ministres compétents pour qu’ils réagissent aux préconisations adoptées à l’unanimité par la Mission et, celles-ci relevant souvent du domaine réglementaire, nous exercerons un droit de suite sur leur mise en œuvre.

M. Gérard Sebaoun. La dématérialisation obligatoire de la transmission des avis d’arrêt de travail me paraît constituer un progrès certain.

Je suis naturellement favorable au renforcement du contrôle des arrêts de travail, mais je m’interroge sur l’idée de croiser des fichiers qui ne poursuivent pas tous le même but. Il faut en effet éviter toute forme d’inquisition, même si l’on doit savoir à quoi correspondent les indemnités journalières versées.

Les référentiels dont le rapport préconise l’utilisation constituent des instruments utiles pour mieux orienter les contrôles.

La contre-visite médicale, à la charge de l’employeur, réalisée par une société privée m’inquiète dans son principe, même si je ne doute pas de la déontologie des médecins qui l’effectuent. Comment envisage-t-on de l’encadrer ?

Quant au dossier unique évoqué par M. Élie Aboud, nous devons être vigilants. Il n’est pas possible de mettre sur le même plan des informations que le salarié souhaite voir figurer dans un dossier qui restera dans l’entreprise et celles qu’il confie à son médecin traitant.

M. Dominique Dord. Je veux, moi aussi, saluer l’excellent rapport de Mme Bérengère Poletti.

Nous avons tout intérêt à faire la lumière sur un sujet dont certains font leurs choux gras parce qu’il est au cœur de nombreux fantasmes sur le plan social.

Dans la majorité, lorsque nous l'abordions, nous étions immédiatement suspectés : si c'est la gauche qui le traite, au moins ne se suspectera-t-elle pas elle-même ! Il est évidemment nécessaire de commencer par procéder à une évaluation du phénomène.

Dresser un catalogue de propositions me rend sceptique, car cela a toujours été le meilleur moyen de n'en faire aboutir aucune. Ne devrions-nous pas plutôt cibler une ou deux mesures précises et se donner les moyens de les mettre en œuvre, afin de gagner en transparence et de mieux lutter contre les tricheries, qui sont devenues insupportables au moment où les déficits explosent ?

M. Fernand Siré. J'évoquerai plus précisément la question des rapports entre accidents du travail et maladie, qui peuvent être à la source de conflits. Je pense par exemple au lien qui est établi entre les hernies discales et l'arthrose ou la discopathie, ou au fait qu'un infarctus ou qu'un pneumothorax survenant sur le lieu du travail est considéré comme un accident du travail. À l'heure de la consolidation, lors de l'établissement de la pension, le salarié peut voir s'affronter deux logiques, celle du système maladie et celle des accidents du travail, qui ne sont pas identiques, les pensions pour accidents du travail répondant à des textes très précis en termes de réparation du préjudice. On peut d'un côté se voir légèrement indemnisé pour un accident du travail et de l'autre toucher des indemnités maladie après avoir été déclaré inapte à toute activité même pour une affection moyenne. Le médecin conseil de la sécurité sociale peut également déclarer apte un salarié à la reprise de son travail et donc arrêter le versement des indemnités journalières alors que le médecin du travail déclarera ce même salarié inapte à toute reprise. Il n'est pas rare dès lors que le salarié reste un ou deux ans sans salaire : d'un côté, il est empêché par le médecin du travail de reprendre son activité tandis que, de l'autre, la sécurité sociale ne lui verse plus d'indemnités puisqu'elle le considère apte à exercer une activité, qui peut être différente de celle qu'il exerçait auparavant. Il n'est pas besoin d'insister sur les graves problèmes financiers que cette situation engendre : le rattrapage ne saurait effacer le préjudice que ces salariés, déjà en difficulté, ont subi sur le moment.

M. Bernard Perrut. Il est nécessaire d'améliorer les relations entre les employeurs et l'assurance maladie : les représentants des employeurs considèrent en effet qu'il est difficile de communiquer avec les caisses primaires et ils déplorent leur manque de réactivité. Comment, dans ces conditions, voulez-vous mettre en œuvre le suivi systématique des signalements adressés par les employeurs aux caisses ? Quelles mesures à vos yeux convient-il de prendre en la matière ?

Il est également nécessaire de généraliser les contrôles de l'assurance maladie dans la fonction publique. Vous avez évoqué différentes expérimentations en la matière, tout en pointant les difficultés rencontrées : expérimentations tardives, dysfonctionnements, manque d'adhésion de la part des services

concernés. Quand sera achevée la mise en place de systèmes d'informations opérationnels ? Quand la sécurité sociale pourra-t-elle réellement prendre en charge les dossiers d'assurés qui ne sont pas affiliés à l'heure actuelle au régime général ? La CNAMTS aura-t-elle les moyens humains, d'organisation et d'investigation nécessaires à cette fin ? Nos concitoyens souhaitent l'égalité dans ce domaine entre le secteur privé et le secteur public. Ce serait une évolution légitime.

M. Jean-Pierre Door. La préconisation quatre sur l'utilisation des bases de données me semble très intéressante dans la mesure où elle permettrait de croiser les données entre les différentes administrations afin de détecter des situations suspectes, qui concernent tant les prescripteurs que les patients.

La préconisation huit visant à encourager les échanges entre le médecin conseil et le médecin du travail va également dans le bon sens. Il convient à mes yeux de renforcer le rôle des médecins conseils, qui n'est pas toujours au niveau souhaitable : trop souvent, ces praticiens travaillent sur dossiers sans avoir examiné le patient.

La préconisation vingt et un répond à une demande des employeurs qui souhaitent que l'assurance maladie assure le suivi des signalements qu'ils lui adressent.

Enfin, avez-vous, madame la rapporteure, constaté une très grande variabilité de la durée des arrêts de travail pour une même pathologie ? La préconisation quinze va dans le bon sens, mais il convient d'aller plus loin encore : les référentiels doivent être quasiment opposables, tout en prévoyant une marge permettant de prendre en considération l'état de santé spécifique du patient.

M. André Chassaing. La préconisation six est la seule à s'attaquer aux causes des arrêts de travail liés à des maladies professionnelles et à des accidents du travail. Or, chacun sait que la dégradation de la santé des salariés est due à des conditions de travail beaucoup plus difficiles qu'auparavant – je pense notamment à la sous-traitance : les chefs d'entreprise sont soumis à des conditions effroyables imposées par les donneurs d'ordre, conditions qui ne sont pas sans conséquences sur la santé des salariés.

Il convient également de poser la question des moyens : la révision générale des politiques publiques ayant provoqué une baisse dramatique du nombre des inspecteurs du travail, ceux-ci n'ont plus aujourd'hui les moyens de se rendre dans les entreprises pour assurer les contrôles qui permettraient de limiter les maladies professionnelles et les accidents du travail.

M. Jean-Pierre Barbier. La tricherie est évidemment insupportable, mais elle est loin d'être généralisée. Le champ des contrôles étant immense, ceux-ci

doivent être ciblés. Il ne s'agit pas de stigmatiser l'ensemble des salariés placés en arrêt maladie.

Il convient également de penser à la prévention : j'évoquerai la question polémique du délai de carence dans la fonction publique. Alors que celui-ci est de trois jours dans le privé, l'instauration d'un délai de carence d'un jour dans le secteur public avait eu des conséquences positives, mentionnées dans le rapport, puisqu'il s'en était suivi une baisse du nombre des arrêts de travail. J'ai noté que Mme la rapporteure n'était pas favorable à sa disparition. Tout en partageant son sentiment, j'irai plus loin : ne conviendrait-il pas d'uniformiser le délai de carence entre le secteur public et le secteur privé en le fixant à trois jours pour tous les assurés ? Cela permettrait de rappeler à chacun que l'arrêt de travail pèse lourdement sur la société et qu'il ne doit donc être accordé qu'en cas de stricte nécessité.

Mme la rapporteure. Mme Carrillon-Couvreur a évoqué la question des aménagements de postes en relation avec des affections de longue durée ainsi que celle de l'accroissement des arrêts de travail en fonction de l'âge.

On s'attend évidemment à ce que le vieillissement de la population active entraîne un accroissement des arrêts de travail, le nombre des pathologies augmentant avec l'âge. D'autres facteurs interviennent également, qui peuvent être liés à la géographie – dans certaines régions les arrêts de travail sont plus nombreux que dans d'autres – ou aux prescripteurs – l'assurance maladie a parfois mis sous entente préalable les « médecins hyperprescripteurs », avec des résultats très positifs. Malheureusement, cette mesure n'a pas pu s'installer dans la durée.

M. Jean-Pierre Door a souligné, avec raison, le fait qu'une même pathologie pouvait s'accompagner d'une grande variation dans le nombre de jours d'arrêt de travail prescrits. Ainsi, alors que la moyenne des jours d'arrêts prescrits pour le syndrome du canal carpien est de cinquante-sept jours, le nombre de jours prescrits va de vingt-neuf jours pour un quart des patients à cent vingt-trois jours pour 20 % d'entre eux. La CNAMTS s'efforce depuis plusieurs années d'améliorer la maîtrise de ces différents facteurs tout en diminuant le nombre des indemnités journalières. C'est la raison pour laquelle le rapport propose la mise à la disposition des médecins de fiches repères pour les aider à prescrire le nombre adéquat de jours d'arrêt de travail pour chaque pathologie. Convient-il de rendre ces référentiels opposables, comme le souhaite M. Jean-Pierre Door ? Une telle mesure me semblerait difficilement conciliable avec le colloque singulier qui doit exister entre le médecin et son patient. En revanche, une telle fiche repère permettrait au médecin de mieux résister aux pressions éventuelles de certains de ses patients.

Monsieur Élie Aboud, les arrêts de courte durée ne représentent que 20 % du coût total des arrêts – les arrêts de longue durée en représentent 80 %. C'est la

raison pour laquelle, du reste, la CNAMTS privilégie les contrôles des arrêts de plus de quarante-cinq jours. Or le coût financier des indemnités journalières ne peut être seulement pris en considération. Le coût sociétal et le regard de nos concitoyens sur la question des indemnités journalières ne doivent pas non plus être négligés. Il serait plus sain de procéder également à des contrôles sur les arrêts de courte durée, qui peuvent, eux aussi, faire l'objet d'abus – l'assurance maladie procède à une expérimentation en ce sens en Champagne-Ardenne ainsi qu'à Bayonne, en vue d'établir une base de données. Ces expérimentations permettent de mieux cibler les contrôles, notamment sur les arrêts itératifs, ou de comprendre pourquoi le nombre des arrêts augmente à certaines périodes de l'année.

Monsieur Jean-Marc Germain, la complexité du calcul des indemnités journalières, notamment pour les accidents du travail, dessert les salariés qui peuvent attendre entre quinze jours et trois semaines avant de percevoir leurs indemnités. Certes, il convient de ne pas réduire leurs droits, mais pourquoi ne pas disposer d'une base identique pour tous les arrêts de travail avec modification des taux pour les accidents du travail ? Cela permettrait de se rapprocher d'un mode de calcul plus simple – c'était le cas auparavant – et les caisses pourraient ainsi déclencher plus rapidement l'indemnisation.

M. Gérard Bapt a évoqué le mi-temps thérapeutique qui, comme le rapport le souligne page 75, peut se révéler une bonne solution. Toutefois, comme ce mi-temps est prescrit par les médecins, il faut trouver les moyens de les inciter à y recourir plus souvent.

M. Gérard Sebaoun a soulevé la problématique de la dématérialisation de l'envoi de l'avis d'arrêt de travail. Si les professionnels de santé ont été longs à recourir à cette procédure, ils ont déjà accompli beaucoup de progrès. Il faut savoir également que les fabricants de logiciels métiers pour les médecins n'ont pas encore intégré tous les référentiels nécessaires à la dématérialisation qui, une fois effectuée, permettra de gagner en efficacité et de diminuer le coût d'instruction des dossiers.

MM. Dominique Dord et Bernard Perrut ont évoqué la question des médecins conseils : sur les 2 053 équivalents temps plein (ETP) au plan national, seuls 1 708 ETP sont dédiés au contrôle. Beaucoup d'entre eux perdent trop de temps en travail administratif, si bien qu'ils exercent leurs contrôles sur dossier, sans examiner les patients. Il faut donc soulager les praticiens conseils des charges administratives, qui pourraient être transférées sur d'autres personnels des caisses lesquels, à leur tour, auraient été soulagés d'un travail compliqué et fastidieux grâce à l'harmonisation des méthodes de calcul des indemnités journalières. Une telle harmonisation serait donc bénéfique à tous, patients compris.

C'est vrai : les fonctionnaires sont traités différemment des salariés du secteur privé, pour la simple raison que l'agent continue de percevoir son traitement versé par la fonction publique lors d'un arrêt de travail – il ne s'agit pas d'indemnités journalières comme dans le privé. Il est vrai aussi que les fonctionnaires échappent *a priori* au périmètre de la MECSS. Toutefois, compte tenu de l'actualité, j'ai tenu à comparer la situation de la fonction publique avec celle du secteur privé.

Le problème de la journée de carence est plus compliqué qu'il n'y paraît au premier abord. En effet, dans les grandes entreprises privées, des conventions collectives prévoient souvent la prise en charge d'un, de deux, voire des trois jours de carence – ce qui n'est pas le cas des petites entreprises. Quant aux artisans et commerçants, gérés par le régime social des indépendants (RSI), leur délai de carence est de sept jours, parfois porté à onze en cas d'envoi tardif de l'arrêt. Les situations sont donc très différentes selon les régimes, d'autant que la journée de carence n'est pas la seule différence existant entre le secteur public et le secteur privé : dans le privé, l'indemnité journalière est plafonnée à 1,8 SMIC alors qu'aucun plafonnement n'est prévu dans la fonction publique.

Il conviendrait donc de se pencher sans esprit de diabolisation sur l'ensemble de ces facteurs, qui sont plus compliqués et plus hétérogènes qu'on pourrait le croire, afin de présenter aux Français une réflexion sereine et de leur procurer une sensation de justice. Il n'est pas bon de chercher à opposer nos concitoyens entre eux. La MECSS est l'endroit idéal pour réfléchir à une harmonisation du système.

Si, pour M. André Chassaigne, la préconisation six est la seule à s'attaquer aux causes des arrêts de travail, c'est que la problématique du rapport porte non pas uniquement sur les prestations pour accident du travail et maladie professionnelle, mais sur l'ensemble des indemnités journalières qui s'inscrivent dans une vraie dynamique, même si l'année 2012 a vu baisser leur nombre. Les caisses ont réalisé un effort important pour mieux comprendre le phénomène, contrairement aux entreprises qui n'ont fait aucun effort en la matière, alors même que les indemnités journalières complémentaires représentent une dépense importante pour elles.

Enfin, les dépenses de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (ATMP) pour les pathologies liées aux conditions de travail sont en constante augmentation, s'agissant notamment des troubles musculo-squelettiques qui ont engendré 9,7 millions de journées d'arrêt de travail pour un coût de 930 millions d'euros en 2011. Le phénomène est évidemment lié à l'âge des personnes. L'audition des représentants des services à la personne nous a permis de constater combien la formation des personnels exerçant des métiers difficiles contribuait à diminuer les arrêts de travail liés à ces troubles. Une expérimentation menée a permis de faire passer le taux d'arrêts de travail de

longue durée de 13 % à 7 % après un programme de formation aux gestes « éco-sûrs ». L'augmentation de la prévention, de la formation et de l'information des personnels sur ces troubles permet donc d'obtenir des résultats tangibles.

*

La commission autorise, à l'unanimité, le dépôt du rapport d'information sur les arrêts de travail et les indemnités journalières en vue de sa publication.

ANNEXES

ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION

Présidents

M. Jean-Marc GERMAIN (SRC)

M. Pierre MORANGE (UMP)

Membres

Groupe SRC

Mme Gisèle BIÉMOURET

Mme Martine CARRILLON-COUVREUR

M. Jérôme GUEDJ

Groupe UMP

M. Jean-Pierre DOOR

Mme Isabelle LE CALLENNEC

Mme Bérengère POLETTI

M. Dominique TIAN

Groupe UDI

M. Hervé MORIN

M. Francis VERCAMER

Groupe Écolo

M. Jean-Louis ROUMEGAS

Groupe RRDP

Mme Dominique ORLIAC

Groupe GDR

M. Jean-Philippe NILOR

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Pages

AUDITIONS DU 22 NOVEMBRE 2012

- Présentation de la communication de la Cour des comptes à la MECSS sur « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie » : M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, M. Michel Braunstein, conseiller maître, président de section, et Mme Myriam Métais, rapporteure..... 107
- Mme Valérie Delahaye-Guillocheau, chef de service à la direction générale du travail au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social 118

AUDITIONS DU 28 NOVEMBRE 2012

- M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé 126
- Dr Patrick Bouet, délégué général aux relations internes du Conseil national de l'Ordre des médecins, et M. Francisco Jornet, conseiller juridique 135
- M. Stéphane Seiller, directeur général du Régime social des indépendants, Dr Pascal Perrot, médecin conseil national, et Mme Stéphanie Deschaume, directrice de cabinet..... 144

AUDITIONS DU 6 DÉCEMBRE 2012

- M. Georges Tissié, directeur des affaires sociales de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises, Mme Valérie Corman, directrice de la protection sociale au Mouvement des entreprises de France, et M. Pierre Burban, secrétaire général de l'Union professionnelle artisanale 156
- M. Michel Brault, directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, et M. Olivier de Cadeville, directeur délégué aux opérations 164

AUDITIONS DU 13 DÉCEMBRE 2012

- Mme Michèle Laporte, directrice générale de Medicat-Partner, et M. Christophe Toulemonde, directeur de Securex Medical Services..... 176
- Dr Bernard Schmitt, directeur régional du service médical d'Île-de-France, et Dr Aïda Jolivet, médecin conseil chef de service responsable du pôle contrôle des prestations et relations avec les assurés, Dr François-Xavier Brouck, médecin conseil chef de service responsable de l'échelon local du service médical de Paris, et Dr Pascale Peyre-Costa, médecin conseil chef de service responsable de l'échelon local du service médical de l'Essonne 186

AUDITIONS DU 20 DÉCEMBRE 2012

- M. Yann Bourguet, directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, et M. Mohamed Ali ben Halima, responsable du projet Hygie 194

- M. Benoît Parlos, délégué national à la lutte contre la fraude au ministère de l'économie et des finances, et MM. Rémi Favier et Frédéric Gaven, chargés de mission à la délégation nationale à la lutte contre la fraude 202

AUDITION DU 17 JANVIER 2013

- Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, directrice coordinatrice gestion du risque pour la région Champagne-Ardenne, et Mme Stéphanie Drolez, responsable de la coordination régionale 210

AUDITION DU 24 JANVIER 2013

- MM. Michel et Camille-Frédéric Pradel, avocats en droit social 223

AUDITIONS DU 31 JANVIER 2013

- M. Franck Von Lennep, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, et M. Denis Raynaud, adjoint à la sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie du ministère des affaires sociales et de la santé 230
- M. Alain Brousse, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Bayonne, Mme Véronique Toulouse, sous-directrice en charge de la production et de la régulation, et Mme Julie Chapron, chef du projet mission indemnités journalières 239

AUDITIONS DU 14 FÉVRIER 2013

- M. Cyril de Gasquet, vice-président de la Fédération française des services à la personne et de proximité, Mme Marie Béatrice Levaux, présidente de la Fédération des particuliers employeurs de France, M. Olivier Péraldi, directeur général de la Fédération du service aux particuliers, et M. Guy Loudière, directeur de la formation 249
- M. Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins du ministère des affaires sociales et de la santé, M. Christophe Peyrel, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale à la direction générale des collectivités locales du ministère de l'intérieur, et M. Jean-François Verdier, directeur général de l'administration et de la fonction publique du ministère de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique 257

AUDITION DU 21 MARS 2013

- M. Antoine Durreleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, M. Michel Braunstein, conseiller maître, président de section, et Mme Myriam Métails, rapporteure 265

ANNEXE 3 : COMPTES RENDUS DES AUDITIONS

AUDITIONS DU 22 NOVEMBRE 2012

**Présentation de la communication de la Cour des comptes à la MECSS sur
« Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie » :**
**M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes,
M. Michel Braunstein, conseiller maître, président de section,
et Mme Myriam Métais, rapporteure.**

M. le coprésident Pierre Morange. Je remercie le président Durrleman et ses collègues de nous présenter leurs travaux relatifs aux arrêts de travail et aux indemnités journalières versées au titre de la maladie.

Sous la précédente législature, la MECSS a conduit des travaux sur la fraude sociale et, à l'automne 2011, des débats ont eu lieu sur l'instauration d'un jour de carence dans la fonction publique. C'est dans ce contexte qu'en décembre 2011, la MECSS a décidé de se pencher sur la question des dépenses liées au versement de prestations en espèces sous la forme d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident du travail. Dans ce cadre, elle a demandé à la Cour des comptes de lui apporter son expertise. En juillet 2012, la Cour a donc présenté les résultats de ses travaux.

Au cours de la réunion du 17 octobre dernier, la Commission des affaires sociales a désigné Mme Bérengère Poletti comme rapporteure de cette mission qui devrait rendre ses conclusions fin février 2013.

Les indemnités journalières (IJ) représentent une dépense importante pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). En 2011, elles ont représenté 6,3 milliards d'euros pour la maladie et 2,5 milliards d'euros pour les accidents du travail, soit un total de 8,8 milliards d'euros. C'est une dépense importante et surtout dynamique puisque les IJ ont progressé de 47 % entre 2000 et 2010 et de 2,2 % en 2011.

J'ai relevé dans le rapport de la Cour des comptes quelques points sur lesquels je souhaite, monsieur le président de la sixième chambre, que vous nous apportiez des précisions et que vous nous fassiez des propositions. Vous constatez l'hétérogénéité des dispositifs de couverture des arrêts de travail liés à la maladie, ce qui génère une inégalité entre salariés. Par ailleurs, vous suggérez de simplifier et d'homogénéiser la réglementation en matière d'arrêts de travail. Enfin, vous soulignez la nécessité d'instaurer un meilleur pilotage des politiques de contrôle par les caisses primaires, ces politiques souffrant, selon vous, d'un ciblage insuffisant, de l'absence d'un référentiel commun et de difficultés à échanger des données avec d'autres administrations.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Je remercie les représentants de la Cour des comptes pour le travail intéressant qu'ils ont effectué sur ce sujet d'actualité. Nous avons en effet envisagé, l'année dernière, de modifier les modalités d'attribution des jours de carence qui s'appliquent aux indemnités journalières. Notre démarche a permis de relever quelques idées reçues, en particulier s'agissant de la différence entre le secteur privé et le secteur public. Les choses ne sont pas aussi simples qu'elles paraissent. Quoi qu'il en soit, il est intéressant, dans une période de crise et de déficit des comptes sociaux, de chercher à mieux appréhender cette dépense dynamique que constitue le versement d'indemnités journalières.

Le rapport de la Cour des comptes fait apparaître d'importantes différences géographiques : en 2010, alors que le nombre de jours d'arrêts de travail dans notre pays s'élève en moyenne à 9,1 jours par salarié et par an, il est de 2,7 jours en région parisienne et de 13 jours dans le département du Var, et entre certaines villes, on observe un rapport de 1 à 4. Quelle est la raison d'un tel écart ?

Des différences se manifestent également sur le plan de la durée des arrêts de travail : en moyenne, 11 % des arrêts de travail ont une durée supérieure à trois mois, mais en Corse ce pourcentage est de 17 %.

Les pathologies et les prescriptions présentent elles aussi des différences importantes sans que l'on en comprenne toujours la raison. Je note, par exemple, que, pour l'opération de la cataracte – dont je croyais qu'elle apparaissait à l'âge de la retraite –, la durée de l'arrêt de travail est de 6 jours pour 25 % des patients, mais excède 34 jours pour 20 % d'entre eux.

Il nous faudra aussi, dans le cadre de notre mission, aborder la question de la responsabilité des médecins prescripteurs, car si un médecin généraliste prescrit en moyenne 2 700 jours d'arrêt maladie, les 10 % des plus gros prescripteurs prescrivent à eux seuls 7 900 jours d'arrêt maladie !

Enfin, vous soulignez l'insuffisance de la politique de contrôle, bien que le nombre de contrôles soit en légère augmentation depuis 2003.

M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. Ce rapport nous a donné l'occasion de procéder à une analyse complète de la question des arrêts de travail et des indemnités journalières. Celles-ci pèsent lourd dans les finances publiques puisqu'elles représentent 10 % de l'enveloppe des soins de ville et connaissent, depuis plusieurs années, une progression très dynamique, en dépit d'un sensible infléchissement en 2011 et en 2012. Celui-ci est sans doute lié au plafonnement de l'assiette du salaire à 1,8 SMIC, mis en place l'an dernier pour réaliser une économie de l'ordre de 200 millions d'euros par an, et à la détérioration de la conjoncture économique qui incite les salariés à ne pas recourir aux arrêts maladie.

Le sujet des indemnités journalières est effectivement peu documenté et nécessite des investigations complémentaires. Le premier point à approfondir concerne le degré exact de protection des salariés. Nous avons été très frappés du manque de renseignements auquel nous avons été confrontés s'agissant de la couverture réelle des salariés face au risque de perte de rémunération engendrée par une maladie. Ce que nous pouvons constater, c'est qu'une partie de la population salariée est d'emblée exclue de cette couverture particulière parce qu'elle ne remplit pas les conditions de durée d'affiliation nécessaire : 20 à 30 % des salariés ne bénéficient pas, à tout moment, du dispositif des indemnités journalières du régime général d'assurance maladie. Cela dit, ce chiffre est estimatif et le sujet n'a fait l'objet d'aucune étude fine. Or c'est précisément la population la plus précaire de notre pays qui n'est pas protégée contre un tel risque.

Les couvertures complémentaires doivent également faire l'objet d'une étude spécifique. Résultant d'accords de branche, donc de conventions collectives, ou d'accords d'entreprise, elles sont très nombreuses. Or nous ne disposons à cet égard que de sondages. Même la direction générale du travail (DGT) ne dispose d'aucune analyse complète des garanties complémentaires prévues par les conventions collectives au regard de cette question pourtant majeure. Les conventions collectives que nous avons analysées témoignent de l'existence d'importantes inégalités de couverture entre les salariés en fonction de leur

secteur d'activité. Une récente étude de la direction de la sécurité sociale (DSS) révèle que, pour 38 % des quelque 13 millions de salariés des plus grandes branches, la totalité des jours de carence est prise en charge, mais que pour 28 % d'entre eux le nombre de jours de carence est supérieur aux trois jours réglementaires, c'est-à-dire que la prise en charge complémentaire de l'entreprise commence plus tard – elle peut, dans certains cas, ne prendre effet que sept à dix jours après le délai réglementaire.

M. le coprésident Pierre Morange. Vous avez parlé des 20 à 30 % de salariés précaires qui ne seraient pas couverts et de l'hétérogénéité de la couverture complémentaire, mais avez-vous des informations complémentaires concernant les non-salariés ?

M. Antoine Durrleman. Notre enquête était centrée sur le régime général. Nous avons simplement mis en lumière l'importance des autres régimes de base du point de vue des indemnités journalières maladie – 1 milliard d'euros à comparer aux quelque 6,3 milliards d'euros du régime général – et avons cherché à inventorier la diversité des formes de prise en charge selon les régimes.

La couverture des arrêts maladie ne fait l'objet d'aucun suivi. Nous savons simplement que 66 % de la population salariée dispose d'une couverture complémentaire et que celle-ci est très hétérogène. Cette hétérogénéité constitue un obstacle non seulement pour le pilotage de la dépense, mais également au regard des problématiques sanitaires.

Nous savons également que l'institution d'un jour de carence dans la fonction publique hospitalière a eu un effet très net sur l'absentéisme lié à un arrêt maladie de courte durée – certains directeurs d'hôpitaux font état d'une diminution de 25 % de l'absentéisme de courte durée.

M. Dominique Tian. Ce qui devrait représenter une économie de 60 millions d'euros.

M. Antoine Durrleman. L'économie n'a pas encore été totalement chiffrée, mais l'effet dissuasif est réel.

Nous avons également constaté que la volonté d'étendre ce jour de carence à certains régimes spéciaux n'a pas prospéré. À la RATP, les organisations syndicales représentatives ont ainsi attaqué la décision de la direction générale de la Régie d'instaurer un jour de carence. Une décision de justice de première instance leur a donné raison, considérant que le régime spécial de la RATP n'était pas couvert par le dispositif législatif. La direction générale n'ayant pas déposé de recours, le jour de carence ne s'applique donc pas à la RATP. Par un effet de contiguïté, la SNCF ne l'a pas mis en place non plus.

Mme Isabelle Le Callennec. Si la crise est de nature à changer le comportement des salariés en matière d'arrêts maladie, y aurait-il moins de risques de maladie lorsque l'on se sent moins menacé dans son emploi – je pense à la fonction publique ?

M. Dominique Tian. Les décisions de justice auxquelles vous faites allusion, monsieur le président, ont souligné que le texte de loi n'était pas assez précis, notamment en ne mentionnant pas expressément la RATP et la SNCF ! C'est à cause de cet oubli du législateur que le jour de carence n'a pu être étendu.

M. le coprésident Pierre Morange. Vous avez dit, monsieur le président, que l'instauration d'un jour de carence dans la fonction publique hospitalière avait eu un effet

spectaculaire, mais avez-vous des remontées d'informations sur la fonction publique territoriale et la fonction publique d'État ?

M. Michel Braunstein, conseiller maître à la Cour des comptes, président de section. Des dispositions ont été prises pour la fonction publique d'État, en particulier au ministère de la santé, ainsi qu'à la Cour des comptes.

M. le coprésident Pierre Morange. Avons-nous une connaissance suffisante de la situation dans la fonction publique ?

M. Antoine Durrleman. Non, car la mise en place de ce dispositif est complexe et entraîne de nombreuses modifications, par exemple l'adaptation des logiciels de paie. Je ne suis pas certain que la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) dispose d'un bilan consolidé pour chaque fonction publique et pour chaque ministère. Notre ressenti est encore relativement impressionniste... En juillet, nous ne disposons pas de bilan consolidé, et entre juillet et novembre nous n'avons pas eu connaissance d'un nouvel élément, mais ce sujet fait l'objet d'une discussion au sein du ministère de la fonction publique.

Mme la rapporteure. Avez-vous des informations sur la mise en place d'un jour de carence pour les personnels de la fonction publique territoriale où, selon diverses analyses, se concentre la majorité des arrêts maladie ?

M. Antoine Durrleman. Nous n'avons pas de remontées, mais la direction générale des collectivités locales (DGCL) du ministère de l'intérieur pourrait peut-être vous renseigner. Si nous pouvons évaluer les effets de l'instauration d'un jour de carence dans le monde hospitalier, c'est parce que, en tant que chambre sociale, nous sommes en contact permanent avec les établissements hospitaliers qui nous ont fait remonter les renseignements. Mais nous n'avons pas de données statistiques.

Mme la rapporteure. Il semble que certains établissements prennent en charge le jour de carence.

M. Dominique Tian. Il y a mieux : les directeurs d'hôpitaux publics, dans une déclaration officielle, se félicitent des économies réalisées du fait de l'instauration d'un jour de carence et demandent au Gouvernement de ne pas revenir sur cette mesure !

M. Antoine Durrleman. Notre enquête s'est terminée le 30 juin 2012 et il était alors trop tôt pour apprécier le dispositif puisqu'il était en train de se mettre en place. Nous avons tenté d'éclairer la situation de la fonction publique d'État au regard de la mise en place de ce jour de carence et au regard du dispositif de contrôle des arrêts maladie, qui n'obéit pas aux mêmes règles que celui des salariés du secteur privé. Une expérimentation a eu lieu en vue de déléguer ce contrôle aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et aux échelons locaux du service médical. Cette expérimentation nous paraît intéressante en ce qu'elle traduit la mise en place d'une politique de contrôle unifiée, mais elle a été engagée tardivement, même si elle a été prolongée, et ne concerne qu'un petit nombre d'établissements. Je vous invite à interroger la DGAFP pour en connaître le bilan.

Cela dit, même si nous sommes critiques à l'égard des contrôles médicaux réalisés par les CPAM, il faut reconnaître qu'ils produisent un réel effet de régulation et à ce titre, ils pourraient être accentués. Ce dispositif est en tout cas plus opérationnel que celui qui existe dans la fonction publique.

M. Dominique Tian. Dans un précédent rapport, la Cour des comptes indiquait que les arrêts de travail dans les CPAM étaient plus nombreux que dans le secteur privé. Il semblerait donc que les caisses aient déjà du mal à se contrôler elles-mêmes !

M. Antoine Durrleman. De même que les médecins sont les plus mal soignés !

Le deuxième point que nous avons cherché à éclairer concerne les déterminants de la dépense. Les disparités territoriales sont en effet importantes, madame la rapporteure. Le faible taux d'arrêts de travail constaté à Paris et en région parisienne est atypique, car dans ces zones géographiques les salariés sont jeunes, appartiennent plutôt à des catégories professionnelles supérieures et travaillent le plus souvent dans les services. En revanche, si nous excluons Paris et les Hauts-de-Seine, les disparités dans les arrêts de travail obéissent à un facteur de 1 à 2, et mériteraient d'être mieux éclairées. Pourquoi la Lozère enregistre-t-elle 6,5 jours d'arrêt de travail par salarié, contre 12,8 jours pour le département voisin de la Haute-Loire et 13 jours pour le Tarn ? Nous n'avons pas établi de correspondance entre ces disparités territoriales et les caractéristiques socio-économiques des départements, même si certaines études ont cherché à les mettre en valeur.

Vous avez aussi évoqué les disparités en fonction des pathologies. C'est encore un sujet sur lequel nous disposons de peu de données. La cataracte et le canal carpien sont des exemples très récents, et ce sont à peu près les seuls sur lesquels nous soyons documentés. Cela dit, si l'étude réalisée par la CNAMTS était plus complète, elle révélerait sans doute des écarts du même ordre pour des pathologies plus significatives. La CNAMTS en est d'ailleurs convaincue puisqu'elle a mis en place, avec l'aide de la Haute Autorité de santé, un référentiel de bonnes pratiques de prescription des arrêts maladie. Ce référentiel, qui propose une durée moyenne d'arrêt maladie pour certaines pathologies, présente un double avantage : il invite les médecins à s'autodiscipliner et les aide à résister à la pression de leurs patients.

M. le coprésident Pierre Morange. La MECSS a toujours été favorable à la mise en place de logiciels d'aide à la prescription. Les deux pathologies que vous citez ont-elles été étudiées en fonction du mode opératoire, qui va d'une prise en charge ambulatoire à des techniques plus lourdes et qui a une incidence sur le nombre de journées d'arrêt ?

Mme Myriam Métais, rapporteure de la Cour des comptes. Pour l'intervention du canal carpien, la CNAMTS a distingué les deux techniques, et je crois que ses chiffres concernaient l'ambulatoire. En revanche, dans ses statistiques globales sur la cataracte, elle ne procédait pas à une telle distinction.

M. Michel Braunstein. Les chiffres relatifs à ces deux interventions sont frappants, en effet, mais le référentiel n'a pas encore pu être répercuté dans les statistiques. Ce n'est que dans quelques années que nous en verrons les effets.

Mme la rapporteure. Avez-vous superposé les cartes du nombre de jours d'arrêt de travail et des pathologies ?

M. Antoine Durrleman. Nous ne disposons pas de données suffisamment homogènes pour pouvoir superposer les cartes, auxquelles il faudrait ajouter celle illustrant la présence des médecins sur le territoire. Nous pouvons en effet supposer qu'il existe une corrélation entre le nombre d'omnipraticiens et le nombre des arrêts maladie. Il est difficile d'expliquer les disparités en termes socio-économiques, mais nous constatons des changements de comportement, tant de la part des prescripteurs que des patients.

M. Dominique Tian. C'est un sujet récurrent : dans un précédent rapport, la Cour des comptes évoquait l'insuffisance du pilotage des CPAM par la Caisse nationale.

Vos remarques sur la régulation de la dépense et les contrôles administratifs sur la présence à domicile de salariés en arrêt maladie montrent que nous n'avons guère progressé dans le pilotage national que vous appelez de vos vœux depuis des années.

M. Antoine Durrleman. Les progrès existent, mais la CNAMTS a dirigé ses efforts vers les médecins, dans le sens d'une régulation de la prescription médicale, plus que vers les assurés sociaux et les entreprises.

Enfin, l'assurance maladie a ciblé les « hyperprescripteurs », à savoir les 10 % de médecins qui prescrivent 7 900 jours d'arrêts maladie par an – sachant que près d'un millier de médecins dépassent les 10 000 jours.

Mme la rapporteure. La CNAMTS a expérimenté sur les très gros prescripteurs la mise en place d'ententes préalables. Elle a constaté une légère amélioration, qui s'infléchit dès que l'expérimentation cesse.

M. Antoine Durrleman. Il faudrait sans doute responsabiliser davantage les directeurs de caisse et leur donner une certaine liberté sur le ciblage de ces efforts. Certaines caisses peuvent en effet avoir très peu d'hyperprescripteurs, mais beaucoup de gros prescripteurs. Ne cibler que les premiers risque de faire oublier les seconds, qui sont pourtant à l'origine de l'essentiel de la dépense. Il faut donc aussi s'intéresser à ces « moyens-gros » prescripteurs.

Mme la rapporteure. Il est plus compliqué de cibler des gros prescripteurs que des « hyperprescripteurs », parce que les premiers sont implantés dans des territoires qui peuvent impliquer des comportements professionnels différents.

M. Antoine Durrleman. C'est précisément pourquoi il faut le faire.

Les observatoires locaux des indemnités journalières, qui se mettent progressivement en place, devraient apporter des éclairages sur les réalités que vous évoquez et permettre de mieux cibler les contrôles. Ces observatoires contribueront sans doute à l'apparition d'un pilotage décentralisé, qui nous semble le bon niveau d'approche, entre un pilotage centralisé, excessivement bureaucratique, et l'absence de pilotage. Ce pilotage décentralisé devrait évidemment s'inscrire dans le cadre d'une cohérence nationale.

M. Michel Braunstein. Les procédures sont très contraignantes. Ainsi, en cas de mise sous accord préalable, les médecins conseils doivent vérifier la régularité de la totalité des arrêts qui ont été prescrits par les médecins concernés. Il faudrait sans doute assouplir ces procédures, afin de mieux utiliser les médecins conseils.

Mme Isabelle Le Calennec. La mise en œuvre du référentiel de bonnes pratiques est-elle laissée à l'appréciation des directeurs de caisse ou est-elle aujourd'hui généralisée ? À quel échelon les observatoires locaux des indemnités journalières sont-ils mis en place : la CPAM, le département ou la commune ?

M. Antoine Durrleman. Au niveau de la CPAM, donc du département.

La CNAMTS a bien proposé un référentiel de prescription des arrêts de travail aux médecins, mais elle n'est pas allée au bout de sa démarche. Elle n'a notamment pas chaîné cet

outil avec les nouveaux dispositifs de rémunération des médecins qu'elle a mis en place – les contrats d'amélioration des pratiques individuelles, les CAPI, en vigueur de 2009 à 2011. De même, la nouvelle rémunération à la performance, issue de la convention médicale de juillet 2011, n'intègre pas la dimension des indemnités journalières dans ses cotations permettant une rémunération complémentaire du médecin. Cela traduit un manque de cohérence. Je rappelle que l'intérêt d'un référentiel est de guider le médecin sans porter atteinte à sa liberté de prescription.

Mme la rapporteure. On pourrait s'inspirer de la régulation de la prescription d'actes de kinésithérapie, qui a bien fonctionné, et qui prévoit une entente préalable dès qu'un certain nombre d'actes est dépassé.

M. Antoine Durrleman. De ce point de vue, la CNAMTS a raison d'inciter à la dématérialisation de la prescription des arrêts maladie, car cela devrait permettre à terme des contrôles mieux ciblés.

On ne peut nier qu'il y a des actions en matière de régulation médicale, dont certaines sont prometteuses même si elles sont insuffisamment chaînées. En revanche, il n'y a quasiment pas de campagne pour sensibiliser les assurés sur l'importance de ces dépenses pour la solidarité nationale. Il faudrait aussi plus sensibiliser les entreprises, car la question de l'arrêt maladie est indissociable de celle des conditions de travail dans l'entreprise. Il manque une coordination entre les caisses primaires et les services de médecine du travail.

Voilà pour les halos d'imprécision, qui nécessitent des investigations complémentaires, au-delà des informations que nous avons obtenues de la DGT, de la DGAFP ou de la CNAMTS.

La liquidation des indemnités journalières est tellement complexe qu'elle est considérée au sein des caisses primaires comme l'exercice le plus noble. Les modes de calcul sont compliqués ; il faut disposer de documents venant à la fois de l'assuré et de l'entreprise ; en outre, les différents types d'indemnités journalières ne sont pas calculés selon des principes homogènes. Il en résulte des coûts de gestion élevés pour l'assurance maladie : nous avons été sidérés de constater que la liquidation des indemnités journalières occupait 5 330 équivalents temps plein (ETP), ce qui est considérable.

Il est vrai que la législation en la matière n'a pas changé depuis 1945. Les quelques tentatives pour la faire évoluer n'ont jamais abouti. Les marges de progression sont importantes en termes de simplification de gestion. Certes, l'arrivée de la déclaration sociale nominative, qui se déploiera sur la base du volontariat à compter du 1^{er} janvier 2013, avant de devenir obligatoire pour toutes les entreprises à partir du 1^{er} janvier 2016, devrait être un progrès. La complexité de sa mise en place permet cependant de s'interroger sur le respect de ces échéances et d'imaginer dès maintenant d'autres simplifications.

De toute façon, une simplification de la réglementation est un préalable nécessaire pour que la déclaration sociale nominative soit opérationnelle. Il faudra en particulier harmoniser les assiettes du salaire, faute de quoi il sera impossible d'automatiser le calcul des IJ.

M. le coprésident Pierre Morange. Comment les uns et les autres accueillent-ils le principe de simplification de l'assiette fiscale ?

M. Antoine Durrleman. La direction de la sécurité sociale est « tous freins serrés », si vous me permettez l'expression. La CNAMTS en revanche se montre intéressée.

M. Dominique Tian. Votre rapport mentionne « *une simplification toujours en devenir* » pour laquelle les CPAM ne semblent pas montrer le même enthousiasme. C'est à se demander si la complexité administrative n'est pas une solution arrangeante pour beaucoup de monde dans notre pays. On remarque d'ailleurs qu'il y a autant de gens qui sont exclus du système du fait de sa complexité que de personnes qui en abusent pour la même raison. C'est la raison pour laquelle cette simplification administrative m'apparaît comme une urgence absolue.

M. Antoine Durrleman. C'est notre conviction, à la fois pour des raisons d'équité vis-à-vis des assurés et de bonne gestion. Nous sommes convaincus que la simplification de la réglementation recèle des marges de productivité considérables pour les organismes de sécurité sociale. Notre rapport de septembre 2011 sur la sécurité sociale relevait que l'amélioration de la productivité des caisses d'assurance maladie se limitait encore trop souvent à des économies de constatation : si la dématérialisation a déjà permis de diminuer les effectifs, la CNAMTS ne s'est pas montrée suffisamment volontariste pour dégager des gains de productivité supplémentaires. Cela suppose, non seulement de mener à bien la réorganisation du réseau des caisses qui est en cours, mais aussi de revoir certaines règles, ce qui ne dépend pas que de la CNAMTS.

M. Michel Braunstein. On pourrait ainsi simplifier le calcul des indemnités journalières dans le cas d'une pluralité d'arrêts sur une courte période : actuellement le gestionnaire est obligé de recommencer entièrement la procédure. Nous avons évoqué la piste d'une forfaitisation, mais la sécurité sociale l'a écartée.

Mme Isabelle Le Callennec. Y a-t-il une volonté d'aller vers cette harmonisation de l'assiette que vous appelez de vos vœux ? Qui peut engager cette réforme ?

M. Antoine Durrleman. Il y a eu, l'an dernier, une première tentative dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, mais elle n'a pas prospéré. À la place a été décidée cette limitation à 1,8 SMIC de l'assiette salariale prise en compte dans le calcul des IJ. Il est vrai qu'il est compliqué de passer d'un système à l'autre.

Mme la rapporteure. Cela nécessite donc de passer par la loi ?

M. Antoine Durrleman. C'est en effet un dispositif législatif.

M. le coprésident Pierre Morange. Une modification d'assiette fiscale nécessite à tout le moins une étude d'impact.

M. Antoine Durrleman. La problématique de la lutte contre la fraude nous a laissés assez dubitatifs – je parle de la fraude caractérisée, et non pas des comportements abusifs, qui ne sont pas de la compétence de la Cour.

Compte tenu de l'importance des sommes en cause, nous avons été très étonnés de la faiblesse des fraudes détectées et du nombre des sanctions financières auxquelles elles ont donné lieu : 300 sanctions en 2010, 400 en 2011. Surtout, la plupart des fraudes ne donnent pas lieu à des suites contentieuses : l'assurance maladie ne se montre pas assez ferme. À la suite d'une enquête menée en 2012 auprès des caisses primaires, la CNAMTS a relevé 0,16 % d'arrêts maladie fraudés, pour un coût de 3 millions d'euros. Plusieurs types de fraudes ont été détectés : le cumul d'indemnités journalières et d'une activité salariée qui représente plus de 60 % des fraudes, la falsification des pièces justificatives pour 22 %, l'absence de déclaration du salarié par l'employeur à hauteur de 15 % ou l'absence d'existence légale de l'entreprise.

La CNAMTS ne procède pas à une recherche ciblée de la fraude. Elle ne se pose notamment pas du tout la question de la fraude organisée, c'est-à-dire d'une fraude systématique. Il nous semble qu'elle devrait agir dans deux directions : détecter à la fois la fraude à partir de l'identification des comportements à risque et se poser la question du risque de fraude organisée. Une telle action supposerait notamment des échanges systématiques avec les URSSAF et Pôle emploi. C'est un point sur lequel nous ne constatons guère de progrès de la part de l'assurance maladie.

M. le coprésident Pierre Morange. Vous retournez le couteau dans la plaie de la MECSS, s'agissant d'un sujet sur lequel nous nous sommes beaucoup investis. Nous avons notamment plaidé à de nombreuses reprises pour un croisement des fichiers.

Quel est l'état de votre réflexion sur les difficultés rencontrées par l'assurance maladie pour moderniser ses systèmes d'information ?

M. Antoine Durrleman. C'est le problème des structures importantes que d'évoluer avec lenteur, ce qui explique le retard des systèmes d'information de la CNAMTS. Cela étant, le processus est en route. Nous avons eu le sentiment que notre enquête se situait à un moment où l'assurance maladie commençait à prendre la mesure de ces enjeux. Elle avait déjà eu une action très volontariste en 2003-2004. Il faut dire que le nombre des indemnités journalières avait augmenté de plus de 13 % de 2001 à 2002, et que ce record historique avait poussé la CNAMTS à mobiliser le contrôle médical. Selon elle, les actions menées alors ont permis de limiter durablement la progression. Cependant, la progression du nombre des IJ s'est accélérée à partir de 2010, avec un taux de croissance de 5,6 %. La CNAMTS, sans doute instruite par l'expérience, a aussitôt réagi.

M. Dominique Tian. La Cour se montre assez critique vis-à-vis de l'expérimentation du contrôle par la CNAMTS des arrêts de travail dans la fonction publique. Il semble que les résultats de cette expérimentation, votée par le Parlement, soient décevants, du fait notamment du manque de collaboration de la fonction publique.

M. Antoine Durrleman. Le rapport remis par les ministères du travail, de l'emploi et de la santé et du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État au Parlement relève également la faible mobilisation des administrations. Il s'agit pourtant d'un dispositif assez novateur et intéressant, pourvu qu'on aille plus loin dans l'articulation des résultats du contrôle médical des CPAM et des procédures internes de la fonction publique. Pour l'instant, cette nouvelle procédure s'y est simplement rajoutée, alors qu'il faudrait reconsidérer l'ensemble de la chaîne de contrôle pour en tirer tout le bénéfice. Cette expérimentation, bien qu'intéressante, reste donc, sinon inaboutie, en tout cas inachevée.

M. le coprésident Pierre Morange. La MECSS a quelque difficulté à obtenir ce fameux rapport du ministère. Pourriez-vous nous le communiquer ?

Mme Myriam Métais. Il s'agit du rapport au Parlement préalable à la prolongation de l'expérimentation, qui date de 2011.

M. Antoine Durrleman. Il est étonnant que le Parlement n'en ait pas eu communication alors qu'il en était le destinataire !

Mme Isabelle Le Calennec. Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par fraude organisée ?

M. Antoine Durrleman. Il s'agit de s'interroger sur la possibilité pour les salariés d'entreprises fictives de bénéficier d'arrêts maladie de complaisance. C'est un jeu à plusieurs et qui peut être lucratif en termes d'indemnités journalières. Ce qui nous a frappés, c'est que la CNAMTS n'ait jamais envisagé cette possibilité. Elle se satisfait des résultats de ses contrôles, sans chercher à pousser plus loin ses investigations, se contentant de « ramasser les pommes tombées » au lieu de secouer l'arbre.

Mme la rapporteure. Selon votre rapport, les arrêts de courte durée représentent 80 % des arrêts maladie et ne sont quasiment jamais contrôlés. À en croire des chefs d'entreprise de mon département, il semblerait que la CPAM ne donne pas suite à leurs demandes tendant à faire contrôler les arrêts maladie de salariés soupçonnés d'abus.

M. Antoine Durrleman. Il faut savoir que l'assurance maladie qualifie « de courte durée » les arrêts inférieurs à quarante-cinq jours. Dans ces conditions, on comprend bien que les arrêts d'une semaine sont difficiles à contrôler. Il y a cependant de la marge entre une semaine et quarante-cinq jours. Or le taux de contrôle des arrêts de courte durée est seulement de 4 %.

Les arrêts d'une durée comprise entre quarante-cinq jours et six mois donnent lieu à plus de contrôles, mais ceux-ci se font essentiellement sur dossiers. Au-delà de six mois, les arrêts sont systématiquement contrôlés, et doivent l'être à nouveau au bout d'un an, ce qui n'est pas toujours systématique, semble-t-il, surtout, qu'aucun contrôle n'est effectué en réalité après un an.

M. Michel Braunstein. L'employeur peut en principe recourir à une contre-visite médicale réalisée à son initiative par un médecin contrôleur mandaté par ses soins. L'expérience montre cependant que le système ne fonctionne pas bien, du fait notamment de la complexité des procédures. Et lorsque ces contrôles sont réalisés, les avis des médecins contrôleurs ne sont souvent pas envoyés au service médical de la CPAM.

Mme la rapporteure. Quelles sont les relations entre les médecins du travail et les médecins conseils ?

Mme Myriam Métais. Il semble que les échanges soient très ponctuels et qu'ils aient lieu surtout au moment du passage du salarié en arrêt maladie en arrêt d'invalidité.

M. Dominique Tian. Notre système ne devra-t-il pas de plus en plus être évalué au regard de ce qui se fait dans les autres pays européens ?

M. Antoine Durrleman. Vous trouverez, à la page 80 de notre rapport, un tableau comparant la prise en charge des arrêts maladie dans neuf pays européens, dont la France, en 2003. La comparaison avec l'Allemagne est particulièrement instructive.

M. Dominique Tian. Espérons que depuis 2003 les choses ont évolué dans le bon sens pour notre pays, mais je n'ai pas ce sentiment.

M. Antoine Durrleman. Il est un point que nous aurions dû peut-être approfondir plus que nous n'avons pu le faire : la subrogation des indemnités journalières. Ces dernières sont gérées par l'entreprise qui se fait ensuite rembourser par la CPAM. Si ce dispositif peut apparaître comme une simplification de gestion, certains craignent qu'il ne soit un facteur encourageant les arrêts maladie. Nous n'avons pas tranché entre ces deux approches.

M. Dominique Tian. Cette procédure n'est pas neutre sur le plan fiscal, puisqu'elle contribue à diminuer le résultat de l'entreprise, qui acquitte de ce fait moins d'impôt sur les sociétés. L'État est donc lui aussi perdant.

M. le coprésident Pierre Morange. À combien chiffrez-vous les économies qui pourraient être obtenues en suivant l'ensemble de vos préconisations ?

M. Antoine Durrleman. L'évaluation est difficile s'agissant d'un système complexe qui fait intervenir de multiples acteurs. L'un des moyens d'évaluer les économies possibles serait de se fixer des objectifs de convergence entre les situations les plus extrêmes. La dépense ne doit pas seulement être mieux gérée : sur ce plan, nous avons constaté quelques progrès. Le problème de la dépense d'indemnités journalières est son manque de pilotage, alors qu'il existe pour la dépense de médicaments, et que la dépense en matière de transports sanitaires est en voie de l'être. De ce point de vue, la question des déterminants de la dépense est essentielle. Il est tout aussi essentiel d'améliorer la connaissance de la réalité de la couverture des arrêts maladie de l'ensemble des actifs.

M. le coprésident Pierre Morange. Votre rapport évalue pourtant à 300 ETP les économies attendues d'une rationalisation des procédures de liquidation des indemnités journalières sur les 5 330 ETP qui y sont actuellement affectés.

M. Antoine Durrleman. Au minimum.

M. Michel Braunstein. Ce sont les économies attendues des seuls projets en cours. Si nous allons plus loin, c'est beaucoup plus.

M. le coprésident Pierre Morange. Dans le même ordre d'idée, certains départements ont été clairement identifiés comme ayant des marges de progression en matière de lutte contre la fraude. Pouvez-vous nous donner une estimation des sommes qui pourraient être récupérées de ce point de vue ?

M. Antoine Durrleman. Le coût de la fraude est très difficile à apprécier. Vous trouverez en revanche, dans le rapport, le coût de la complexité de la liquidation. Pour les seules IJ maladie, nous avons estimé le coût des erreurs de liquidation à au moins 50 millions d'euros. Mais ce n'est qu'un aspect du sujet.

Il faut également être conscient que la dynamique des dépenses d'indemnités journalières dépend principalement de l'évolution de la masse salariale et de la structure d'emploi. Même si le plafonnement du salaire à 1,8 SMIC freine légèrement cette tendance, sur le long terme, une partie de l'accroissement de la dépense s'explique par l'indexation automatique sur la masse salariale.

Mme Isabelle Le Callenne. L'agence régionale de santé (ARS) ne serait-elle pas le niveau de pilotage pertinent ?

M. Antoine Durrleman. Ce sujet concerne en effet l'ARS par certains de ses aspects. Ce sont cependant les CPAM qui me semblent les plus légitimes, à condition qu'elles se maillent avec les partenaires. L'échelon départemental me semble pertinent s'agissant de la gestion de ce type de prestations.

Audition de Mme Valérie Delahaye-Guillocheau, chef de service à la direction générale du travail au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

M. le coprésident Pierre Morange. La thématique de nos travaux a été choisie sous la précédente législature. À la suite du rapport rendu par la Cour des comptes en juillet 2012, nous venons d'auditionner le président de la sixième chambre de la Cour et je vous demanderai, madame Delahaye-Guillocheau, de bien vouloir nous présenter votre réflexion sur ce rapport.

Mme Valérie Delahaye-Guillocheau, chef de service à la direction générale du travail au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Nous vous prions de bien vouloir excuser M. Jean-Denis Combrexelle, qui présente ce matin à la Commission nationale de la négociation collective (CNNC) le projet de loi sur le contrat de génération. Nous avons bien reçu le questionnaire que vous nous avez adressé dans le prolongement du rapport de la Cour des comptes. En préambule, je présenterai un cadrage général mettant en perspective certaines de vos interrogations sur les indemnités journalières liées à la sécurité et à la santé au travail et sur les arrêts de travail consécutifs à des accidents de travail ou à des maladies professionnelles. La question posée est la suivante : étant donné l'état de nos finances publiques et des comptes sociaux, est-il possible réduire le poids financier des indemnités journalières ?

Les chiffres dont nous disposons en matière de politique de santé au travail sont principalement issus de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) qui relève, pour le régime général, de la direction des risques professionnels. Dans son champ de compétences, la direction générale du travail est bien sûr partie prenante à ces questions car elle participe au conseil d'administration de la branche AT-MP, assure le secrétariat du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) et coopère étroitement avec la direction de la sécurité sociale dans toutes les procédures de reconnaissance des maladies professionnelles.

La santé au travail est au cœur de la politique du travail : la conférence sociale des 9 et 10 juillet derniers, qui s'est traduite par la feuille de route sociale du Gouvernement, a conduit les partenaires sociaux, lors de la table ronde n°4 relative à l'égalité professionnelle et aux conditions de travail, à souligner la nécessité de poursuivre la politique menée en matière de santé au travail. La gouvernance de la santé au travail est un thème de dialogue social que ce soit au niveau interprofessionnel ou dans l'entreprise. Plusieurs structures sont en effet impliquées dans ce domaine : la branche AT-MP, le COCT, certaines structures paritaires, l'Institut national de recherche et sécurité (INRS) et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) qui fait l'objet d'un groupe de travail. Enfin, les partenaires sociaux ont initié, le 21 septembre dernier, une négociation interprofessionnelle sur la qualité de vie au travail qui a une incidence sur l'absentéisme et les risques professionnels, qu'il s'agisse des accidents ou des risques psychosociaux, particulièrement évidents en ce moment.

Piloté par la direction générale du travail, le deuxième plan Santé au travail a été initié en 2010 et couvrira la période 2010-2014. Il met l'accent sur les secteurs les plus accidentogènes et les plus à risques que sont le BTP et le secteur forestier, les chutes de hauteur demeurant la première cause de risque mortel. Le pilotage de ce plan associe la branche AT-MP et les partenaires sociaux qui le mettent en œuvre au niveau interprofessionnel. Afin d'adapter l'action publique aux situations spécifiques de chaque région, le plan se décline également à l'échelle territoriale sous forme de plans régionaux de santé au travail pilotés par les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la

consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), en coopération avec les partenaires sociaux, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et la branche AT-MP.

Un autre élément de contexte est la mise en œuvre, depuis juillet 2011, de la réforme de la médecine du travail, qui a fait l'objet d'une application réglementaire en janvier 2012 et d'une circulaire adressée par le directeur général du travail le 9 novembre dernier à l'ensemble des acteurs concernés. Cette réforme vise notamment à prévenir la désinsertion professionnelle qui est l'une des causes des arrêts maladie à répétition. Vous vous interrogez sur les liens entre médecins du travail et praticiens conseils des caisses de sécurité sociale. Or, la DGT et la direction des risques professionnels travaillent en étroite coopération afin de mobiliser les inspecteurs régionaux du travail, qui dépendent des DIRECCTE, et les praticiens conseils de la branche AT-MP. Il s'agit de faire en sorte que, dès lors qu'un arrêt maladie dépasse trente jours, quelle qu'en soit la cause, un dialogue s'institue systématiquement entre le médecin du travail et le praticien conseil afin de faciliter le retour du salarié à son poste dans les meilleures conditions possibles et de faire en sorte que cette reprise n'engendre aucune difficulté lors de la réintégration afin d'éviter des arrêts de travail successifs.

Enfin, la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit des dispositions en faveur de la prévention de la pénibilité. Outre le volet sur les réparations, que je n'évoquerai pas ici, cette loi comporte également un volet incitatif pour prévenir la pénibilité qui prévoit une pénalité de 1 % de la masse salariale dans les entreprises de plus de cinquante salariés dont plus de 50 % de l'effectif est exposé à des facteurs de pénibilité, et qui impose de négocier ou, à défaut, d'élaborer un plan d'action unilatéral sur la prévention de la pénibilité.

Ces différents aspects que j'ai évoqués visent à approfondir la prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

J'exposerai à présent quelques chiffres sur les accidents du travail. Le rapport de gestion 2012 de la branche AT-MP, qui porte sur l'année civile 2011, illustre que la tendance à la baisse de la sinistralité s'est interrompue en 2011, les accidents du travail ayant augmenté de 1,7 % cette année-là, soit une hausse légèrement supérieure à celle de l'activité salariée, qui était de 1,1 %. En légère augmentation, l'indice de fréquence des accidents du travail est désormais de 36,2 accidents du travail pour 1 000 salariés. C'est en 2009 que cet indice a atteint son niveau le plus faible, à 36 accidents pour 1 000 salariés. Les arrêts de travail liés aux accidents du travail retrouvent en 2011 une progression comparable à celle des années antérieures à 2009, avec 3 % de jours d'arrêt de plus que l'année précédente. Le nombre de salariés en incapacité permanente s'est stabilisé en 2011. La même année, on a enregistré 552 décès consécutifs à un accident du travail, soit 23 décès de plus qu'en 2010.

La croissance des indemnités journalières de la branche AT-MP se poursuit au même rythme qu'en 2010, avec une progression de 4,6 % entre 2010 et 2011. Les indemnités journalières versées au titre du risque accidents du travail ont augmenté de 2,9 %, contre 4,7 % pour les accidents de trajet et 11,7 % pour les maladies professionnelles. En 2010, les troubles musculo-squelettiques (TMS) ont engendré la perte de 9,7 millions de journées de travail pour un coût de 930 millions d'euros pour la branche AT-MP. Ces troubles demeurent la première cause de maladie professionnelle. Nous ne disposons d'aucune d'étude présentant l'impact des risques psychosociaux sur les dépenses en indemnités journalières de la branche maladie au titre des maladies professionnelles reconnues. En 2007, l'INRS avait bien évalué le coût global du stress pour la société à une somme située entre 2 et 3 milliards d'euros, mais ces résultats doivent être pris avec beaucoup de

précaution. Nous ne disposons pas de chiffres aussi précis pour les risques psychosociaux que pour les TMS qui, depuis quelques années, constituent une priorité constante des politiques de prévention menées par le ministère du travail, notamment dans le cadre du deuxième plan Santé au travail. Entre 2009 et 2011, une campagne de communication a été menée en direction du grand public afin de promouvoir la prévention des TMS et à destination des employeurs, afin de promouvoir l'adaptation des postes de travail.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Quelles sont les relations entre les médecins conseils et les médecins du travail ?

Mme Valérie Delahaye-Guillocheau. De prime abord, les relations du salarié avec le praticien conseil, d'une part, et avec le médecin du travail, d'autre part, obéissent à des logiques différentes. Le praticien conseil se prononce sur des cas d'invalidité alors que le médecin du travail, dans sa relation individuelle avec le salarié – qui n'est qu'une de ses missions parmi d'autres –, se prononce sur son aptitude à un poste de travail. Nous insistons par ailleurs sur l'action de prévention primaire que peut mener le médecin du travail dans sa fonction de conseil auprès de l'employeur. Il peut certes y avoir des liens entre ces deux médecins si une personne reconnue comme invalide a des difficultés à faire reconnaître son inaptitude à un poste. Lorsqu'un médecin du travail déclare l'inaptitude d'un salarié, l'employeur a l'obligation de le reclasser et ce n'est que si toute recherche de reclassement à un autre poste de travail est impossible, compte tenu, soit de la configuration des postes, soit de la situation du salarié, qu'il y a rupture du contrat de travail et licenciement.

M. le coprésident Pierre Morange. Dispose-t-on d'une estimation du montant des indemnités journalières prises en charge par l'assurance maladie, mais qui couvrent en réalité des accidents du travail ? Des mesures correctrices sont-elles envisagées pour mieux répartir la charge de ces indemnités entre les branches de la sécurité sociale, en fonction des motifs d'absence les ayant déclenchées ?

Mme Valérie Delahaye-Guillocheau. Les questions des transferts entre la branche AT-MP et la branche maladie de la sécurité sociale relèvent non pas de la direction générale du travail, mais de la commission d'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail, qui a régulièrement estimé le montant à transférer. Notre direction participe aux réunions de cette commission, mais c'est essentiellement la direction de la sécurité sociale qui gère le sujet et qui analyse les facteurs de sous-déclaration, sachant que la procédure de déclaration des accidents du travail relève de l'employeur.

Mme Isabelle Le Callennec. La loi portant réforme des retraites a prévu une enveloppe de 20 millions d'euros destinés au « fonds pénibilité ». Dans ce domaine, nous menons des expérimentations en Bretagne sur quatre bassins d'emploi avec des entreprises portant des projets d'amélioration des conditions de travail et des postes. Serait-il possible de connaître les montants attribués aux entreprises dans le cadre de ce fonds auquel on ne pourra d'ailleurs plus faire appel au-delà de la date limite fixée par la loi ? Nous avons proposé que des maisons de l'emploi puissent déposer une demande au nom de plusieurs entreprises, mais il semblerait que cela ne soit pas possible. Nous avons par ailleurs demandé que des groupements d'employeurs puissent demander la création d'un poste d'ergothérapeute commun à plusieurs entreprises. Cette question est-elle abordée au niveau du ministère ?

Mme Valérie Delahaye-Guillocheau. Votre question relative au Fonds national de soutien relatif à la pénibilité est tout à fait pertinente. Nous sommes régulièrement en contact avec les équipes qui suivent ce dossier au niveau du bassin d'emploi que vous évoquez. Comme vous le savez, le dispositif expérimental introduit par amendement à la loi portant

réforme des retraites arrivera à échéance le 31 décembre 2013. La branche AT-MP assure la gestion du fonds dans le cadre d'un pilotage conjoint avec l'État, mais le cadrage législatif est assez contraignant pour ce qui est de l'éligibilité au dispositif mis en place. Celui-ci est opérationnel depuis le mois d'avril. Actuellement, ce sont les CARSAT qui instruisent les dossiers. Pour un certain nombre de ces dossiers, nous sommes dans une phase de décision, mais le décret d'application du 26 décembre 2011 était lui-même contraint par la loi. Ainsi, même si l'intérêt de l'approche que vous évoquez en termes de prévention des TMS est indéniable, le dispositif actuel ne permet pas à une maison de l'emploi de servir de médiateur pour de petites entreprises, ni à un groupement d'employeurs d'être de la même façon éligible.

La direction générale du travail suit également l'ensemble des négociations de branche. Environ 1 000 accords ou plans d'action ont été passés au cours des derniers mois, sachant que l'obligation de négociation sur la prévention de la pénibilité a pris effet au 1^{er} janvier 2012. Le dispositif commence donc à se déployer dans les entreprises, mais il est complexe car il suppose un travail de recensement dans le cadre du document unique d'évaluation des risques professionnels, en partenariat avec les organisations syndicales. Ce chantier n'aboutira pas avant de longues années.

Ainsi, nous n'avons pas encore attribué de dotations à des entreprises qui seraient éligibles. Notre suivi du bilan mensuel de l'état des dossiers déposés, auquel procède la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP), nous amène à dire que le délai est relativement long entre le dépôt du dossier et la délivrance de la dotation. La concrétisation des scénarii que vous évoquez, madame la députée, supposerait de rendre moins contraignant le cadrage relatif à l'éligibilité, tel qu'il est aujourd'hui prévu par la loi.

Mme Isabelle Le Callennec. Les TMS sont fréquents dans le secteur de l'agroalimentaire où de nombreuses entreprises sont affiliées à la Mutualité sociale agricole (MSA), et non à la CPAM. Ce verrou relatif à l'éligibilité des entreprises qui cotisent à la MSA n'a donc pas sauté !

M. le coprésident Pierre Morange. Aujourd'hui, 20 % des salariés ne bénéficient pas véritablement de couverture au titre des IJ, et les indemnités journalières complémentaires versées par les entreprises ne sont pas connues de façon exhaustive. Le volume financier versé au titre des IJ à la fois par l'assurance maladie et les entreprises a-t-il été estimé ? Ne serait-il pas intéressant de constituer une base des conventions collectives établies par les entreprises pour avoir une vision plus pertinente de la question ?

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. Vos questions ont trait à la connaissance des conventions collectives et, plus largement, à la nécessité de rendre obligatoires des dispositifs conventionnels de branche, voire d'entreprise, négociés dans le cadre du dialogue social. Sur ce dernier point, la direction de la sécurité sociale sera plus apte à vous répondre.

M. le coprésident Pierre Morange. Au-delà du caractère obligatoire, les volumes financiers sont-ils connus ?

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. Non. En matière de négociation collective, la compétence de la direction générale du travail s'exerce à deux niveaux : d'abord, la direction recense systématiquement tous les accords de branche signés, notamment ceux destinés à la procédure d'extension visant à rendre l'accord signé obligatoire ; ensuite, les DIRECCTE procèdent à un recensement systématique des accords d'entreprise passés, puisqu'il y a une obligation de dépôt.

Nous sommes garants de la qualité du dialogue social. En particulier, nous nous assurons que l'extension de l'accord est légale et que les dispositions négociées ne contreviennent pas à des règles d'ordre public social. En revanche, les textes actuels ne prévoient pas une obligation d'étude d'impact. D'ailleurs, l'estimation de l'impact d'un accord négocié sur la couverture des IJ, sur la pénibilité ou encore sur un système de prévoyance serait un exercice particulièrement difficile à réaliser. Vous connaissez les obligations que font peser sur les administrations les lois prévoyant des études d'impact, notamment dans le cadre des compétences du commissaire à la simplification vis-à-vis des entreprises.

Ainsi, la DGT ne peut obliger les entreprises ou les branches à lui faire remonter des informations sur le coût induit par tel ou tel volet d'un accord, par exemple sur les indemnités, la prévoyance, la modulation de la durée du travail. Il n'y a donc pas de consolidation financière. Je pense que l'exercice serait très compliqué et il serait intéressant que vous demandiez l'avis des partenaires sociaux sur ce point.

M. le coprésident Pierre Morange. Dans le cadre de la réflexion actuelle sur les compétitivités coût et hors coût, l'intégration de l'impact financier des conventions collectives est un sujet qui ne me semble pas complètement dénué d'intérêt !

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. La politique conventionnelle occupe une place déterminante dans la construction du droit qui encadre les relations sociales au sein des entreprises et au niveau des branches. Dans le cadre du dialogue social, les parties peuvent exprimer leur volonté de négocier un accord qui permette, par exemple, une couverture supérieure à celle prévue par le régime de base en matière d'IJ. Certes, l'amélioration de la couverture IJ crée une distorsion par rapport à d'autres salariés, mais les situations diffèrent d'une branche à l'autre.

Parmi les quatorze conventions collectives de branche examinées par la Cour des comptes – et qui sont disponibles sur le site Legifrance –, figurent celle des branches hôtels cafés restaurants et propreté, où les conditions de travail sont compliquées, et qui peinent à fidéliser leurs salariés et à pourvoir des emplois. Un accord des partenaires sociaux au niveau de la branche prévoyant une amélioration de la couverture complémentaire des IJ peut donc être envisagé comme une contrepartie au regard de la durée et des conditions de travail qui y sont difficiles.

Aborder le sujet à travers le prisme de l'analyse des indemnités journalières peut conduire à des interrogations. Mais si on le replace dans le cadre d'une politique de ressources humaines au niveau d'une branche, voire d'une entreprise – certaines d'entre elles ayant une politique sociale assez généreuse –, c'est toute la logique du dialogue social qui est mise en évidence.

M. le coprésident Pierre Morange. Il s'agit pour nous de permettre à l'État stratège, dans sa légitime réflexion sur le coût du travail, de connaître l'impact financier des conventions collectives. En effet, quelles que soient les majorités, les règles relatives à l'organisation du travail ont été modifiées et le seront encore à l'avenir pour des raisons de compétitivité internationale.

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. Encore une fois, je pense que vous devriez aborder cette question avec les partenaires sociaux. En effet, la mesure de l'impact des accords qu'ils négocient ne poserait pas de problème dans les branches très structurées, mais il n'en serait pas de même pour la totalité des 800 branches professionnelles qui existent en

France. Certes, l'étude d'impact que vous souhaitez serait pertinente, mais elle représenterait un défi pour les branches, qui ne sont pas outillées pour cela.

Je répète, car il y a une ambiguïté sur ce point dans le rapport de la Cour des comptes, que les conventions collectives de branche étendues sont accessibles sur le site Legifrance en version consolidée. Il y a donc une totale transparence en la matière. Et celles qui ne sont pas étendues, mais qui couvrent un grand nombre de salariés, sont également accessibles sur ce site.

En revanche, la base dans laquelle figurent les accords d'entreprise n'est pas publique, malgré une obligation de dépôt auprès des DIRECCTE. Nous mettons régulièrement cette base à la disposition de chercheurs et d'organismes de contrôle lorsqu'ils souhaitent mener des recherches ciblées, par exemple, sur des accords en matière d'égalité professionnelle hommes-femmes, sur les conditions de travail ou encore sur la politique en faveur des seniors. Si les données ne sont pas consolidées dans une base publique, c'est tout simplement parce qu'un accord d'entreprise peut révéler une politique sociale propre à l'entreprise et articulée autour d'une stratégie commerciale et de productivité. S'il vous arrive de lire dans *Liaisons sociales* un résumé sur l'accord passé par telle entreprise, c'est que celle-ci l'a transmis de sa propre initiative.

M. le coprésident Pierre Morange. Qui détient cette base de données ?

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. C'est la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère chargé du travail qui détient cette base. Intitulée « base d'accords », elle nous permet, à partir d'une recherche par mot-clé, de procéder à des analyses thématiques, par exemple sur les conditions de travail, la pénibilité, etc.

M. le coprésident Pierre Morange. Connaissez-vous la proportion du travail dissimulé dans les arrêts de travail injustifiés ?

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. Dans le cadre de la lutte contre le travail illégal, des campagnes de contrôle ciblées sont menées par les inspecteurs du travail aux côtés d'autres corps d'inspection, notamment les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

Ce sont plutôt les URSSAF qui sont en capacité d'effectuer un rapprochement entre les identifiants des personnes contrôlées en situation de travail dissimulé et les bases de données détenues par la branche maladie, notamment pour vérifier si ces personnes sont simultanément en arrêt maladie. L'inspection du travail n'a pas accès à ces éléments. Ces contrôles communs sont bien souvent réalisés sous l'égide des comités opérationnels départementaux anti-fraudes (CODAF).

M. le coprésident Pierre Morange. Vous ne disposez donc pas d'une base d'informations relative au travail dissimulé.

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. Nous ne détenons pas une telle base. La Commission nationale de lutte contre le travail illégal se réunira la semaine prochaine, mais je ne pense pas que nos sources nous permettent de faire ce rapprochement.

M. le coprésident Pierre Morange. La Cour des comptes a souligné, dans la deuxième partie de son rapport, la complexité du système pour le versement des indemnités journalières et la nécessité d'une simplification de certaines procédures.

La DGT mène-t-elle une réflexion en la matière, en particulier sur la déclaration sociale nominative (DSN), la subrogation, ou encore la modification de l'assiette fiscale pour les IJ ?

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. Sur ce sujet, j'ai bien lu les propositions de la Cour des comptes, mais le périmètre de compétences de la direction générale du travail ne la place pas en première ligne. Cela dit, la DGT étant partie prenante du travail réalisé en faveur d'une déclaration unique, elle l'est également sur le chantier de la DSN, dans un souci de simplification pour les salariés et les employeurs.

M. le coprésident Pierre Morange. Privilégiez-vous une piste, au moins pour les indemnités journalières ?

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. À ce stade, nous n'avons pas d'élément précis à faire valoir en la matière. Les questions relatives à l'assiette sont compliquées. Elles renvoient d'ailleurs au problème de la diversité des conventions collectives, puisque des salaires réels éloignés des minima conventionnels contrarient la logique de simplification. Ainsi, le souci légitime de la branche maladie de simplifier la liquidation des indemnités journalières se heurte à la complexité du paysage conventionnel.

À titre d'illustration, s'agissant de l'homologation d'une rupture conventionnelle, qui relève des DIRECCTE, nous déploierons au début de l'année prochaine un outil de simplification qui visera, par quasi-téléprocédure, à faciliter le contrôle. Il permettra à l'employeur à la fois de présaisir son formulaire de rupture conventionnelle avec une assistance en ligne, de contrôler le calcul de l'indemnité de rupture et le délai entre la signature de la rupture et sa transmission à la DIRECCTE, et d'obtenir les références des conventions collectives applicables.

Pour nos services eux-mêmes, nous avons étoffé un outil en y intégrant un plus grand nombre de références conventionnelles, afin de procéder à des contrôles plus systématiques et rapides selon la convention collective de branche applicable.

Dans la mesure où il y a 800 conventions collectives, nous avançons progressivement pour essayer d'avoir des bases de références qui fournissent les minima conventionnels. Cela implique de travailler sur la structure des systèmes d'information.

M. le coprésident Pierre Morange. Avez-vous fixé un calendrier sur la montée en puissance de ces téléprocédures ?

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. Pour la rupture conventionnelle, il ne s'agit pas d'une téléprocédure qui aurait nécessité la signature des 16 millions de salariés potentiellement éligibles à une rupture conventionnelle. Il s'agit d'un ersatz, notre pays n'étant pas encore engagé dans le « tout informatique ».

Je précise qu'un travail est actuellement mené sur la dématérialisation de la déclaration mensuelle de main-d'œuvre. Dans ce domaine également, les choses progressent.

Dans un souci de simplification pour les entreprises, la DGT s'efforce de s'orienter vers une logique de portail chaque fois que cela est possible. Mais ces chantiers sont lourds et supposent de très gros investissements.

M. le coprésident Pierre Morange. Aucun cadre n'a donc été défini par le ministère ?

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. La construction d'un outil pour la totalité des conventions collectives, qui permette d'avoir très rapidement toutes les informations, y compris pour calculer automatiquement les indemnités, est un chantier sur lequel la direction générale du travail a de grandes difficultés à avancer. Par contre, comme je l'ai souligné, nous nous travaillons à la poursuite de chantiers de dématérialisation, en particulier pour la rupture conventionnelle.

Mme Isabelle Le Calennec. Les indemnités journalières dans les trois fonctions publiques font l'objet d'un débat. La journée de carence des régimes spéciaux est-elle remise en cause ? Des annonces ont-elles été faites à ce sujet ? La DGT est-elle sollicitée pour travailler dans ce domaine ?

Mme Valérie Delayahe-Guillocheau. Ce sujet relève du ministère de la fonction publique.

*

AUDITIONS DU 28 NOVEMBRE 2012

Audition de M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé.

M. le coprésident Pierre Morange. Les volumes financiers consacrés aux indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail sont conséquents. En juillet 2012, la Cour des comptes a rendu sur ce thème une communication qui rappelle les montants en jeu, soit environ 6,5 milliards d'euros pour les arrêts maladie auxquels s'ajoutent 2,2 milliards d'euros au titre des accidents du travail. Elle souligne la complexité du système ainsi que la nécessité d'en simplifier certaines procédures, notamment par la dématérialisation, sujet sur lequel la MECSS revient assez fréquemment. La Cour met en évidence les disparités territoriales ainsi que des statuts, l'inégalité d'accès aux prestations sociales et la nécessité de mieux couvrir certains salariés, environ 20 % n'étant pas couverts. Une expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires est en cours d'expérimentation par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les trois fonctions publiques – fonctions publiques d'État, territoriale et hospitalière. Sa mise en œuvre ayant été retardée, notamment pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière, il a été proposé de la prolonger.

M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé. La communication de la Cour des comptes analyse l'ensemble des volets de ce sujet. Pour ma part, j'aborderai trois points : les aspects macroéconomiques de la régulation de ces dépenses au regard de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), les problématiques liées à l'ouverture des droits aux indemnités journalières, à la simplification du dispositif et aux couvertures complémentaires et la question du contrôle, en évoquant à la fois le régime général et les expérimentations en cours dans les fonctions publiques.

Avec une dépense totale, au titre des indemnités journalières accidents du travail-maladies professionnelles (IJ AT-MP) et des indemnités journalières en cas de maladie (IJ maladie), légèrement inférieure à 9 milliards d'euros, le poste des arrêts de travail est suivi attentivement dans le cadre du pilotage de l'ONDAM. Il a connu des évolutions assez irrégulières au cours des cinq dernières années. La dépense a plutôt « redémarré » entre 2007 et 2009 avec un taux de croissance de 3,8 % en 2007, 5,6 % en 2008 et 5,1 % en 2009, taux assez élevés par rapport à la progression globale de l'ONDAM. Depuis 2010, une décélération est observée, avec un taux de croissance de 4,1 % en 2010, 2,1 % en 2011, la décélération étant encore plus nette en 2012. Deux facteurs expliquent cette décélération. Il s'agit tout d'abord de la mise en œuvre de plusieurs mesures d'économie touchant au taux de remplacement des indemnités journalières : calcul des indemnités journalières sur la base de 365 jours, au lieu de 360 jours précédemment, à compter de 2011, et abaissement du plafond de référence à 1,8 SMIC en 2012, cette dernière mesure ayant déjà entraîné une économie de 125 millions d'euros en 2012. La décélération s'explique également par une tendance à la diminution des volumes, très significative en 2012, puisque, sur les cinq premiers mois de l'année, la diminution du volume des arrêts de travail de moins de trois mois est de 5,2 % et l'on constate une quasi-stagnation des IJ AT-MP relatifs aux arrêts de plus de trois mois. Se conjuguent donc un « effet prix » et un « effet volume ». Il est très difficile d'expliquer la diminution des volumes mais on peut estimer que la conjoncture économique, la démographie de la population active et l'action de contrôle des caisses, tant sur les assurés que sur les professionnels prescripteurs, très sensiblement renforcée depuis le début des

années 2000, ont eu un impact. Le déploiement, depuis 2011-2012, de la maîtrise médicalisée sur ces thématiques, et notamment le développement des référentiels de prescription à l'attention des prescripteurs, a vraisemblablement contribué à la maîtrise des volumes.

S'agissant de l'accès au droit aux indemnités journalières et de la simplification du dispositif, il convient évidemment d'aborder ces questions en tenant compte de la couverture fournie par le régime de base de la sécurité sociale mais aussi de la couverture complémentaire prise en charge par les employeurs. S'agissant des régimes obligatoires de base, les règles, comme le souligne la Cour des comptes, sont assez complexes en termes d'ouverture de droits puisqu'ils comportent alternativement des règles relatives à des conditions de temps de travail durant les trois mois précédant l'arrêt (règle dite « des deux cents heures ») mais aussi des règles de montant de cotisations dues au cours des six derniers mois. Ces règles sont critiquées tant parce qu'elles ne permettent pas de couvrir de manière satisfaisante, au regard des évolutions récentes du marché du travail, des périodes de travail irrégulières ou insuffisantes sur la période de référence que parce que leur articulation avec les règles de l'assurance chômage ou des arrêts maternité peut se traduire par un effet désincitatif à la reprise du travail. C'est pourquoi le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 assouplit les règles de maintien des droits pour limiter ces effets désincitatifs en permettant de percevoir des IJ maladie, même dans le cadre d'une reprise du travail après une période de chômage. S'agissant des conditions strictes de l'ouverture de droits, il convient d'être prudent car il s'agit d'une source de dépense supplémentaire potentiellement importante, notamment si l'on modifie la règle des deux cents heures de travail. Néanmoins, une réflexion sur l'adaptation des règles à la réalité de l'évolution du marché du travail est nécessaire.

M. le coprésident Pierre Morange. Vous évoquiez les volumes financiers conséquents qui sont en jeu. Je rappelle cependant que l'estimation de la prise en charge par les couvertures complémentaires offertes par les entreprises fait notoirement défaut, ce qui ne permet pas d'avoir une vision suffisamment claire de la couverture réelle des salariés.

M. Thomas Fatome. À la fin de l'année 2011, nous avons mené une étude, que nous pouvons vous adresser, auprès d'une centaine de branches, couvrant près de 13 millions de salariés, pour essayer d'appréhender plus finement la nature de la couverture dont ils bénéficiaient. S'agissant de la distinction entre cadres et non-cadres soulignée par la Cour des comptes, nous avons observé que seules six branches sur une centaine opéraient une distinction selon la catégorie socio-professionnelle du salarié. Il nous semble donc que ce sujet n'est plus d'actualité. S'agissant du délai de carence, facteur important de disparité entre salariés, la moitié des branches étudiées prévoit un maintien du salaire dès le premier jour, un quart dès le quatrième jour et le dernier quart seulement à compter du huitième jour.

M. le coprésident Pierre Morange. Avez-vous fait une estimation financière, même sommaire, des montants que représente la couverture complémentaire ?

M. Thomas Fatome. Non, nous avons centré notre analyse sur le mode de couverture sans consolider les montants de prise en charge globale.

M. le coprésident Pierre Morange. Il faut impérativement que ce calcul puisse être réalisé. J'en fais tout à fait officiellement la demande. Il s'agit là en effet d'une véritable lacune.

M. Thomas Fatome. Je comprends tout à fait l'intérêt de la Représentation nationale pour ces thématiques. Néanmoins, cette évaluation implique d'approfondir la

connaissance des niveaux de salaires des personnes concernées, de la nature des garanties qui leur sont proposées...

M. le coprésident Pierre Morange. Nous ne méconnaissons pas la difficulté de l'exercice mais nous avons besoin d'avoir une vision, ne serait-ce que schématique mais néanmoins globale, de l'efficacité de notre système de protection sanitaire et sociale. La participation des entreprises au titre de la prise en charge complémentaire des arrêts maladie est un élément important d'appréciation de la compétitivité de l'appareil économique français dans la compétition internationale.

M. Thomas Fatome. Nous serons, en tout état de cause, en mesure de vous transmettre l'étude précitée qui permet de mesurer l'étendue des couvertures complémentaires et l'ampleur des disparités entre branches. On observe par exemple que la plupart des branches fixent une ancienneté minimale d'un an pour bénéficier du maintien de salaire en arrêt de travail alors que d'autres branches fixent cette ancienneté minimale à six mois. S'agissant du niveau du maintien de salaire et sa durée, on observe également que les pratiques varient. Nous essayons de construire avec les partenaires sociaux une réflexion sur l'articulation entre les couvertures complémentaires d'entreprise ou de branche et la couverture du régime général de base. Ce sujet est posé mais il dépend largement des partenaires sociaux.

M. le coprésident Pierre Morange. On pourrait néanmoins envisager que la transmission de certaines données soit obligatoire.

M. Thomas Fatome. S'agissant de la réglementation, la Cour fait plusieurs propositions de simplification. À cet égard, nous soutenons très fortement la déclaration sociale nominative (DSN) qui doit structurellement permettre de simplifier la vie des salariés, des entreprises et des organismes de protection sociale en matière de liquidation des indemnités journalières.

M. le coprésident Pierre Morange. Quel sera le délai pour sa mise en place, car vous connaissez aussi bien que moi le caractère difficile de la mise en œuvre des systèmes informatiques, notamment au sein de l'assurance maladie ?

M. Thomas Fatome. Il s'agit, certes, d'un projet qui va s'étaler sur plusieurs années mais dès la première étape, c'est-à-dire dès 2013, pour les entreprises volontaires, le système sera opérationnel pour les arrêts maladie et maternité.

M. le coprésident Pierre Morange. Combien d'entreprises seront volontaires ?

M. Thomas Fatome. Je ne saurais vous donner un chiffre dès à présent mais nous travaillons étroitement avec les associations professionnelles d'employeurs. Nous serons à la fin de l'année en mesure d'établir la liste des entreprises volontaires.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Quel peut être l'intérêt des entreprises à se porter volontaires ?

M. Thomas Fatome. Elles pourront avoir accès dans leur système de paie à certaines données qui doivent actuellement faire l'objet d'un échange entre l'entreprise, l'assuré et la caisse au moment de l'arrêt de travail.

Mme la rapporteure. Doivent-elles par conséquent modifier leur système informatique ?

M. Thomas Fatome. L'entreprise enverra la DSN chaque mois aux caisses, qui pourront se baser sur les données ainsi transmises au lieu de devoir les récupérer ponctuellement en cas d'arrêt de travail. Par exemple, contrairement à ce qui se passe aujourd'hui, la caisse compétente ne sera plus tenue, pour pouvoir calculer l'indemnité journalière, de demander au salarié une attestation de ses salaires des trois mois précédents.

M. le coprésident Pierre Morange. Si je ne m'abuse, le temps moyen de liquidation de l'indemnité journalière est de 34,5 jours. À combien espérez-vous pouvoir réduire ce délai avec la DSN ?

M. Thomas Fatome. Nous ne disposons pas d'élément de réponse à ce stade.

M. le coprésident Pierre Morange. Pourriez-vous nous communiquer une estimation ? Ainsi que la liste des entreprises concernées...

M. Thomas Fatome. Je me permets de signaler que dans ce délai des 34,5 jours, il faut imputer aussi le délai de transmission des attestations de salaire de l'employeur, délai sur lequel les caisses ont peu de prise.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous avons déjà entendu cette remarque au sujet de l'expérimentation menée dans la fonction publique d'État.

M. Thomas Fatome. Une proposition de la Cour des comptes nous laisse un peu perplexes, à savoir la possibilité d'utiliser les données fiscales comme référence dans le calcul de l'assiette. Elle ne nous paraît pas pertinente, dès lors qu'aujourd'hui nous disposons de données plus « actualisées », permettant de calculer l'indemnité journalière au plus près de la rémunération du salarié.

M. le coprésident Pierre Morange. La direction générale du travail nous a fait part de la difficulté qu'il y aurait à instaurer une assiette un peu trop « uniforme » au regard de l'hétérogénéité des règles conventionnelles et des éléments de détermination des revenus.

M. Thomas Fatome. Nous essayons justement de mettre en place un système qui tienne compte des derniers salaires de l'intéressé, car il est plus favorable que la prise en compte d'une assiette dont le calcul est mécaniquement décalé.

De même, la Cour propose de prendre comme référence, dans le cadre d'arrêts successifs sur une période donnée, l'arrêt précédent, au lieu d'examiner le salaire précédent. Là encore, ce n'est pas totalement pertinent.

Quoi qu'il en soit, nous poursuivrons notre réflexion dans le cadre du chantier de la DSN. L'harmonisation des périodes de référence et des types de salaires pris en compte – bruts ou nets – doit se poursuivre, sans léser pour autant les droits des assurés.

En ce qui concerne les contrôles des professionnels de santé, nous avons évidemment travaillé avec la CNAMTS. L'objectif recherché est que cette dernière renforce le pilotage de sa politique de contrôle des professionnels prescripteurs. Elle doit utiliser toute la palette des moyens mis en place par la loi, en particulier la mise sous accord préalable des professionnels hyperprescripteurs d'arrêts de travail et la procédure de mise sous objectif quantifié, plus récente et plus souple.

Celle-ci est encadrée par la loi du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 et un décret de mai 2011. La CNAMTS a envoyé à cet effet, en mai 2012, une

« lettre-réseau » aux caisses primaires qui déploient ce dispositif et, à ce jour, 500 médecins généralistes ont été touchés par ce dispositif. Je rappelle que la procédure applicable est lourde puisqu'elle doit respecter, bien entendu, les droits de la défense. En outre, les syndicats de médecins ont protesté contre le « délit statistique » qui peut, selon eux, en résulter.

Ce dispositif doit permettre de mettre en exergue les très « gros » prescripteurs d'arrêts de travail, de vérifier que ces prescriptions sont motivées par des justificatifs médicaux bien réels et, enfin, de « dérouler » le processus de contrôle.

Parallèlement, nous mettons en œuvre une procédure à l'amiable, c'est-à-dire davantage « partagée » avec les professionnels, avec la mise en place de référentiels de prescriptions. Pratiqué par d'autres pays, ce dispositif, qui vise à donner des références en termes de pathologies et de durée d'arrêts de travail, est conçu selon une logique d'aide à la prescription et de maîtrise médicalisée des soins, selon une méthode qui a été assez efficace s'agissant des génériques.

S'agissant du contrôle des assurés, le nombre de contrôles effectués par les caisses primaires a sensiblement augmenté ces dernières années. Il s'élève, aujourd'hui, à 2,4 millions. 10 % d'entre eux portent sur les arrêts courts et 90 % sur les arrêts longs, les arrêts à partir de 45 jours faisant l'objet d'un contrôle systématique.

Quant au taux d'avis défavorables, il reste relativement stable, représentant autour de 12 % des contrôles effectués.

M. le coprésident Pierre Morange. Ces avis sont-ils suivis d'effets ?

M. Thomas Fatome. En cas d'avis défavorable émis par un médecin conseil, l'indemnité journalière cesse d'être versée et le salarié doit reprendre son travail.

Mme la rapporteure. Les contrôles sont donc concentrés sur les arrêts longs. Or n'y a-t-il pas un réel problème s'agissant des arrêts de moins de 8 jours ? Ils sont majoritaires dans la masse des arrêts de travail prescrits. Et pourtant, seuls 10 % des contrôles effectués portent sur cette masse.

M. Thomas Fatome. C'est aussi l'arrêt de travail à 45 jours qui sera coûteux dans la durée. Il est logique de cibler les cas qui présentent, du point de vue financier, les risques les plus importants. D'où le contrôle systématique de ces arrêts, qui, de fait, me semble assez pertinent.

Mme la rapporteure. Les arrêts de moins de 8 jours ne présentent-ils pas aussi un risque financier ?

M. Thomas Fatome. Les indemnités journalières de moins de 8 jours représentent 36 % des arrêts de travail mais moins de 3 % de la dépense.

M. le coprésident Pierre Morange. On comprend votre raisonnement financier, qui a effectivement sa logique. On comprend aussi l'intérêt de la DSN, qui apportera une plus grande fiabilité à la transmission des données. Mais on pourrait aussi concevoir que les arrêts de travail dont la durée est comprise entre 15 jours et 45 jours soient davantage suivis, même si cela conduit à poser la question des moyens.

M. Thomas Fatome. Plus vous baissez le curseur, plus le volume à contrôler augmente. Par ailleurs, dans une double logique de simplification de la vie des médecins et

des assurés et d'accroissement des contrôles à des fins de lutte contre la fraude, le développement de la dématérialisation, avec ce nouveau service que nous appelons « l'arrêt de travail en cinq clics », constitue un progrès, car il permet aux caisses d'être plus réactives. Ce télé-service, qui permet donc d'envoyer une déclaration d'arrêt de travail dématérialisée, est mis en œuvre de manière intéressante, après un démarrage assez lent.

Pour revenir sur le ciblage, il est difficile de sélectionner les indemnités journalières courtes. Il faut surtout développer des méthodes dissuasives, par exemple avec l'examen, par les caisses, sur une période donnée, des arrêts de travail répétitifs de courte durée.

En ce qui concerne le contrôle des arrêts de travail dans la fonction publique, nous pilotons, comme vous le savez, cette expérimentation qui est progressivement déployée auprès des collectivités territoriales et des hôpitaux publics volontaires.

M. le coprésident Pierre Morange. Autant le dispositif semble opérationnel dans la fonction publique d'État – mais votre expression me laisse penser le contraire ! –, autant la situation de la fonction publique hospitalière, avec ses quelques millions d'agents, et des agents des multiples collectivités territoriales, aux ramifications denses, paraît complexe.

M. Thomas Fatome. On assiste à une montée en charge du dispositif, en rappelant que celui-ci ne concerne, dans certains départements, que les collectivités et établissements de santé volontaires.

Nous avons dû faire face, au moment de la mise en place, à des sujets techniques importants, en particulier au sein de la fonction publique d'État, où il a fallu d'abord s'assurer de la qualité des échanges d'informations entre les services gestionnaires des administrations et les caisses.

M. le coprésident Pierre Morange. En ce qui concerne cette fonction publique, il arrive, parfois, ce qui paraît surprenant, que l'on ne connaisse même pas l'adresse du fonctionnaire, donc d'un fonctionnaire de l'État. Cela laisse songeur...

M. Thomas Fatome. Je laisserai à la direction générale de l'administration et de la fonction publique le soin de vous répondre. Nous avons beaucoup travaillé avec ses services, mais nous n'avons pas fait de bilan détaillé depuis celui effectué en avril 2012. Celui-ci mettait en lumière les marges de progrès existantes, notamment en ce qui concerne le moment de la transmission, aux caisses, des informations pouvant justifier un contrôle. On doit refaire le point avec les administrations concernées en début d'année prochaine.

S'agissant des collectivités territoriales et des établissements de santé, nous n'avons pas encore réalisé de bilan détaillé de la mise en œuvre de l'expérimentation.

M. le coprésident Pierre Morange. Pour la fonction publique d'État, disposez-vous d'un chiffre, même sommaire ?

M. Thomas Fatome. Nous disposons d'un bilan réalisé en octobre 2011, qui vous a d'ailleurs été transmis et qui montre qu'à cette période, on dénombrait 75 000 arrêts de travail, concernant 32 000 fonctionnaires, saisis par les administrations. La progression existe puisqu'au premier trimestre 2012, on comptait 21 000 arrêts de travail saisis. On pourra vous donner plus de détails sur ces saisies qui, toutefois, restent modestes.

M. le coprésident Pierre Morange. Très modestes, en effet. Je précise que la MECSS n'a pas pour ligne de conduite la chasse aux sorcières mais la recherche constante du meilleur rapport coût-efficacité au service de nos concitoyens. S'agissant des suites

données aux constats d'arrêts de travail abusifs, le rapport sur l'évaluation de l'expérimentation du contrôle des arrêts de travail au sein de la fonction publique d'octobre 2011 ne citait que 16 cas sur les dizaines de milliers saisis. Quelles mesures devraient être prises pour favoriser la suspension des indemnités journalières ?

M. Thomas Fatome. Les chiffres qui ressortent de l'expérimentation sont en effet assez faibles. Cependant, ils ne traduisent pas un manque de volonté dans les suites à donner à des faits litigieux. Le problème principal, en réalité, est celui de la capacité à s'assurer de la saisie informatique, en temps voulu, des informations nécessaires au déclenchement des contrôles.

À la fin de cette année, nous devrions mettre à jour nos statistiques et nous pourrions les transmettre à la mission.

M. le coprésident Pierre Morange. Ces informations nous seront très utiles ainsi que l'estimation, que je demandais tout à l'heure, de la mise en œuvre de la journée de carence...

M. Thomas Fatome. Je ne dispose pas de remontées d'information qu'il s'agisse de la fonction publique de l'État, hospitalière ou des collectivités territoriales, concernant ce sujet. De son côté, la Fédération hospitalière de France a avancé un chiffre tendant à démontrer que la journée de carence avait eu un effet sur l'absentéisme.

Mme la rapporteure. Moins 20 % du taux d'absentéisme !

M. Thomas Fatome. C'est bien ce chiffre.

M. le coprésident Pierre Morange. Vous ne disposez pas d'éléments consolidés sur ce point précis ?

Mme la rapporteure. Ce n'est pas remonté jusqu'à votre direction ?

M. Thomas Fatome. Non, car une telle estimation n'entre pas dans notre champ de compétences. Elle relève de la direction générale de l'administration et de la fonction publique ou des collectivités territoriales concernées.

M. le coprésident Pierre Morange. Je crois qu'une société d'audit s'est spécialisée dans ce recensement de type « ressources humaines ».

M. Thomas Fatome. Des cabinets de conseil publient régulièrement sur le sujet des études qui sont reprises par la presse.

M. le coprésident Pierre Morange. Que pensez-vous de l'estimation de la Cour des comptes selon laquelle la simplification des systèmes de gestion et la dématérialisation des procédures permettraient d'économiser 300 équivalents temps plein employés dans les caisses primaires sur les 5 330 affectés à ce secteur ? Par ailleurs, quelle pourrait être l'ampleur des marges de manœuvre budgétaires qui résulteraient de l'addition des mesures sur lesquelles vous travaillez et qui pourraient être utilement employées pour couvrir les « zones d'ombre » de la prise en charge des salariés ?

M. Thomas Fatome. L'ordre de grandeur de la Cour nous paraît crédible. Les diminutions d'effectifs au sein de l'assurance maladie ont été significatives, notamment du fait la mise en place des feuilles de soins électroniques (FSE) et du déploiement de la carte Vitale. Maintenant, nous sommes arrivés à des taux d'utilisation des FSE qui sont très

élevés ; les gains de productivité de côté ne peuvent qu'être moins importants. Il reste cependant le levier de la dématérialisation des indemnités journalières.

S'agissant de l'aspect régulation, je rappelle que nous sommes sur une dépense de 8 milliards d'euros, presque 9 milliards d'euros aujourd'hui. Si on parvient à la faire progresser de 2 % au lieu de 5 %, cela conduit à une économie de 240 millions d'euros... Clairement, le volet « arrêts de travail » représente désormais une part significative des économies – de 500 à 600 millions d'euros – dégagées par la maîtrise médicalisée des dépenses et servant à la construction de l'ONDAM.

Dans le même temps, notre capacité à déterminer l'impact, sur la dynamique positive que nous évoquons, des différents facteurs que sont les contrôles des assurés ou des prescripteurs, le développement des référentiels ou la conjoncture économique, est limitée. Il reste que la bonne tenue de l'ONDAM 2012 sur les soins de ville et même la sous-exécution des soins de ville à hauteur de 350 millions d'euros en 2012 s'expliquent aussi, parmi d'autres éléments, par la modération de l'évolution des indemnités journalières.

M. le coprésident Pierre Morange. Quelles sont les économies obtenues ?

M. Thomas Fatome. Nous calculons, avec la CNAMTS, à partir d'un tendancier de dépenses, l'évolution des IJ au regard de l'évolution des salaires versés, de l'évolution de l'emploi et nous la comparons à l'évolution constatée pour évaluer les économies éventuellement réalisées. Nous vous transmettrons des données chiffrées précises mais, de mémoire, ces économies ont représenté entre 200 et 300 millions d'euros. Il est difficile de déterminer si ce résultat est dû directement à la maîtrise médicalisée des dépenses ou à d'autres facteurs structurels, mais nous constatons clairement un ralentissement de la dépense en 2012.

Mme la rapporteure. Pourquoi les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) n'intègrent-ils pas des objectifs en termes d'indemnités journalières ?

M. Thomas Fatome. Les partenaires conventionnels n'ont pas souhaité intégrer d'éléments relatifs aux arrêts de travail dans ces contrats. On peut comprendre le caractère sensible de ce sujet : les médecins sont réticents à rentrer dans une logique de rémunération en échange d'une diminution du nombre d'arrêts de travail prescrits et ils craignent que la rémunération de la performance ne soit déviée vers la recherche de la seule performance ou d'une logique de rationnement des soins.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous en sommes convaincus. La MECSS œuvre en faveur de la rationalisation de la dépense publique. En matière d'indemnités journalières, il est pertinent de mettre en œuvre une politique visant à diminuer les disparités territoriales et à permettre la diffusion des bonnes pratiques. Mais s'agissant des médecins « hyperprescripteurs », le renforcement des moyens du contrôle médical est plus efficace que des critères de performance.

Mme la rapporteure. Un indicateur pourrait être « *de ne pas entrer dans la catégorie hyperprescripteur* ».

M. le coprésident Pierre Morange. Le contrôle des médecins « hyperprescripteurs » relève du contrôle médical car il nécessite d'évaluer la pertinence de la prescription. Un indicateur sur « l'hyper prescription » n'est pas souhaité car cette situation est difficilement chiffrable et difficilement paramétrable. La mise en œuvre effective d'un dispositif de sanctions est certainement plus efficace que l'inscription de critères de performance dans une convention d'objectifs et de gestion. La philosophie des

CAPI était la conformité à un modèle d'exercice libéral. Si la juste prescription d'un arrêt de travail en fait partie, la mise en place d'un système de bonus et de malus, dans ce cas, ne semble pas pertinente.

Mme la rapporteure. La prescription d'arrêts de travail ne peut-elle pas faire partie de ce modèle ?

M. le coprésident Pierre Morange. Le contrôle médical et le dispositif de sanctions me semblent être les meilleurs outils.

M. Thomas Fatome. Les référentiels seraient, en outre, assez délicats à déterminer. Il est difficile de chiffrer le nombre de patients par médecin. Deux politiques sont mises en œuvre dans ce domaine : d'une part, accompagner les médecins par la mise en place de référentiels dans le cadre d'un dialogue avec ceux-ci et, d'autre part, contrôler les plus gros prescripteurs, avec la mise sous objectifs quantifiés. En cas d'abus répétés, la mise sous accord préalable du médecin implique que chaque arrêt de travail prescrit par celui-ci est soumis à une autorisation du contrôle médical, ce qui est très contraignant.

Mme la rapporteure. Sur le terrain, les médecins nous font part du fait qu'ils subissent une certaine pression de leur clientèle : ils réclament parfois une plus grande intervention des médecins conseils. Certains souhaiteraient même que ces derniers prescrivent les arrêts de travail.

M. le coprésident Pierre Morange. Les référentiels médicaux et les logiciels d'aide à la prescription donnent un cadre général sur lequel s'adosse le prescripteur, notamment pour les arrêts de travail. Il faut distinguer ce sujet de la situation des médecins « hyperprescripteurs » qui ne respectent pas les règles déontologiques et l'art médical. Il faut mettre en place des moyens de contrôle certainement plus autoritaires sur l'ensemble du territoire.

M. Thomas Fatome. La mise sous accord préalable est assez efficace car elle aboutit à une baisse de 30 % de la prescription des arrêts de travail.

Mme la rapporteure. Certes, mais quand la mise sous accord préalable cesse, la prescription d'arrêt de travail augmente de nouveau.

M. Thomas Fatome. C'est effectivement parfois le cas. Il faudrait alors réitérer l'opération.

M. le coprésident Pierre Morange. La pédagogie implique parfois la répétition. La mise en place d'une journée de carence dans les entreprises publiques de transport – telles que la SNCF et la RATP – a été remise en cause par une décision de justice. Les employeurs n'ont pas fait appel de cette décision. La situation actuelle pose le problème de l'équité de traitement avec la fonction publique. Le ministère mène-t-il une réflexion sur ce sujet ?

M. Thomas Fatome. Cette problématique relève de ces entreprises publiques et des ministères de tutelle : nous ne sommes pas saisis de cette question.

**Audition du Dr Patrick Bouet, délégué général aux relations internes
du Conseil national de l'Ordre des médecins,
et M. Francisco Jornet, conseiller juridique.**

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Lors du débat relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, a été mise en place une journée de carence dans la fonction publique. Ce dispositif a suscité de nombreuses polémiques. Compte tenu de la vigueur de ce débat, mais aussi de l'importance du budget consacré aux indemnités journalières – près de 9 milliards d'euros – dans les dépenses d'assurance maladie, la MECSS a décidé de mener une mission sur ce sujet et a saisi la Cour des comptes. Dans la communication qui nous a été transmise, la Cour constate que c'est une dépense dynamique, mal maîtrisée et mal renseignée : elle émet plusieurs propositions pour améliorer la maîtrise de ce dispositif. En tant que représentant du Conseil national de l'Ordre des médecins, principaux prescripteurs d'arrêts de travail, que pensez-vous de l'analyse et des propositions de la Cour des comptes ? Quelles réponses pouvez-vous apporter aux questions que nous vous avons au préalable envoyées ?

Dr Patrick Bouet, délégué général aux relations internes du Conseil national de l'Ordre des médecins. Nous nous prononcerons essentiellement sur les questions de déontologie. Je tiens cependant à rappeler deux points essentiels : en premier lieu, l'arrêt de travail est un élément de la prescription médicale et il ne peut être dissocié du traitement. Il fait partie de la prise en charge thérapeutique. En second lieu, il convient de rappeler que l'arrêt de travail n'est pas seulement prescrit par les généralistes mais aussi par des médecins spécialistes et par des médecins en milieu hospitalier.

S'agissant des arrêts de travail proprement dits, vous nous interrogez sur la place du référentiel en matière de prescription d'arrêts de travail. Nous sommes très conscients – et nous le rappelons à nos partenaires – qu'il était nécessaire de mettre en place un processus d'amélioration des pratiques professionnelles. Nous pensons que si le référentiel n'est pas, par vocation, normatif, il est néanmoins destiné à améliorer l'ensemble de ces pratiques. La situation liée aux fiches référentielles établies par la CNAMTS est un peu différente, nous ne sommes pas en présence d'un référentiel établi par la Haute Autorité de santé mais d'un référentiel promu par l'assurance maladie et validé par la Haute Autorité de santé. Nous l'avons à l'époque rappelé au directeur général de la CNAMTS : si nous sommes prêts à accompagner cette démarche d'amélioration des pratiques, nous ne pouvons donner à ces fiches repères la même valeur qu'à un référentiel professionnel validé par l'ensemble de la profession et notamment les sociétés savantes et qui permet de disposer d'un cadre suffisamment compréhensible pour qu'il contribue à l'amélioration des pratiques. Les fiches repères, vous avez d'ailleurs pu le remarquer, donnent des règles générales sur des durées probables ou potentielles d'arrêt de travail mais rappellent immédiatement, comme nous le suggérons, la nécessité de prendre en compte les situations individuelles et les limites que le colloque singulier entre le patient et le médecin confère à ces recommandations. Le médecin peut ainsi être amené à adapter sa prescription et à prescrire des durées d'arrêt de travail sensiblement différentes de celles du référentiel.

Mme la rapporteure. Vous vous référez à ces référentiels validés par la Haute Autorité de santé, mais avez-vous connaissance d'autres références plus médicales ?

Dr Patrick Bouet. Nous aimerions qu'elles existent, qu'il y ait un référentiel professionnel, ce qui n'est pas le cas actuellement. La Haute Autorité de santé a simplement répondu à une demande de la CNAMTS sans établir son propre référentiel.

Mme la rapporteure. Chaque médecin évalue donc la nécessité d'un arrêt maladie du patient en fonction de sa propre analyse et non de ce qu'il a appris.

Dr Patrick Bouet. Le médecin agit en se fondant sur ce qu'il a appris initialement et au cours de sa carrière par la formation professionnelle, l'évaluation, les contacts avec d'autres professionnels. Cet ensemble de connaissances lui permet de fixer des règles générales qui déterminent dans quelle mesure l'arrêt de travail peut contribuer à la guérison ou à l'amélioration des signes cliniques du patient. Les fiches repères ont été pour eux l'occasion de disposer d'un certain nombre d'informations. Elles sont donc utiles de ce point de vue. L'Ordre des médecins était très attaché à ce que ces fiches présentent des durées ou des éléments estimés comme des contributions positives à la guérison du malade mais également à ce que le médecin puisse s'en écarter en fonction de sa propre appréciation. La fiche repère comprend ainsi toujours quelques alinéas qui viennent compléter les informations initiales et attirent l'attention du professionnel sur des situations qui peuvent le conduire à varier ses prescriptions.

Mme la rapporteure. Ces situations ne sont pas seulement médicales ?

Dr Patrick Bouet. Principalement, mais le contexte environnemental ou la nature de la personne concernée et de son travail sont pris en compte.

Mme la rapporteure. Ces situations peuvent être aussi sociales ?

Dr Patrick Bouet. L'aspect environnemental est par exemple pris en compte pour une sciatique, un travailleur sédentaire n'ayant pas les mêmes besoins qu'un travailleur de force, pour lequel la durée de travail sera plus longue. Le facteur est médical mais prend en compte l'évaluation de l'environnement professionnel et la durée de l'arrêt nécessaire pour assurer la guérison du patient. La fiche repère a clairement établi ces différences d'appréciation. La liberté de prescription du médecin, que l'on défend systématiquement, doit lui permettre d'évaluer la situation individuelle du patient et d'adapter sa prescription aux nécessités conditionnant une guérison optimale. En effet, considérer qu'une sciatique implique cinq jours d'arrêt de travail ne tient pas compte du fait que la situation professionnelle d'un employé de bureau n'est pas celle d'un cariste. Il est fondamental que la thérapeutique soit adaptée à l'usager de santé. Nous avons à l'époque rappelé au directeur de la CNAMTS notre souhait de voir respecter cette liberté de prescription, dans le cadre des processus réglementaires. Le praticien doit garder l'opportunité d'évaluer la meilleure solution thérapeutique.

Mme la rapporteure. Je ne pense pas que les caisses d'assurance maladie aient l'intention de réprimer la liberté de prescription du médecin. Mais ces référentiels pourraient être assortis de mise sous entente préalable si la prescription outrepassait la liberté d'appréciation offerte aux médecins, à l'image de ce qui se pratique pour certains actes de kinésithérapie.

Dr Patrick Bouet. C'est tout l'intérêt du colloque singulier entre le médecin traitant et le médecin conseil de l'assurance maladie. L'Ordre des médecins considère qu'il ne peut pas y avoir une bonne prise en charge de l'usager de santé s'il n'y a pas une totale coopération entre les professionnels qui y concourent, dont le médecin conseil. Pour autant, nous ne pouvons accepter que soit conféré un caractère normatif à une prescription qui doit être adaptée à chaque situation individuelle. Que la CNAMTS veuille se saisir de règles statistiques de bon usage pour mettre en place un certain nombre de dispositifs relève de sa responsabilité. Mais le colloque singulier entre médecin conseil et médecin prescripteur doit être maintenu pour garantir l'intérêt de l'usager de santé.

Mme la rapporteure. J'entends bien que ce colloque singulier est nécessaire, mais comment expliquer les différences considérables observées en matière d'arrêt de travail entre territoires ? Ces variations de prescription entre différents départements ou différentes villes sont parfois de 1 à 4, ce qui est tout de même assez curieux.

Dr Patrick Bouet. Cela peut en effet paraître curieux, mais la diversité des territoires peut apporter un certain nombre de réponses. Ainsi, mon département, la Seine-Saint-Denis, qui comprend des populations très particulières, dans un environnement lui-même particulier, place le médecin dans une situation très différente de celle d'un confrère dans la Creuse. La lourdeur des pathologies, le retard des diagnostics, la difficulté de la mise en place d'une thérapeutique appliquée expliquent ces diversités qui peuvent à juste titre paraître étonnantes. Les situations des personnes concernées ne sont pas comparables, or ce sont des individus qui sont pris en charge. Si nous sommes vigilants sur les éventuelles dérives ou mauvaises applications dans la prescription d'arrêts de travail, il convient d'abord de prendre en compte la nature de la population prise en charge. Je ne dispose donc pas d'éléments permettant de dénoncer une dérive parce que des arrêts de travail sont prescrits quatre fois plus dans un département que dans un autre.

Mme la rapporteure. Les études sont un peu plus approfondies, puisqu'elles comprennent une analyse des territoires et de leurs contextes socio-professionnels et portent donc sur des territoires de nature comparable. Or de fortes différences de prescription y sont pourtant observées.

Dr Patrick Bouet. Nous n'expliquons pas ces différences mieux que vous, mais nous rappelons que l'étude des grands nombres ne supplante pas la prise en compte des situations individuelles. Nous n'utilisons pas le « délit statistique » pour juger d'une prescription déficiente. Seule l'analyse spécifique de la conduite d'un professionnel permettrait une éventuelle remarque sur sa mauvaise utilisation de son pouvoir de prescripteur.

Mme la rapporteure. Le Conseil de l'Ordre des médecins dispose peut-être de leviers dont ne disposent pas d'autres intervenants, vous pourriez ainsi interroger les médecins concernés par ces différences de prescription d'arrêts de travail.

Dr Patrick Bouet. L'Ordre ne peut connaître chaque professionnel du territoire. Chaque fois que nous avons souhaité établir un partenariat avec la CNAMTS, y compris pour faire respecter la loi qui fait obligation à cette dernière de nous informer des pratiques qui pourraient avoir un caractère anti-déontologique au regard des règles de prescription, nous n'avons pas obtenu de réponse. Nous ne sommes informés ni de la situation des médecins au regard de l'assurance maladie ni des dérives potentielles en matière de prescription. Les analyses statistiques ne nous sont pas fournies. Or la connaissance par l'Ordre de la situation de ses professionnels est évidemment très différente à Paris, avec 25 000 inscrits, et à Mayotte, avec 150 inscrits. Notre intervention dans un processus pédagogique plus général n'est donc pas simple.

Mme la rapporteure. Pouvez-vous rappeler le fondement de cette obligation d'information ?

M. Francisco Jornet, conseiller juridique du Conseil national de l'Ordre des médecins. La mesure était inscrite dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), elle est codifiée dans l'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale.

Dr Patrick Bouet. Cette information devait provenir des organismes locaux de l'assurance maladie, mais rien n'interdit à la Caisse nationale de faire de même. L'idée était d'établir une relation suivie entre l'institution ordinale et l'assurance maladie. Nous ne sommes donc pas informés des doléances des employeurs ou, à l'inverse, d'assurés ou encore d'autres professionnels de santé. Nous sommes donc dans l'incapacité de mettre en œuvre des procédures de nature éventuellement disciplinaire mais surtout d'apporter notre contribution à une vision plus générale du bon usage des soins.

Mme la rapporteure. Ces informations vous permettraient de contribuer au meilleur pilotage de ces prescriptions ?

Dr Patrick Bouet. Nous pourrions interroger nos professionnels, participer à l'élaboration de recommandations, organiser des manifestations permettant de contribuer à l'amélioration des compétences et des connaissances et rappeler la réglementation et la déontologie, comme nous l'avons fait au niveau national sur un certain nombre de sujets d'ordre général.

Mme la rapporteure. La deuxième question qui vous était posée reprend la suggestion de la Cour des comptes d'intégrer dans le contrat de rémunération à la performance des médecins libéraux un objectif de respect du référentiel de prescription d'arrêt de travail. Y seriez-vous favorable ?

Dr Patrick Bouet. Nous avons émis un certain nombre de réserves sur les objectifs de performance. Nous préférons nous inscrire dans des objectifs d'amélioration de la qualité des soins distribués, comme nous l'avons rappelé à l'ensemble de nos partenaires lors de la signature de la convention et des avenants qui ont mis en place l'ensemble du dispositif. Tant que la liberté de prescription d'un professionnel et sa capacité à adapter des références à un individu, sont garanties et tant que les résultats ne signifient pas qu'il y aurait un intérêt financier pour le professionnel à respecter ces référentiels, il nous semble possible d'accompagner des dispositifs de cette nature. Mais il faut clairement, pour garantir une relation de confiance entre l'utilisateur de santé et le médecin, que l'utilisateur ne soit à aucun moment conduit à se demander si la prescription qui est faite par un professionnel l'est dans son intérêt ou dans celui du professionnel. Ce sont les deux remarques primordiales que nous avons défendues lors de la création des contrats. Nous pourrions accompagner un dispositif de la nature de celui qui est suggéré si nous avons la certitude que ces « exigences », de nature déontologique, sont garanties. Il ne doit pas y avoir de doute sur l'intérêt qui conduit à la prescription ni chez l'utilisateur de santé, ni chez le prescripteur.

Mme la rapporteure. J'ai pu constater en discutant de façon informelle avec des médecins de ma circonscription qu'ils préféreraient, pour certains, que les arrêts de travail soient prescrits par les médecins conseils de l'assurance maladie...

Dr Patrick Bouet. Le système actuel est un millefeuille de contraintes superposées. De référentiels en contraintes, de contraintes en contrats et de contrats en exigences de performance, les médecins sont engagés dans des processus qui rendent complexe l'exercice de leur mission et peuvent les conduire à vouloir la reporter sur d'autres.

Nous pensons, pour notre part, que la prescription d'arrêts de travail s'inscrit, fondamentalement, dans les missions du médecin, dont le cœur de métier consiste à prescrire dans l'intérêt du patient un arrêt, en vue d'obtenir une guérison. La prescription d'un arrêt de travail ne constitue pas un acte administratif, pas plus que l'établissement d'un certificat : il s'agit d'un acte médical qui se conclut par un document administratif. Nous sommes très attachés à cette conception.

Mme la rapporteure. Les médecins, sur le terrain, peuvent subir des pressions de la part des patients. Ils disent eux-mêmes que les référentiels peuvent alors constituer une aide.

Dr Patrick Bouet. Les référentiels servent d'appui aux médecins, pour expliquer leurs décisions dans le cadre du colloque singulier entre le patient et le professionnel de santé et lui montrer que leur prescription ne diffère pas des recommandations globales. Ils permettent également aux professionnels d'optimiser leur pratique. Mais, dans le même temps, les professionnels doivent également pouvoir s'en écarter, dans l'intérêt du patient. Ils doivent, dans tous les cas, être capables d'expliquer la raison de leur décision, tant au patient qu'au financeur ou au censeur déontologique. Le vrai problème, pour nous, réside dans les médecins qui ne sont pas capables d'expliquer leurs prescriptions.

Mme la rapporteure. J'en viens à l'envoi dématérialisé des arrêts de travail. Il rencontre un faible succès auprès des médecins, puisque seuls 3 % des arrêts de travail sont télétransmis. On connaît les réserves des médecins à l'égard de ce genre de technologie, mais existe-t-il, en matière d'arrêts de travail, des difficultés particulières ? Comment expliquez-vous cette « résistance » ?

Dr Patrick Bouet. Il convient, en préalable, de rappeler – comme nous le faisons depuis le début – que l'informatisation et la dématérialisation des procédures ne sont pas forcément synonymes de simplification administrative.

La déconnection entre les processus de dématérialisation et l'utilisation croissante de logiciels métiers par les professionnels de santé constitue un frein important à la télétransmission. Dès lors qu'il est nécessaire d'ouvrir trois programmes différents, de passer d'un programme à un autre, avec des risques d'erreurs, et de prendre sur le temps médical pour remplir l'ensemble des contraintes administratives, les professionnels n'adhèrent pas ; le processus est trop complexe. Comme nous l'avions déclaré à la CNAMTS, la mise en œuvre d'une simplification administrative, d'une informatisation et d'une télétransmission suppose de s'assurer en préalable de l'homogénéité des outils utilisés, en s'appuyant sur l'outil de base que constitue le logiciel métier du professionnel de santé. Sinon, la situation est similaire à celle du dossier médical personnel (DMP) : la vie du professionnel s'en trouve plus compliquée et il estime finalement plus simple de remplir un formulaire sur support papier.

Mme la rapporteure. Pourtant, les médecins utilisent beaucoup la dématérialisation pour le paiement des honoraires...

Dr Patrick Bouet. Oui, car les choses sont très simples : il suffit de placer deux cartes dans des lecteurs, et de télétransmettre d'un clic en utilisant le logiciel métier.

Mme la rapporteure. Tel n'est donc pas le cas pour la télétransmission d'arrêts de travail ?

Dr Patrick Bouet. Ce n'est pas le cas actuellement. Il est nécessaire de se connecter au site internet *ameli.fr*, en parallèle de l'utilisation du logiciel métier. Le processus a été élaboré trop rapidement sans rechercher de synergies. Nous avions pourtant signalé à M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la CNAMTS, il y a de cela quelques années, que nous étions favorables à la dématérialisation, si l'outil de base du professionnel de santé, à savoir son logiciel métier, était au cœur du processus. Nous avons été entendus sur ce point pour la carte Sésame Vitale, de même que pour la télétransmission des feuilles de soins. Il ne subsiste, dans ce domaine, que de rares réticences qui relèvent de

convictions individuelles. Concernant le DMP, nous avons souligné à M. Jean-Yves Robin, directeur de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), la nécessité d'intégrer la gestion de ce dossier au logiciel métier. Il est difficile de demander aux médecins, aujourd'hui surchargés, de consacrer 4 à 5 minutes à une manipulation informatique dans le cadre de consultations qui durent, en moyenne, entre 12 à 14 minutes. Il leur est beaucoup plus simple de remplir un formulaire sur support papier.

Mme la rapporteure. Quelle est la position, sur ce point, des jeunes médecins qui débutent leur exercice ?

Dr Patrick Bouet. Elle est similaire à celle de tous les autres médecins en raison de leur formation. Le logiciel métier contient les bases médicamenteuses, l'aide à la prescription, et permet l'ouverture des dossiers médicaux et la recherche d'historiques. Se connecter à *ameli.fr* ou à un autre portail pour le DMP constitue un non-sens. Peut-être les jeunes médecins disposent-ils davantage de temps qu'un médecin en exercice depuis un certain nombre d'années et ont une capacité d'adaptation plus importante... Mais notre conviction est que le logiciel métier est au cœur du fonctionnement du cabinet médical. Il a déjà été difficile de convaincre les médecins sur ce sujet.

Il a fallu vingt-cinq ans pour créer des outils homogènes. Les médecins de ma génération ont connu les Amstrad et les disquettes souples, bien éloignés des outils informatiques actuels, très performants. Ces évolutions nous ont obligés à nous adapter en permanence. Dans ces conditions, si le processus proposé est compliqué, il est normal qu'il ne suscite pas d'adhésion spontanée. Il ne faut pas se tromper de démarche : le logiciel métier doit être au centre des dispositifs de dématérialisation ; il permet déjà l'utilisation de la carte Vitale et de la carte de professionnel de santé, donc l'identification du patient et du médecin. Tout doit découler de cette conjonction de deux identifications électroniques.

Mme la rapporteure. J'en viens à la question du contrôle des arrêts de travail. Quelles sont vos remarques d'une manière générale ?

Dr Patrick Bouet. Nous avons communiqué, sur cette question, des documents au ministère chargé de la santé et à la CNAMTS, que nous vous transmettrons.

Nous avons pris l'initiative de rappeler un certain nombre de règles aux entreprises chargées d'assurer le contrôle médical pour les employeurs. On peut dire que cette activité n'est, aujourd'hui, pas encadrée. Les entreprises prestataires ne sont pas agréées et il n'existe pas de référentiel permettant de définir les bonnes pratiques en matière de contrôle médical à l'initiative de l'employeur.

Nous avons demandé un encadrement de nature réglementaire de cette activité et, interrogés par le ministère, avons répondu qu'un agrément s'imposait. N'obtenant pas de réponse à cette demande, nous avons interpellé l'ensemble des structures prestataires pour leur rappeler les règles déontologiques du contrôle médical : on ne peut pas faire « tout et n'importe quoi ». Nous avons d'ailleurs élaboré une charte du médecin contrôleur, que nous vous remettrons.

L'exercice du contrôle médical est, avant tout, un exercice médical. Le contrôle est un acte médical, auquel il est procédé à partir de l'examen d'un patient et des conclusions à en tirer s'agissant de la « conformité » de la prescription initiale par rapport à l'état constaté du patient. Nous avons donc dû rappeler qu'il n'était pas possible au médecin contrôleur de conclure que l'assuré n'était pas à son domicile : il peut simplement déclarer qu'il n'a pas pu examiner l'assuré. Il n'entre pas, en effet, dans ses attributions déontologiques de dire si

celui-ci était présent ou absent de son domicile, d'autant que l'assuré est parfaitement libre de ne pas ouvrir sa porte – il aura, en revanche, à en supporter les conséquences. Le médecin contrôleur ne doit pas devenir un investigateur administratif.

C'est un exemple, parmi d'autres, des points traités dans notre charte du contrôle médical. Malheureusement, les choses sont, pour l'instant, toujours dans le plus grand flou.

Les caisses d'assurance maladie disposent d'agents administratifs qui procèdent aux contrôles, sur lesquels nous n'avons pas compétence.

Nous sommes obligés de constater qu'en 2012 – pas plus que lorsque nous interpellions le ministère chargé de la santé en 2007 et la CNAMTS en 2007 et 2008 –, il n'existe pas de dispositif d'agrément de l'ensemble des structures intervenant dans le contrôle médical. Nous pensons que cette situation pourrait être améliorée.

Mme la rapporteure. Avez-vous été consultés sur cette question ?

Dr Patrick Bouet. Nous avons été interrogés par M. Laurent Habert, du ministère chargé de la santé, en 2007, et lui avons répondu ainsi qu'à l'assurance maladie. Mais, comme souvent, le dossier n'a pas évolué. Nous avons mis en ligne, sur le site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins, les règles déontologiques applicables au contrôle médical, actualisées en permanence : le contrôle médical est toujours un acte médical ; il doit correspondre à un réel examen médical du patient ; le médecin contrôleur ne doit pas participer à l'acte thérapeutique mais établir un constat concernant l'adéquation de la prescription, au moment précis où il exerce son contrôle.

Mme la rapporteure. Que se passe-t-il en cas de désaccord sur l'adéquation de la prescription ?

Dr Patrick Bouet. Le médecin contrôleur établit un rapport sur la base duquel l'employeur peut contester l'arrêt de travail. Alors que nous avons établi des liens avec les médecins conseils de l'assurance maladie qui peuvent « interpellier » les médecins traitants, nous regrettons l'absence trop fréquente de contacts professionnels entre le médecin traitant et le médecin contrôleur, afin qu'ils puissent échanger sur leurs divergences d'appréciation, comme le font, du reste, tous les experts qui s'entourent de précautions pour établir leurs rapports. Le contrôle médical n'a aucune raison d'échapper à cette pratique.

Mme la rapporteure. D'où votre demande d'agrément de ces sociétés...

Dr Patrick Bouet. Cela nous semble effectivement indispensable pour garantir, sous l'autorité de l'État, la déontologie et la transparence du dispositif.

Mme la rapporteure. Quelle est votre analyse concernant les médecins « hyperprescripteurs » d'arrêts de travail ? Comment les définissez-vous ? Avez-vous évalué leur nombre ?

Dr Patrick Bouet. Sur ce point, le Conseil national de l'Ordre des médecins est moins bien placé que la Cour des comptes qui a mené des évaluations. Nous considérons qu'il y a surprescription en cas d'actes répétitifs, non explicables, pouvant déroger aux connaissances générales de l'ensemble de la profession – comme, par exemple, 15 jours d'arrêt de travail pour une angine.

Nous sommes, en pratique, très peu saisis dans le cadre des sections des assurances sociales alors que ce sont les juridictions compétentes en la matière, de même que dans le cadre des sections disciplinaires. Les saisines sont généralement liées à la plainte d'un employeur à l'encontre d'un arrêt de travail prescrit à l'un de ses salariés ou des notes portées par le médecin sur cet arrêt – comme, par exemple, « salarié victime de harcèlement dans son entreprise ». Il faut évidemment s'entourer de précautions dans la rédaction des conclusions de la réflexion médicale : ce n'est pas parce qu'un patient a déclaré être victime d'une telle pratique que tel est le cas.

Nous sommes très peu, voire pas du tout, saisis des conséquences « statistiques » de l'activité de médecins. Il nous semblerait pourtant naturel que l'Ordre des médecins soit saisi, dans le cadre des deux juridictions compétentes, quand l'assurance maladie a connaissance de « délits statistiques », c'est-à-dire de résultats qui s'écartent fortement des médianes. L'Ordre pourrait ainsi se déterminer en connaissance de cause ; or, aujourd'hui, il ne peut pas comparer les données dont il dispose avec celles de l'assurance maladie.

Mme la rapporteure. Pourquoi ne le fait-il pas ?

Dr Patrick Bouet. M. Michel Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, vous répondrait que nous ne sommes pas compétents.

Mme la rapporteure. Oui, mais qu'en pensez-vous ?

Dr Patrick Bouet. Je pense qu'il y a une réticence à ce que la juridiction disciplinaire, ou celle des assurances sociales transforme en délit individuel un délit de nature statistique. Et qu'effectivement, comme les dossiers sont analysés individuellement, patient par patient, la nature de la réponse n'est probablement pas celle que l'assurance maladie attend du délit statistique, c'est-à-dire de la simple affirmation : « ce médecin déroge à des médianes ou à des règles statistiques que nous avons formulées ». C'est probablement la raison de la réticence de l'assurance maladie à saisir des juridictions dans lesquelles elle est représentée et a toute sa place, puisque je rappelle que la juridiction de la section des assurances sociales est composée à parité de médecins représentant l'Ordre des médecins et de médecins conseils représentant l'assurance maladie.

Mme la rapporteure. Qu'en est-il de la formation et de la sensibilisation des médecins au problème de la fraude ?

Dr Patrick Bouet. Nous travaillons en partenariat avec l'assurance maladie sur ce que l'on appelle les fraudes caractérisées. Mais là encore, il faudrait que nous sachions exactement, en dehors de ces fraudes caractérisées pour lesquelles il existe une convention entre l'Ordre des médecins et l'assurance maladie, quelle définition l'assurance maladie donne de la fraude. S'agit-il de l'acte répétitif d'un professionnel qui va s'éloigner des règles systématiques à son bénéfice, ou d'un processus plus large qui consiste à participer à un ensemble de mécanismes qui vont soustraire à la collectivité un certain nombre d'avantages ou permettre à des professionnels d'en bénéficier ? Nous n'avons toujours pas de réponse de la part de l'assurance maladie sur ce point, ni sur ce que l'on demande au Conseil national de l'Ordre des médecins, en dehors des cas de fraude caractérisée où nous avons pu coopérer avec le docteur Pierre Finder, responsable de la lutte contre la fraude à l'assurance maladie, par exemple sur la question d'échappements médicamenteux vers des filières organisées. Nous attendons toujours de nos partenaires un axe de définition claire sur la fraude pour rattacher les dérives éventuelles d'une prescription individuelle à un mécanisme qu'on dénommerait « fraude ».

Mme la rapporteure. Trois cas ont été cités par les représentants de l'assurance maladie lors de leur audition : le cumul d'indemnités journalières avec une activité salariée, qui représente 60 % des fraudes...

Dr Patrick Bouet. Oui, mais est-ce une fraude du médecin ?

Mme la rapporteure. Non, mais il peut y avoir une formation, une sensibilisation des médecins au dépistage de ce genre de fraude... Comme le médecin est prescripteur, il semblerait logique que sa vigilance soit mobilisée sur ces problématiques.

Dr Patrick Bouet. Nous remplissons notre devoir de rappel aux règles de bon usage du devoir de prescription très régulièrement à la fois sur le site du Conseil national, sur les sites des conseils départementaux de l'Ordre, dans les bulletins que nous envoyons aux professionnels, et lorsque nous échangeons avec des associations de formation ; dans tous les dispositifs, nous évoquons des sensibilisations à un ensemble de processus, mais pour l'instant, nous prêchons à partir de notre conviction et non pas en partant de faits.

Mme la rapporteure. Les représentants de l'assurance maladie ont également mentionné la falsification des pièces administratives. Peut-être la télétransmission permettrait-elle d'éviter ce genre de pratique ?

Dr Patrick Bouet. Oui, à condition que la carte Vitale présentée soit « fiable ».

Mme la rapporteure. Le médecin peut-il demander une pièce d'identité ?

Dr Patrick Bouet. Non et cela a été très nettement spécifié dans le dispositif législatif. Nous avons clairement rappelé que la fonction première du professionnel de santé était de prodiguer des soins quelle que soit la personne qui se trouve en face de lui, et qu'il n'entraîne pas dans ses attributions d'exercer un pouvoir de police et de contrôle. Il appartient au patient de lui présenter les documents adéquats ; la carte Vitale comportant une photographie constitue à cet égard une forme de sécurité, certes très relative ; mais nous n'avons pas voulu faire porter au professionnel la responsabilité du contrôle d'identité.

Mme la rapporteure. A ensuite été citée l'absence légale d'entrepreneur.

Dr Patrick Bouet. Ce sont des éléments qui échappent très largement au professionnel dans son cabinet, les moyens d'investigation de ce dernier étant, ne l'oublions pas, très limités.

Mme la rapporteure. Absolument. Que pouvez-vous nous dire des relations entre professionnels de santé. Vous sembliez indiquer que des liens s'établissaient, par exemple, entre médecins conseils et médecins traitants ?

Dr Patrick Bouet. Assurément. Nous avons souhaité garantir l'indépendance du médecin conseil – nous pourrions vous transmettre des éléments allant dans ce sens. Nous avons voulu que l'ensemble des professionnels comprennent bien que le médecin conseil concourait, par ses missions, à la prise en charge de l'individu. Dans cette relation, qui n'est pas simple, le dialogue existe malgré tout, dès lors que l'indépendance du médecin conseil est garantie dans le cadre de sa mission. Sa signature est indispensable et il ne s'agit pas d'automatiser ou de déléguer à un tiers cette responsabilité médicale. Comme nous l'avons fait pour les CAPI, nous avons émis des réserves sur les contrats d'intéressement des médecins conseils aux résultats, afin d'avoir la certitude que leur garantie d'indépendance dans la décision était prise en compte par l'ensemble des partenaires. Le contrat de confiance

naturel entre deux professionnels naît de cette certitude. Nous avons, en revanche, plus d'interrogations sur l'évolution de cette relation dans le cadre de la nouvelle organisation de la médecine du travail, la loi et la réglementation ayant évolué et modifié les conditions du recours au médecin du travail lors de la reprise d'activité. Ce recours intervient désormais après le troisième mois, alors qu'il intervenait, par le passé, au cours de la période comprise entre le vingt et unième jour et le troisième mois. Cette intervention ne constitue pas une mission de contrôle de la validité de l'arrêt mais d'un dispositif qui permet de constater que le salarié est apte à reprendre son poste. Il nous semble important de développer le dispositif qui garantit au salarié que l'intervention du médecin du travail sera bien dédiée à l'intérêt global de sa mission et qu'à ce titre, ce dernier fera bien partie du trio d'acteurs médicaux qui concourent à la sécurité du salarié ; à cet égard, la disparition de l'intervention du médecin du travail au vingt et unième jour et sa réapparition au troisième mois nous semblent en quelque sorte une régression, dans la mesure où elle élimine une partie des arrêts de travail qui peuvent créer des problèmes de réinsertion du salarié dans son entreprise. Nous avons donc attiré l'attention de nos partenaires sur ce qui nous semblait une restriction des garanties législatives que l'on pouvait apporter aux salariés.

Mme la rapporteure. Souhaitez-vous faire d'autres remarques ?

Dr Patrick Bouet. Ce qui est essentiel à nos yeux est la dimension relative à la « sécurité de l'utilisateur », la garantie de l'indépendance, de l'action concordante des acteurs, et pour notre action au sein de l'Ordre, l'application des textes qui lui permettent d'accomplir pleinement sa mission.

Mme la rapporteure. Vous êtes donc demandeurs de plus d'informations ?

Dr Patrick Bouet. Ce sont des dispositions issues de la loi HPST qui le prévoient. Nous souhaitons qu'elles soient correctement appliquées.

Mme la rapporteure. Faut-il prendre un décret ?

Dr Patrick Bouet. Non, la mesure était d'application directe.

*

**Audition de M. Stéphane Seiller, directeur général du Régime social des indépendants,
du Dr Pascal Perrot, médecin conseil national,
et de Mme Stéphanie Deschaume, directrice de cabinet.**

M. Stéphane Seiller, directeur général du Régime social des indépendants. Je vous propose de vous présenter d'abord l'économie générale de l'organisation du risque que nous couvrons au Régime social des indépendants (RSI). Je soulignerai, en premier lieu, sa particularité : le RSI couvre les artisans, commerçants et professionnels libéraux pour les prestations en nature ; mais, s'agissant des indemnités journalières, seuls les artisans et les commerçants peuvent aujourd'hui en bénéficier. Les professions libérales n'ont pas, en matière d'indemnités journalières, de système de protection sociale géré par un régime de sécurité sociale. Le RSI les couvre donc pour les prestations en nature, mais pas pour les indemnités journalières.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Ont-ils des assurances spécifiques en la matière ?

M. Stéphane Seiller. Ils peuvent souscrire des assurances privées ; certains le font, d'autres non.

Par ailleurs, pour les artisans et les commerçants, le RSI gère un système d'indemnisation des arrêts de travail qui obéit à des règles particulières, différentes de celles du régime général. Le financement de ces indemnités est assuré par des cotisations représentant 0,7 % des revenus sur lesquels elles sont assises, le régime de couverture des indemnités journalières maladie des artisans et commerçants étant uniquement et intégralement financé par ces cotisations. Selon les textes, ce régime doit être équilibré et il l'est. De plus, il convient de préciser qu'il ne s'agit que des indemnités journalières maladie, sachant qu'à la différence du régime général, il n'y a pas, pour le RSI, de risque « accidents du travail et maladies professionnelles » identifié. Toutefois, nous couvrons certainement aujourd'hui, dans le cadre des indemnités que nous versons au titre des arrêts de travail maladie, des arrêts justifiés par un état de santé résultant de ce que l'on appellerait dans le cadre du régime général un accident du travail.

Mme la rapporteure. Il n'y a pas d'accidents du travail ?

M. Stéphane Seiller. Il y a probablement des accidents du travail, mais il n'y a pas de couverture spécifique de ce risque. La nécessité de mettre en place un système de protection qui identifie l'accident du travail ou la maladie professionnelle pour les travailleurs indépendants artisans et commerçants est d'ailleurs débattue.

Mme la rapporteure. Les arrêts pour cause de maternité sont-ils, en revanche, assurés par le RSI ?

M. Stéphane Seiller. Absolument. Par ailleurs, le RSI couvre plusieurs populations : artisans, commerçants, professions libérales. Le régime des indemnités journalières couvrant les arrêts de travail est plus ancien pour les artisans puisqu'il a été créé en 1995. Pour les commerçants, il a été mis en place en 2000, les deux catégories se retrouvant depuis 2006 au sein du RSI. S'agissant de l'ouverture du droit aux indemnités journalières, les règles sont très différentes de celles du régime général dont la Cour des comptes a souligné la complexité dans sa communication. Nos règles ne sont pas plus simples, mais elles sont distinctes et obéissent à plusieurs grands principes. Tout d'abord, il faut être en activité. Il est nécessaire, de plus, d'être à jour de ses cotisations d'assurance maladie pour les prestations en nature et pour le risque indemnités journalières à chaque prescription d'arrêt ; c'est-à-dire qu'à chaque fois que la personne présente une prescription d'arrêt de travail en vue d'une prise en charge, on vérifie qu'elle a bien versé les cotisations dues au jour où la prescription a été faite, y compris en cas de prolongation de l'arrêt de travail par une nouvelle prescription. C'est évidemment une contrainte très forte pour l'ouverture du droit, et en matière de gestion...

Mme la rapporteure. Surtout si la personne ne travaille plus !

M. Stéphane Seiller. Tout à fait, parce qu'il y a une perte de revenus qui peut rendre plus difficile le paiement des cotisations. Cette question pourrait être une piste d'évolution de la réglementation dans un sens de simplification, à condition que soit préservé le principe d'équilibre du risque et de maîtrise des dépenses.

Pour bénéficier de la couverture des indemnités journalières, il faut être assuré depuis au moins un an au titre de l'assurance maladie du RSI. Il faut noter également que ne peuvent bénéficier des indemnités journalières les personnes qui ont une autre activité, par exemple salariée, puisqu'on peut être travailleur indépendant et avoir une activité salariée. Si

cette personne est couverte pour le risque maladie et prestations en nature par la CNAMTS, elle n'est pas couverte par le RSI.

Mme la rapporteure. Donc elle ne cotise pas ?

M. Stéphane Seiller. Si, elle cotise parce qu'elle a des revenus.

Mme la rapporteure. Elle cotise mais sans avoir de droits ?

M. Stéphane Seiller. Elle n'a pas, au titre de ce revenu de travailleur indépendant ouvert au RSI, droit à une indemnisation au titre des arrêts maladie puisqu'elle bénéficie, au titre du régime général, en tant que salarié, de la prise en charge classique. Elle cotise au RSI sans en bénéficier.

Mme la rapporteure. Mais un salarié qui exerce un métier en parallèle, qui est commerçant ou artisan par exemple, cotise quand même ?

M. Stéphane Seiller. Oui, pour les prestations en nature, mais cela ne lui ouvre pas droit aux indemnités journalières pour lesquelles il ne cotise pas.

Mme la rapporteure. Il ne cotise donc pas pour la partie indemnités journalières !

M. Stéphane Seiller. Enfin, les assurés qui bénéficient d'une pension d'invalidité, servie par le RSI, ne peuvent pas bénéficier concomitamment d'une indemnité journalière, même s'ils ont, dès lors qu'elle est possible et autorisée, une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant. Vous constatez que les règles sont différentes de celles du régime général. Elles résultent de l'économie générale de notre dispositif, qui est un dispositif spécifique défini par un texte réglementaire, un décret pris, selon les textes législatifs qui régissent le RSI, sur la base de propositions faites par les administrateurs élus qui siègent dans les instances nationales du régime.

S'agissant de notre réglementation, le RSI pratique un délai de carence de 3 jours en cas d'hospitalisation, ce qui est comparable à celui en vigueur dans le régime général. Mais, hors les cas d'hospitalisation, et ce sont les cas les plus fréquents, le RSI a instauré un délai de carence de 7 jours. Comme dans le régime général, la personne bénéficiaire d'une prescription d'arrêt de travail doit l'envoyer sous 48 heures pour pouvoir être indemnisée. Le RSI a mis en place un dispositif spécifique qui incite les artisans et commerçants à effectivement respecter ce délai de 48 heures : la réglementation prévoit que si l'envoi de la prescription d'arrêt de travail ne se fait pas sous 48 heures, l'indemnité journalière est réduite de 4 jours à compter de la date de réception de la prescription d'arrêt de travail. Si une personne l'envoie au bout de 3 ou 5 jours au lieu de l'envoyer sous 48 heures, l'indemnisation commencera de fait à partir de la douzième journée d'arrêt de travail. Cette règle contraignante est effectivement appliquée par nos organismes. On a, de ce fait, un nombre important de recours des assurés, pour des raisons qui souvent peuvent être justifiées, devant les commissions de recours amiable des caisses, sur cette question du respect du délai de 48 heures. Ce motif représente 58 % des recours gracieux dont les commissions de recours amiable sont saisies sur les IJ maladie.

Mme la rapporteure. Quand vous dites que l'indemnisation est réduite de 4 jours cela veut dire, que, hormis des cas d'hospitalisation, le délai de carence de 7 jours est porté à 11 jours ?

M. Stéphane Seiller. Exactement. L'indemnisation commencera au douzième jour.

Mme la rapporteure. Et si le non-respect du délai n'est pas de la faute de l'assuré ?

M. Stéphane Seiller. Alors la commission de recours amiable peut statuer en faveur de l'assuré s'il est de bonne foi ou s'il peut montrer qu'il était dans l'impossibilité matérielle d'envoyer sa prescription d'arrêt de travail.

Mme la rapporteure. Et cela concerne quelle proportion d'arrêts maladie ?

Mme Stéphanie Deschaume, directrice de cabinet. Pour un montant total de dépenses d'indemnités journalières qui est de 215 millions d'euros, tel que le directeur général l'a présenté, on refuse, pour des raisons de déclaration tardive, un montant de 14 millions d'euros.

Mme la rapporteure. Donc 5 % des arrêts de travail à peu près.

M. Stéphane Seiller. Ce sont 14 millions qui s'ajoutent aux 215 millions. Sachant que l'indemnité journalière moyenne s'élève à 28 et quelques euros, on peut assez facilement en déduire le nombre de journées qui ne sont pas remboursées.

Mme la rapporteure. Ce que vous économisez en fait.

M. Stéphane Seiller. On peut le présenter de cette manière. Mais, et c'est un aspect à souligner, le régime est géré par des représentants élus d'abord, historiquement, par les artisans, puis par les commerçants. Ils assurent clairement une gestion prudente de ce risque, soucieux qu'ils sont d'éviter dérives et abus. Des règles rigoureuses en termes de pénalités sont appliquées. La tutelle, par le biais de la mission nationale de contrôle qui est amenée à examiner l'ensemble des décisions des commissions de recours amiable, nous a rappelé il y a quelques années que nous devons effectivement les respecter.

Mme la rapporteure. Vous versez 28 euros par jour ? Ce qui ne correspond pas aux revenus des assurés ?

M. Stéphane Seiller. C'est une moyenne. Sur la durée d'indemnisation, les règles sont comparables à celles du régime général. Une personne, qui n'est pas en affection de longue durée (ALD), a droit à 360 jours d'arrêt sur une période de trois ans. Et, si elle est en ALD, sous réserve de l'avis du médecin conseil, qui est obligatoire, elle peut bénéficier d'une indemnisation au titre de l'arrêt de travail pendant trois ans. Le montant d'indemnisation est proportionnel au revenu qui sert au calcul de la cotisation. Le revenu de référence pris en compte au RSI est celui des trois dernières années. C'est une différence par rapport aux règles du régime général dont la période de référence, plus courte, est, je crois, de trois mois. Cela est justifié par le caractère plus irrégulier des revenus des travailleurs indépendants. Un minimum est fixé par la réglementation, en référence au plafond de la sécurité sociale. La valeur minimum actuelle est de 19,93 euros. Un montant maximum de 49,82 euros est également fixé en référence au plafond de la sécurité sociale. L'indemnité journalière se situe donc entre ces deux seuils. Pour l'année 2011, le montant moyen des indemnités journalières était de 28,72 euros, le montant variant en fonction des revenus que les assurés ont dégagés et déclarés durant la période de trois ans sur laquelle s'opère ce calcul.

Je vais maintenant présenter la dynamique des dépenses et ensuite je présenterai les différentes actions de gestion du risque ou de contrôle que nous mettons en œuvre.

Le premier aspect qu'il faut avoir en tête s'agissant du RSI est la très forte croissance de la population active couverte par le régime depuis notamment l'année 2009, année de mise en place du régime de l'auto-entrepreneur. Nous avons vu la population des cotisants augmenter de 13 % par an en moyenne sur cette période. Au sein de la sécurité sociale, le RSI est le régime qui se caractérise par une croissance démographique de sa population active extrêmement forte, puisqu'on atteint des croissances à deux chiffres depuis maintenant quatre ans. Et cela ne s'arrête pas puisque sur 2012, on constate que le statut d'auto-entrepreneur continue de progresser, alors qu'on avait pu penser, j'allais dire espérer un peu, puisqu'il faut le gérer avec des moyens constants, que ce rythme se ralentisse.

Mme la rapporteure. Les indemnités que vous versez sont-elles fiscalisées ?

M. Stéphane Seiller. Je n'ai pas vérifié ce point-là mais je pense qu'elles le sont puisqu'à ma connaissance c'est la règle générale applicable à toutes les IJ. Il y a deux ou trois ans, le Parlement avait précisé, en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, risque que je connais bien puisque j'ai, dans le passé, assuré la direction de cette branche au sein du régime général, établi un système spécifique de fiscalisation de ces indemnités journalières.

Mme la rapporteure. Je crois que c'était lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

M. Stéphane Seiller. Pour résumer, notre régime croît fortement et la population éligible aux indemnités journalières s'est élargie. Ceux qui peuvent, le cas échéant, s'ils ont un arrêt de travail, demander une indemnisation, forment une population de 1,743 million de personnes à la fin du mois de septembre 2012, dont 360 000 auto-entrepreneurs.

Mme la rapporteure. Ces derniers cotisent-ils ?

M. Stéphane Seiller. Non. C'est un point tout à fait spécifique sur lequel on reviendra. Je n'ai pas le chiffre exact en tête, mais plus de la moitié des auto-entrepreneurs ne déclare pas de chiffres d'affaires. Au bout de deux ans sans chiffre d'affaires, ils sont radiés. Mais, durant les deux premières années, une partie des 360 000 auto-entrepreneurs éligibles peut néanmoins bénéficier, au titre des règles actuelles sur lesquelles nous attendons une évolution réglementaire, de l'indemnisation minimale, dont je vous ai indiqué le montant tout à l'heure, de 19,93 euros.

Mme la rapporteure. Au sein de cette population très particulière, quelle est la proportion de personnes qui font appel à l'indemnisation ?

M. Stéphane Seiller. Elle n'est pas anormale.

Mme Stéphanie Deschaume. Les auto-entrepreneurs représentent 20 % de la population éligible mais 8 % de la dépense. On constate qu'ils n'atteignent pas le niveau des travailleurs indépendants classiques. En revanche, il y a un phénomène de montée en charge sur ce nouveau statut. C'est une dépense qui évolue beaucoup. Nous ignorons à terme où se situera le niveau normal de dépenses des auto-entrepreneurs.

M. Stéphane Seiller. Des études statistiques ont été réalisées. Puisque l'on dispose maintenant d'un peu de recul sur cette population, il est possible de faire des analyses de « consommation » de soins ou d'indemnités journalières. On constate, après avoir mis en œuvre différentes précautions statistiques pour essayer de comparer des choses comparables, que la population est légèrement moins consommatrice de prestations en nature et

d'indemnités journalières que la population active des travailleurs indépendants classiques. Une des raisons réside dans le fait que le travailleur indépendant sous statut d'auto-entrepreneur est plus jeune et plus actif et les actifs sont généralement en meilleure santé que les personnes plus âgées et non actives. Comme, par ailleurs, ces personnes ont acquis ce statut récemment pour créer une activité, il y a une forme de sélection. Si elles se lancent dans une création d'entreprise, elles sont probablement dans une situation de santé qui fait qu'elles consomment moins de soins et elles sont moins arrêtées. C'est, je pense, un point important. En revanche, il est vrai qu'une personne dont l'arrêt de travail est parfaitement justifié médicalement, peut, sans cotiser, bénéficier d'une indemnisation qui est modeste, à la différence du travailleur indépendant.

Mme la rapporteure. On peut même dire sans revenu.

M. Stéphane Seiller. Oui, sans chiffre d'affaires donc sans revenu. La proportion des auto-entrepreneurs sans chiffre d'affaires est supérieure à 50 %. Je n'ai pas le chiffre précis mais on doit approcher les 60 %. Au bout de deux ans, depuis 2011 – puisque le statut a été créé en 2009, et je n'évoque ni les difficultés techniques que nous avons à gérer, avec nos collègues de la branche du recouvrement, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), la réglementation spécifique à ce statut, ni toutes les difficultés que nous devons aussi gérer avec l'interlocuteur social unique, sujet dont vous avez nécessairement entendu parler – nous radions, trimestre par trimestre, les personnes qui n'ont pas déclaré de chiffre d'affaires.

Je pense que c'était important de rappeler ces éléments de croissance du régime, tiré par les auto-entrepreneurs, qui ne se caractérisent pas par une « consommation » atypique. Il n'y a pas d'abus particulier que nous aurions relevé. Mais il existe un effet volume, lié à l'afflux de ces nouveaux actifs indemnisables, qui explique la progression des dépenses, qui est significative sans être très accusée. En valeur absolue sur 2011, nous avons indemnisé pour un montant de 215 millions d'euros un peu plus de 400 000 arrêts de travail prescrits pour 130 000 assurés. Évidemment, un même assuré peut voir son arrêt prolongé. Cela représente 10,5 millions de journées prescrites. Nous en indemnisons 7,5 millions. Cette dépense de 215 millions d'euros est dynamique. Elle a progressé de 1,9 % en 2011 par rapport à 2010, année qui avait elle-même connu une progression de 0,9 % des dépenses par rapport à 2009.

Mme la rapporteure. Quelles recettes vous apportent les cotisations ?

M. Stéphane Seiller. Les cotisations représentent 0,7 % de la masse des revenus. Le régime est globalement équilibré, ce qui est sa règle de gestion.

Mme Stéphanie Deschaume. Nous sommes aujourd'hui très légèrement déficitaires de 1 million d'euros.

M. Stéphane Seiller. Cela dépend, en effet, des années. La durée moyenne des arrêts indemnisés est de 72 jours.

Mme Stéphanie Deschaume, directrice de cabinet. Nos délais de carence étant plus longs que ceux du régime général, nous comptabilisons proportionnellement davantage d'arrêts longs, ce qui explique cette durée moyenne relativement longue. En tout état de cause, la comparaison ne peut pas être faite directement entre le RSI et le régime général.

M. Stéphane Seiller. Ce sont les arrêts indemnisés. Les arrêts prescrits sont plus importants mais le régime n'en indemnise qu'une partie. La dépense a augmenté en 2011 par

rapport à 2010 de 1,9 % en valeur. Cette évolution est la somme de deux évolutions différentes : d'une part, une décélération des arrêts de travail pour les personnes qui sont en ALD, soit une progression limitée à 1,9 %, et, d'autre part, une augmentation très forte des arrêts pour le reste de la population, qui atteint 8,8 % et qui est principalement justifiée par l'arrivée de ces nouveaux assurés que sont les auto-entrepreneurs. Ces derniers bénéficient plutôt d'arrêts de travail de courte durée et ne souffrent pas de pathologies justifiant une prise en charge au titre des ALD. L'effet volume lié à l'arrivée de ces nouveaux « consommateurs » est massif. Les 1,9 % de croissance globale en valeur s'expliquent par 5 points d'effet volume sur les arrêts hors ALD des auto-entrepreneurs et une consommation par personne qui a plutôt tendance à diminuer. La dynamique de dépenses est donc liée à l'extension du RSI qui est un régime qui couvre de plus en plus d'actifs. Logiquement, sans que la dépense par personne augmente – elle a plutôt tendance d'ailleurs à diminuer légèrement, de l'ordre de moins 3 % en 2011 par rapport à 2010 –, on constate un effet volume qui tire la dépense du régime vers le haut mais globalement le rythme de progression n'est pas affolant.

Mme la rapporteure. Les cotisations et prestations retraite des auto-entrepreneurs relèvent-elles de votre régime ? Cotisent-ils de la même manière que les autres assurés ?

M. Stéphane Seiller. Ils cotisent selon des règles spécifiques, avec un seuil de chiffre d'affaires, ce qui a effectivement pour conséquence que la majorité des auto-entrepreneurs ne cotise pas.

Mme la rapporteure. Ont-ils des droits ?

M. Stéphane Seiller. La personne bénéficiera de droits sans forcément cotiser, dès lors que l'équivalent du chiffre d'affaires de son activité, transformé en revenu et converti en heures de SMIC, est supérieur à 200 heures. Ce droit est pris en charge par l'État au titre de la compensation d'une exonération de cotisation.

Mme la rapporteure. C'est l'État qui paye la cotisation ?

M. Stéphane Seiller. Dès que la personne a une activité qui représente 1 844 euros, soit 200 heures de SMIC par an, l'État vient compenser l'absence de cotisation jusqu'au seuil d'exonération. Le droit s'ouvre par cette compensation.

Mme Stéphanie Deschaume. Pour le dire autrement, le taux de cotisation étant moins bas pour un auto-entrepreneur, l'État vient compenser le différentiel attendu financièrement par le régime pour les revenus de 1 844 euros et plus, soit l'équivalent de 200 heures de SMIC.

M. Stéphane Seiller. Si l'on revient aux arrêts de travail, et c'est une donnée que l'on retrouve également au sein du régime général. La masse des dépenses provient des arrêts longs. J'ignore si les 45 jours d'arrêts en nombre de jours décomptés désignent les arrêts prescrits ou indemnisés. Réserve faite de cette petite incertitude qui n'est pas négligeable, puisque l'on commence à indemniser au septième jour, on constate que 58 % des personnes arrêtées ont un arrêt de moins de 45 jours mais que cela ne représente que 13 % des indemnités journalières que nous versons. En revanche, 20 % des assurés arrêtés sont arrêtés au-delà de 120 jours d'arrêts, mais cela représente 65 % des indemnités journalières versées. Les ordres de grandeur sont à peu près les mêmes au sein du régime général d'assurance maladie ou des AT-MP. C'est la règle des 80/20. La masse des arrêts est donc constituée d'arrêts courts, tandis que la masse des dépenses est faite d'arrêts longs.

C'est ce qui justifie que nous orientons les contrôles d'arrêts de travail et notamment l'activité du service médical sur les arrêts longs, sans négliger néanmoins les arrêts courts.

Je vais à présent vous expliquer comment l'on passe de 10,5 millions de journées d'arrêt de travail prescrites et pour lesquelles il est demandé une liquidation des indemnités journalières à 7,5 millions de journées effectivement indemnisées par nos caisses.

Il y a, dans un premier temps, les contrôles effectués par nos systèmes informatiques. Ceux-ci vérifient les périodes d'ouverture des droits. Il faut, par exemple, avoir été affilié au moins un an au RSI. Il est également fait application de la règle qui limite la durée d'indemnisation à 360 jours sur une période de trois ans, pour les arrêts sans lien avec une affection ou des soins de longue durée. Ce premier contrôle élimine 460 000 journées de travail, soit une économie de 13,9 millions d'euros de dépense. Il y a ensuite une intervention systématique du service médical. Son activité de contrôle conduit à refuser 430 000 journées supplémentaires, ce qui correspond approximativement à 13 millions d'euros d'économies.

Il existe enfin, et c'est la part principale, d'autres contrôles, de type administratif. Ces contrôles vont faire disparaître 2,1 millions de journées, par application du délai de carence, soit 7 jours non indemnisés (sauf en cas d'hospitalisation où le délai est ramené à 3 jours), auxquels il faut ajouter, le cas échéant, 4 jours supplémentaires en cas de déclaration tardive. On vérifie par ailleurs que la personne est à jour de ses cotisations pour chaque prescription d'arrêt de travail. Ces contrôles sont effectués par nos caisses et par les organismes qui gèrent les prestations pour le compte du RSI. Notre régime connaît en effet un dispositif spécifique en ce qui concerne la maladie. Il est le seul, à ma connaissance, qui délègue la gestion du versement des prestations en nature et en espèces à des organismes conventionnés, mutuelles ou groupements d'assurance, pour le risque de base.

L'ensemble de ces contrôles amène à ce que nous ne prenions en charge que 7,5 millions de journées, pour une dépense qui est de 215 millions d'euros. Ce chiffre progresse entre 1 % et 2 % chaque année. Cette évolution s'explique là aussi surtout par un effet volume, dû essentiellement à l'arrivée des auto-entrepreneurs dans le régime.

Mme la rapporteure. Avez-vous beaucoup de retards de cotisations ? J'ai moi-même reçu dans ma permanence parlementaire beaucoup de dossiers concernant des retards dans le versement de l'allocation supplémentaire d'invalidité.

M. Stéphane Seiller. Sur ce sujet, nous avons rencontré deux types de difficultés. Tout d'abord, il est arrivé que, alors même que la personne avait bien payé ses cotisations, nous n'ayons pas d'état du compte à jour montrant que la personne avait droit à ses indemnités journalières.

En deuxième lieu, nous éprouvons encore des difficultés à rapatrier dans nos systèmes les données des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) démontrant qu'une personne a cotisé. Nous sommes contraints à une gestion quasi manuelle.

Mme la rapporteure. Combien d'agents sont-ils mobilisés pour ce faire ?

M. Stéphane Seiller. Je ne dispose pas du nombre exact mais il est de toute façon excessif. En principe, cette tâche devrait être effectuée de manière automatique par les organismes conventionnés mais, en pratique, nous sommes obligés de mobiliser des agents de nos caisses régionales, et plus précisément au moins 1 équivalent temps plein par caisse,

pour aller vérifier, par un accès au système informatique des URSSAF, le SNV2, que la personne est bien à jour de ses cotisations.

Mme la rapporteure. Combien avez-vous de caisses exactement au total ?

M. Stéphane Seiller. Nous avons au total 30 caisses mais 2 d'entre elles sont dévolues aux professions libérales, lesquelles, je le rappelle, ne bénéficient pas des indemnités journalières.

Mme la rapporteure. Il y a donc un mauvais fonctionnement informatique.

M. Stéphane Seiller. Nous nous heurtons en effet à une désynchronisation des systèmes qui a été analysée par de nombreux rapports. Le dernier en date est celui de la Cour des comptes, annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Les contrôles que je viens d'évoquer sont des contrôles *a priori* qui vont déterminer si l'on verse ou non une indemnité journalière. Le contrôle *a posteriori*, quant à lui, se décompose en un volet administratif et un volet médical. Les contrôles administratifs ont notamment pour but de vérifier que la personne ne perçoit pas d'autres sources de revenus, ce qui ne la rendrait pas éligible aux indemnités journalières. Nous vérifions aussi que la personne en arrêt de travail n'est pas en train de travailler sur un chantier, dans son magasin ou dans son restaurant. Nous notifions à ce titre des indus non négligeables, auxquels s'ajoutent les sanctions administratives prévues par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, lesquelles ne sont pas non plus négligeables. Une proportion importante des gens que nous contrôlons est sanctionnée. Cela représente entre 10 et 15 % des contrôles que nous opérons. La courbe est croissante. Le montant des pénalités notifiées, en particulier, continue de croître.

Pour ce qui regarde les contrôles médicaux, je laisse la parole au docteur Pascal Perrot.

Dr Pascal Perrot, médecin conseil national. Les contrôles médicaux peuvent porter d'abord sur les arrêts de longue durée. Notre dispositif en la matière est en place depuis 2002. L'objectif est notamment la reprise du travail et la prévention de la désinsertion socio-professionnelle et, le cas échéant, l'orientation vers une prestation d'invalidité. Nous voyons les gens au bout de 120 jours, de 12 mois et de 24 mois.

En ce qui concerne les arrêts de courte durée, nous nous distinguons un peu du régime général. Nous avons contrôlé, en 2004 et 2005, les arrêts répétitifs ou de prescripteurs multiples. Sur la période 2006-2009, nous avons effectué un contrôle sur les arrêts de travail jusqu'à 45 jours des personnes âgées de 59 à 65 ans. Pour 2010-2011, nous avons vérifié les arrêts liés aux lombalgies communes, mais cela ne s'est pas révélé très concluant. En 2012, nous avons opté pour un contrôle à 30 jours des situations susceptibles de s'inscrire davantage dans un contexte social que médical. Nous nous sommes penchés sur les assurés radiés en maintien de droits, les auto-entrepreneurs et les bénéficiaires du cumul emploi-retraite. En ce qui concerne les auto-entrepreneurs, nous avons assez peu d'arrêts de travail à 30 jours, et ils sont plutôt justifiés.

Je signalerai par ailleurs une nouveauté survenue en 2012, consistant en l'intégration des référentiels de la Haute Autorité de santé relatifs aux durées indicatives d'arrêt. Ce sont des repères indicatifs qui ont également été déployés dans le régime général.

En termes de résultats, pour l'année 2011, plus de 12 % des assurés en arrêt de travail sont convoqués à la caisse régionale. Cela représente une part importante du travail des médecins conseils au quotidien. Sur ces 12 % qui sont convoqués, 54 % sont en arrêt de longue durée. Sur ces arrêts de longue durée, un avis défavorable est donné pour 15 % des assurés. Pour 8 % des assurés, l'arrêt de travail se termine normalement mais il n'est pas prolongé. 6 % des assurés sont basculés vers le dispositif d'invalidité.

Mme la rapporteure. Quelle proportion les arrêts de travail représentent-ils par rapport aux personnes en activité ?

M. Stéphane Seiller. 1,7 million de personnes sont éligibles pour une population qui perçoit des indemnités d'environ 100 000 personnes par an. Cela représente 7,5 % en termes de personnes et 5,9 % en termes de dépense.

Mme la rapporteure. Il s'agit en tout cas d'une population qui évite le plus possible les arrêts de travail, sous peine de voir leur affaire ne plus tourner. Combien de contrôles effectuez-vous chaque année ?

M. Stéphane Seiller. Nous effectuons 14 000 contrôles par an pour une centaine de médecins conseils dont ce n'est pas au demeurant la seule activité.

Mme la rapporteure. Quelles relations y a-t-il entre les médecins conseils du RSI et les médecins traitants ?

Dr Pascal Perrot. Leur activité n'est pas strictement superposable. La moitié de l'activité des médecins conseils est réservée à ce qu'on appelle les avis individuels. Cela étant dit, il y a beaucoup d'échanges avec les médecins traitants concernant les arrêts de travail. Tel est en tout cas le sens des remontées qui me parviennent du réseau. Il y a également beaucoup d'échanges concernant les protocoles de soins. Globalement, il y a très peu de contestations.

M. Stéphane Seiller. Je précise que le docteur Perrot n'a rejoint le RSI qu'il y a un an environ. Il était auparavant médecin conseil régional au sein du régime général.

Il me semble que nous avons largement détaillé ce risque. Je souhaite maintenant en venir à certains points qui mériteraient, selon nous, des évolutions.

Tout d'abord, je rappelle que des personnes peuvent, alors qu'elles ne cotisent pas, bénéficier d'une indemnité journalière minimale d'un montant d'environ 20 euros. Il s'agit principalement des auto-entrepreneurs. Le Gouvernement précédent avait préparé, à la demande des élus du régime, la rédaction d'un décret pour traiter cette question. Ce texte n'a toutefois pas pu être signé avant le changement de majorité. Ce projet de décret est aujourd'hui en suspens. Le ministère, que nous avons contacté, nous a indiqué que ce projet serait pris en compte à l'issue des travaux de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales sur le statut d'auto-entrepreneur.

Mme la rapporteure. Quel était le contenu de ce projet de décret ?

M. Stéphane Seiller. Il avait pour objet de rendre proportionnelle l'indemnité journalière aux revenus sur lesquels la personne a cotisé.

Mme la rapporteure. Dans cette hypothèse, si l'on ne gagne rien, on ne bénéficie pas d'indemnités journalières.

Mme Stéphanie Deschaume. Le système envisagé par le décret est fondé sur une notion de proportionnalité en fonction du revenu ainsi que sur une assiette de cotisations. Les travailleurs indépendants classiques cotisent à un niveau minimal correspondant à une indemnité journalière de 19 euros. L'auto-entrepreneur cotise, quant à lui, sur son chiffre d'affaires. Si le chiffre d'affaires est égal à zéro, il n'y a ni cotisations ni, par conséquent, de versement d'indemnités journalières.

M. Stéphane Seiller. Tel était en tout cas le sens du projet soumis à l'avis du conseil d'administration de la caisse nationale avant l'été.

Par ailleurs, dans le prolongement d'une saisine de la Commission européenne répercutée par l'État, nous avons réfléchi aux moyens de permettre aux conjoints collaborateurs, qui sont essentiellement des femmes, de bénéficier des indemnités journalières, sous réserve bien entendu de cotiser. Cette prestation n'est aujourd'hui pas ouverte au RSI. Sont ici en jeu les principes de parité entre hommes et femmes et d'égalité de traitement. Les administrateurs ont proposé à nos deux instances, celle des commerçants et celle des artisans, un système financé permettant au conjoint collaborateur, sur la base d'une cotisation minimale d'une centaine d'euros par an, de percevoir une indemnité journalière minimale d'une vingtaine d'euros. Pour les indemnités journalières maladie, nous proposons d'aller vers un système simple. Nous pensons que nous ne prenons pas de risque particulier à ouvrir ce droit. Sa mise en œuvre effective nécessite la publication d'un décret.

Nous avons également l'intention de développer ce qui a été mis en place au sein du régime général dans un premier temps par la branche accidents du travail, puis par la branche maladie, c'est-à-dire des actions pour remédier au problème tenant à la spirale négative dans laquelle certaines personnes en arrêt de travail peuvent entrer. Ces personnes, notamment lorsqu'elles sont en arrêt de longue durée, peuvent pâtir de l'éloignement du travail et de la solitude. Plus leur arrêt de travail se prolonge, plus leur situation psychologique se détériore, et plus ensuite la reprise du travail est incertaine et difficile. En l'état actuel de la réglementation, la personne doit rester chez elle, en convalescence et n'a pas le droit d'exercer une autre activité. Cette obligation fait même l'objet de contrôles. Or, on peut penser que, dans un certain nombre de cas, il serait dans l'intérêt de la personne de se remettre progressivement dans une perspective de retour au travail.

Mme la rapporteure. Il y a quand même le principe du mi-temps thérapeutique qui existe déjà.

M. Stéphane Seiller. Dans le cas que vous évoquez, l'arrêt est terminé et il s'agit d'une modalité de reprise du travail. Je vise quant à moi une personne qui ne peut pas physiquement reprendre son travail. Certaines personnes subissent des accidents lourds et ne peuvent parfois plus exercer le même travail qu'auparavant. Ce que nous souhaitons, c'est que la personne soit accompagnée, qu'elle puisse sortir de chez elle afin, par exemple, d'effectuer un stage en entreprise. La législation applicable au régime général a d'ailleurs évolué sur ce point, en 2010 et en 2011, puisqu'elle permet désormais l'accomplissement d'actions de remobilisation pendant le temps de l'arrêt de travail. En revanche, dans le RSI, dans le cadre du décret en vigueur, l'exercice de toute autre activité demeure pour l'instant interdit. Nous allons proposer une évolution des règles comparable à celle qu'a connue le régime général.

Enfin, mon dernier point concerne une règle particulièrement contraignante et stricte que nous devons appliquer. Cette règle exige que, pour pouvoir bénéficier d'une prestation, la personne soit à jour de ses cotisations au moment de l'arrêt de travail. Cette exigence devrait, à notre sens, être assouplie. On pourrait, à titre d'exemple, s'assurer

seulement au début de l'arrêt de travail que la personne est à jour de ses cotisations, mais non à chaque renouvellement. Cela étant dit, il faudra convaincre de l'opportunité de ce changement nos administrateurs, qui sont particulièrement soucieux de la bonne gestion de notre régime.

Mme la rapporteure. Mon ultime question consistera à vous demander si vous avez observé des différences géographiques du point de vue des indemnités journalières. Y a-t-il des départements qui en consomment plus que d'autres ? Dans le régime général, c'est le cas.

M. Stéphane Seiller. C'est probable. Au sein du RSI, cela doit s'expliquer d'abord par la nature des activités exercées, même s'il peut aussi y avoir peut-être des différences plus socio-culturelles.

*

AUDITIONS DU 6 DÉCEMBRE 2012

Audition de M. Georges Tissé, directeur des affaires sociales de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises, de Mme Valérie Corman, directrice de la protection sociale au Mouvement des entreprises de France, et de M. Pierre Burban, secrétaire général de l'Union professionnelle artisanale.

M. le coprésident Pierre Morange. Madame, messieurs, soyez les bienvenus.

La Cour des comptes, dans une communication commandée sous la précédente législature et remise à la MECSS en juillet 2012, a analysé le système des indemnités journalières, dont la prise en charge, tant au titre des arrêts maladie que des accidents du travail, avoisine les 10 milliards d'euros. Ces dépenses considérables se caractérisent de surcroît par leur dynamisme, puisqu'elles ont augmenté de près de 47 % entre 2000 et 2010.

La dématérialisation des informations peut contribuer à rationaliser une organisation qualifiée de « complexe » par la Cour des comptes, qui pointe également l'hétérogénéité des statuts et des situations territoriales.

La communication évoque par ailleurs des zones d'ombre sur le financement des indemnités journalières complémentaires versées par les entreprises. Les représentants des employeurs que vous êtes sont-ils en mesure de nous fournir des données, même sommaires, en ce domaine ? Les intervenants que nous avons auditionnés jusqu'à présent n'ont pas été en mesure de nous communiquer de chiffres.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. L'analyse de la part des indemnités journalières complémentaires versée par les employeurs est en effet essentielle à la compréhension du système des indemnités journalières, sur lequel la MECSS a demandé une communication à la Cour des comptes à la suite de l'instauration controversée de la journée de carence dans la fonction publique dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012. Le sujet, en effet, est encore mal cerné : en plus d'une dépense dynamique, on constate des disparités entre les territoires et les prescriptions.

Des propositions seront donc formulées dans le rapport de la mission, en particulier sur l'égalité de traitement de cette prestation, nombre de travailleurs étant encore exclus du droit aux indemnités journalières.

Mme Valérie Corman, directrice de la protection sociale au Mouvement des entreprises de France (MEDEF). Les arrêts de travail revêtent une importance particulière pour les employeurs au regard non seulement du financement de l'assurance maladie et de la part complémentaire des indemnités journalières, mais aussi de leurs incidences pour l'organisation du travail au sein de l'entreprise.

Nous partageons une grande partie des analyses de la communication que vous nous avez transmise, même si quelques préoccupations demeurent. La réglementation est effectivement d'une grande complexité : toute simplification serait appréciée, pour peu qu'elle ne se fasse pas au seul profit des caisses d'assurance maladie et au détriment des entreprises, avec une complexité accrue pour elles, voire une augmentation de leurs charges. De fait, on constate une tentation rampante, de la part de l'assurance maladie, d'accroître la part complémentaire des indemnités journalières assumée par les entreprises.

Celles-ci sont disposées à assumer la part qui leur revient dans la simplification, notamment à travers la dématérialisation des données et l'injection automatique des attestations de salaire, laquelle, avec un taux de transmission de 67 % à l'assurance maladie, a même dépassé les objectifs fixés dans la convention d'objectifs et de gestion (COG). Quant à la subrogation, elle représente une simplification pour les caisses, qui l'encouragent fortement, mais reste difficile à mettre en œuvre pour les entreprises, en particulier les petites et moyennes entreprises (PME) et les très petites entreprises (TPE). Elle peut s'inscrire dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN), mais doit à notre sens rester facultative.

Le MEDEF accompagne les entreprises qui s'engagent dans la première phase de la DSN : il y est donc favorable, mais à condition, là encore, qu'elle se traduise par une simplification pour les entreprises.

En plafonnant à 1,8 SMIC l'assiette de calcul des indemnités journalières, le décret du 26 décembre 2011 a représenté un désengagement de la sécurité sociale, qui sera compensé par une augmentation de l'indemnisation complémentaire à la charge de l'employeur.

En tout état de cause, nous ne disposons pas de données chiffrées sur les dépenses afférentes au financement des indemnités complémentaires que nous versons.

M. le coprésident Pierre Morange. Avez-vous l'intention de recueillir ces informations ?

Mme Valérie Corman. Je ne suis pas sûre que nous en ayons les moyens ; mais je m'engage à vous communiquer celles que nous aurions pu obtenir *via* la mise en œuvre de la DSN, même s'il nous est déjà difficile d'évaluer l'engagement des entreprises, qui relève souvent d'accords collectifs.

Notre second axe principal de réflexion concerne l'harmonisation et la régulation des pratiques médicales. Nous avons constaté, depuis longtemps, pour la durée des arrêts liés à une même pathologie, des disparités d'une région ou d'un praticien à l'autre. Les travaux de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) le confirment aujourd'hui, en évoquant par exemple les opérations du canal carpien. La diffusion de bonnes pratiques est donc nécessaire, et le rôle de la Haute Autorité de santé doit être accru en ce domaine.

S'agissant des contrôles, la Cour des comptes recommande des efforts accrus de la part des caisses dans la prochaine COG. Le MEDEF y est bien entendu favorable, de même qu'à la prise en compte, par voie conventionnelle, des arrêts de travail dans les modes de rémunération des médecins. La question des arrêts de travail, au demeurant, se pose aussi pour les médecins hospitaliers, dont les pratiques en la matière manquent de transparence.

Mme la rapporteure. Qu'en est-il des contrôles demandés par les entreprises ?

Mme Valérie Corman. Vaste sujet ! Leur efficacité est très limitée, car ils permettent la suspension du versement de l'indemnité complémentaire par l'entreprise, mais non celle du versement de l'indemnité journalière par l'assurance maladie ; pourtant, entreprises et assurance maladie ont un même intérêt à empêcher les abus. L'avis, même lorsqu'il se résume à un constat d'absence du salarié à son domicile, n'est pour ainsi dire jamais transmis dans les 48 heures au service du contrôle médical, et, quand il l'est, il n'est suivi d'aucun effet. Un ajustement réglementaire nous semble donc nécessaire, au moins pour les constats d'absence, puisqu'ils ne contiennent aucune information médicale.

Mme la rapporteure. L'entreprise dispose tout de même de la possibilité de suspendre le versement de l'indemnité complémentaire. Avant d'en appeler à une évolution, qui au demeurant peut être nécessaire, n'auriez-vous pas intérêt à mieux évaluer le dispositif, son utilisation par les entreprises et les possibilités qu'il vous offre ?

Mme Valérie Corman. De fait, peu d'entreprises y recourent.

Mme la rapporteure. Parce qu'elles le connaissent mal ?

Mme Valérie Corman. La publicité dont il fait l'objet est sans doute insuffisante, même si nous rappelons son existence aux entreprises. Celles-ci sont réticentes à faire contrôler leurs salariés, d'autant qu'elles endossent ce faisant le mauvais rôle, puisque les contrôles restent sans effet auprès de l'assurance maladie.

M. le coprésident Pierre Morange. Certes, mais les entreprises mandatent des praticiens pour réaliser ces contrôles. Le dispositif ayant un coût, il serait justifié que vous l'évaluiez, notamment au regard de ce qu'il peut rapporter : quelle est sa pertinence ? A-t-il un effet dissuasif ?

Mme Valérie Corman. Les représentants des entreprises concernées pourront sans doute vous fournir des données chiffrées ; les nôtres restent qualitatives, et témoignent d'une déception par rapport à ce dispositif.

Mme la rapporteure. Pourriez-vous nous en dire plus sur les motifs de cette déception ?

Mme Valérie Corman. Les contrôles sont efficaces pour la suspension de l'indemnité complémentaire, mais les indemnités journalières, elles, continuent d'être versées. Nous regrettons que l'initiative des entreprises, qui n'est pas facile du point de vue social, ne soit pas mieux relayée au niveau des organismes de sécurité sociale.

La maîtrise médicalisée en entreprise, conduite sous l'égide de la CNAMTS, permet le suivi des indemnités journalières au sein des entreprises. Dans le même esprit la CNAMTS, dans un rapport sur les charges et produits, avait proposé de lier la tarification applicable aux entreprises au nombre d'arrêts maladie. Nous sommes très réservés sur cette mesure : si un tel lien se justifie pour les arrêts consécutifs à des accidents du travail ou des maladies professionnelles, la responsabilité de l'entreprise ne saurait s'étendre aux arrêts maladie sans lien avec l'environnement professionnel. Celui-ci, d'ailleurs, n'est pas forcément en cause dans les différences constatées, s'agissant du nombre d'arrêts de travail, d'un secteur ou d'un territoire à l'autre.

Mme la rapporteure. La question se pose en effet de savoir si les conditions de travail peuvent favoriser l'apparition de certaines pathologies.

Mme Valérie Corman. Je ne nie pas l'intérêt de la question ; mais le risque, à notre sens, réside dans la systématisation de ce lien. Les épidémies de grippe, par exemple, n'ont aucun rapport avec la nature de l'activité professionnelle. Nous sommes favorables aux expérimentations de maîtrise médicalisée en entreprise, mais sur la base du volontariat et d'une concertation entre la caisse primaire et les entreprises.

Mme la rapporteure. Il serait intéressant, pour une organisation comme la vôtre, de mieux cerner l'impact des conditions de travail.

Mme Valérie Corman. Nous ne sommes pas opposés à l'expérimentation volontaire.

Mme la rapporteure. Comment se traduit-elle concrètement ?

Mme Valérie Corman. Nous n'avons pas suffisamment de remontées, à ce stade, pour en tirer des conclusions.

M. Georges Tissié, directeur des affaires sociales de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME). Je souscris à l'essentiel des propos de madame Valérie Corman.

Sur les dépenses résultant des indemnités journalières, nous avons pu constater un ralentissement en 2011, et une baisse de 0,4 % au cours des cinq premiers mois de 2012 – ramenée à - 0,2 % selon les derniers chiffres de la CNAMTS. Il convient donc de relativiser certains articles parus dans la presse : la baisse, si elle se confirme, restera très limitée.

Depuis une quinzaine d'années, tout plan d'économies, dans le domaine de l'assurance maladie, entraîne une diminution des dépenses relatives aux indemnités journalières pendant un ou deux ans, puis, inévitablement, ces dépenses repartent à la hausse. La répétition de ce phénomène, qui s'apparente au mythe de Sisyphe, provoque l'ire ou la lassitude de nos ressortissants, comme il devrait les provoquer chez tous les responsables. Pour paraphraser Shakespeare, il y a quelque chose de pourri au royaume du Danemark : les mauvaises habitudes, d'abord contrariées par la peur du gendarme, reprennent de plus belle jusqu'au plan d'économies suivant. Ces évolutions irrégulières ne sont pas acceptables.

Par ailleurs, selon certaines études, le nombre d'arrêts maladie varie du simple au double d'un département à l'autre. Les causes peuvent être diverses, de l'intensité des contrôles aux pratiques de prescription, en passant par les malades eux-mêmes – pour un quart seulement du phénomène. De telles différences ne sont pas acceptables non plus pour nos ressortissants ; elles pourraient même conduire à s'interroger, si l'on voulait utiliser de grands mots, sur l'unité de la République.

Les rapports de la Cour des comptes contiennent beaucoup d'observations pertinentes et, parfois, quelques inexactitudes. En l'occurrence, nous partageons l'essentiel de ses recommandations sur les indemnités journalières, en particulier celle qui invite à « généraliser » et à « amplifier les actions de responsabilisation du corps médical, notamment en intégrant dans la rémunération à la performance des médecins libéraux un objectif de respect du référentiel de prescription et en mettant sous contrainte de régulation les médecins hospitaliers, en particulier les gros prescripteurs ». Cette mesure nous semble logique et faisable, avec un peu de volonté.

En résumé, il convient, ici comme ailleurs, de définir une politique globale et de s'y tenir, d'autant qu'il existe des solutions claires. Si l'on a, en France, le goût et l'art de la théorie, le passage à la pratique est parfois difficile, y compris dans des domaines tels que celui-ci. Avant la réforme de la CNAMTS en 2004, M. Frédéric Van Rookeghem, alors directeur de cabinet du ministre de la santé, nous avait affirmé que le contrôle général, au niveau de la CNAMTS, était source de difficultés. Devenu directeur général de cet établissement, nous saluons sans réserve son action, mais force est de constater que le responsable du contrôle général est demeuré à son poste pendant des années, et que le contrôle n'a pas été privilégié, compte tenu de l'urgence accordée à d'autres sujets. Il est temps de l'ériger de nouveau en priorité, car l'oubli empêche l'action.

M. le coprésident Pierre Morange. Les politiques de rigueur budgétaire, disait le regretté président Philippe Séguin, ressemblent aux régimes alimentaires : dès qu'on relâche l'effort, les graisses s'accumulent. (*Sourires.*)

M. Pierre Burban, secrétaire général de l'Union professionnelle artisanale (UPA). Je partage les analyses de madame Valérie Corman et de monsieur Georges Tissié, même si je veux insister sur les progrès réalisés en matière de contrôle. Des améliorations restent sans doute à réaliser, mais les partenaires sociaux abordent désormais la fraude aux prestations – et non plus seulement aux cotisations – avec moins de réticences que par le passé.

M. le coprésident Pierre Morange. Sous la précédente législature, la MECSS a formulé, à l'unanimité de ses membres, des préconisations qui ont permis ces progrès, qu'il s'agisse d'ailleurs des cotisations ou des prestations, les premières représentant les trois quarts des fraudes et les secondes seulement un quart, sur un total de quelque 20 milliards d'euros. De surcroît, ces fraudes sont étroitement liées à la fraude fiscale.

Mme la rapporteure. S'agissant des indemnités journalières, les pratiques relèvent moins de la fraude que de l'abus.

M. Pierre Burban. J'évoquais des « fraudes », mais il s'agit plutôt d'abus, en effet.

Il n'en est pas moins vrai que, comme l'a noté monsieur Georges Tissié, sans une volonté réaffirmée, l'effort se relâche et les dérives reprennent. La communication doit être améliorée, et de façon constante – puisqu'un premier effort avait été engagé il y a quelques années. Sur ces questions, une réorganisation interne de la CNAMTS nous semble également nécessaire.

Le budget de la protection sociale doit financer en priorité le versement des prestations plutôt que le fonctionnement des organismes. Le contrôle pourrait être l'occasion de redéployer les moyens de ces organismes, afin de mieux les ajuster aux objectifs, notamment au regard des différents métiers.

M. le coprésident Pierre Morange. La CGPME et l'UPA ont-elles fait une estimation des sommes versées par les entreprises au titre de la part complémentaire des indemnités journalières ?

M. Georges Tissié. Non.

M. Pierre Burban. L'UPA ne dispose pas non plus de cette estimation.

Mme Valérie Corman. Il ne nous est pas possible de faire remonter des statistiques précises en ce domaine, qui ne correspondent pas à notre mission.

M. le coprésident Pierre Morange. J'entends bien, mais l'importance de la couverture complémentaire aurait pu susciter, de votre part, la nécessité de la chiffrer. Cela permettrait aussi de mesurer l'éventuelle influence du système sur l'absentéisme au travail ; l'instauration des jours de carence s'inscrit d'ailleurs dans cette philosophie. Les organisations d'employeurs auraient un avantage bien compris à mener de telles études.

Mme Valérie Corman. Les caisses primaires d'assurance maladie peuvent procéder à des contrôles pour les fonctionnaires.

Malgré nos demandes, la CNAMTS ne nous a fourni aucun élément d'appréciation sur l'expérience en cours : peut-être faudrait-il interroger M. Frédéric Van Roekeghem sur ce point.

M. le coprésident Pierre Morange. L'expérimentation ayant été lancée en 2010 – soit avec 18 mois de retard pour la fonction publique d'État, et plus encore pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière, où elle vient seulement de débiter –, nous disposons de quelques éléments ; mais il convient de la prolonger pendant deux ans pour compléter l'évaluation et y intégrer, notamment, l'impact de l'instauration de la journée de carence dans la fonction publique.

M. Georges Tissié. Nos ressortissants ne comprennent pas qu'il y ait de telles variations, en matière de contrôle, d'un département à l'autre, alors même que ces départements ne sont pas forcément très différents. Nous n'avons jamais obtenu de réponse à cette question, qui pourrait être réglée assez rapidement. Un récent article de presse indiquait par exemple que les arrêts de travail sont contrôlés à hauteur de 10 % dans la Mayenne, contre 17 % dans la Nièvre.

M. le coprésident Pierre Morange. Sans vouloir anticiper sur la réponse des organismes compétents, l'analyse doit tenir compte de multiples critères, tels que la démographie, la pyramide des âges, le taux d'activité ou les facteurs de risques liés à des spécificités territoriales. Cela ne justifie en rien des écarts allant parfois du simple au double, mais l'on ne peut se contenter de chiffres bruts.

M. Georges Tissié. J'en suis d'accord, mais si l'on mettait l'accent sur ce problème, cela enverrait un signal.

M. le coprésident Pierre Morange. Quelle est votre analyse sur la DSN et la subrogation, qui, sans une période d'adaptation suffisante, pourrait, selon Mme Valérie Corman, être source de complexité pour les entreprises ? La dématérialisation des données vous semble-t-elle susceptible de faciliter la gestion et les échanges entre les entreprises et les caisses d'assurance maladie ?

M. Georges Tissié. Dans son principe, l'idée de la DSN nous semble intéressante, mais le passage d'un rythme trimestriel à un rythme mensuel pour transmettre des données risque de poser de sérieuses difficultés aux très petites entreprises, à commencer par celles de moins de 10 salariés. Il en va de même, d'ailleurs, pour un changement de périodicité identique dans le versement des cotisations. Notre demande principale est donc de garder le rythme trimestriel, au moins pour les entreprises de moins de 10 salariés.

M. le coprésident Pierre Morange. Le délai de liquidation, porté à 38,5 jours, pose-t-il des difficultés comparables ?

M. Georges Tissié. La longueur des délais est toujours une source de difficultés ; mais il faut évidemment tenir compte de l'application de la mesure sur le terrain.

Par ailleurs nous préférons, comme le MEDEF, que la subrogation se fasse sur la base du volontariat.

M. Pierre Burban. Officiellement, l'UPA n'est pas opposée à la DSN (*Sourires*), pourvu qu'elle soit effectivement un outil de simplification, ce dont nous attendons toujours la preuve. Nous sommes habitués, depuis vingt ans, au mirage de la déclaration unique.

Cependant, outre le problème de la périodicité, beaucoup d'entreprises de moins de 10, voire de 20 salariés, ne dématérialisent pas les échanges de données. La mesure est un progrès, mais elle nous inquiète par son calendrier : en principe, les entreprises volontaires peuvent l'appliquer dès le 1^{er} janvier 2013. Or les textes réglementaires ne sont toujours pas prêts.

J'ajoute que la DSN constitue une vraie révolution, non seulement pour les déclarants, mais aussi pour les organismes de sécurité sociale. On a souvent tendance à croire, dans notre pays, qu'une fois la loi votée et les décrets publiés, tout est réglé, alors que c'est précisément le moment où tout commence.

M. le coprésident Pierre Morange. C'est la raison d'être de la MECSS, qui examine les déclinaisons opérationnelles des textes de loi, afin de rationaliser au mieux la dépense publique ; en d'autres termes, sa spécialité réside dans l'audit et le contrôle des dispositions législatives sur le terrain, seul critère de leur crédibilité.

M. Pierre Burban. L'instauration du Régime social des indépendants (RSI) et celle de l'Interlocuteur social unique (ISU), utiles et nécessaires, ont révélé les carences en ce domaine : une fois ces réformes votées et les décrets d'application publiés, aucun pilotage n'a suivi. La même difficulté s'est posée lors du basculement des cotisations d'assurance chômage de l'UNEDIC à Pôle emploi, puis de Pôle emploi aux URSSAF. Si certains, qui n'étaient pas partie prenante de ces réformes, ne s'étaient pas intéressés à la mise en œuvre opérationnelle de ces réformes, elles n'auraient jamais abouti. Certains problèmes relatifs au RSI et à l'ISU, d'ailleurs, ne sont toujours pas réglés.

S'agissant de la DSN, la généralisation interviendra à partir du 1^{er} janvier 2016, soit trois ans d'expérimentation. Un réel accompagnement est indispensable, notamment pour les TPE, y compris au niveau de leurs équipements informatiques. Nous ne sollicitons bien entendu aucune dérogation : l'expérimentation doit concerner toutes les entreprises. Les grands groupes disposent des moyens pour accueillir le dispositif, mais je rappelle que 98 % des entreprises françaises emploient moins de 50 salariés, et 92 %, moins de 20. N'oublions pas non plus que la majorité des salariés travaillent dans des entreprises qui comptent moins de 50 salariés.

Les groupements d'intérêt public « Modernisation des déclarations sociales » (GIP-MDS) effectuent ce travail d'accompagnement, sur la base d'un partenariat entre les caisses et les partenaires sociaux, mais je ne suis pas sûr que cela suffira. La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) devra aussi s'adapter à ce nouvel outil, alors qu'elle doit mettre en œuvre d'autres réformes.

Encore une fois, la DSN simplifiera la tâche des organismes et permettra des économies de gestion. Elle peut aussi être bénéfique pour les plus petites entreprises, pourvu qu'elles soient accompagnées ; mais les délais prévus me semblent bien courts : comme cela l'a été avec l'ISU, plus de trois ans sont nécessaires pour rendre opérationnel un circuit informatique digne de ce nom.

Mme Valérie Corman. Dans mon intervention liminaire, je vous ai fait part de notre déception quant à l'efficacité du contrôle de la part des employeurs. Je ne veux pas que mes propos soient mal interprétés : nous sommes attachés à la « contre-visite » ; nous souhaitons seulement qu'elle soit améliorée.

M. le coprésident Pierre Morange. La MECSS vous invite tout de même à évaluer le dispositif.

Mme Valérie Corman. Nous nous y efforcerons, même si un tel travail relève plutôt, par exemple, des compétences de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé des affaires sociales.

M. le coprésident Pierre Morange. Inciter les représentants des entreprises à mener ces évaluations fera sans doute partie de vos préconisations, madame la rapporteure.

Mme la rapporteure. Cette absence d'évaluation par les organisations que vous représentez ne laisse pas de m'étonner, en effet. Vous semblez attendre beaucoup des caisses, qui ont une charge de travail importante ; mais votre connaissance des outils à votre disposition semble déficiente, qu'il s'agisse de leur efficacité ou de leur mise en œuvre par les entreprises.

M. Georges Tissié. Depuis des années, nous informons nos mandataires, dans les réunions régionales ou nationales, que les CPAM doivent disposer d'éléments statistiques relatifs aux arrêts de travail et aux indemnités journalières ; or, selon eux, les caisses refusent de les leur transmettre, ce qui nous conduit, inlassablement, à leur répéter d'insister. Je ne prétends pas que la rétention d'information soit volontaire, mais nous sommes bien obligés de constater l'absence de telles données au niveau territorial. Que les CPAM ne veuillent ou ne puissent les fournir, comment les PME que nous sommes, nous organisations professionnelles, pourraient-elles le faire car contrairement à la CNAMTS, nous ne disposons pas des moyens humains et matériels.

Enfin, sur la DSN, notre inquiétude principale, je le répète, concerne la périodicité des données. Il pourrait être envisagé, d'ailleurs, de conserver la périodicité trimestrielle pour les entreprises de plus de 10 salariés. En l'absence de structure pour les accompagner, la grande majorité des PME souhaitent un délai plus important pour sa mise en œuvre, les réformes successives, pour lesquelles nous avons une part de responsabilité, ayant par ailleurs alourdi leurs contraintes administratives.

Mme la rapporteure. Ne manquez pas de nous transmettre les évaluations dont vous pourriez disposer : même si les caisses doivent faire preuve de coopération, ces données vous seraient utiles, je le répète, ne serait-ce que pour mieux connaître les droits offerts aux entreprises.

M. le coprésident Jean-Marc Germain. Je ne suivrai pas notre rapporteure sur cette dernière incitation ; en revanche, une évaluation de l'utilisation des indemnités complémentaires par les entreprises me semble utile, d'autant que la façon dont celles-ci interviennent dans le dialogue social peut avoir un impact important sur les comportements. Sans vous demander une exhaustivité statistique, nous sommes intéressés par des informations plus précises.

Mme Valérie Corman. Nous allons solliciter le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP).

M. le coprésident Pierre Morange. Cette évaluation nous semble tout à fait nécessaire. En effet, elle permettrait d'éclairer des zones d'ombre, sur des questions qui ont une réelle incidence financière et intéressent la compétitivité des entreprises.

M. Georges Tissié. Quand souhaitez-vous recevoir ces éléments ?

M. le coprésident Pierre Morange. Cela nous serait utile pour la fin du mois de janvier prochain.

Je vous rappelle aussi que nous sommes ouverts à toute suggestion permettant d'améliorer le système, qu'il s'agisse de modifications législatives ou même réglementaires, puisque la MECSS a toute légitimité pour peser, au besoin, sur les différentes administrations.

*

Audition de M. Michel Brault, directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, et de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, M. Olivier de Cadeville, directeur délégué aux opérations

M. le coprésident Pierre Morange. Nous sommes heureux de vous accueillir pour cette audition qui fait suite à la publication de la communication de la Cour des comptes consacrée aux indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général de la sécurité sociale, qui avait été demandé par la MECSS.

La Cour a souligné l'importance de ces dépenses qui sont, de plus, en forte augmentation ; elle a également mis en évidence le caractère complexe de la réglementation, qui nécessite de ce fait une simplification, mais aussi de grandes disparités territoriales. Nous avons auditionné, à l'instant, les représentants des employeurs, qui souhaitent cette simplification, tout en l'estimant difficile à mettre en œuvre rapidement.

La Cour constate également le retard pris par l'expérimentation du contrôle des arrêts de travail pour les trois fonctions publiques. Cette absence d'évaluation paraît pour le moins préoccupante.

M. Michel Brault, directeur général de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. La mutualité sociale agricole (MSA) gère deux régimes : celui des salariés agricoles, qui aujourd'hui sont les seuls à percevoir des indemnités journalières, et celui des exploitants agricoles, qui en bénéficieront à partir du 1^{er} janvier 2014.

Soumise à la même réglementation que la CNAMTS, la MSA ne verse que 3 % à 3,5 % du total des indemnités journalières, ce qui représente en 2011 environ 7,8 millions de jours indemnisés, soit 228 millions d'euros. L'indemnité journalière moyenne s'élève à 29,20 euros.

Les indemnités journalières ont décliné régulièrement entre 2006 et 2008 ; depuis 2009, nous constatons une augmentation de 2 % par an du nombre des arrêts.

Aujourd'hui, 52 % environ des arrêts de travail sont d'une durée inférieure à 15 jours ; 25 % sont supérieurs à 45 jours qui représentent la masse financière la plus importante. Si l'on s'intéresse à la population globale des salariés agricoles, on constate que 11 % d'entre eux bénéficient d'un arrêt dans l'année ; toutefois, cette donnée est quelque peu faussée par le grand nombre d'emplois saisonniers : rapportés au nombre d'équivalents temps plein, on estime plutôt ce nombre à 27 %.

Les trois quarts de ces salariés ne bénéficieront que d'un seul arrêt de travail dans l'année ; en revanche, 7 % seront arrêtés au moins trois fois. C'est évidemment sur ces derniers que nous concentrons nos contrôles.

J'insisterai rapidement sur quelques particularités de la MSA par rapport au régime général. En premier lieu, nous sommes un guichet unique : la MSA gère l'ensemble des branches de la sécurité sociale – maladie, famille, vieillesse... – et nous sommes en relation avec les employeurs pour les cotisations. Nous encourageons donc la conclusion de conventions entre les caisses de la MSA et les employeurs pour utiliser directement les attestations de salaires, ce qui nous permet d'améliorer la qualité de service, mais aussi d'accélérer la procédure de liquidation des indemnités journalières. Dans les entreprises qui ont signé une telle convention, le délai de paiement des indemnités journalières est de 29 jours, contre 42 jours dans les autres entreprises. Ces déclarations des employeurs constituent également pour nous un instrument de contrôle et de lutte contre la fraude.

La MSA paye également, en sus des indemnités journalières obligatoires, des indemnités journalières complémentaires pour le compte notamment d'institutions de prévoyance, en particulier Agric. Nous disposons ainsi de conventions nationales pour le secteur du paysage ou de l'accoupage par exemple.

En deuxième lieu, le contrôle médical comme la médecine du travail sont intégrés à la MSA – sans oublier évidemment les travailleurs sociaux et les médecins de prévention. Cette particularité facilite la concertation et aboutit souvent à une reprise du travail planifiée ou anticipée, en relation avec l'employeur. Celui-ci relevant également de la MSA, les relations sont grandement simplifiées.

Nous organisons d'ailleurs le 1^{er} février, à l'Institut national de médecine agricole, à Tours, un colloque intitulé « Arrêts de travail : de l'analyse à la reprise », auquel nous avons convié l'ensemble de nos médecins conseils et de nos médecins du travail.

S'agissant de la lutte contre la fraude, enfin, nous avons, en 2012, réalisé une opération de *data mining* ou d'exploitation de données dont les résultats se sont révélés décevants : nous n'avons pu dégager aucun élément probant. Nous avons simplement mis en évidence deux profils pour lesquels la fraude serait légèrement plus fréquente : les salariés à temps partiel et les salariés domiciliés chez une autre personne.

Je souligne que notre effectif est limité – 217 médecins conseils et 453 agents administratifs.

Nous agissons contre la fraude en amont d'abord : nous retournons systématiquement à l'assuré les formulaires d'arrêts de travail pour lesquels ne figure pas le motif médical de l'arrêt, soit environ 0,9 % des arrêts. Dans 90 % des cas, le salarié nous retourne le formulaire correctement complété : néanmoins, dans 10 % des cas, ce formulaire n'est pas renvoyé.

Nous concentrons notre action sur les arrêts répétés : à partir de trois arrêts, nous envoyons une lettre de mise sous surveillance. Si un quatrième arrêt survient dans les six mois suivants, nous convoquons systématiquement l'assuré, ce qui arrive dans 14 % des cas.

Nous exigeons aussi, de façon plus administrative, le respect des délais d'envoi : 3 % des arrêts nous parviennent hors délai, et dans ce cas nous mettons en place une procédure de sanction.

Nous surveillons également les prolongations d'arrêts prescrites par un médecin différent de celui qui a prescrit l'arrêt initial, ce qui représente toutefois que 1 % de la masse.

Compte tenu de nos relations avec les employeurs, nous diligentons systématiquement un contrôle lorsqu'un arrêt suspect nous est signalé par l'employeur, ou lorsque nous recevons l'avis d'un médecin mandaté par l'employeur. Dans 75 % des cas signalés par les employeurs, nous constatons que l'arrêt est justifié ce qui signifie qu'*a contrario*, 25 % ne le sont pas.

M. Frédéric van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). La communication de la Cour des comptes est très intéressante et contient des pistes prometteuses. Je reprends toutefois certains éléments généraux sur lesquels il me semble que la Cour n'insiste pas suffisamment.

Si la dépense des indemnités journalières progresse, c'est d'abord, il faut en être conscient, parce que les salaires eux-mêmes augmentent. L'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail me paraît donc une donnée plus intéressante que l'évolution du montant des indemnités journalières, qui peut impressionner s'il est pris hors contexte. Un excellent graphique figurant dans la communication de la Cour des comptes montre l'effet du renforcement important des contrôles. La Cour semble d'ailleurs hésiter sur l'interprétation à donner à ce facteur, il faut, je crois, retenir l'étude de la DREES, qui confirme les nôtres : une part non négligeable de la diminution du nombre de jours d'arrêts maladie entre les années 2003 et 2007 provient de l'augmentation des contrôles.

En 2007 – année du point le plus bas – il y a eu moins d'arrêts qu'en 2002. Le nombre d'arrêts maladie a légèrement augmenté de nouveau par la suite mais, en 2011, on constate toujours un montant inférieur d'indemnités journalières par rapport à 2003. En 2012, d'après les éléments dont nous disposons, ce montant devrait même décroître. Il faut donc rester prudent lorsque l'on examine ces chiffres.

Nous avons, pour des raisons d'efficacité, concentré nos contrôles sur les arrêts qui occasionnent les plus fortes dépenses, qui sont d'abord les arrêts longs, comme l'expliquait monsieur Michel Brault. 80 % de la dépense en indemnités journalières correspond à des arrêts de plus d'un mois, et 40 % à des arrêts de plus de six mois. Les arrêts de moins de 8 jours, à l'inverse, coûtent 300 millions d'euros, soit moins de 5 % de la dépense. C'est dire combien il est crucial de disposer de procédures de contrôle efficaces.

C'est dire également combien il est important de consolider les arrêts de travail, notamment lorsque le salarié se trouve malheureusement de façon évidente en situation d'invalidité. La Cour des comptes pointe la nécessité de maîtriser ce processus, notamment d'un point de vue territorial, car il existe de grandes disparités géographiques. Contrairement à ce qui se passe pour les arrêts de travail, toutefois, la réglementation de l'invalidité est très peu précise sur la mise en œuvre de la consolidation : c'est l'une des causes de l'hétérogénéité que nous constatons, et que nous travaillons à réduire.

La croissance de la dépense elle-même est concentrée sur les arrêts de longue durée : 50 % de la croissance en 2011 concerne les arrêts longs de 1 à 6 mois, et 45 % pour les arrêts de plus de 6 mois. Pour les arrêts de moins de 30 jours, la croissance n'est que de 3,5 %. Il convient donc d'agir sur ces arrêts longs et sur le processus de retour à l'emploi. À l'évidence, nous ne pouvons pas omettre de contrôler les arrêts courts : la nouvelle lettre-réseau que nous avons diffusée en mai 2012 prévoit le contrôle systématique des arrêts courts itératifs par des procédures automatisées, afin de réduire les coûts – une telle mesure était d'ailleurs recommandée par la Cour des comptes.

L'évolution de l'âge des bénéficiaires explique aussi, pour une part importante, la croissance des arrêts maladie. Il est d'ailleurs vraisemblable que la réforme des retraites et donc l'allongement de la durée de l'activité aura un effet sur les arrêts maladie.

En 2011, le nombre de personnes de moins de 30 ans ayant bénéficié d'un arrêt maladie a diminué de 7 % ; à l'inverse, le nombre de personnes âgées de plus de 50 ans ayant bénéficié d'un arrêt maladie a augmenté de 8,5 %, et plus précisément de 12 % entre 55 et 59 ans, et de près de 30 % au-delà de 60 ans.

À 30 ans, la durée d'un arrêt est en moyenne de 20 jours ; à 40 ans, de 30 jours ; à 55 ans, de 40 jours ; à 60 ans, de 50 jours ; au-delà de 60 ans, de 70 jours. Les évolutions de la structure démographique, avec un vieillissement de la population, ainsi que la réforme des régimes de retraite, et donc l'allongement de la vie professionnelle, entraînent donc des effets importants sur le nombre des arrêts maladie.

Lorsque la Cour des comptes a rédigé sa communication, nous ne disposons pas encore de données sur les pathologies. Les arrêts supérieurs à 6 mois concernent principalement les pathologies ostéo-articulaires et les troubles mentaux – dépression en particulier ; viennent ensuite les traumatismes, et plus marginalement les tumeurs cancéreuses. Cinq groupes de pathologies étaient, en 2011, responsables de 85 % des arrêts de travail de plus de 6 mois.

Il est donc essentiel – et la Cour des comptes a salué nos efforts – de développer des référentiels, qui permettent d'harmoniser et d'objectiver les conditions de prescription. Pour certaines pathologies – épisodes dépressifs légers par exemple –, le retour au travail est d'ailleurs souvent conseillé dans les référentiels disponibles dans différents pays.

Une hospitalisation – médecine, chirurgie, obstétrique – explique 38 % des arrêts entre 1 et 3 mois et 41 % des arrêts de 3 à 6 mois. Il faut donc nous pencher sur les processus de soins liés à l'hospitalisation, notamment les arrêts de travail avant l'hospitalisation, et inversement sur la reprise du travail après l'hospitalisation. Nous avons donc, là encore, développé des référentiels qui permettent d'objectiver les durées d'arrêt consécutives aux principales opérations ostéo-articulaires.

M. le coprésident Pierre Morange. La chirurgie ambulatoire est, on le sait, très peu développée dans notre pays ; pourrait-elle permettre de diminuer le nombre de jours d'arrêt maladie ?

M. Frédéric van Roekeghem. Effectivement : pour l'opération du canal carpien, par exemple, on estime qu'une meilleure organisation des soins, à savoir des délais d'attente raccourcis et un respect des référentiels, permettrait de faire baisser les coûts de 20 %.

La Cour nous reproche de ne pas avoir intégré, dans la rémunération sur objectifs de santé publique, le respect des référentiels. Nous y avons réfléchi et il est judicieux que la Cour s'interroge. Toutefois, une grande partie des fiches-repères que nous avons développées en guise de référentiels concernent des opérations chirurgicales ; or, nous n'avons pas encore contractualisé d'objectifs de santé publique avec les chirurgiens. Nous espérons que la négociation sur l'avenant n° 8 à la convention médicale nous permettrait d'initier le processus en entamant le dialogue sur ce point avec la profession chirurgicale, mais cela n'a pas été le cas.

D'autre part, ces dispositifs doivent être bien compris et bien acceptés tant par les professionnels que par les patients : si nous avons intégré ces objectifs tout de suite, certains

auraient pu considérer que la rémunération sur objectifs des médecins n'était qu'un moyen de diminuer les droits des patients. De telles réticences mettraient en danger cette réforme, dont la réussite nous paraît indispensable.

À moyen terme, ces référentiels seront bien connus des assurés comme des médecins – qui y sont favorables, puisqu'ils permettent d'objectiver la prescription –, et nous espérons alors avoir le soutien des pouvoirs publics, de la communauté médicale et des patients pour les développer et, pourquoi pas, pour en mesurer le respect.

Depuis la publication de la communication de la Cour, nous avons aussi progressé sur le déploiement du système de téléservice dématérialisé pour les arrêts de travail auprès des médecins : nous atteindrons les 10 % à la fin de cette année. L'arrêt de travail « en cinq clics » est en effet beaucoup plus ergonomique que le précédent. De plus, les chiffres précédents étaient faussés car ils intégraient les 20 % de prescriptions d'arrêt maladie à l'hôpital, alors que les médecins hospitaliers n'ont pas accès à ce téléservice.

M. le coprésident Pierre Morange. S'agissant de l'absentéisme, j'observe que, au cours des précédentes auditions, nous avons été frappés par la méconnaissance des conditions de prise en charge par les garanties complémentaires des entreprises. Ce facteur paraît très difficile à évaluer, alors qu'il peut influencer fortement sur l'absentéisme.

M. Frédéric van Rookeghem. Vous nous interrogez également sur le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires de l'État, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière. Force est de reconnaître qu'aujourd'hui, la grande majorité des arrêts qui nous arrivent pour être contrôlés sont échus. Le retard est le plus important pour la fonction publique d'État, puis pour les collectivités territoriales, et enfin dans les hôpitaux, dont la gestion semble plus efficace.

M. Olivier de Cadeville, directeur délégué aux opérations de la CNAMTS. Lors du dernier comité de pilotage, il y a quelques mois de cela, nous avons souligné les difficultés que nous rencontrons pour contrôler les arrêts maladie des fonctionnaires, notamment pour les arrêts de plus de 45 jours consécutifs et lorsqu'une même personne est arrêtée plus de 3 fois dans l'année. Nous recevons, grâce à l'outil de saisie, un nombre relativement élevé d'arrêts de travail – presque 75 000 en 2011, et, au jour d'aujourd'hui, 43 000 en 2012. Mais les données inexploitablement importantes : 78 % de ces arrêts l'année dernière, 72 % cette année sont déjà échus, empêchant tout contrôle. La fonction publique territoriale n'a commencé cette saisie que cette année, et bien que le taux d'arrêts échus soit moins élevé, il est tout de même de 69 %. Pour la fonction publique hospitalière, il s'élève à environ 50 %.

Les préfets présents à cette réunion faisaient part des difficultés de transmission entre les services gestionnaires de paie et les administrations à proprement parler.

Pour la fonction publique d'État, une fois écartés les arrêts échus, 2 500 arrêts entrent dans les critères retenus pour le contrôle, à savoir des arrêts de 45 jours ou quatrième arrêt itératif. Parmi ces derniers, environ 1 100 ne peuvent pas être contrôlés, soit parce que l'adresse est erronée, soit parce que l'arrêt prend fin, ou parce que la résidence se situe hors du département. Nous avons donc effectué 1 390 contrôles, soit à peine plus de 3 % des arrêts qui ont été saisis.

M. le coprésident Pierre Morange. Devant de tels chiffres, on ne peut qu'être interloqué ! La transmission de ces données paraît pourtant simple, comme le respect des

délais. De plus, il semble que les administrations ne prennent aucune sanction, même lorsqu'un abus est constaté. Quelles mesures envisagez-vous ?

M. Olivier de Cadeville. Pour la fonction publique d'État, les éléments dont nous disposons montrent que 61 arrêts non justifiés médicalement ont été identifiés : ils ont donné lieu à 10 mises en demeure par l'administration, et 10 reprises spontanées du travail ont eu lieu. Pour les 185 fonctionnaires qui ne se sont pas rendus à la convocation, il y a eu une mise en demeure et 79 reprises spontanées du travail.

Nous répétons que nous restons extrêmement à l'écoute des administrations pour les aider à améliorer la saisie et la transmission des informations, puisque nous avons construit un logiciel spécifique, que nous souhaitons améliorer.

M. le coprésident Pierre Morange. Entendons-nous bien, il n'est pas question de pointer du doigt les fonctionnaires, qui sont éminemment respectés, notamment dans cette enceinte, mais il faut analyser lucidement ces situations extravagantes.

M. Frédéric van Roekeghem. Il existe un problème d'organisation des administrations.

Pendant de nombreuses années, les fonctions dites « support », notamment les fonctions de ressources humaines, ont été peu développées au sein de l'administration. De plus, jusqu'à la récente mise en place de la journée de carence, le traitement était maintenu. C'est pourquoi l'administration n'avait aucun intérêt à agir et à suivre les arrêts. Les administrations qui ont une activité de « production » font quelque peu exception : c'est le cas des hôpitaux, qui doivent soigner, et doivent donc remplacer les personnels absents et disposer d'un suivi des arrêts de travail.

La mise en place d'un dispositif adéquat s'est ainsi effectuée lentement. Aujourd'hui, les fonctionnaires ne sont pas intégrés à notre système automatisé de notification des arrêts. Or, si nous voulons favoriser cette déclaration automatisée dès la prescription par le médecin, c'est aussi parce que cela supprime la question du délai de 48 heures. La dématérialisation devrait donc permettre, à terme, d'améliorer les délais et donc le contrôle.

M. le coprésident Pierre Morange. La dématérialisation est un vaste sujet ; la transmission et le partage de données sont, vous le savez bien, l'une des priorités de la MECSS.

À quelle échéance pourrions-nous, selon vous, disposer d'un véritable système informatique global, cohérent, compatible ?

M. Frédéric van Roekeghem. Les indemnités journalières sont l'un des sujets les plus complexes de ce point de vue, puisqu'il faut prendre en considération la prescription médicale, l'action de l'assuré doit assurer la liaison avec l'entreprise, l'entreprise elle-même, et les organismes payeurs, organisme de base et organismes complémentaires.

Nous sommes engagés, ainsi que l'État, avec le projet DSN, qui est plus général, dans une vaste opération de modernisation du traitement informatique et une professionnalisation du traitement des prestations en espèces. Le déploiement de notre système DIADEME – dématérialisation et indexation automatique des documents et messages électroniques – est aujourd'hui bien plus avancé qu'il ne l'était lors de la publication de la communication de la Cour des comptes.

Plusieurs processus de dématérialisation différents sont en cours : le plus important demeure celui du flux de documents qui sont scannés ; il y a également la dématérialisation de la prescription à la source, que nous avons prévu d'injecter directement dans nos systèmes d'information afin d'éviter que soient saisies à nouveau des informations déjà saisies.

M. le coprésident Pierre Morange. Quand cela sera-t-il opérationnel ?

M. Olivier de Cadeville. Le système informatique devrait fonctionner dès la fin de l'année 2013.

M. Frédéric van Roekeghem. Pour la dématérialisation des prescriptions des arrêts de travail par les médecins, nous visions 10 % l'année dernière ; nous atteindrons cet objectif cette année.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Quel est le profil des médecins qui s'engagent dans cette démarche ?

M. Frédéric van Roekeghem. Les 38 000 professionnels de santé qui se sont engagés dans cette démarche sont presque exclusivement des généralistes. Les médecins plébiscitent notamment la dématérialisation du choix du médecin traitant : 30 % des choix sont maintenant faits par télétransmission, ce qui permet un enregistrement très rapide. Les médecins peuvent également utiliser des protocoles de soins électroniques et consulter un historique des remboursements.

L'intégration des téléservices dans les logiciels « métiers » est en cours, ce qui permettra d'augmenter le nombre de médecins qui les utilisent.

Nous avons intégré les référentiels à ces téléservices : nous espérons ainsi faire mieux connaître les fiches-repères, les durées-repères, aux médecins.

Mme la rapporteure. Quand cette intégration sera-t-elle effective ?

M. Frédéric van Roekeghem. Une diffusion au cours de l'année 2013 paraît réaliste. Les évolutions de la convention médicale accentuent d'ailleurs encore la forte croissance des téléservices. En ce domaine, la convention évoluera d'une obligation de moyens, se connecter aux téléservices, comme cela est aujourd'hui stipulé, à une obligation de résultats, engagement de réaliser plus d'un certain pourcentage de procédures dématérialisées.

Ces services fonctionnent maintenant de façon satisfaisante, ce qui n'a pas toujours été le cas. L'intégration dans les logiciels des professionnels devrait nous permettre une progression plus importante encore.

M. le coprésident Pierre Morange. Qu'en est-il à l'hôpital ? Monsieur Gérard Bapt, ici présent, pourra le confirmer : l'informatique à l'hôpital est l'un des sujets de prédilection de la MECSS. L'excellent rapport rendu par notre ancien collègue Jean Mallot sur le fonctionnement interne de l'hôpital montrait d'importants problèmes de gouvernance et d'organisation. Il est en particulier difficile de comprendre comment l'informatique hospitalière peut être si mal adaptée au XXI^e siècle.

M. Frédéric van Roekeghem. Peu d'avancées ont été faites, mais le logiciel hospitalier concerne, il est vrai, l'intégralité du fonctionnement de l'établissement.

L'architecture informatique que nous avons retenue, c'est-à-dire celle de web-services communiquant aux normes web, devrait permettre le déploiement progressif des téléservices à l'hôpital – sous réserve bien sûr de l'accord des pouvoirs publics. Nous travaillons en ce moment sur la dématérialisation de la prescription de transports avec certains services hospitaliers ; cela se déroule correctement.

Le secteur des logiciels destinés aux médecins est assez concentré : 5 ou 6 grands éditeurs représentent une très grande part des achats. C'est moins le cas dans le domaine hospitalier.

Mme la rapporteure. S'agissant des médecins « hyperprescripteurs », bien identifiés par vos services, les mesures que vous avez mises en place ont, semble-t-il, donné de bons résultats. Il semble toutefois que vous ayez diminué la pression : pourquoi ?

M. Frédéric van Rookeghem. Nous disposons de possibilités réglementaires, mentionnées d'ailleurs par la communication de la Cour des comptes. Mises en place en 2004, elles ont évolué progressivement. Nous pouvons ainsi substituer au médecin prescripteur un médecin conseil : c'est la « mise sous accord préalable », qui a donné des résultats intéressants, puisqu'elle a permis, selon nos estimations, une moindre dépense d'environ 70 millions d'euros. De plus, une enquête menée sur 25 700 patients en 2009 a montré qu'il n'y avait pas eu de report de ces arrêts maladie vers d'autres médecins, ce que l'on aurait pu craindre. Cette procédure est donc efficace.

M. le coprésident Pierre Morange. Les prestations indues ont-elles été reversées ? Des sanctions ont-elles été prises ?

M. Frédéric van Rookeghem. Il s'agit de situations où l'on considère plutôt que c'est le médecin qui est responsable. Selon la gravité du cas, nous engageons ou non des poursuites.

À l'heure actuelle, 118 professionnels sont en cours de procédure pour une mise sous accord préalable. La loi ayant été modifiée, les médecins peuvent désormais opter pour une « mise sous objectif » : le médecin ne doit pas demander d'accord préalable mais il s'engage à modifier ses pratiques ; cela concerne aujourd'hui 272 médecins, de façon tacite ou explicite.

Nous n'avons recours aux pénalités financières que lorsque ces deux dispositifs ont échoué.

Cette pratique est contestée par certains syndicats médicaux, qui sont hostiles à toute pression de l'assurance maladie, qui est à leurs yeux inconsidérée, sur les prescripteurs. L'avis de nos praticiens conseils est néanmoins que ces procédures ne sont pas illégitimes : nous évoquons bien ici des cas extrêmes, qui représentent à peu près trois fois l'écart-type !

Nous nous sommes toutefois engagés vis-à-vis des syndicats de médecins – et la loi nous y oblige d'ailleurs – à affiner nos méthodes de comparaison, en mettant en place une procédure de « segmentation » de la patientèle, afin de mieux tenir compte de la situation médicale des patients de chaque médecin. Nous pensons que cela ne modifiera en réalité pas énormément la situation.

Mme la rapporteure. Le Conseil national de l'Ordre des médecins, que nous avons auditionné la semaine dernière, regrettait un manque de coordination et d'échanges

d'information avec les caisses d'assurance maladie : pour eux, une meilleure concertation pourrait aider à la gestion de ces dossiers.

M. Frédéric van Roekeghem. Nous respectons nos obligations en matière d'information du conseil de l'Ordre. Je ne crois pas que nous ayons obligation de désigner au conseil de l'Ordre les médecins qui font l'objet d'une procédure de mise sous objectifs. Nous signalons en revanche les activités dangereuses, ainsi que les cas qui donnent lieu à des procédures judiciaires – sous réserve que le procureur, à qui il revient de prendre cette décision, nous y autorise.

Nous ne sommes pas défavorables au principe de travailler avec le conseil de l'Ordre, à condition que ce travail donne des résultats : souvent, le conseil de l'Ordre veut juger ses pairs ; or, s'il est responsable des questions de déontologie, il ne l'est pas pour les questions de sanctions administratives et financières.

M. Olivier de Cadeville. Au titre des sanctions et des pénalités financières, on dénombre, au 30 septembre 2012, 131 plaintes pénales déposées, 7 procédures civiles engagées et 419 cas de retenues financières – constatations d'indus en particulier. Enfin, 439 pénalités financières proprement dites ont été prononcées, ainsi que 307 notifications d'indus et 172 mises en garde. Les pénalités financières augmentent : en 2010, nous étions à 292 pénalités financières et en 2011 à 418.

M. le coprésident Pierre Morange. Quel est le volume financier total ?

M. Olivier de Cadeville. C'est environ 239 000 euros.

M. Frédéric van Roekeghem. La question de la fraude, il faut en être conscient, est pour nous un sujet particulier. Les pénalités financières ne traduisent pas l'efficacité du contrôle des arrêts de travail, qui tient essentiellement au fait que ces contrôles sont organisés pour une reprise rapide du travail. C'est en vérifiant systématiquement, à certains moments précis, l'état de santé du patient, que l'on obtient des résultats financiers significatifs.

En matière de *data mining* ou d'exploitation de données, notre expérience est similaire à celle de la MSA : il n'est pas facile d'identifier, grâce à des logiciels, des cas qui devraient éveiller systématiquement notre suspicion. Il faut bien sûr réprimer la fraude, mais c'est un phénomène qui nous paraît en réalité secondaire : pour obtenir un arrêt de travail, il demeure plus facile de s'en faire prescrire un que de frauder. C'est donc plutôt sur la prescription, sur la mise en œuvre de repères partagés sur l'état de santé d'un patient, qu'il faut agir.

Quelques mots maintenant sur la mise en œuvre des contrôles. La réglementation des arrêts de travail, qui conduit, comme vous le savez, à moduler les cotisations en fonction de la durée de travail, nous a amenés à mettre en place une procédure de contrôle par anticipation pour les durées qui peuvent conduire à alourdir les cotisations des entreprises.

M. Olivier de Cadeville. Notre service médical rend chaque année plus de 2,3 millions d'avis à la suite de contrôles, soit à la suite de l'étude d'un dossier, soit à la suite de l'examen de la personne. Ces contrôles sont bien sûr plus importants pour les arrêts de longue durée. Nous réalisons environ 250 000 contrôles sur les arrêts de courte durée, les autres portant sur les arrêts supérieurs à 45 jours.

Nous avons essayé de refondre notre démarche de contrôle : nous conduisons les caisses et les échelons locaux du service médical à travailler davantage en synergie, afin que le pilotage de la gestion du risque soit partagé entre le directeur de la caisse et le médecin conseil chef, afin de nous permettre de mettre en place des processus médico-administratifs mieux partagés, sur la délivrance de l'indemnité journalière comme sur le contrôle.

Le contrôle des arrêts de travail de moins de 45 jours doit d'abord être dissuasif : il ne doit pas mobiliser de façon disproportionnée les praticiens conseils. Comme la MSA, nous avons mis en place une gradation, avec un contrôle des arrêts répétitifs : chaque quatrième arrêt est ainsi systématiquement signalé par le système DIADEME, et donc contrôlé.

Nous contrôlons également les pathologies pour lesquelles il existe des fiches-repères.

Mme la rapporteure. Quelle est la proportion de contrôles issus de signalements automatiques et de contrôles déclenchés par la nature des pathologies ?

M. Olivier de Cadeville. Je ne dispose pas de ce chiffre ici, mais je pourrai vous le communiquer.

M. Frédéric van Rookeghem. Nous visons bien sûr essentiellement les arrêts longs, donc coûteux. La vraie nouveauté, c'est le déploiement de DIADEME.

M. Olivier de Cadeville. Tous les organismes sont aujourd'hui couverts par DIADEME ; deux caisses utilisent encore des systèmes similaires, mais vont rejoindre rapidement ce système de déroulement des opérations.

Nous demandons aux organismes de couvrir d'abord les processus de prestations en espèces, notamment les indemnités journalières, afin que nous puissions réorganiser, au sein du service médical comme à l'intérieur de la caisse, la chaîne de traitement. DIADEME nous permet de connaître la localisation d'une pièce, son stade de traitement, et donc d'assurer un meilleur suivi du règlement de l'indemnité journalière.

M. Frédéric van Rookeghem. DIADEME est un des plus grands projets de ce type en Europe : toutes les pièces sont scannées, ce qui permet au logiciel de signaler au service médical les arrêts courts mais répétés et les arrêts justifiés par des pathologies pour lesquelles il existe des fiches-repères.

M. Olivier de Cadeville. Nous effectuons des contrôles pour les arrêts supérieurs à 45 jours. Nous contrôlons particulièrement les arrêts qui font suite à une intervention chirurgicale lorsque leur durée est supérieure au seuil indiqué par la fiche-repère correspondante. Nous contrôlons également les arrêts liés aux pathologies les plus fréquentes – santé mentale, pathologies ostéo-articulaires et traumatologie – qui sont des postes de dépenses importants. Nous contrôlons encore des arrêts selon le profil du prescripteur, à partir d'un système d'évaluation qui comprend le nombre d'indemnités journalières par patient et le nombre d'indemnités journalières dans la patientèle. Nous prenons également en considération le seuil de tarification accidents du travail-maladies professionnelles pour placer les contrôles à 75 jours plutôt qu'à 90 jours, puisque le montant des cotisations de l'entreprise peut changer.

Mme la rapporteure. Il semble que les relations de la CNAMTS avec les employeurs rencontrent des difficultés. Monsieur Michel Brault, pour la MSA, signalait tout

à l'heure effectuer des contrôles systématiques en cas de signalement par l'employeur, et soulignait que 25 % des arrêts ainsi contrôlés étaient injustifiés. Les employeurs ont parfois connaissance de comportements choquants ; or, ils se plaignent que l'assurance maladie ne prenne pas leurs signalements en considération et en éprouvent un certain découragement.

M. le coprésident Pierre Morange. Les entreprises mandatent parfois des médecins contrôleurs ; les employeurs regrettent que ces contrôles ne semblent pas pris en compte par l'assurance maladie. Avez-vous évalué l'efficacité de ces entreprises spécialisées, mandatées par les employeurs, pour contrôler les arrêts maladie ?

M. Frédéric van Roekeghem. Nous recevons assez peu de signalements de ce type : 2 600 ont été transmis.

L'article 90 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 dispose que le rapport du médecin qui a effectué la contre-visite à la demande de l'employeur « *précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné* ». Or, très souvent, cette précision n'est pas apportée, ce qui nous empêche de donner suite à ces demandes.

Mme la rapporteure. Peut-être l'assuré a-t-il refusé d'ouvrir sa porte !

M. Frédéric van Roekeghem. Peut-être. Mais nous devons respecter les textes, et nous ne pouvons travailler qu'à partir de ce que les médecins nous communiquent. De plus, dans 20 % des cas, le rapport est transmis après la fin de l'arrêt maladie.

Pour améliorer ce système, il faudrait que les médecins contrôleurs examinent réellement les patients, et que les dossiers soient envoyés dans les délais.

Parmi les 30 % de demandes recevables, le travail a repris dans 20 % des cas ; dans 15 % des cas, un avis favorable infirme l'avis du médecin contrôleur. Dans 123 cas seulement, soit 15 % des cas, le médecin conseil confirme au contraire l'aptitude au travail.

La vraie difficulté réside dans l'irrecevabilité du plus grand nombre de ces dossiers.

M. Michel Brault. La MSA a reçu l'an dernier 435 signalements. Parmi eux, on constate beaucoup de reprises spontanées du travail dès que la MSA se manifeste. Mais les employeurs sont adhérents de la MSA, et donc présents dans son conseil d'administration.

M. Frédéric van Roekeghem. Il faut être conscient que cela ne porte que sur des cas très peu nombreux.

Mme la rapporteure. Certes, mais ces arrêts de travail non justifiés constituent un abus très choquant aux yeux de nos concitoyens : quelqu'un qui est en arrêt maladie, et qui travaille à côté, c'est insupportable ! C'est un problème moral. Si l'employeur signale un cas qu'il connaît à l'assurance maladie, pourquoi celle-ci ne diligenterait-elle pas un contrôle ?

M. Frédéric van Roekeghem. Nous pourrions peut-être, pour répondre à votre souhait, mieux suivre les signalements dans chacune des caisses, afin de disposer de statistiques plus fines.

Les employeurs ont également la possibilité de signaler à l'URSSAF les cas de travail illégal qui viendraient à leur connaissance.

Peu de caisses ont aujourd'hui développé des services de contrôle assermenté à domicile, pour des raisons financières. Une journée d'arrêt de travail coûte en moyenne 28 euros : nous devons vérifier que les contrôles, s'ils doivent être effectués, soient bien ciblés ; c'est pourquoi nous privilégions les contrôles des arrêts longs en raison de leur coût.

Il existe, c'est indéniable, un problème qui relève de la moralité ; mais nous sommes aussi astreints à veiller à l'efficacité de la dépense publique.

M. le coprésident Pierre Morange. J'ai omis de vous interroger sur la proportion d'arrêts liés à des accidents du travail qui sont pris en charge par l'assurance maladie : vous nous communiquerez ces chiffres.

N'hésitez pas, enfin, à nous faire des suggestions de modification ou de simplification de la législation.

*

AUDITIONS DU 13 DÉCEMBRE 2012

Audition de Mme Michèle Laporte, directrice générale de Medicat-Partner, et de M. Christophe Toulemonde, directeur de Securex Medical Services.

M. le coprésident Pierre Morange. Je vous souhaite, madame, monsieur, la bienvenue.

La MECSS a décidé d'évaluer le dispositif des indemnités journalières versées en cas de maladie et d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Selon la communication de la Cour des comptes, la dépense réalisée à ce titre par le régime général et les régimes spéciaux a augmenté de 47 % entre 2000 et 2010 et s'élève aujourd'hui à près de 10 milliards d'euros. Le système – cadre réglementaire, calcul des montants – est caractérisé, en outre, par sa complexité. Enfin, de fortes disparités ont été constatées : d'une part, environ 20 % de la population concernée ne serait pas couverte par une couverture complémentaire, voire par l'assurance maladie ; d'autre part, le recours au dispositif varie considérablement d'un territoire à l'autre et en fonction du statut des salariés, certains écarts à la moyenne paraissant difficiles à expliquer.

Nous avons souhaité vous auditionner à l'initiative de Mme la rapporteure. Comment évaluez-vous la prestation que vous fournissez aux entreprises et le bénéfice qu'elles en retirent ? Vos contrôles ont-ils un rôle pédagogique ? Quelles en sont les conséquences ?

Par ailleurs, avez-vous une idée des sommes en jeu ? Au cours des auditions que nous avons menées, nous avons été surpris que les employeurs – qui vous mandatent – peinent à préciser les montants qu'ils consacrent aux indemnités journalières complémentaires.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, nous avons dû identifier des économies ou des ressources nouvelles. Le Gouvernement a alors proposé d'instituer un jour de carence dans la fonction publique. Il avait également envisagé de porter de trois à quatre jours le délai de carence dans le secteur privé. On se souvient des vives polémiques que ces idées ont suscitées. La MECSS a alors demandé à la Cour des comptes un rapport d'évaluation du dispositif des indemnités journalières : il en ressort que celui-ci est mal connu et mal maîtrisé, alors même qu'il s'agit d'une dépense dynamique. Au fil des auditions, nous avons été surpris de constater que les employeurs, pourtant conscients du problème, ne cherchent pas à mieux connaître la situation et paraissent se reposer sur vous ou sur la sécurité sociale.

Pouvez-vous nous présenter votre activité et nous faire part de vos difficultés et de vos propositions ?

Mme Michèle Laporte, directrice générale de Medicat-Partner. Un employeur tenu de payer des indemnités journalières complémentaires est en droit, au même titre que la sécurité sociale, de vérifier qu'un arrêt de travail est justifié.

Le contrôle médical s'est développé dans les années 1960 sur la base des conventions collectives conclues dans le secteur automobile, puis s'est généralisé progressivement après l'adoption de la loi relative à la mensualisation du 19 janvier 1978.

Nos sociétés, Securex et Medicat-Partner, effectuent aujourd'hui, à elles deux, environ 50 000 des 70 000 contrôles réalisés chaque année en France.

Il est établi que le contrôle médical est efficace, même s'il doit être accompagné d'autres outils de gestion des ressources humaines. Nous sommes capables d'organiser des contre-visites médicales avec souplesse et rapidité.

Les fraudes concernent essentiellement les arrêts de travail de courte durée. Or le contrôle de la sécurité sociale porte, en grande majorité, sur les arrêts de travail dont la durée excède 45 jours. C'est absurde ! Autant dire que ce contrôle n'existe pas.

Mme la rapporteure. Les responsables de la sécurité sociale que nous avons auditionnés précisent qu'ils se concentrent sur la part la plus importante de la dépense.

Mme Michèle Laporte. Ce raisonnement de nature financière est compréhensible. Mais il s'agit alors non pas de contrôle médical, mais de contrôles d'ordre administratif. La sécurité sociale réalise très peu de contre-visites médicales réellement efficaces.

En outre, sous la pression de la sécurité sociale, les médecins prescrivent désormais des arrêts non plus de 5, mais de 3 jours ouvrables, ce qui correspond au délai de carence dans le secteur privé. Dès lors, ces arrêts de travail ne coûtent plus rien à la sécurité sociale, mais demeurent entièrement à la charge des employeurs.

Mme la rapporteure. Il convient de distinguer la fraude et les comportements abusifs. Dans le cas des abus, l'arrêt de travail prescrit par le médecin est justifié. En outre, les abus coûtent plus cher à la collectivité que la fraude.

Mme Michèle Laporte. Je comprends la distinction, mais cela ne fait guère de différence à nos yeux : une absence prolongée qui n'est plus justifiée par une pathologie constitue également une fraude, même si l'arrêt de travail initial était légitime.

À l'issue des contre-visites médicales réalisées par nos médecins contrôleurs, il apparaît que seuls 53 % des arrêts maladies sont justifiés et que 47 % des salariés contrôlés – soit près de un sur deux, ce qui est considérable – sont en situation de fraude, pour diverses raisons : arrêt de travail non justifié ; refus du contrôle ; absence du salarié aux heures de présence obligatoire au domicile ; adresse introuvable. Dans ces trois derniers cas, l'examen médical ne peut avoir lieu. Je précise que 6 % des salariés contrôlés cachent leur véritable adresse ; ce sont d'ailleurs souvent des « professionnels », qui fraudent également pour obtenir d'autres prestations sociales.

Quant aux médecins, plusieurs d'entre eux se sont fait une spécialité de prescrire des arrêts de travail, ce qui peut être une manière de tirer leur épingle du jeu dans les zones urbaines où la concurrence est importante. C'est une réalité bien connue, que la Cour des comptes dénonce également : certains médecins prescrivent dix fois plus d'arrêts de travail que les autres.

Mme la rapporteure. Comment s'organisent vos relations de travail avec les entreprises, d'une part, et avec les médecins conseils de la sécurité sociale, d'autre part ? Comment réagissent les entreprises lorsqu'elles reçoivent les résultats de vos contre-visites ?

Mme Michèle Laporte. Nos relations avec les employeurs sont simples et transparentes. Lorsqu'ils nous sollicitent pour contrôler un salarié, ils nous fournissent les

informations qui figurent sur la feuille d'arrêt maladie du salarié : son adresse de visite, le début de l'arrêt, les éventuelles prolongations, le nom du médecin traitant.

Le médecin contrôleur ne peut en aucun cas être celui qui a prescrit l'arrêt de travail, ni connaître le salarié à quelque titre que ce soit. Il s'agit la plupart du temps d'un généraliste, plus rarement d'un spécialiste, avec lequel nous avons signé une convention, dans laquelle il s'engage à suivre le protocole que nous lui imposons. Les médecins contrôleurs demeurent totalement indépendants : ils sont libres de refuser une mission ; nous ne leur versons pas de salaire. Ils se rémunèrent par des honoraires – de deux à trois fois le prix d'une consultation normale – et des frais de déplacement.

M. Christophe Toulemonde, directeur de Securex Medical Services. Il y a un tarif de référence, mais les honoraires peuvent varier : les médecins contrôleurs ont un certain pouvoir de négociation, notamment dans les déserts médicaux ou pendant les périodes où beaucoup de leurs confrères sont absents, comme au mois d'août.

Je précise que l'indépendance des médecins contrôleurs est la condition *sine qua non* de notre activité de contrôle médical.

Mme Isabelle Le Calennec. Ces médecins contrôlent donc des prescriptions faites par leurs collègues. Sont-ils nombreux à accepter d'accomplir ce travail à l'échelle d'une région donnée ?

Mme Michèle Laporte. Le principe est simple : lorsque nous réalisons des contrôles, quelques jours après la prescription d'un arrêt de travail, nous nous prononçons sur la situation médicale du salarié au jour du contrôle. Il n'est jamais établi qu'un arrêt de travail n'était pas justifié : il est vérifié s'il l'est encore.

Mme Isabelle Le Calennec. Les médecins éprouvent des difficultés croissantes à se rendre au domicile des malades. Le contrôle ne tend-il pas à devenir un métier à part ? Les prescriptions des médecins qui exercent cette activité ne peuvent-elles pas être elles-mêmes contrôlées ? Comment les conseils départementaux de l'Ordre des médecins réagissent-ils ?

Mme Michèle Laporte. Les conseils de l'Ordre tendent à défendre les médecins, même si tous ne réagissent pas de la même manière : certains acceptent le principe des contre-visites médicales ; d'autres y sont totalement opposés et vont jusqu'à diffuser de fausses informations auprès du corps médical. Ils prétendent ainsi que les médecins contrôleurs ne seraient pas autorisés à juger de la durée d'un arrêt de travail, alors que la jurisprudence de la Cour de cassation l'a validé. En 30 ans, le décret d'application sur la contre-visite médicale de la loi du 19 janvier 1978 n'a jamais été publié, mais la jurisprudence de la Cour de cassation a pallié ce manque.

Quant aux médecins auxquels nous faisons appel, certains apprécient l'activité de contrôle parce qu'elle apporte un changement à leur travail quotidien en cabinet ; d'autres parce qu'ils estiment qu'elle permet plus de justice. Cependant, dans les zones rurales où les médecins se font rares, il nous est très difficile de trouver des contrôleurs. Ce sont, à mon sens, des zones de non-droit.

M. Christophe Toulemonde. Il est très facile, en France, d'obtenir un arrêt de travail. De nombreux médecins sont parfaitement au fait des pratiques de « gestion de clientèle » : ils ont conscience que, s'ils ne délivrent pas l'arrêt de travail que leur réclame un patient, celui-ci finira par l'obtenir d'un confrère. Certains médecins contrôleurs souhaitent

combattre un système dont ils se sentent prisonniers ; d'autres s'achètent peut-être une conduite...

Mme Michèle Laporte. Pour un salarié qui souhaite obtenir un arrêt de travail, il est facile de s'adresser à un second médecin, d'autant que la consultation est remboursée par la sécurité sociale. Quant au dispositif des médecins référents, il n'est pas pertinent, de ce point de vue.

Pour en revenir aux relations avec nos clients, nous réalisons le contrôle dans le respect de la légalité et de la déontologie médicale et leur en adressons le résultat, dès que nous l'avons reçu du médecin contrôleur : soit l'arrêt de travail est médicalement justifié – constat qui peut être assorti d'une recommandation de reprise anticipée –, soit il ne l'est pas, soit le salarié était absent, ce qui représente plus de 30 % des cas. Ces absences dissimulent bien souvent du travail illégal, contre lequel nous sommes impuissants.

Mme la rapporteure. Quand une entreprise apprend que vous n'avez pas pu réaliser un examen médical, elle est en droit de suspendre le versement des indemnités journalières complémentaires. Combien le font ?

Mme Michèle Laporte. À mon avis, la quasi-totalité. Dans les années 1990, elles hésitaient encore et utilisaient plutôt le contrôle médical comme une mise en garde. Aujourd'hui, dès lors qu'un salarié s'est soustrait implicitement à un contrôle, elles n'ont plus guère d'état d'âme.

Souvent, les employeurs procèdent à des contrôles ciblés à la demande des collègues du salarié arrêté, parce qu'ils doivent suppléer à son absence et connaissent éventuellement la véritable raison de son arrêt. Il ressortait d'une enquête menée par la société Securex que plus des trois quarts des salariés souhaitaient que leur employeur renforce les contrôles sur les arrêts de travail dans leur entreprise.

M. Christophe Toulemonde. Je confirme ces chiffres, que nous avons publiés. Avant de porter atteinte aux intérêts de l'employeur ou de l'actionnaire, l'absentéisme nuit aux collaborateurs de l'entreprise eux-mêmes. Les salariés en arrêt de travail pour de courtes durées sont rarement remplacés. Dès lors, la charge de travail se reporte sur leurs collègues, ce qui augmente les risques d'accident du travail.

De manière schématique, on peut estimer que 5 % des salariés sont des « professionnels » qui connaissent bien le dispositif et se font arrêter pour des pathologies dont la réalité est difficile à établir – troubles musculo-squelettiques, dépression. Environ 15 % de salariés influençables recourent à des arrêts de travail abusifs dès lors que d'autres collègues en bénéficient sans être sanctionnés ni par l'employeur ni par la sécurité sociale. Ces derniers y recourent plutôt pour des motifs personnels et ponctuels – garde d'enfant par exemple – que pour travailler illégalement.

Cependant, la grande majorité des salariés travaillent consciencieusement et sont les victimes de l'absentéisme. Cela nous motive dans notre travail quotidien et justifie le recours de plus en plus fréquent des employeurs à nos services. Un employeur qui pratique des contrôles fait un geste fort à l'attention de ses collaborateurs. Si la sécurité sociale réalisait, de son côté, de véritables contrôles, elle agirait dans l'intérêt des salariés.

Mme la rapporteure. Quelle est la situation dans la fonction publique ?

Mme Michèle Laporte. Au préalable, je signale que, en Alsace, une législation ancienne empêche les entreprises de suspendre le paiement des indemnités journalières complémentaires en cas de fraude. Il est scandaleux que l'Alsace constitue ainsi une enclave juridique. Cela crée des difficultés en particulier aux entreprises qui disposent d'implantations à la fois en Alsace et dans d'autres régions de France.

Les contrôles dans la fonction publique représentent environ un quart de notre activité. Nous avons parmi nos clients plusieurs ministères, des agences de Pôle emploi, des URSSAF, des collectivités territoriales, mais aussi des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Par ailleurs, les CPAM nous adressent les employeurs qui les sollicitent pour des contrôles, ce qui prouve bien qu'elles n'en réalisent guère elles-mêmes.

Le taux d'absentéisme, qui est calculé à partir du nombre de jours d'absence par rapport au nombre de jours travaillés, s'élève à un peu plus de 5,5 % dans le secteur privé, à plus de 10 % dans la fonction publique d'État et à près de 14 % dans les collectivités territoriales.

M. Christophe Toulemonde. La durée moyenne d'absence pour des raisons de santé s'établit à 9 jours par an et par salarié dans le secteur privé, contre 22,6 jours dans la fonction publique d'État et 24,1 jours dans la fonction publique hospitalière.

Mme la rapporteure. Lorsque vous communiquez vos résultats aux employeurs publics, les conséquences sur le traitement des agents sont-elles les mêmes que dans le secteur privé ?

Mme Michèle Laporte. La législation est très contraignante dans la fonction publique. Nous devons obligatoirement avoir recours à des médecins dits « agréés » qui n'ont d'autre obligation que celles d'avoir prêté serment depuis au moins 3 ans et de résider dans la ville concernée depuis au moins 1 an : ils obtiennent l'agrément de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales sur simple demande. Ces médecins avaient pris certaines habitudes : ils convoquaient le salarié par courrier – ce qui faisait perdre 48 heures – et se révélaient très complaisants à leur égard. Nous exigeons désormais qu'ils se déplacent au domicile du salarié pendant les heures de présence obligatoire et qu'ils nous rendent compte, sous 48 heures.

Notre force, je l'ai mentionné, réside dans notre souplesse et notre rapidité : nous parvenons à réaliser les contre-visites médicales le jour même de la demande de l'employeur, voire dans la demi-journée, ce que ne peut réaliser la sécurité sociale.

Nous ne procédons en rien à un quelconque « flicage ». Les médecins contrôleurs n'hésitent jamais à dire clairement qu'un arrêt de travail est médicalement justifié. La tendance est d'ailleurs plutôt inverse : sous la pression d'un conseil départemental de l'Ordre ou face à un salarié menaçant, ils hésitent parfois à indiquer que l'arrêt de travail n'est pas justifié. C'est un métier à risques : certains ont été agressés ; d'autres pris en otage.

Mme Isabelle Le Callennec. Je n'ai en effet pas connaissance de cas de salariés qui aient reçu la visite de médecins conseils de la sécurité sociale pendant leur arrêt de travail. La probabilité que cela se produise pour des arrêts de travail de courte durée paraît très faible.

Mme Michèle Laporte. Elle n'existe pas. Les salariés contrôlés sont ceux qui sont atteints de pathologies lourdes, ce qui ne saurait suffire à faire un contrôle efficace.

Mme Isabelle Le Callennec. Vous avez indiqué que 70 000 contrôles étaient réalisés en France chaque année. Combien dénombre-t-on au total d'arrêts de travail par an ?

M. Christophe Toulemonde. Probablement des millions...

En Belgique, 140 000 contrôles sont effectués chaque année. Le potentiel de développement des contre-visites médicales est donc considérable en France.

Mme la rapporteure. Sans doute certaines entreprises hésitent-elles encore à franchir le pas. Néanmoins, elles disposent, avec la suspension des indemnités journalières complémentaires, d'un outil dissuasif. J'en reviens à ma question précédente : existe-t-il un levier analogue dans la fonction publique ?

Mme Michèle Laporte. Les employeurs publics sont soumis à une réglementation contraignante et disposent de moyens limités. Ils ne peuvent agir que lorsque l'examen médical a pu avoir lieu et que l'arrêt de travail n'est pas justifié. Une autre solution réside dans le constat de l'absence du salarié une seconde fois, après qu'il ait été dûment prévenu.

Dans la fonction publique comme dans le secteur privé, il conviendrait que la sécurité sociale suspende le versement des indemnités journalières dès lors qu'il est établi que le salarié était absent pendant les heures de présence obligatoire. En cas d'erreur, il serait toujours possible de les rétablir. Cette mesure serait très efficace et permettrait de réaliser des économies.

M. Christophe Toulemonde. Elle inciterait en outre les entreprises à demander davantage de contrôles. Aujourd'hui, nos clients sont découragés par l'inaction de la sécurité sociale. Pire, ils reçoivent des courriers des caisses primaires qui indiquent qu'elles vont maintenir le versement des indemnités journalières au motif que le médecin contrôleur mandaté par l'entreprise « a émis un avis sans examiner l'assuré ». Or le médecin s'est borné à constater que le salarié était absent pendant les heures de présence obligatoire.

Je précise, à cet égard, que les cas d'absence du domicile pour urgence médicale avérée sont rares. Or, les salariés qui connaissent bien le système prétextent une visite chez le médecin. Même si une jurisprudence récente les oblige désormais à fournir des éléments de justification, beaucoup d'entreprises reculent face à cet argument.

Les employeurs reçoivent également des courriers des caisses primaires leur indiquant que nous n'avons pas transmis les résultats sous 48 heures et en infèrent que nous n'accomplirions pas correctement notre travail...

Mme Michèle Laporte. J'ai précisé aux médecins chefs des services médicaux des CPAM que nous envoyions le lundi les résultats des contrôles réalisés le vendredi. Les caisses continuent néanmoins à adresser de tels courriers aux employeurs. La disposition – ancienne – qui a institué ce délai de 48 heures doit être revue.

J'ai toujours incité les employeurs à transmettre les résultats aux caisses de sécurité sociale, pour qu'elles puissent éventuellement suspendre le versement des indemnités journalières. En 25 ans de métier, je n'ai constaté aucun résultat.

Par ailleurs, la loi précise que les résultats doivent être envoyés aux caisses par les médecins contrôleurs eux-mêmes. Ces derniers n'étant pas toujours fiables sur ce point, nous le faisons souvent à leur place. Cela ne devrait occasionner aucune difficulté, puisqu'il s'agit, non pas de données médicales, mais d'une information d'ordre administratif – l'arrêt

de travail est justifié ou ne l'est pas. Certaines caisses demandent que les médecins contrôleurs accompagnent leur envoi de la documentation médicale appropriée. Cependant, ils réaliseraient alors non plus de simples contrôles, mais fourniraient une forme d'expertise, pour laquelle il conviendrait de les rémunérer. J'ajoute que les médecins conseils et les médecins généralistes – les premiers contrôlent les seconds – n'ont pas nécessairement de bonnes relations. En définitive, la loi n'est pas appliquée.

Dans un souci d'efficacité, il conviendrait que les résultats soient envoyés aux caisses par les sociétés de contre-visites médicales. Pour ma part, je fournis toujours le nom et les coordonnées des médecins contrôleurs. Les médecins conseils peuvent donc les contacter pour demander telle ou telle précision. De plus, j'ai développé, à mes frais, un logiciel qui me permet d'adresser les résultats aux caisses primaires en même temps qu'aux employeurs. Cet effort s'est révélé inutile : une partie des caisses m'ont répondu que l'information était confidentielle et ne pouvait pas circuler par message électronique ; d'autres exigent désormais que les données soient cryptées. À ce jour, seules deux caisses régionales se sont mises en mesure de recevoir nos résultats.

En réalité, les caisses ne veulent pas recevoir les résultats de nos contrôles pour ne pas avoir à les traiter. Il conviendrait de sensibiliser les directeurs de caisse et les médecins chefs des services médicaux afin qu'ils encouragent leurs collaborateurs à travailler avec nous. Je rencontre depuis 25 ans l'ensemble des interlocuteurs compétents – directeurs de caisses, médecins conseils, conseils de l'Ordre, médecins du travail –, en vain.

M. Christophe Toulemonde. Je me suis également rendu dans les CPAM. Tout dépend du bon vouloir d'un médecin conseil ou d'un secrétaire général de caisse. Nous parvenons à travailler en bonne intelligence avec certaines caisses. Une quinzaine d'entre elles ont ainsi accepté que nous leur envoyions nos résultats par messagerie électronique. Cependant, elles se placent ainsi hors du cadre légal. Toutes les autres caisses se réfugient derrière cet argument : les résultats doivent être transmis non pas par les organismes de contrôle, mais par les médecins contrôleurs.

Mme Michèle Laporte. Il est arrivé que des caisses jettent à la poubelle les résultats que leur avaient transmis des employeurs. Cela ne contribue pas à améliorer nos relations. Nous ne pouvons que le regretter.

M. Christophe Toulemonde. Nous encourageons en effet les employeurs à transmettre les résultats aux caisses. Mais on leur répond également que c'est aux médecins contrôleurs de le faire.

Mme Michèle Laporte. La législation doit être améliorée sur ce point.

Mme la rapporteure. Nous avons auditionné des responsables de caisses de sécurité sociale la semaine dernière. Il semble que la Mutualité sociale agricole (MSA) mène une politique active pour détecter les abus.

Mme Michèle Laporte. La MSA, pourtant dépourvue de service médical, constitue en effet une exception.

Mme Isabelle Le Callennec. Avez-vous pu mesurer les économies réalisées, grâce à vos contrôles, par les employeurs, d'une part, et par l'assurance maladie, d'autre part ?

Mme Michèle Laporte. Il nous est difficile de mesurer les économies que nos contrôles permettent de réaliser. Il est cependant évident que nous pourrions en faire bien davantage !

Il conviendrait, tout d'abord, que nous, organismes de contrôle, soyons saisis le plus rapidement possible. Il faudrait, ensuite, en cas de fraude, que non seulement l'employeur suspende le versement des indemnités journalières complémentaires, mais que la sécurité sociale fasse de même avec les indemnités journalières, dès la demi-journée qui suit le contrôle. Nous pourrions ainsi faire cesser le paiement de 90 % du salaire des fraudeurs.

Nous passons, en France, notre temps à légiférer, sans réel souci d'efficacité. Certes, les indemnités journalières ne représentent pas une part essentielle du déficit de la sécurité sociale. Cependant, les abus ont un coût social payé par chacun d'entre nous.

Mme la rapporteure. J'en conviens volontiers : il est d'autant plus difficile à nos concitoyens d'accepter les efforts que nous leur demandons si nous ne faisons pas le nécessaire pour lutter contre la fraude.

Êtes-vous affiliés à des organisations telles que la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME) ou le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) ? Ne pensez-vous pas qu'ils pourraient, avec votre aide, approfondir leur connaissance de la problématique des arrêts de travail et devenir une véritable force de proposition en la matière ?

Mme Michèle Laporte. J'étais auparavant affiliée à la CGPME et le suis désormais au MEDEF. Il est vrai qu'ils ne maîtrisent pas ce sujet, que nous sommes les seuls à bien connaître. À cet égard, je regrette que la dernière loi ait été adoptée sans que nous ayons été consultés. Je suis prête à contribuer à vos travaux.

M. Christophe Toulemonde. Pour revenir à la question des économies, nous avons l'habitude de citer les chiffres suivants : une diminution de 1 point du taux d'absentéisme dans une entreprise lui fait économiser 1 % de masse salariale.

Il est en revanche difficile de mesurer l'impact – sans doute très important – des contrôles sur les autres salariés. En effet, l'absence de contrôle à la demande de l'employeur et le maintien des indemnités journalières par la sécurité sociale incitent ces derniers à recourir aux arrêts de travail de manière abusive.

M. le coprésident Pierre Morange. Le montant des indemnités journalières versées par la sécurité sociale est estimé à quelque 10 milliards d'euros : 6,3 milliards au titre de la maladie ; 2 au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ; 1,2 à la charge des régimes spéciaux.

S'agissant des entreprises, pouvez-vous évaluer les économies que la suspension du paiement des indemnités complémentaires leur permet de réaliser ?

Mme Michèle Laporte. C'est difficile. Il faudrait que la sécurité sociale fournisse le nombre total d'arrêts de travail prescrits chaque année – qui croît de manière régulière depuis 30 ans – et que l'on calcule un ratio, ce qui permettrait de réaliser que le volume des contrôles – 70 000 par an – est dérisoire. Il conviendrait également de tenir compte de la durée des arrêts de travail.

M. Christophe Toulemonde. C'est en effet très difficile à estimer. Les entreprises se livrent sans doute à leurs propres calculs.

Mme Michèle Laporte. Quoi qu'il en soit, sans les difficultés que nous avons relevées, nous pourrions contrôler beaucoup plus de salariés et de manière plus efficace.

Mme Isabelle Le Callennec. Vos clients ne sont-ils pas essentiellement des grandes entreprises ? Le coût des contrôles n'est-il pas trop élevé pour les petites et moyennes entreprises (PME) ?

Mme Michèle Laporte. Tous les types d'entreprises – de l'artisan qui emploie un unique salarié à la multinationale – recourent à nos services. Certaines PME font un raisonnement erroné : elles estiment que le contrôle médical est onéreux, alors que c'est l'absentéisme. Une contre-visite médicale coûte de 100 à 120 euros, la moitié de cette somme étant reversée au médecin contrôleur.

Mme Isabelle Le Callennec. Cela peut paraître cher à l'employeur quand le médecin contrôleur conclut que l'arrêt de travail est justifié...

Mme Michèle Laporte. Les employeurs souhaiteraient évidemment que la totalité des contrôles leur donne raison. Or, dans la moitié des cas, l'arrêt de travail est justifié par une pathologie, ce qui démontre l'objectivité des médecins contrôleurs.

D'une manière générale, le système actuel est déresponsabilisant et conduit à ce que des personnes véritablement malades ne puissent plus se soigner comme il convient parce que d'autres profitent abusivement du système.

Il serait juste d'imposer trois jours de carence dans la fonction publique, comme dans le secteur privé.

M. Christophe Toulemonde. Un grand établissement public parisien de transport souterrain a tenté, en janvier 2012, d'imposer un jour de carence à ses employés. Face aux mouvements sociaux que la réforme a suscités et à la suite de l'annulation par le juge administratif du dispositif, elle l'a supprimé dès le mois de juin et a versé les compléments de salaire qu'elle n'avait logiquement pas versés au cours des 6 mois précédents.

Bien que cela se traduise mécaniquement par une diminution de nos contrôles, je suis très favorable à l'instauration de un ou plusieurs jours de carence dans la fonction publique.

Mme la rapporteure. J'en reviens toujours à cette question : comment les employeurs publics réagissent-ils lorsqu'ils reçoivent des résultats leur prouvant qu'il y a des abus ?

Mme Michèle Laporte. Je peux vous citer un exemple : une grande ville de l'ouest de la France avait fait appel à nos services pour contrôler ses employés. Le médecin contrôleur que nous avions sollicité n'hésitait pas à constater que l'arrêt de travail n'était pas justifié lorsque tel était le cas. Compte tenu de l'opposition que cela a suscitée, la municipalité nous a demandé de ne plus lui adresser de résultats négatifs. Dans ces conditions, je me pose la question de l'utilité des contrôles ? Sans doute permettent-ils de maintenir une certaine pression, sans avoir à suspendre le versement des indemnités...

M. Christophe Toulemonde. Cela sert aussi à montrer à l'extérieur qu'on réalise des contrôles, même si le résultat n'en est pas exploité ou, pire, fixé à l'avance.

Si les médecins conseils de la sécurité sociale faisaient confiance à leurs collègues généralistes qui réalisent des contrôles, cela changerait tout.

Mme Michèle Laporte. Vous avez souhaité connaître nos propositions.

En cas de fraude, je le répète, il conviendrait que la sécurité sociale suspende le versement des indemnités journalières dès réception de nos résultats, sans attendre une éventuelle contestation du salarié. Dans l'hypothèse où ce dernier fournirait une justification valable, le versement des indemnités serait rétabli.

En outre, les différents cas que j'ai mentionnés – adresse fautive ou manquante, absence du salarié pendant les heures de présence obligatoires, refus du contrôle – devraient être considérés comme de la fraude, au même titre que l'arrêt médical non justifié.

M. Christophe Toulemonde. Lorsque le salarié est absent de son domicile pour une raison valable, l'employeur pourrait rétablir également le paiement des indemnités complémentaires.

Mme Michèle Laporte. Il conviendrait également de modifier la législation ou les directives de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Il est nécessaire, d'une part, de revenir sur le délai de 48 heures – nous sommes capables de transmettre les résultats très rapidement, sauf le week-end. Les caisses doivent cesser, d'autre part, de considérer que les médecins contrôleurs donnent un avis sans avoir pu réaliser d'examen médical lorsqu'ils se bornent à constater l'absence du salarié. Nous ne leur transmettons d'ailleurs plus toujours ce type de résultats puisqu'elles ne donnent pas suite. Nous sommes las de voir nos clients recevoir de leur part les lettres types que nous avons évoquées et qui laissent penser que nous n'exécutons pas notre tâche.

Enfin, il conviendrait de modifier la législation pour permettre à l'employeur ou à l'organisme de contrôle de transmettre directement les résultats aux CPAM, qui seraient tenues de les accepter.

L'état d'esprit actuel des CPAM est une source de difficulté. Les directeurs de caisse et les médecins chefs des services médicaux devraient inciter leurs collaborateurs à travailler en bonne intelligence avec nous, de manière à réaliser des économies et à réduire les charges des entreprises.

Mme la rapporteure. De votre côté, vous pourriez mobiliser davantage vos organisations professionnelles et améliorer sensiblement la connaissance qu'elles ont de la problématique des arrêts de travail. Sans doute avez-vous là une carte à jouer.

M. Christophe Toulemonde. Nous travaillons avec les organisations professionnelles. J'interviens avec elles auprès de leurs adhérents. Elles sont à l'origine d'environ 15 000 des 40 000 contrôles que réalise ma société chaque année, soit plus d'un tiers de son activité. Il est vrai qu'elles connaissent peu le sujet, alors qu'elles ont un rôle évident à jouer.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous vous remercions, madame, monsieur, pour toutes les informations que vous nous avez fournies.

Audition du Dr Bernard Schmitt, directeur régional du service médical d'Île-de-France, et Dr Aïda Jolivet, médecin conseil chef de service responsable du pôle contrôle des prestations et relations avec les assurés, du Dr François-Xavier Brouck, médecin conseil chef de service responsable de l'échelon local du service médical de Paris, et du Dr Pascale Peyre-Costa, médecin conseil chef de service responsable de l'échelon local du service médical de l'Essonne.

M. le coprésident Pierre Morange. Dans le cadre de nos travaux relatifs à l'évaluation du système de contrôle des indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail, nous avons le plaisir de recevoir maintenant le Dr Bernard Schmitt, directeur régional du service médical d'Île-de-France, qu'accompagnent trois médecins conseil chefs de service au sein de la même direction. Dans sa communication de juillet 2012, la Cour des comptes, soulignant la complexité du dispositif, a recommandé une rationalisation du dispositif visant à simplifier les procédures, faire disparaître les zones d'ombre qui subsistent dans la prise en charge des arrêts de travail et mettre fin aux disparités territoriales et statutaires. D'autre part, la CNAMTS procède à une expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires pour les trois fonctions publiques ; la durée de cette expérimentation a été prorogée de deux ans, sa mise en œuvre ayant connu un retard important. Enfin, les représentants de deux sociétés prestataires de contre-visites médicales que nous venons d'entendre ont insisté sur ce qu'ils estiment être des difficultés de communication avec les services de contrôle de la CNAMTS. Sur toutes ces questions, nous aimerions connaître votre avis.

Dr Bernard Schmitt, directeur régional du service médical d'Île-de-France. Au sein de la CNAMTS, la direction régionale du service médical d'Île-de-France (DRSM) est chargée du contrôle des prestations, au nombre desquelles figurent les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail. Elle compte 1 600 salariés dont 190 médecins en équivalent temps plein (ETP). Ils sont répartis sur 50 sites dans les 8 départements franciliens. Outre son activité traditionnelle de contrôle des prestations, la DRSM a pour mission les relations – renforcées par la nouvelle convention médicale – avec les professionnels de santé et une activité soutenue de suivi contentieux. 120 médecins se consacrent au contrôle des prestations, les autres se répartissant pour moitié entre nos deux autres missions. Chaque échelon local est dirigé par un médecin conseil chef de service ; tous sont membres, à mes côtés, du comité directeur de la direction régionale, cadre de l'élaboration collégiale de toutes les stratégies. Les indemnités journalières font partie des sujets que nous évoquons, ensemble, tous les 15 jours.

En Île-de-France, le régime général couvre une population de quelque 11,8 millions de personnes dont 4,6 millions d'actifs et les dépenses relatives aux indemnités journalières se sont élevées à 1,63 milliard d'euros en 2011. Nous sommes pleinement conscients de la responsabilité qui nous incombe en matière de contrôle. Aussi bien, 37 des 190 médecins de la DRSM d'Île-de-France sont affectés au contrôle des indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail pour maladie. En 2011, ils ont rendu 245 000 avis – dont 12 % d'avis défavorables – qui représentent 18 % des contrôles relatifs aux indemnités journalières et couvrent 82 % de la dépense. Les contrôles portent principalement sur les arrêts de travail de plus de 45 jours.

Aux avis ainsi rendus s'ajoutent chaque année 500 000 avis relatifs aux affections de longue durée – les ALD – ; ils portent d'une part sur les « entrées » en ALD, d'autre part sur les renouvellements, qui ont lieu tous les 5 ans. Près d'un million d'avis sont rendus chaque année par la DRSM d'Île-de-France. Nos médecins exercent un métier difficile, et ces avis donnent prétexte chaque année à 30 agressions physiques et verbales.

Il existe une forte coordination, à deux niveaux, entre la DRSM d'Île-de-France et les CPAM. Au niveau régional, dans le cadre de la gestion du risque, je rencontre tous les mois les 8 directeurs des caisses primaires au sein du comité directeur. Au niveau local, nos responsables de service sont en contact permanent avec les directions des caisses primaires et font partie des instances de pilotage de la gestion du risque, qui intègrent les « observatoires indemnités journalières » installés dans tous les services médicaux. Les rencontres répondent au reproche de coordination insuffisante avec les caisses primaires qui nous a été fait.

Les Dr Aïda Jolivet, François-Xavier Brouck et Pascale Peyre-Costa vous détailleront la stratégie générale de la CNAMTS, déclinée en direction des assurés, des professionnels de santé et des entreprises.

Dr Aïda Jolivet, médecin conseil chef de service responsable du pôle contrôle des prestations et relations avec les assurés du service médical d'Île-de-France. Notre stratégie de contrôle des indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail correspond aux directives nationales définies en 2012, qui structurent notre action. De ce fait, comme l'a indiqué le Dr Bernard Schmitt, notre première priorité concerne les arrêts de travail supérieurs à 45 jours : en Île-de-France, ils représentent, je le rappelle, 18 % des contrôles et 82 % de la dépense. Nous nous attachons à repérer rapidement les salariés potentiellement aptes à reprendre le travail avant que les difficultés ne deviennent inextricables ; nous avons créé à cette fin des outils qui nous permettent d'optimiser et de médicaliser au maximum les décisions en ciblant les patients de manière pertinente, et nous nous attachons, en cas de contrôle avec examen, à accompagner les assurés pour prévenir la désinsertion professionnelle. Conformément aux directives nationales, qui visent à ne pas prolonger l'arrêt de travail au-delà de la durée médicalement souhaitable, notre deuxième priorité porte sur les arrêts de travail de longue durée, la stabilisation précoce et le suivi des arrêts de travail. Nous contrôlons aussi les arrêts de travail de courte durée mais, comme l'a indiqué notre directeur, ce risque ne fait pas partie de nos priorités.

Dr François-Xavier Brouck, médecin conseil chef de service responsable de l'échelon local du service médical de Paris. Nos relations avec les médecins ont lieu pour l'essentiel dans le cadre du colloque singulier entre le médecin conseil et le médecin traitant, notamment si l'on envisage une difficulté lors de la reprise du travail. Nous intervenons également auprès des médecins traitants par un accompagnement prévu dans le cadre conventionnel. Désormais, les médecins conseils rencontrent chaque année, de manière systématique, tous les médecins traitants du département qui, dans la grande majorité, sont des généralistes ; à Paris, on dénombre 8 900 médecins, dont 1 700 généralistes. La prescription des indemnités journalières n'est pas incluse dans les indicateurs qui déterminent la rémunération des médecins sur objectifs de santé publique dans le cadre des contrats de performance, mais le sujet est très fréquemment abordé pendant ces entretiens. Il peut l'être aussi lorsque nous intervenons dans le cadre de formations médicales continues. C'est l'occasion pour nos confrères de nous faire part des difficultés qu'ils éprouvent lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés quotidiennes, comme le choix, par exemple, d'une mise en invalidité ou d'un temps partiel thérapeutique qu'ils ne maîtrisent pas toujours parfaitement.

Avec les médecins dits « hyperprescripteurs », nous privilégions pour commencer des entretiens d'alerte visant à les informer de leur situation. De nombreux échanges de courriers ont lieu, mais nous souhaitons rencontrer certains d'entre eux pour les sensibiliser à la question et traiter de leur pratique quotidienne, qui varie selon le profil de leur patientèle – on imagine

aisément qu'elle n'est pas la même selon que l'on est installé à l'Ouest ou au Nord-Est de Paris.

Sur le plan juridique enfin, deux dispositifs contraignants peuvent être mis en œuvre : la mise sous objectifs quantifiés, introduite récemment dans le code de la sécurité sociale, qui présente des premiers résultats prometteurs et la mise sous accord préalable, qui est une procédure plus ancienne.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Qu'en est-il des médecins hospitaliers ?

Dr François-Xavier Brouck. J'évoquais en effet nos relations avec les médecins libéraux, mais des arrêts de travail sont aussi prescrits par les établissements hospitaliers – en nombre de jours, cela représente un tiers de ces prescriptions à Paris. Il s'agit d'une situation particulière à la ville de Paris, où les établissements hospitaliers abritent des centres de santé qui sont à l'origine de quelque 25 % du total des indemnités journalières prescrites. La difficulté réside dans l'impossibilité d'identifier les médecins prescripteurs dans les centres de santé.

Mme la rapporteure. Considérez-vous les centres de santé comme des hyperprescripteurs ?

Dr François-Xavier Brouck. Absolument pas : le nombre d'indemnités globales prescrites est corrélé à la patientèle reçue. Mais, alors que nous souhaiterions accompagner leur activité, nous ne connaissons pas l'identité de tous les médecins qui y travaillent. Cependant, dans le cadre de la maîtrise médicalisée de la dépense de santé à l'hôpital, nous avons déjà sensibilisé les prescripteurs d'arrêts de travail depuis plusieurs années. Avec la CPAM de Paris, nous avons engagé un processus visant à rencontrer les médecins des centres de santé.

M. le coprésident Pierre Morange. Un projet d'individualisation des médecins prescripteurs des centres de santé avait été initié il y a deux ans, avec l'objectif d'harmoniser les pratiques. Avez-vous progressé sur ce sujet majeur ?

Dr François-Xavier Brouck. Nous sommes dépendants de l'évolution de la réglementation ; à ce jour, nous ne disposons que des données globales pour chaque établissement de santé. Nous sommes engagés dans une démarche de sensibilisation des directeurs des centres de santé.

Dr Bernard Schmitt. Une expérimentation de facturation individuelle des établissements de santé est en cours à la CPAM d'Amiens depuis un an environ. Dans les autres régions, on ne constate pas de progrès.

M. le coprésident Pierre Morange. C'est certainement l'une des préconisations que nous devons faire. Dans un autre domaine, qu'en est-il des expérimentations relatives au contrôle des arrêts de travail dans la fonction publique d'État ? La Cour des comptes souligne que, pour beaucoup, ces contrôles n'ont pu être effectués, soit en raison de la transmission tardive des avis qui étaient échus, soit à cause de la communication d'adresses erronées. Cela laisse perplexé.

Dr François-Xavier Brouck. Les expérimentations diffèrent selon les régions. À Paris, elle a porté sur les services centraux, principalement ceux du ministère de l'économie et des finances : l'INSEE, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de

la répression des fraudes, la direction des douanes. Nous avons ainsi un interlocuteur unique et proche, avec lequel nous avons immédiatement envisagé un travail commun.

M. le coprésident Pierre Morange. Cela signifie-t-il que les choses sont plus difficiles avec les autres ministères ?

Dr François-Xavier Brouck. Je ne puis évoquer que ce sur quoi je suis en mesure de témoigner.

Dr Bernard Schmitt. Il n'y a pas d'autre expérimentation que celle-là.

Dr François-Xavier Brouck. À Paris, depuis que l'expérimentation a débuté en octobre 2010, les contrôles ont porté sur 874 fonctionnaires, avec un taux de reprise du travail de 1,5 % par rapport aux signalements – ce qui est un peu plus faible que pour le reste de la population contrôlée – et de 3,5 % si l'on prend en considération les fonctionnaires contrôlables. En effet, tous n'habitent pas l'Île-de-France, et il ne nous est pas possible de convoquer ceux qui dépendent du ministère mais qui habitent l'Eure, la Loire-Atlantique, la région Centre, voire les Antilles. Pour ne citer qu'un exemple, les écoles des Mines dépendent des services du ministère des finances, mais elles sont sises en plusieurs villes de province. Nous avons donc convoqué les assurés qui pouvaient l'être. Nous avons constaté, au début de l'expérimentation, la situation que vous avez décrite – des arrêts de travail signalés à terme échu – mais elle a été largement corrigée par le décret du 7 mai 2012 et elle ne s'est plus reproduite à Paris.

Nous sommes amenés à recevoir les patients fonctionnaires sans disposer d'éléments complémentaires sur leur état de santé. Au début de l'expérimentation, nous n'avions même pas la possibilité de joindre le médecin traitant ; nous ne disposions ni de l'avis d'arrêt de travail ni des données de consommation de ces patients – sauf s'ils habitent Paris et, atteints d'une pathologie grave, ils sont exonérés du ticket modérateur. Une autre difficulté tient à ce que le médecin conseil rencontre le patient une fois seulement, alors même que, l'arrêt de travail étant prescrit pour une durée supérieure à 45 jours, on peut s'attendre à certaines difficultés au moment de la reprise. Lorsqu'il s'agit d'assurés du régime général, il arrive que le médecin conseil ne prenne pas sa décision immédiatement, et souhaite revoir le patient. Dans le cadre de l'expérimentation, nous n'avons pas cette possibilité.

Mme la rapporteure. Pourquoi ?

Dr François-Xavier Brouck. La méthodologie retenue pour l'expérimentation ne concerne que les arrêts de travail itératifs – l'organisme envoie un courrier au fonctionnaire lorsque trois arrêts de travail d'une durée inférieure à 15 jours lui ont été prescrits en moins d'un an, et il est convoqué lors du quatrième arrêt de travail – et les arrêts de travail de plus de 45 jours. Mais il est prévu que nous rendions des avis ponctuels sur un signalement unique : nous ne suivons pas les arrêts de travail des fonctionnaires comme nous le faisons pour les assurés du régime général.

Dr Pascale Peyre-Costa, médecin conseil chef de service responsable de l'échelon local du service médical de l'Essonne. S'agissant des relations avec les employeurs, je commencerai par évoquer les relations que nous avons avec les salariés en arrêt de travail depuis plus de 45 jours et le dispositif que nous avons mis au point en Île-de-France pour prévenir la désinsertion professionnelle. Les études montrent qu'une personne sur deux en arrêt de travail depuis plus de 6 mois ne reprendra pas un emploi, et que la proportion passe à 70 % pour les salariés arrêtés pendant plus de 1 an. Aussi la

CNAMTS a-t-elle défini une stratégie de prévention, pour laquelle j'ai été chef de projet en Île-de-France. Le service médical s'attache à dépister l'assuré en arrêt de travail prolongé en fonction de son profil médicalisé de consommation, tel qu'il ressort des remboursements effectués par la CPAM. Un questionnaire lui est alors adressé, qui nous permet de connaître son métier ; ensuite, le médecin conseil, le médecin traitant et le médecin du travail s'entretiennent de son cas. Les textes nous autorisent à procéder de la sorte si nous avons l'accord de l'assuré, car le maintien d'un salarié dans l'emploi suppose qu'il soit lui-même acteur. Plus on anticipe, plus vite on permet le déclenchement des visites de pré-reprise qui permettent à la médecine du travail de définir les problèmes spécifiques à l'assuré et d'intervenir par le biais des plateformes de maintien dans l'emploi.

La procédure est maintenant opérationnelle ; pour arriver à ce résultat, il nous a fallu parvenir à communiquer entre nous. Aussi des réunions ont-elles eu lieu, avec les services de santé au travail, avec les médecins traitants et avec leurs syndicats. Aujourd'hui, en cas de difficulté, dans chaque département francilien comme dans le reste de la France, les médecins du travail peuvent nous joindre par téléphone et par le biais de boîtes à lettres électroniques – que nous avons pour objectif de sécuriser pour permettre l'échange d'éléments médicaux. Désormais, tout médecin traitant et tout médecin du travail qui veut contacter un médecin conseil pour prévenir une perte d'emploi a les moyens de le faire. Surtout, le dialogue s'est créé avec l'acteur principal qu'est l'assuré. À ce dialogue participent assistantes sociales et caisses primaires, ce qui nous permet de signaler toute difficulté décelée qui pourrait entraver la reprise du travail.

M. le coprésident Pierre Morange. C'est donc une organisation complexe dans laquelle interviennent de nombreux partenaires. À ce propos, nous venons justement d'auditionner les représentants de sociétés mandatées par les employeurs pour effectuer des contre-visites médicales auprès de salariés en arrêt maladie. Or, que le contrôle soit de nature purement administrative – si le médecin se borne à constater que l'assuré n'est pas présent aux heures de présence obligatoires – ou qu'il consiste en un véritable examen médical, son résultat semble rarement pris en compte par les caisses, soit parce qu'elles reçoivent le rapport au-delà du délai prévu, soit parce qu'il a été transmis par l'entreprise ayant réclamé la contre-visite, et non par le médecin qui l'a effectuée. C'est une source d'incompréhension – pour ne pas dire d'irritation – pour les sociétés concernées. N'y aurait-il pas moyen de surmonter ce manque de coordination, qui compromet la qualité du contrôle des arrêts maladie ?

S'agissant des indemnités journalières complémentaires, versées par les employeurs, nous avons été surpris, en recevant les représentants des entreprises, de constater qu'ils sont incapables d'en évaluer le volume financier. Les sommes en jeu ne sont pourtant pas négligeables, sachant que l'employeur est amené à verser entre 20 % et 50 % du salaire en complément des indemnités journalières payées par la sécurité sociale. Ce montant n'est pas sans incidence sur le coût du travail et donc sur la compétitivité des entreprises françaises, sujet d'une brûlante actualité. Il serait donc utile de pouvoir disposer de plus de données. En outre, un contrôle plus efficace des arrêts de travail contribuerait peut-être à accroître les marges de manœuvre financières nécessaires pour améliorer le sort des catégories de salariés qui ne bénéficient pas de la protection des indemnités journalières complémentaires.

La MECSS a une seule et unique obsession : contribuer à optimiser le rapport coût/efficacité des mesures approuvées par la Représentation nationale. Le processus a été long, mais l'idée commence à pénétrer les esprits que les gestionnaires du risque – dont vous

êtes – ne doivent pas rester dans une logique de payeur aveugle. Nous devons donc rechercher un moyen de rationaliser les contrôles.

Vous vous concentrez sur les arrêts de travail de plus de 45 jours, parce qu'ils représentent environ 80 % de la dépense totale des indemnités journalières. Dans la mesure où vous ne disposez pas des moyens de contrôler l'ensemble des arrêts, cette volonté de hiérarchiser les priorités est compréhensible. On peut en effet penser qu'un contrôle plus poussé des arrêts d'une durée inférieure à 45 jours représenterait un gaspillage d'énergie compte tenu des bénéfiques qui en résulteraient.

Pour autant, ne pourrait-on pas envisager que, par une contractualisation entre le service médical de l'assurance maladie et les sociétés prestataires de contre-visites médicales, ces dernières puissent effectuer, selon une méthodologie définie par un strict cahier des charges, le contrôle des arrêts de travail de courte durée ?

Dr Bernard Schmitt. Il convient de distinguer les signalements adressés par les employeurs – que nous exploitons systématiquement – et les contre-visites médicales organisées à leur initiative.

S'agissant des arrêts de courte durée, nous ne sommes pas du tout hostiles à l'idée de les contrôler, même si cela peut en effet poser un problème de moyens. En revanche, nous sommes réticents à un contrôle qui ne soit pas ciblé, dont le rendement est catastrophique et décourageant. Si vous mobilisez un médecin conseil pendant une matinée et que vous convoquez dix patients, seulement cinq viendront, dont quatre seront vraiment malades. Quant au dernier, il sera sans doute remis au travail, mais il aurait de toute façon repris son activité le lundi suivant. C'est pourquoi nous préférons éviter d'effectuer un contrôle sur les arrêts de courte durée sans un ciblage médicalisé au préalable. La difficulté provient de l'absence de données à moins de sept jours, nous ignorons même que le patient est en arrêt maladie. En revanche, quand nous disposons d'éléments médicaux, nous sommes en mesure de contrôler. C'est le cas, notamment, s'agissant des arrêts itératifs que nous signalent les caisses.

M. le coprésident Pierre Morange. La question n'est pas de contester la pertinence de votre stratégie. Mais il existe des sociétés spécialisées dans la contre-visite médicale, dont le rôle est complémentaire du vôtre. Ne pourrait-on pas faire en sorte que leurs avis vous soient automatiquement communiqués, sachant que vous resteriez seuls responsables des suites à en donner ? Aujourd'hui, nous sommes dans une situation où chacun ignore l'autre, ce qui est regrettable. L'essentiel est de faire disparaître les zones d'ombre du contrôle médical.

Dr Bernard Schmitt. Nous n'avons pas forcément connaissance des critiques exprimées à notre encontre. Mais il est vrai que les résultats des contre-visites médicales des employeurs ne sont pratiquement pas utilisés, car nous en recevons très peu.

M. le coprésident Pierre Morange. Justement, les personnes que nous venons d'auditionner affirment qu'elles les transmettent systématiquement. Il ne s'agit pas de polémiquer...

Dr Pascale Peyre-Costa. ... mais de trouver une solution.

M. le coprésident Pierre Morange. Exactement. Pour l'instant, chacun se renvoie la responsabilité d'une situation qui, à l'évidence, n'est pas satisfaisante. C'est pourquoi nous souhaitons que les représentants du service du contrôle médical de l'assurance maladie

et ceux des sociétés spécialisées dans les contre-visites médicales se rencontrent et parviennent à élaborer une procédure permettant la collaboration, si possible avant la remise de notre rapport.

Dr Pascale Peyre-Costa. Il faut également tenir compte des réalités locales. De janvier à novembre 2012, le nombre de contrôles effectués à l'initiative de l'employeur, en application de l'article 90 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, n'a été que de 437 pour toute la région Île-de-France – soit une quantité très faible. Et sur ce total, 70 % des avis obtenus par les services du contrôle médical se sont révélés inexploitable, car non-recevables, soit parce qu'ils étaient parvenus au-delà du délai de 48 heures, soit parce qu'ils n'étaient pas accompagnés de l'examen médical réalisé par le médecin contrôleur.

Ce chiffre est à mettre en relation avec les 1 500 courriers reçus d'employeurs suspectant un de leurs salariés de bénéficier d'un arrêt de travail non justifié. Nous leur répondons systématiquement, par écrit, après que le médecin conseil a examiné le dossier de l'assuré concerné. Souvent, il s'agit de personnes que nous connaissons déjà, soit parce que la durée de leur arrêt de travail a été prolongée, soit parce que nous avons été amenés à les rencontrer ou parce que ce sont des patients atteints d'une affection de longue durée. Bien entendu, si cela s'avère nécessaire, nous les convoquons et nous leur prescrivons une reprise du travail. Mais il faut savoir que pour une grande partie d'entre eux, l'arrêt de travail est justifié.

Cela étant, nous nous efforçons de développer les échanges avec les employeurs. Nous organisons des matinées à leur intention, nous participons à des réunions avec le MEDEF, et des lignes téléphoniques leur sont dédiées par les caisses primaires d'assurance maladie. Il est nécessaire que toutes les parties – à commencer par les organismes privés de contrôle médical – puisse se retrouver autour d'une table.

M. le coprésident Pierre Morange. En effet. D'autant que les responsables que nous venons d'auditionner ont évoqué 70 000 contre-visites par an, dont la moitié conduiraient à un avis défavorable. Le temps manque pour interpréter ces chiffres, mais il importe, je le répète, qu'une réunion soit organisée entre les responsables du contrôle médical effectué au titre de l'assurance maladie obligatoire et ces sociétés spécialisées. Cela permettra non seulement de comprendre pourquoi les données sont divergentes, mais aussi de proposer des solutions pragmatiques, opérationnelles, pour améliorer l'efficacité du contrôle.

Nous souhaitons aborder un autre sujet, celui des indemnités journalières versées au titre de la maladie pour des arrêts consécutifs à des accidents du travail. Peut-on estimer le coût de cette pratique – laquelle relève d'un détournement de la loi – qui conduit à faire prendre en charge certaines pathologies par d'autres branches assurantielles ? Les services de contrôle médical ont-ils recueilli des éléments d'information sur cette question ?

Dr Pascale Peyre-Costa. La question a justement été abordée, lors de la « matinée employeurs » que nous avons organisée en Essonne le 4 décembre dernier, de la distinction entre le risque « accidents du travail et maladies professionnelles » et le risque « assurance maladie ». Nos médecins ont bénéficié d'une remarquable formation sur le sujet, dispensée à Lille, et ont donc la capacité de parfaitement faire la part des choses. Une des missions confiées au médecin conseil, lorsqu'il gère le suivi d'un arrêt de travail, est d'identifier le moment où un accident du travail est clos, où il est possible de basculer sur le risque « maladie », parce qu'une maladie, contractée avant l'accident du travail, « évolue pour son propre compte ».

M. le coprésident Pierre Morange. Vous évoquez le cas de figure dans lequel l'accident du travail a été dûment enregistré. Mais il peut être également dissimulé afin d'en transférer la prise en charge sur l'assurance maladie.

Dr Pascale Peyre-Costa. Vous entendez les cas de fraude.

M. le coprésident Pierre Morange. Est-il possible d'évaluer leurs conséquences financières ?

Dr François-Xavier Brouck. Il arrive en effet que dans le cadre du suivi d'un arrêt de travail, le médecin conseil diagnostique une pathologie relevant plutôt de la maladie professionnelle.

S'agissant de l'accident du travail, la difficulté ne vient pas seulement de l'imputabilité des faits mais aussi de leur matérialité, compte tenu de la place grandissante tenue par les risques psychosociaux. Prenons l'exemple d'un assuré mis en arrêt maladie en raison d'une dépression survenue à la suite d'un conflit avec son patron : dans une telle situation, relativement courante, le médecin conseil n'est pas en mesure de juger les faits, auxquels il n'a pas assisté ; il ne peut que procéder à un constat d'ordre médical.

Cela étant, lors du suivi d'un arrêt de travail, le rôle du médecin conseil est de signaler au patient, le cas échéant, que la pathologie dont il souffre relève d'une maladie professionnelle et peut donc faire l'objet d'une déclaration à ce titre – du moins si elle répond à certaines conditions administratives et médicales, relatives par exemple à la durée d'exposition au risque. Le médecin conseil oriente l'assuré, mais ne peut se substituer au patient pour effectuer la déclaration. Il ne lui appartient pas non plus d'effectuer le certificat de première constatation médicale : pour ce faire, l'assuré devra se tourner vers son médecin traitant.

M. le coprésident Pierre Morange. Je vous invite à nous transmettre par écrit toute information complémentaire que vous jugeriez utile, ainsi que toute proposition d'amélioration susceptible de faire l'objet d'une disposition législative, réglementaire ou, de façon plus souple, d'un accord conventionnel. Je pense notamment à la prise en compte du résultat des contre-visites ou à la possibilité d'identifier les médecins prescripteurs des centres hospitaliers. De même que la loi de la République doit s'appliquer à tous, le contrôle médical doit concerner aussi bien la médecine hospitalière que la médecine ambulatoire.

AUDITIONS DU 20 DÉCEMBRE 2012

Audition de M. Yann Bourgueil, directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, et M. Mohamed Ali ben Halima, responsable du projet Hygie.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Le rapport que la Cour des comptes a établi à notre demande fait ressortir que les indemnités journalières (IJ) entraînent une dépense dynamique, assez peu connue, mal maîtrisée, variant selon les pathologies et les territoires. Nous souhaitons acquérir une meilleure connaissance du sujet, et c'est pourquoi nous avons souhaité vous entendre. Nous souhaiterions en particulier savoir si vous avez une connaissance de l'étendue de la couverture offerte aux salariés en la matière, régime complémentaire compris.

M. Yann Bourgueil, directeur de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) est un centre de recherche en économie de la santé sur les services de santé, en grande partie financé par l'assurance maladie, et qui aborde ces questions par le biais de l'analyse de données.

Nous nous intéressons au rapport santé-travail sous l'angle de la couverture complémentaire d'entreprises. Nous utilisons, notamment, les enquêtes nationales qui ont été menées sur le sujet en 2003 et en 2009 – et qui seront reprises en 2013. Ces enquêtes, dont l'objectif est de comprendre comment se déploie la couverture complémentaire des salariés, apportent certains éléments d'information sur les modalités de prise en charge des délais de carence et d'indemnisation des personnes, selon les entreprises. Elles s'insèrent dans une thématique générale, qui est un objet de recherche traditionnel à l'IRDES et qui peut être formulée par la question suivante : comment, compte tenu de la couverture complémentaire qui concerne 94 % de la population, soit de manière individuelle, soit de manière collective, soit grâce à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), nos concitoyens accèdent-ils – ou renoncent-ils – aux soins ?

Par ailleurs, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé a investi en 2005 dans la construction d'une base de données, la base Hygie. Or, un des métiers traditionnels de l'IRDES est d'apparier et de rapprocher des bases de données : données médicales et données de consommation d'assurance maladie, données d'enquêtes en population générale et données de consommation de l'assurance maladie, *etc.* Dans une de nos expérimentations, par exemple, nous rapprochons, pour calculer des restes à charge, données des organismes complémentaires, données d'enquêtes et données de l'assurance maladie.

En l'occurrence, avec la base Hygie, il s'agissait de rapprocher des données de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) avec des données fournies par l'assurance maladie, l'objectif étant d'obtenir de l'information individuelle. La CNAV possède, en effet, des données très intéressantes sur les carrières des salariés du privé, ce qui nous procure de l'information sur les entreprises, sur l'âge d'entrée sur le marché du travail et sur l'ensemble de la carrière. Du côté de l'assurance maladie, nous récupérons de l'information sur la consommation de soins. Le fait qu'il s'agisse de « microdonnées », donc d'informations individuelles, permet de réaliser des analyses plus fines.

Construire une base de données comme celle de la CNAV et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a pris cinq ans – il faut passer par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), résoudre des problèmes techniques et informatiques et rapprocher des institutions. Nous n'avons donc commencé à produire les premiers résultats qu'en 2010. Mais un programme de travail est en train de se mettre en place, en partenariat avec l'assurance maladie, la DREES, la CNAV et d'autres utilisateurs. Mohamed Ali ben Halima, qui est responsable de ce dispositif, vous en parlera de manière plus précises.

Nous nous intéressons aussi au rapport santé-travail dans la mesure où le vieillissement va de pair avec l'allongement de la durée de vie au travail. Il nous semble important, en tant que chercheurs, d'évaluer les effets des politiques publiques, de connaître l'état de santé des salariés et leur comportement selon leur état de santé tout au long de leur carrière.

Mme la rapporteure. Vous ne visez que le secteur privé ?

M. Yann Bourgueil. Les régimes sociaux des fonctionnaires sont gérés à part. Ces derniers ne sont donc présents ni dans le régime général, ni dans les fichiers de la CNAMTS.

Mme la rapporteure. Disposez-vous d'une estimation de la partie complémentaire de la couverture des indemnités journalières payée par les entreprises ?

M. le coprésident Pierre Morange. Aucune des personnes auditionnées à ce jour n'a su évaluer le volume financier consacré à la part complémentaire versée par l'employeur pour les IJ.

M. Yann Bourgueil. Nous n'avons pas non plus d'informations sur cette question. Mais nous sommes en train de construire des systèmes d'information pour y parvenir.

M. le coprésident Pierre Morange. Dans quel délai serez-vous à même fournir une première estimation ?

M. Mohamed Ali ben Halima, responsable du projet Hygie. C'est un projet que nous sommes en train de mener avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Il est très difficile d'estimer le montant global de la part prise en charge par l'entreprise, pour deux raisons. D'abord, les conventions collectives varient selon le secteur d'activité et la catégorie socioprofessionnelle (CSP) des individus. Ensuite, l'information dont nous avons besoin sera obtenue à partir de la base Hygie, à propos de laquelle il faut rappeler qu'il a fallu presque cinq ans pour la construire. L'appel d'offres de la DREES date de 2005 et sa première utilisation, à partir des données de 2005, date de 2010. L'IRDES, en suivant presque les mêmes individus, a pu construire un panel allant de 2005 à 2008. Notre objectif est de continuer ainsi jusqu'à 2014, pour en obtenir un panel allant de 2005 à 2012.

La lecture de l'ensemble des conventions collectives pour l'ensemble des entreprises qui existent dans notre base Hygie représente un travail énorme, auquel nous avons déjà commencé à nous atteler : d'après le ministère du travail, 7 millions de salariés sont couverts par 11 conventions collectives. Il faut construire une base avec les différentes variables de prise en charge pour les arrêts maladie : le délai de carence de trois jours, de sept jours, de dix jours puisque ce délai diffère suivant les conventions, les taux maximum ou minimum suivant la catégorie socioprofessionnelle, *etc.* Ce travail difficile demandera, à mon avis, quatre ou cinq mois.

La base Hygie contient le montant du remboursement par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Lorsque nous disposerons des informations par numéro figurant au système d'identification du répertoire des entreprises (SIREN) et par CSP, nous pourrons estimer, par rapport au salaire de l'individu récupéré à partir des fichiers de la CNAV, le montant d'IJ payé par l'entreprise. Mais actuellement, nous n'avons pas le moyen de chiffrer exactement le montant d'IJ versé par les complémentaires.

M. Yann Bourgueil. C'est devenu un véritable enjeu de recherche et de politique publique. Mais cette préoccupation est assez récente.

M. le coprésident Pierre Morange. Il est stupéfiant de constater que personne n'ait défriché ce sujet. Le manque de coordination des multiples organismes qui interviennent en la matière aboutit à une contre-productivité assez hallucinante !

M. Yann Bourgueil. En France, il existe de nombreuses bases de données, mais celles-ci ne sont pas rapprochées. Elles sont gérées par des institutions qui, elles-mêmes, ne se rapprochent pas.

M. le coprésident Pierre Morange. Pourtant, cela ne devrait pas poser de problèmes techniques ou technologiques.

Mme la rapporteure. Les obstacles ne sont pas techniques, mais institutionnels.

M. Mohamed Ali ben Halima. Nous avons rencontré ces difficultés d'ordre institutionnel au moment de la construction de la base Hygie, ce qui explique en partie la durée de sa mise en œuvre.

Mme la rapporteure. Les blocages étaient-ils surtout le fait de la CNIL ?

M. Yann Bourgueil. Non.

Il faut d'abord demander aux différentes institutions, qui, le plus souvent, gèrent de la donnée pour des logiques de remboursement et des logiques comptables, de nous consacrer du temps et des ressources.

M. Mohamed Ali ben Halima. La CNAV établit pour nous un premier échantillonnage représentant un million de sa population globale, soit des salariés du secteur privé appartenant à une classe d'âge de 22 à 70 ans. Déjà, en 2005, elle avait envoyé le NIR, le numéro d'inscription au répertoire INSEE, à la CNAMTS.

À l'IRDES, nous réceptionnons les données de la CNAMTS et de la CNAV et nous essayons d'apparier les données de carrière avec les données de consommation médicale d'assurance maladie.

Le premier objectif du projet est de monter un système d'information sur les indemnités journalières. Nous avons donc toutes les informations sur les IJ. Mais nous avons aussi des informations sur les bénéficiaires, leurs caractéristiques individuelles et leur consommation médicale agrégée, sur les affections de longue durée (ALD), les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La base Hygie est un projet très innovant, qui permet de regrouper des données de carrières très riches, depuis l'âge d'entrée sur le marché du travail jusqu'à l'âge de la retraite. Nous pouvons ainsi suivre le choc provoqué sur le parcours professionnel par des arrêts maladie ou des problèmes de santé comme une ALD. Nous avons ainsi lancé, sur trois ans,

une étude sur l'impact du cancer sur le parcours professionnel et sur le marché du travail, qui sera financée par l'Institut national du cancer (INCa) et l'Association pour la recherche sur le cancer (ARC). Nous projetons d'étudier les déterminants des accidents du travail, des accidents professionnels et des indemnités journalières.

Sur les indemnités journalières et leur durée, nous avons produit en 2010 un premier travail, à partir des données 2005. Ce travail est très intéressant, mais il présente certaines limites. D'abord, il ne porte que sur l'année 2005. Ensuite, nous ne disposons pas de suffisamment d'informations sur la partie « entreprises » et donc sur la prise en charge du délai de carence, qui constitue un élément majeur dans la détermination individuelle de la prise d'arrêt maladie. Voilà pourquoi nous avons décidé, cette année, d'enrichir cette base avec d'autres appariements de bases administratives, comme celle des déclarations annuelles des données sociales (DADS) qui permettent d'identifier certaines caractéristiques de l'entreprise, comme sa taille, et surtout les mouvements de main-d'œuvre au sein de l'entreprise. On pourra ainsi étudier comment l'entreprise, pendant les périodes de crise économique, s'efforce d'établir un équilibre financier entre la gestion de la main-d'œuvre et le coût social des arrêts maladie. Des études intéressantes ont été publiées sur le sujet, surtout dans les pays du Nord, comme la Suède où, pendant les périodes de crise, certaines entreprises ont pu utiliser les arrêts maladie comme un moyen de dissimulation du chômage. Jusqu'à présent, en France, il n'était pas possible d'identifier la relation entre mouvements de main-d'œuvre, crise économique et arrêts maladie.

M. Yann Bourguéil. Cette base de données n'a pas vocation à être la propriété de l'IRDES. Nous faisons ce travail d'appariement et nous menons par ailleurs une activité de recherche à partir de ce travail. Cette base de données est aussi livrée à la CNAV, à la CNAMTS et à la DREES, qui ont chacune leur propre logique d'étude. Nous sommes d'ailleurs en train de construire le programme de travail avec la CNAMTS, qui travaille de façon naturelle et historique avec nous.

L'intérêt de cette base de données est non seulement qu'elle apparie des données qui n'étaient pas reliées à l'échelon individuel, mais qu'elle le fait aussi dans le temps. Cela nous permet de mener des études de causalité et de dire que tel ou tel facteur va déclencher telle ou telle augmentation d'IJ.

Il existe par ailleurs un comité d'exploitation de cette base, dans lequel sont représentés les différents partenaires, car ce n'est pas parce que l'on construit des bases de données que les gens vont s'en servir. Cela signifie qu'il faut, ensuite, que les institutions consacrent des moyens à son exploitation.

Des enrichissements sont prévus. Aujourd'hui, la base Hygie a des limites s'agissant des données médicales. L'information dont nous disposons pour caractériser la maladie ou l'état de santé est produite par les données de la CNAMTS : soit la dépense de santé, qui peut être considérée comme une approximation de l'état de santé ; soit l'indication d'une ALD, qui ne concerne pas tous les malades. Nous devons sans doute travailler ultérieurement avec l'assurance maladie sur les moyens d'obtenir davantage d'informations sur l'état de santé.

Mme la rapporteure. Actuellement, vos analyses ne tiennent pas compte des conventions collectives, qui ont sans doute un impact important. Comment se fait-il que vous ne les ayez pas prises en compte dès le début ?

M. Mohamed Ali ben Halima. Comme je l'ai dit tout à l'heure, il a fallu cinq ans à l'IRDES pour construire cette base de données. C'est en avançant dans notre travail que

nous avons pris conscience des manques d'information, côté entreprises, ou au niveau individuel, côté médical. Voilà pourquoi, en partenariat avec l'INSEE nous avons décidé, à partir de cette année, d'enrichir cette base – étant donné que ce projet va se poursuivre jusqu'en 2014.

M. Yann Bourgueil. La mise en base de données de ces conventions collectives représente un travail lourd et fastidieux : il faut déchiffrer les conventions collectives, puis les rattacher au numéro de SIREN de l'entreprise. Nous avons construit la base Hygie avec la CNAMTS, la CNAV, la DREES. Il nous fallait un autre partenaire, en l'occurrence l'INSEE, qui possède ces données.

M. Mohamed Ali ben Halima. En 2004-2005, la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère du travail a déchiffré l'ensemble des conventions collectives pour une enquête qui lui était propre, mais elle ne s'est pas intéressée aux arrêts maladie ni à la partie complémentaire de leur couverture. Voilà pourquoi nous ne disposons pas de l'information correspondante et pourquoi nous sommes maintenant obligés de refaire le travail. Certes, sur le délai de carence et sa prise en charge, il n'y a que deux pages dans une convention collective. Mais il nous faut reprendre l'ensemble de ces conventions. Nous espérons qu'à la fin de 2013, nous pourrions produire des résultats sur la prise des arrêts maladie, à partir d'un panel allant de 2005 jusqu'à 2009, en étudiant la dynamique des arrêts et en prenant en compte l'information sur la partie complémentaire payée par l'entreprise.

M. le coprésident Pierre Morange. Avez-vous une idée de la proportion des demandes d'indemnités journalières qui sont adressées à l'assurance maladie alors qu'elles relèvent des accidents du travail ? Avez-vous fait une étude sur ce sujet ?

M. Yann Bourgueil. Vous pourriez solliciter à ce propos une jeune femme de l'IRDES, qui vient de terminer une thèse en économie de la santé sur ce sujet.

M. le coprésident Pierre Morange. Elle pourrait au moins nous transmettre sa note de synthèse.

M. Yann Bourgueil. Je vais lui dire de s'adresser à vous. Sa thèse visait à vérifier l'application du principe du casseur/payeur aux accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP). Sa conclusion était qu'un niveau de cotisation élevé contribuait à la baisse des accidents.

M. le coprésident Pierre Morange. Avez-vous évalué l'efficacité des entreprises mandatées par les employeurs pour effectuer des opérations de contrôle, en complément du contrôle médical de l'assurance maladie ?

M. Yann Bourgueil. Non. Nous ne nous sommes pas intéressés à l'efficacité des politiques de contrôle.

M. Mohamed Ali ben Halima. Nous n'avons pas non plus d'informations sur les arrêts maladie contrôlés.

Mme la rapporteure. Pourtant, les politiques de contrôle peuvent expliquer les différences relevées entre les départements. De fait, certaines caisses qui diligentent des contrôles fréquents obtiennent des résultats.

M. Mohamed Ali ben Halima. C'est une des conclusions de notre étude, menée en 2005, sur la disparité départementale des arrêts maladie – dont le volume peut varier de un à cinq selon les départements.

Nous avons en effet relevé trois variables à l'origine de ces disparités départementales : premièrement, le taux d'arrêts de travail contrôlés pour 1 000 IJ, qui explique presque 31 % de cette variance départementale ; deuxièmement, la densité de médecins généralistes, qui l'explique pour 28 % – élément à prendre avec un peu de précaution ; enfin, l'âge d'entrée sur le marché du travail, pour 23 %.

Nous avons mené notre analyse à partir d'un modèle assez complexe, qui prend en compte l'ensemble de ces variables, car nous disposons dans notre base Hygie des caractéristiques socioéconomiques de la population, des caractéristiques de l'établissement et de celles du contexte économique départemental. Nous avons ensuite tenté de chiffrer le poids de chaque variable dans cette variance départementale pour apporter de l'information utilisable pour les politiques publiques, l'objectif étant de savoir sur quelle variable il faut agir pour réduire la disparité entre les départements.

M. le coprésident Pierre Morange. Le premier paramètre est celui de l'efficacité du contrôle. Un manque d'efficacité est-il lié à une carence des effectifs des médecins contrôleurs dans certains départements ou simplement au fait que la doctrine du contrôle ne serait pas partagée sur l'ensemble du territoire de la République, pour des raisons culturelles ou philosophiques ? Certains assimilent encore la lutte contre la fraude à une « chasse aux pauvres ».

M. Yann Bourguet. Dans ce modèle, nous avons utilisé un taux de contrôle de 1 000 IJ par département. Cette donnée nous a été fournie par la CNAMTS, laquelle nous a d'ailleurs fait remarquer qu'elle était très compliquée à interpréter. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas pu faire une analyse très fine de cette question.

Votre propos me paraît assez juste. La pratique médicale étant soumise à une très grande variabilité, je ne vois pas pourquoi il en serait autrement de la pratique des médecins conseils. En outre, nous ne captions peut-être pas tous les paramètres et certaines réalités mériteraient sans doute d'être appréhendées de l'intérieur. Par exemple, dans le rapport qu'elle vous a adressé, la Cour des comptes fait état des IJ qui sont accordées par les hôpitaux après une opération. Or, pour avoir travaillé dans les hôpitaux, j'ai remarqué qu'on accordait systématiquement tant de jours d'arrêts maladie après telle opération, sans que personne ne se pose de questions sur cette façon de faire.

Il y a là tout un champ que nous n'étudions pas en tant que tel parce que nous ne sommes pas entrés dans l'analyse de la pratique des contrôles de l'assurance maladie, ni même dans celle de la pratique des médecins, laquelle est manifestement, elle aussi, hétérogène.

M. le coprésident Pierre Morange. Le deuxième paramètre est celui de la densité du corps médical. Certes, une offre plus importante aboutit à une production d'actes plus importante. Mais avez-vous adopté une approche plus discriminante en intégrant le fait que la densité médicale peut être liée à des caractéristiques territoriales ? Dans certains départements, notamment sur la Côte-d'Azur, la moyenne d'âge est légèrement supérieure à la moyenne nationale.

M. Mohamed Ali ben Halima. Dans notre modèle, nous avons pris en compte la densité médicale pour 1 000 habitants – information que nous avons récupérée à partir de la base de données Éco-Santé.

M. le coprésident Pierre Morange. Il serait pourtant pertinent de prendre en compte le critère que j'évoquais, car cela permettrait de relativiser la multiplicité de l'offre par rapport à la spécificité de la demande.

M. Yann Bourgueil. Il ressort de notre étude que l'âge de la population contribue à la disparité entre les départements. Par ailleurs, il est logique de penser que lorsqu'il y a davantage de médecins, il soit plus facile d'accéder aux arrêts maladie. On peut faire aussi l'hypothèse selon laquelle, dans certains endroits, on n'en donne pas assez. Or il est utile d'obtenir un arrêt maladie quand on en a besoin.

Mme la rapporteure. Quand on en cherche vraiment, on en trouve !

M. Yann Bourgueil. Obtenir un arrêt maladie peut devenir un problème dans quelque temps.

On peut considérer qu'il y a une demande induite naturelle et une demande induite liée à l'hyperdensité médicale. Je pense qu'à une époque où la démographie médicale était très importante, les médecins avaient tendance à mieux répondre aux demandes de leurs patients, par crainte de perdre ceux-ci ou par crainte de la « concurrence ».

M. le coprésident Pierre Morange. Entre la réalité et le perçu, il y a toujours une grande différence.

M. Yann Bourgueil. Certains médecins ont reconnu que le fait de refuser des arrêts maladie n'éloignait pas les patients.

Mme la rapporteure. On peut toujours aller voir un autre médecin, connu pour donner des arrêts maladie, sans quitter pour autant le sien.

M. Mohamed Ali ben Halima. La CNAMTS est en train de monter un fichier descriptif sur le nombre d'arrêts maladie par pathologie.

La base Hygie révèle que presque 90 % des durées d'arrêts maladie sont inférieures à trois mois et donc que 10 ou 11 % d'entre elles sont supérieures à trois mois, ce qui correspond à peu près aux chiffres annoncés par la CNAMTS. En outre, 85 % des patients qui ont eu un arrêt de travail inférieur à trois mois vont jusqu'au quatrième jour de l'arrêt – et cela avant le changement de la loi sur le délai de carence.

Selon moi, se pose un problème mécanique de contrôle. Pour le moment, le salarié a le droit de déclarer son arrêt maladie après 48 heures de la prise d'arrêt maladie. Le temps que cette déclaration arrive à la CNAMTS et que l'on puisse étudier son cas plus précisément, le salarié est déjà retourné au travail. Je pense – et il me semble que cette remarque a été faite par la Cour des comptes – qu'il faudrait améliorer le système de transmission de l'arrêt maladie et passer à un système informatique plus sophistiqué qui ferait prendre conscience à certains salariés qu'un contrôle est susceptible d'être diligenté même à partir des deux premiers jours.

Mme la rapporteure. Il n'y a pas que ce problème mécanique. Il y a aussi la volonté, de la part des caisses, de privilégier le contrôle des arrêts longs, dans la mesure où

c'est là qu'il y a les plus grosses économies à faire. Ce n'est pas la politique de la Mutualité sociale agricole (MSA) qui procède à des contrôles dès qu'un employeur l'appelle pour lui faire part de ses soupçons, même pour des arrêts courts. Et 20 % de ces contrôles sont positifs. La stratégie des caisses a donc son importance.

M. Mohamed Ali ben Halima. Dans le système actuel, les arrêts courts sont difficilement contrôlables.

M. le coprésident Pierre Morange. L'assurance maladie part du fait que 80 % du volume financier concernent des arrêts de plus de 45 jours. Sans compter que la population à contrôler est peu nombreuse.

Il est surprenant que les sociétés de contrôle mandatées par les entreprises ne communiquent pas avec la structure de référence, c'est-à-dire avec le contrôle médical, ce qui rend le système totalement inefficace. Par ailleurs, les entreprises ne sont pas elles-mêmes capables de préciser le volume financier qu'elles consacrent à ce type de contrôle. Cela dit, si les employeurs continuent à s'adresser à ces sociétés, c'est qu'ils y voient un certain intérêt.

Mme la rapporteure. Avez-vous des éléments de comparaison avec les autres pays européens ?

M. Mohamed Ali ben Halima. Par exemple, en Allemagne, la moyenne du nombre de jours d'arrêts maladie était en 2010 de 8,5 jours, contre 9 jours en France. Mais le système de prise en charge de l'assurance maladie est très différent du nôtre.

Nous disposons d'un tableau qui présente les délais de carence dans les différents pays européens : en Belgique et en Suède, ce délai est d'un jour ; au Luxembourg, aux Pays-Bas, au Danemark et en Allemagne, il n'y a pas de délai de carence ; en Grèce, en Espagne, en France, en Irlande et en Italie, il atteint trois jours ; en Autriche, au Portugal et au Royaume-Uni, il est aussi de trois jours. En résumé, pour les pays du Sud, le délai de carence est en général de trois jours, et pour les pays du Nord, la prise en charge est presque totale.

M. le coprésident Pierre Morange. Mais quelle est la hauteur de cette prise en charge ?

M. Mohamed Ali ben Halima. En Allemagne, la prise en charge est de 70 % du salaire par les caisses d'assurance maladie. Il est possible – mais non obligatoire – que l'entreprise complète. Le système de conventions que nous connaissons en France n'existe qu'en Italie.

M. Yann Bourgueil. En Alsace et en Moselle, il n'y a pas de délai de carence. Le droit impose aux entreprises une prise en charge totale. D'ailleurs, un de nos objectifs est de comparer les arrêts des salariés en Alsace et en Moselle à ceux des salariés qui ont une convention collective. Pour cela, il faut que nous disposions de l'information sur la subrogation, c'est-à-dire sur la prise en charge du délai de carence par les employeurs. En effet, s'il y a un délai de carence, celui-ci est largement pris en charge – même de façon hétérogène – par les régimes de prévoyance que les entreprises cofinancent. La réalité est donc beaucoup plus complexe, et assez mal connue.

M. Mohamed Ali ben Halima. Au Luxembourg, la prise en charge est de 100 % du salaire, en Suède de 80 % et au Royaume-Uni, c'est un régime forfaitaire, différent selon les entreprises et les secteurs.

L'année prochaine, nous souhaitons mener une étude sur les salariés d'Alsace-Moselle partis travailler dans d'autres départements. Nous cherchons à savoir si, en changeant de régime d'assurance maladie, ils ont modifié leur comportement en matière de prise d'arrêts maladie. On peut en effet se demander si un système généreux encourage, ou n'encourage pas, les individus à prendre davantage d'arrêts maladie. En Alsace-Moselle, les arrêts maladie courts sont peut-être plus fréquents, mais la fréquence des arrêts longs est bien plus faible par rapport au reste de la population.

M. le coprésident Pierre Morange. La modification du système de protection sanitaire et sociale et l'apparition d'un nombre non négligeable de travailleurs pauvres en Allemagne ont-elles eu un impact sur la moyenne annuelle des jours d'arrêts maladie que vous nous avez donnée ?

M. Yann Bourgueil. Sur toutes ces questions-là, nous n'avons pas d'approches comparatives. La DREES pourrait vous répondre plus facilement. Elle a en effet tenu l'année dernière un séminaire portant sur la comparaison de l'ensemble des politiques sociales en France et en Allemagne.

M. le coprésident Pierre Morange. Merci pour ces informations. Nous serons attentifs à vos productions et aux propositions que vous pourriez nous faire.

*

Audition de M. Benoît Parlos, délégué national à la lutte contre la fraude au ministère de l'économie et des finances, accompagné de MM. Rémi Favier et Frédéric Gaven, chargés de mission à la délégation nationale à la lutte contre la fraude.

M. le coprésident Pierre Morange. La MECSS s'intéresse actuellement à la prise en charge des arrêts de travail. Le rapport d'étape que la Cour des comptes nous a fourni en juillet 2012 a révélé la complexité et l'hétérogénéité du système actuel, qu'il conviendrait d'améliorer. Nous souhaiterions connaître votre analyse sur ce système et ses dérivés. Comment évaluez-vous les fraudes aux arrêts de travail ?

M. Benoît Parlos, délégué national à la lutte contre la fraude au ministère de l'économie et des finances. Le dispositif de lutte contre la fraude aux finances publiques a été réformé entre 2007 et 2012. En 2008, a été constituée, sous l'autorité du Comité national de lutte contre la fraude (CNLF), présidé par le Premier ministre ou, en son absence, par le ministre chargé du budget, la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF), que j'ai l'honneur de diriger et qui s'occupe directement de tous les sujets liés à la fraude, qu'elle soit fiscale, douanière ou sociale – touchant les organismes de sécurité sociale (OSS) ou les organismes de protection sociale (OPS), comme Pôle emploi.

La DNLF est donc un organisme transversal qui, pour ne pas faire double emploi avec d'autres services, n'a aucun rôle opérationnel mais sollicite l'ensemble des acteurs de la lutte contre la fraude ainsi que l'ensemble des corps de contrôle luttant contre le travail illégal. Elle doit abattre les cloisons entre ces opérateurs pour leur permettre d'échanger leurs informations en toute confiance, sans s'abriter derrière le secret professionnel. Cela se fait dans le cadre de directives nationales qui, chaque année, renouvellent les priorités.

La DNLF a créé des comités départementaux anti-fraude (CODAF), coprésidés par le préfet et le procureur de la République, qui réunissent tous les mois – voire plus souvent lorsque le procureur le souhaite – la douzaine d'organismes compétents au niveau local en

matière de lutte contre la fraude : fisc, douanes, URSSAF, inspection du travail, *etc.* C'est l'occasion de faire remonter au niveau national certains éléments relatifs aux différents types de fraudes et à des préjudices importants qui peuvent survenir au niveau local.

Ce réseau est animé par deux chargés de mission, basés à Paris mais qui se déplacent dans les départements. Il permet de nouer des contacts et d'apporter des éclairages juridiques, techniques, informatiques, *etc.*

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. À quelle époque de l'année définissez-vous ces directives nationales ?

M. Benoît Parlos. J'envoie ces directives de contrôle nationales à la fin de l'année. Elles comportent un volet local, mais certains sujets d'ampleur nationale – par exemple les transports sanitaires ou les trafics de métaux –, qui ont des implications fiscales, douanières ou économiques, méritent d'être étudiés de très près. Toutes les actions sont mises en œuvre par le plan annuel de lutte contre la fraude, dont nous préparons l'édition 2013.

Mme la rapporteure. Si je comprends bien, vous établissez ce plan en fonction de ce que vous constatez pendant l'année et en fonction des remontées du terrain qui vous ont alerté sur tel ou tel élément préoccupant.

M. Benoît Parlos. Ce plan est préparé à partir des contributions des uns et des autres. Une fois que les priorités ont été établies, il constitue une feuille de route tant au niveau national qu'au niveau local. Mais il est exact que nous procédons en fonction des demandes. Il peut y avoir une demande de l'évolution de la législation, par exemple.

M. le coprésident Pierre Morange. Les CODAF sont-ils opérationnels et efficaces sur l'ensemble du territoire ?

M. Benoît Parlos. Je ne connais pas de réseau national qui soit opérationnel à 100 %. Afin de permettre aux acteurs d'organiser échanges d'informations et opérations conjointes, il importe de ne pas imposer un cadre trop rigide. Nous essayons de corriger les trop fortes disparités en faisant le point dans chaque département. Ainsi, en 2012, nous nous sommes déplacés une trentaine de fois dans ce dessein.

M. le coprésident Pierre Morange. Cette éventuelle disparité est-elle culturelle, liée aux territoires, aux hommes ?

M. Benoît Parlos. Après toute création de structure, une période d'adaptation est nécessaire. Sans doute, nous devons nous améliorer, mais nous partons de très loin. Sans renoncer à nos exigences, nous avons dû adopter une stratégie ouverte pour obtenir l'adhésion des différents acteurs au niveau local. De fait, aujourd'hui, les taux d'opérations de contrôle conjointes – par exemple entre l'URSSAF et la direction générale des finances publiques (DGFIP) sur les chantiers de BTP – sont bien plus importants qu'il y a quatre ou cinq ans.

M. le coprésident Pierre Morange. La fraude peut être fiscale ou sociale. Les trois quarts des quelque 20 milliards d'euros de fraude sociale – d'après les estimations de la Cour des comptes – sont liés à une fraude aux prélèvements et le dernier quart provient de la fraude aux prestations. D'autre part, le Gouvernement a érigé la lutte contre la fraude fiscale en pierre angulaire de son action. Or les deux types de fraude sont liés, l'une ne va pas sans l'autre, enquêter sur l'une permet de détecter l'autre. Toutefois, la Cour des comptes a souligné que les caisses primaires avaient du mal à accéder aux données de l'URSSAF et de

Pôle emploi pour cibler leur contrôle. Parallèlement, dans le cadre des logiques d'interconnexion de fichiers, la MECSS ne cesse de préconiser l'automatisme des échanges d'informations.

M. Benoît Parlos. Nous entrons là dans le vif du sujet, s'agissant des arrêts de travail et des IJ. En ce qui concerne les croisements de fichiers, nous pouvons évoquer un début d'automatisme des échanges entre Pôle emploi et la CNAMTS. Tous les mois, Pôle emploi envoie à la CNAMTS les fichiers des chômeurs pour établir leurs droits en matière d'indemnités journalières et de maladie, ce qui leur permet de détecter des fraudes – cumuls entre le chômage et un emploi, récidives sur des fausses déclarations de salaires, « kit ASSEDIC ».

Ainsi, des filets de sécurité existent, mais ils servent peu. Par exemple, les CPAM n'utilisent guère les déclarations préalables à l'embauche (DPAE) ou les DADS qui informent sur les salaires. Il faudrait donc davantage recourir aux outils existants. Qu'ils soient ou non automatisés, des progrès sont nécessaires en ce domaine.

Par ailleurs, nous nous intéressons aux entreprises dites « éphémères » et étudions les possibilités que le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) peut nous offrir en matière de lutte contre la fraude – ce qui n'est pas spécifique aux IJ.

M. Rémi Favier, chargé de mission à la DNLF. Si l'on se réfère aux informations de l'URSSAF, il existe déjà aujourd'hui deux premiers filets de sécurité : les CPAM ont la possibilité de consulter les DPAE depuis 2008 et, depuis 2010, de reconstituer les carrières à partir des DADS. Elles pourraient utiliser ces fichiers pour exploiter de manière plus élaborée les informations qu'elles reçoivent. Ce premier niveau de contrôle permettrait de lutter contre la falsification de certains documents ou contre les entreprises éphémères. Si les moyens qui existent sont sous-utilisés, c'est parce que les organismes n'ont pas toujours eu le temps de faire tout ce qu'ils pouvaient faire.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous pourrions insister auprès de l'exécutif et des organismes assurantiels afin que ces derniers s'approprient les moyens qui sont à leur disposition, notamment au travers d'une logique plus industrielle, par le biais de processus automatiques d'échanges d'informations.

Mme la rapporteure. Pouvez-vous citer un exemple de cette utilisation des fichiers dans la lutte contre les fraudes aux indemnités journalières ?

M. Rémi Favier. Il existe différents types de fraude. Lorsqu'une personne modifie son salaire pour percevoir davantage d'indemnités journalières ou fait état d'une entreprise qui n'existe pas, la consultation des DADS permet de découvrir la réalité : on sait si l'entreprise existe, si elle a effectué une DADS, si les salaires perçus correspondent à ceux mentionnés dans la demande d'IJ. Ces vérifications très simples peuvent être effectuées en rapprochant les fichiers. Elles pourraient même être automatisées.

Avec la DPAE, on peut savoir si le salarié a bien été embauché par l'entreprise. En effet, si son embauche est récente, la DADS, qui est annuelle, n'aura pas encore été transmise. Mais la DPAE fournit déjà un indice sur la réalité de l'embauche.

Mme la rapporteure. La Cour des comptes explique que les fraudes aux IJ ne sont pas très importantes. Est-ce en raison d'une mauvaise connaissance ou d'une mauvaise utilisation des outils existants ? À moins que l'on constate beaucoup d'abus, mais peu de fraudes ?

M. Benoît Parlos. Il est ici question de fraudes administratives et non de fraudes médicales. La Cour des comptes se fonde sur une étude de la CNAMTS, qui faisait en effet apparaître des montants peu significatifs. Mais ce n'était qu'une ébauche, destinée à mesurer et à prouver une méthode statistique, aboutissant à des résultats globaux à partir de prélèvements d'échantillons aléatoires. Il est difficile de se prononcer aujourd'hui sur le niveau de fraude au travers de cette étude, qui ne prenait en compte qu'une partie du champ. L'amélioration de la méthode permettra d'affiner les résultats.

Mme la rapporteure. Les explications de la Cour des comptes ne recouvrent-elles pas forcément la réalité ?

M. Frédéric Gaven, chargé de mission à la DNLF. La Cour des comptes ne constate pas l'absence de fraudes, mais que l'étude administrative qui a été réalisée aboutit à la conclusion que les fraudes sont très faibles. Certains domaines ont été un peu moins explorés que d'autres, et mériteraient de retenir l'attention des caisses. Comme nous ne disposons que de cette première étude, nous manquons d'éléments d'appréciation.

Mme la rapporteure. Les caisses n'utilisent pas les outils qui leur permettraient de détecter les fraudes. Ces outils sont-ils faciles à manier ?

M. Rémi Favier. Ils sont assez simples à utiliser, même pour une personne qui n'est pas spécialiste. Cela dit, en matière d'automatisation, des projets de fond importants sont en cours. Ainsi, la déclaration sociale nominative (DSN) devrait conduire à modifier la méthode de déclaration des salaires. Les organismes ont du mal à améliorer leur gestion à court terme en sachant que, d'ici à quatre ou cinq ans, certains projets de long terme auront complètement changé leur mode de fonctionnement.

M. le coprésident Pierre Morange. Dans le cadre des fraudes à grande échelle, a-t-on estimé, ne serait-ce que de façon schématique, le montant des détournements de fonds publics à vocation sanitaire ? A-t-on procédé à une ventilation qui aurait permis d'apprécier les fraudes aux IJ ? Il était malaisé, dites-vous, de se rendre compte des fraudes à partir des études qui ont été menées jusqu'à présent. Votre connaissance de ces piratages informatiques vous permet-elle d'évaluer l'importance des volumes financiers en jeu ?

M. Benoît Parlos. Il est évident qu'il existe un décalage entre la perception qualitative des fraudes en question, qui est très spectaculaire – qu'il s'agisse de cas individuels ou de processus collectifs – et le montant estimé. Mais, encore une fois, il est très difficile d'apprécier ce montant, parce qu'on est dans le domaine de l'occulte.

Les grandes fraudes sont le fait d'une chaîne de personnes qui élaborent toute une série d'opérations pour obtenir des indemnités indues. Nous n'en avons pas connu récemment en matière d'IJ. Mais dans le passé, elles se sont produites avec les fameux « kits ASSEDIC ».

Il serait important de pouvoir répercuter auprès des organismes de protection sociale certaines informations recueillies dans le cadre d'une action menée par les CODAF, par exemple en cas de travail dissimulé. Ainsi, lorsqu'il apparaît qu'un salarié ayant fait l'objet de travail dissimulé et ayant touché des prestations sociales est complice et non victime, il serait utile de pouvoir enregistrer cette donnée et de s'assurer que l'information parvienne aux organismes de sécurité sociale. Nous nous permettons donc de vous suggérer de prendre une disposition législative allant dans ce sens.

Il serait également important de faire en sorte que les indemnités journalières soient connues dans le RNCPS, non pas à l'issue d'un délai de trente jours, mais dans un délai de quinze jours.

M. Rémi Favier. Aujourd'hui, il est prévu que le RNCPS ne comporte que les arrêts de travail et indemnités journalières de plus de 15 jours. Une partie des arrêts courts n'y figurent donc pas. Il serait utile d'enrichir le RNCPS de telles données, qu'elles proviennent de la MSA ou du régime général. Mais je reconnais que cela ne relève pas du domaine législatif. Une circulaire suffirait.

M. Benoît Parlos. En matière de fraude sociale à grande échelle, on constate un phénomène singulier, qui n'est d'ailleurs pas spécifique aux indemnités journalières : les délinquants de droit commun cherchent souvent à percevoir des prestations sociales.

M. le coprésident Pierre Morange. D'où ma remarque sur l'articulation entre fraude fiscale et fraude sociale.

M. Benoît Parlos. Dans la mesure où ils tirent des revenus substantiels de leurs activités délictueuses – trafic de drogue ou autre –, les délinquants sont peu intéressés par les allocations telles que le revenu de solidarité active (RSA). En revanche, ils sont très attachés au remboursement des dépenses de santé.

Par ailleurs, plus le temps passe, plus l'indu versé par les organismes de sécurité sociale est élevé. Quand ils découvrent ces fraudes ou en sont informés, les organismes de sécurité sociale peuvent désormais suspendre le versement de l'ensemble des prestations, depuis l'adoption, l'année dernière, de l'amendement présenté par M. Dominique Tian.

Ce type de fraude nous est souvent signalé par les CODAF. Nous en faisons état dans notre « flash info ». La presse quotidienne régionale s'en fait également l'écho.

Certaines fraudes portent en outre sur des actes médicaux fictifs et bénéficient de la complicité des professionnels de santé.

M. le coprésident Pierre Morange. Il est essentiel, pour lutter contre ces pratiques, que les échanges d'informations soient réalisés de manière automatique.

M. Rémi Favier. Les fraudes à grande échelle sont détectées de deux manières : soit dans le cadre d'activités de renseignement, soit à l'occasion de contrôles effectués sur des dossiers individuels, lorsqu'un organisme découvre des anomalies qui se répètent et procède à des recoupements avec d'autres organismes. Les CODAF sont très utiles de ce point de vue : ils permettent aux contrôleurs de différents organismes de partager l'information. Comme le succès d'une enquête de police, la détection des fraudes à grande échelle dépend, pour une part, de la qualité des recherches menées et, pour une autre, de la chance.

M. Benoît Parlos. Comme le relève la Cour des comptes, l'exploration des données ou *data mining* est un outil performant pour détecter les fraudes à grande échelle. Après un long processus d'échanges avec la CNIL, la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) y recourt désormais régulièrement et enregistre des résultats probants : elle a multiplié son taux de détection des fraudes par 1,5. Si cette expérience n'est pas entièrement transposable à la branche maladie, il conviendrait néanmoins d'encourager la CNAMTS – dont les premières expérimentations en la matière se sont révélées décevantes – à développer le *data mining*.

La MSA, la DGFIP et la direction générale des douanes et des droits indirects s’y intéressent également de près.

M. le coprésident Pierre Morange. La MECSS travaille aussi sur le financement de la politique familiale en France. C’est un enjeu tant pour les finances publiques – nous y consacrons 50 milliards d’euros par an si l’on retient un périmètre restreint, 100 si l’on inclut la dépense fiscale – que pour la compétitivité de notre économie.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le législateur a modifié les critères d’éligibilité à certaines prestations familiales. En particulier, il appartient désormais à l’assuré d’apporter la preuve de son isolement économique. Cette disposition a-t-elle pu être utilisée dans le cadre de la lutte contre la fraude ou les abus ?

M. Benoît Parlos. C’est en effet un changement radical. Nous ne disposons pas encore d’éléments à ce sujet. Il conviendrait d’interroger la direction de la sécurité sociale.

M. Frédéric Gaven. Nous disposons de peu d’études précises sur la fraude sociale à grande échelle. Néanmoins, la CPAM de l’Aube a mené une expérimentation intéressante, mentionnée par la Cour des comptes : elle a effectué des visites au domicile des salariés en arrêt de travail pendant les heures de présence obligatoire et s’est ainsi rendu compte que 26 % des personnes contrôlées étaient absentes.

M. le coprésident Pierre Morange. Qui vous a fourni ce chiffre ? Nous avons auditionné la semaine dernière des organismes de contrôle qui sont mandatés par les entreprises pour procéder à des contre-visites médicales : ils se sont plaints de l’absence de communication avec les CPAM, qui rejettent souvent les résultats des contre-visites, soit parce qu’ils ne sont pas transmis par les médecins contrôleurs eux-mêmes, soit parce qu’ils le sont après le délai légal de 48 heures.

M. Frédéric Gaven. Ce chiffre est cité dans son rapport par la Cour des comptes, qui mentionne les chiffres de la CPAM de l’Aube à l’origine des contrôles.

Mme la rapporteure. Ces contrôles ont-ils porté sur des arrêts de travail de courte ou de longue durée ?

M. le coprésident Pierre Morange. Nous auditionnerons prochainement les responsables de l’assurance maladie dans la région Champagne-Ardenne et les interrogerons à ce sujet.

M. Frédéric Gaven. Nous avons constaté, comme la Cour des comptes, l’absence de chiffre bien établi concernant la fraude administrative. Selon l’unique étude réalisée, elle serait très faible. Cependant, à notre connaissance, la CNAMTS ne dispose pas de données agrégées au niveau national.

M. Benoît Parlos. C’est un problème de collecte des données et d’organisation administrative.

En revanche, la CNAMTS dispose d’outils performants et de chiffres fiables en ce qui concerne les arrêts de travail de longue durée – au-delà de 45 jours, d’une part, et de 6 mois, d’autre part. Néanmoins, les contrôles réalisés en la matière sont de nature non pas administrative, mais médicale.

M. Frédéric Gaven. Les CPAM réalisent environ 2 millions de contrôles médicaux par an – 2,3 millions en 2011 – et les données agrégées par la CNAMTS sont en effet très précises. Il est dommage qu'elle ne dispose pas de chiffres analogues pour la fraude administrative.

M. le coprésident Pierre Morange. Pourtant, la fraude administrative peut être caractérisée de manière beaucoup plus objective que la fraude ou les abus relatifs à l'état de santé des salariés.

M. Benoît Parlos. C'est pourquoi nous nous sommes toujours interdits d'inclure dans le champ de la fraude les questions relevant du domaine médical. Nous n'aurions d'ailleurs aucune légitimité pour le faire.

Pendant, cela ne disqualifie en rien les nombreux contrôles médicaux réalisés par les CPAM.

M. le coprésident Pierre Morange. Quelle évaluation faites-vous des systèmes informatiques ? Peut-on espérer réaliser des contrôles efficaces sans outils de traitement de l'information performants ?

M. Rémi Favier. Tous les informaticiens souhaiteraient évidemment disposer de systèmes neufs et de machines plus puissantes, notamment dans la branche maladie, qui traite un nombre très important de dossiers de remboursement.

Les enjeux dans le domaine informatique sont importants. Certains problèmes techniques – par exemple les échanges d'informations sécurisés – sont aujourd'hui réglés. La difficulté consiste à déterminer de manière rationnelle les aspects sur lesquels nous devrions faire porter en priorité nos efforts. Il convient désormais de mener de front la simplification des procédures pour les usagers et la sécurisation de ces procédures. La recherche des fraudes est une opération longue. Il est préférable de sécuriser les procédures de manière à réduire les fraudes, voire à les rendre impossibles.

M. le coprésident Pierre Morange. Que conviendrait-il d'améliorer en priorité ?

M. Rémi Favier. Au-delà des projets en cours, il serait très utile de pouvoir mieux confronter les déclarations sociales faites par les entreprises, d'une part, et les droits ouverts aux assurés, d'autre part. Nous éprouvons encore des difficultés en la matière. La DSN permettra, certes, des évolutions, mais elle ne sera généralisée que dans quelques années...

M. le coprésident Pierre Morange. Elle ne le sera peut-être pas avant trois à cinq ans.

M. Rémi Favier. Ces sujets figurent dans les conventions d'objectifs et de gestion de la sécurité sociale. Il conviendrait de progresser plus rapidement, sans attendre l'introduction de la DSN.

M. Benoît Parlos. Plusieurs organismes sont confrontés à de réelles difficultés informatiques : saturation des systèmes, passage de certains paliers techniques, changements de cap dans la conduite des projets, *etc.* Certains d'entre eux, telle la direction déléguée aux opérations de la CNAMTS, soulèvent la question des moyens.

Outre le RNCPS, de nombreux projets ont été menés à bien ces dernières années, par exemple l'instauration de la déclaration unique de revenus dans la branche famille.

Actuellement, chacune des quatre caisses nationales est en train de créer son propre fichier des fraudeurs. Trois des quatre fichiers ont déjà été validés par la CNIL. La MSA va également développer le sien. C'est un progrès important.

M. le coprésident Pierre Morange. Avez-vous une estimation du nombre de personnes qui figurent dans ces fichiers ?

M. Rémi Favier. Chaque fichier devrait comporter à terme quelques dizaines de milliers de noms. À ce stade, la CNAF en compte plus de 8 000 par an. L'outil permet de détecter les fraudeurs récidivistes et de les signaler aux autres organismes sociaux.

M. Benoît Parlos. Néanmoins, il n'y a pas, à ce stade, d'interconnexion entre les quatre fichiers. Cela n'entrerait pas dans le cadre des autorisations délivrées par la CNIL.

M. le coprésident Pierre Morange. Je vous remercie, monsieur le délégué national, messieurs, de votre contribution à nos travaux.

*

AUDITION DU 17 JANVIER 2013

Audition de Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, directrice coordinatrice gestion du risque pour la région Champagne-Ardenne, et Mme Stéphanie Drolez, responsable de la coordination régionale

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Le contexte dans lequel se place votre audition est le suivant : au moment de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, une polémique est née autour du nombre de journées de carence sur les arrêts maladie. La Cour des comptes a été chargée d'étudier le coût des indemnités journalières (IJ), puis la MECSS s'est emparée du sujet. Les indemnités journalières entraînent une dépense dynamique, assez peu connue et mal maîtrisée, notamment par les employeurs.

Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, coordinatrice de la gestion du risque pour la région Champagne-Ardenne. Je travaille depuis trois ans dans la Marne en qualité de directrice de la caisse primaire d'assurance maladie, et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) m'a chargée de coordonner la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé dans la région.

La gestion des arrêts de travail est évidemment un enjeu très important, non seulement pour les assurés sociaux, pour les comptes des organismes sociaux, mais aussi pour les employeurs et les professionnels de santé prescripteurs. De fait, nous sommes nombreux à intervenir dans ce processus médico-administratif qui met en jeu la coordination des acteurs à l'intérieur de la branche, entre les acteurs administratifs et les médecins conseils qui dépendent des directions régionales du service médical.

Quand j'ai étudié les chiffres des indemnités journalières en 2012, j'ai été frappée par la forte évolution des indemnités journalières subrogées par les employeurs : celles-ci sont passées de 30 % – au lieu de 70 % pour les IJ non subrogées, c'est-à-dire payées directement aux assurés sociaux – à 46 % – contre 54 % pour les IJ non subrogées.

Une des difficultés de la gestion de ce processus est liée au fait que l'assiette des revenus qui contribue aux règles de calcul est différente selon les risques retenus : le risque maladie, la maternité et la paternité, ou le risque accidents du travail-maladies professionnelles. Cette question pourrait être étudiée dans le futur.

La région Champagne-Ardenne représente 2 % de la France et la Marne 45 % de la région. Ainsi, mon département représente 1 % de la France.

En 2012, nous avons observé en région Champagne-Ardenne une décélération de 2,2 % – ce que nous considérons comme une forte décélération – du montant des arrêts de travail et de 0,2 % du nombre de journées indemnisées. Cette décélération est variable selon les départements. Dans la Marne, la baisse du montant des arrêts de travail est de 3,8 %.

Mme la rapporteure. Ce phénomène est-il lié à la crise ?

Mme Liliane Ropars. Il est probablement lié à la crise, mais aussi aux travaux que nous avons engagés en 2012, sous l'impulsion de l'ensemble des acteurs. Je précise que la CNAMTS agit dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) et des contrats

pluriannuels de gestion signés entre les directeurs de caisses primaires et le directeur général de la CNAMTS.

Concernant l'évolution des dépenses de santé, les contrats pluriannuels de gestion prévoient des objectifs chiffrés, annuels, qui, pour partie, prennent en compte le résultat régional et, pour partie, le résultat départemental. Cela incite les directeurs de caisse primaire à la fois à obtenir un résultat sur le département et à travailler en coopération régionale puisqu'une partie de leur résultat est liée au résultat régional. C'est un facteur de progrès. J'ajoute que les objectifs fixés sont les mêmes pour les médecins conseils et pour les directeurs de caisse primaire, ce qui est là encore un facteur de progrès : il est plus efficace d'agir dans le même sens.

Le risque accidents du travail (AT) représente, dans la Marne, 25 % des IJ – 75 % des IJ étant donc imputables au risque maladie. Il représente 28 % dans la région et 29,5 % dans la France entière. Il y a donc une différence notable de répartition entre le risque AT et le risque maladie. À ce titre, je signale que la décélération de 3,8 % du montant des IJ payées dans la Marne est liée au très fort recul – de 12,4 % – du risque accidents du travail. De la même façon, nous avons noté une forte décélération des IJ de moins de trois mois. Mais le phénomène est valable aussi bien pour la Marne, pour la région, que pour la France entière.

Nous avons noté également que deux tiers des IJ versées pour arrêts de travail concernaient des arrêts de moins de trois mois.

Enfin, les indemnités journalières représentent 13 % de la dépense de soins de ville et entre 5 et 6 % du total des dépenses de l'assurance maladie. Elles sont prescrites à 80 % par les médecins libéraux et à 20 % par les médecins hospitaliers. Et parmi les 80 % de médecins libéraux, 60 % sont des médecins généralistes et 20 % des spécialistes.

Par ailleurs, nous réalisons des enquêtes de satisfaction auprès de nos publics. En 2012, dans la Marne, 95 % des assurés, 94 % des professionnels de santé et 90 % des employeurs déclaraient être satisfaits des prestations de leur caisse primaire. Les meilleures notes ont été attribuées à l'appréciation relative au revenu de remplacement, qui est de 7 sur 10, et à l'accompagnement des professionnels de santé par les délégués de l'assurance maladie, qui est de 7,2.

Bien sûr, les plans de contrôle ont beaucoup évolué depuis 2004. Avant cette date, la plupart des contrôles réglementaires obligatoires débutaient au premier jour du quatrième mois. Depuis, le système s'est affiné : contrôles systématiques des arrêts de 45 jours par les médecins conseils ; contrôles fondés sur des référentiels de moyennes des durées d'arrêt par pathologie – par exemple, 30 jours d'indemnités journalières pour les lombalgies. Nous y avons été aidés par les observatoires locaux, qui ont été mis en place mais aussi par les outils qui ont été mis à notre disposition et qui ont fortement progressé, notamment l'année dernière.

Nous avons un système de dématérialisation totale en entrée, que nous appelons « DIADÈME » – dématérialisation et indexation automatique des documents et des messages électroniques – et des corbeilles gérées maintenant par les techniciens.

De nombreux médecins prescrivent des arrêts de travail dématérialisés. Sur la première semaine de janvier 2013, ce fut le cas de plus d'un quart des médecins de la Marne. Cela prouve que, dans notre département, nous avons su accompagner les médecins et emporter leur adhésion. Cela aura un impact sur la qualité de la prescription et sur la durée de l'arrêt. Nous disposons aujourd'hui de nombreux référentiels.

Mme la rapporteure. S'agit-il surtout de jeunes médecins ?

Mme Liliane Ropars. Non. C'est une question d'accompagnement, de persévérance, de sensibilisation et de travail en coopération avec les professionnels de santé.

Les employeurs nous aident, de leur côté, grâce à l'attestation de salaire dématérialisée. Aujourd'hui, dans notre département, 70 % de ces déclarations sont dématérialisées, ce qui simplifie pour nous le traitement du processus. 60 % des déclarations d'accidents du travail sont également dématérialisées.

Vous constatez donc une progression de la dématérialisation, qui améliore forcément les délais et mécaniquement la qualité de la prestation.

En 2012, une lettre-réseau a défini les consignes en matière de contrôles administratifs et médicaux. Publiée le 29 mai, elle a été mise en œuvre durant l'été dans nos caisses pour être opérationnelle dès la rentrée. La CNAMTS nous a par ailleurs dotés d'un référentiel de liquidation afin que les techniciens, dans toutes les caisses primaires de France, puissent liquider les dossiers suivant les mêmes critères. Ces deux outils internes nous aident grandement.

Les 44 fiches-repères relatives aux prescriptions d'IJ sont un moteur important, puisqu'elles servent non seulement aux médecins prescripteurs, mais aussi aux médecins conseils pour opérer les contrôles sur la même base que les référentiels d'indication de durée de l'IJ.

Depuis de nombreuses années, nous privilégions le processus des IJ dans l'allocation des ressources internes et nous avons développé des services en santé. Je me félicite que ma caisse primaire développe le service en santé active, également développé dans les Yvelines et dans dix à douze autres caisses primaires de France. En effet, dans ces services, nous pourrions travailler, notamment, sur la prévention des lombalgies et mettre en place des ateliers dans les départements. Le département de la Sarthe, qui a expérimenté ce genre de service, a montré qu'il pouvait avoir un impact sur certaines pathologies.

Enfin, un grand effort a été mis sur l'accompagnement des employeurs, des professionnels de santé et des assurés sociaux. Pour moi, le contrôle s'accompagne d'un très fort sens de l'accompagnement.

Mme la rapporteure. Pouvez-vous nous expliquer ce qui fait votre originalité ?

Mme Liliane Ropars. Je pense que c'est la forte coordination régionale qui existe entre les quatre caisses primaires. Certes, la région est petite et cette coordination est évidemment plus simple qu'en Île-de-France ou dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), dans laquelle j'exerçais mes fonctions précédemment.

Ensuite, nous avons eu l'idée de travailler sur les arrêts de travail « AT » en mettant l'accent sur leur contrôle – ce qui explique la décélération de 12 %, dont je faisais état tout à l'heure.

Enfin, nous avons fait le pari que la dématérialisation, dans tous les domaines, en direction des employeurs, en direction des médecins prescripteurs, et en interne, serait un des facteurs déclencheurs de notre évolution. De fait, la dématérialisation nous oblige à revoir, en interne, la gestion de nos processus et, bien sûr, à nous remettre en cause régulièrement.

Voilà, à mon avis, ce qui fait notre originalité. J'ajoute que l'excellente coopération entre les services médicaux et les services administratifs nous a beaucoup aidés – et je pense plus particulièrement à la caisse primaire de l'Aube.

M. le coprésident Pierre Morange. Cette philosophie, marquée par la coordination et l'utilisation optimisée de la dématérialisation des données, est-elle une originalité de la branche assurance maladie ? Est-elle partagée, articulée avec d'autres organismes publics ou parapublics, Pôle emploi ou les autres administrations ?

Mme Liliane Ropars. L'articulation se fait dans le cadre de la coordination régionale, avec la Mutualité sociale agricole (MSA) et avec le Régime social des indépendants (RSI), dans la mesure où ils participent à tous nos groupes régionaux de coordination de la maîtrise des risques.

Avec les autres organismes comme Pôle emploi ou l'URSSAF, nous avons commencé à travailler. Ce n'est pas très simple, dans la mesure où le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) nous permet d'examiner une situation individuelle, mais pas encore de « requêter ».

M. le coprésident Pierre Morange. À quoi est-ce lié ?

Mme Liliane Ropars. Aux autorisations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), peut-être.

M. le coprésident Pierre Morange. J'étais chargé de rapporter le projet de RNCPS devant la CNIL et je peux donc vous affirmer qu'elle n'a pas pu émettre de réserves à ce propos. Il y a forcément d'autres raisons, certainement d'ordre culturel ou administratif.

Mme Liliane Ropars. Nous n'en sommes qu'à la première étape de la mise en place de ce RNCPS, mais celle-ci est fondamentale. Elle nous permet déjà d'interroger le répertoire par individu. Nous le faisons à partir du numéro d'immatriculation de la sécurité sociale. Le véritable progrès aura lieu quand nous pourrons faire des requêtes.

M. le coprésident Pierre Morange. Où en êtes-vous des procédures d'exploitation de données de *data mining* ?

Mme Liliane Ropars. Nous avons fait partie du groupe de caisses intégrées au dispositif expérimental, mais n'avons pas pu, à travers cette expérience, trouver le moyen de « requêter » de manière efficace, ni trouver des profils type. Nous avons simplement dégagé quelques pistes. Nous allons travailler avec l'URSSAF sur les entreprises susceptibles d'être des « coquilles vides », avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) sur le cumul d'indemnités journalières et de pensions de retraites et avec Pôle emploi sur les cumuls d'indemnités journalières et d'allocations chômage. Voilà l'axe fort du contrôle contentieux qui sera lancé dans les caisses en 2013.

M. le coprésident Pierre Morange. Articulez-vous votre action avec les services fiscaux ?

Mme Liliane Ropars. Nous mettons bien évidemment en place cette articulation, mais nous agissons au cas par cas, sur la base de l'analyse des situations individuelles, mais pas sur la base de requêtes.

M. Lionel Tardy. Les arrêts de travail sont un sujet de préoccupation. En moyenne, un arrêt de travail sur cinq est abusif. Souvent, les salariés ne renvoient pas l'avis d'arrêt de travail dans les délais. Ils ne sont pas forcément à leur domicile aux heures de présence obligatoire. Enfin, ils font très souvent prolonger leur arrêt de travail par un médecin différent de celui qui a prescrit l'arrêt initial.

Mais je m'intéresse surtout aux actions de sensibilisation que vous menez auprès des entreprises et des professionnels de santé comme des réunions d'information. Certains départements sont allés plus loin, en préconisant des durées idéales d'arrêt de travail selon certaines maladies, en mettant en place des entretiens d'alerte ou des mises sous accord préalable (MSAP) des médecins, ces derniers devant alors demander l'aval du service médical de la CPAM avant de prescrire un arrêt maladie. Là où ces MSAP ont été instaurées, les arrêts ont diminué de 30 % à 50 %. Avez-vous expérimenté ce système ? A-t-il été mis en place dans d'autres CPAM au sein de votre région ? Qu'en pensez-vous ?

Mme Liliane Ropars. Je répondrai d'abord sur les avis d'arrêt de travail qui arrivent tardivement, sur les contrôles de présence obligatoire au domicile, sur les départs hors circonscription de la caisse, sur les arrêts itératifs de courte durée, ainsi que sur le contrôle du prescripteur de la prolongation – puisqu'il y a eu une évolution réglementaire récente dans ce domaine.

Les assurés sociaux qui sont en arrêt de travail ont des obligations définies par les textes. Depuis de nombreuses années en Champagne-Ardenne, nous avons lancé des campagnes de communication sous forme d'encarts dans la presse, de dépliants et d'affiches dans les cabinets médicaux, pour les leur rappeler. Personne ne doit ignorer que nous pouvons procéder à des contrôles.

Sur les trois derniers mois de l'année 2012, en Champagne-Ardenne, nous avons reçu 1 % des arrêts hors délai, ce qui est assez peu. Néanmoins, plus les arrêts de travail seront dématérialisés, moins les avis parviendront hors délai, puisque quelques secondes suffiront à les transmettre.

Mme la rapporteure. Quel est le pourcentage d'avis de travail parvenus hors délai, au niveau national ?

Mme Liliane Ropars. Il est similaire : de 1 % à 1,5 %.

Sur les 300 arrêts que nous avons reçus hors délai, 240 ont fait l'objet d'un avertissement, puisqu'il s'agissait du premier arrêt envoyé tardivement et les autres ont fait l'objet d'une sanction : pour 8 d'entre eux, nous n'avons payé que 50 % de l'IJ ; et pour 50 autres, nous n'avons payé aucune IJ.

La semaine dernière, j'ai fait faire un audit sur une journée de production et j'ai pu constater que la consigne était respectée dans les services. Il faut dire que depuis l'été dernier, depuis que nous avons le système informatique DIADEME, nous pouvons mettre en œuvre des contrôles automatiques. Or il est bien plus facile de faire respecter les consignes quand les contrôles sont automatisés.

M. Gérard Sebaoun. Mais pourquoi ces arrêts sont-ils arrivés tardivement ?

Mme Liliane Ropars. En partie en raison de la négligence des assurés sociaux, et en partie en raison de leur volonté de nous les faire parvenir tardivement, ce qui motive l'application des sanctions que je vous ai mentionnées. Néanmoins, il arrive aussi qu'en

raison de certaines pathologies, des assurés sociaux ne soient pas en capacité de nous faire parvenir leur arrêt de travail. Dans tous les cas, avant d'appliquer des sanctions, nous demandons l'avis d'un médecin conseil.

Nous avons par ailleurs effectué en Champagne-Ardenne 2 000 contrôles pour vérifier la présence obligatoire au domicile.

M. Gérard Sebaoun. Pour combien d'inspecteurs ?

Mme Liliane Ropars. Les inspecteurs agréés et assermentés ne travaillent qu'à temps partiel sur les contrôles de présence au domicile, car ils procèdent aussi à des contrôles sur la matérialité des accidents du travail ou des maladies professionnelles, ou sur d'autres types d'abus, fraudes, *etc.*

Nous avons la chance, dans notre région, que la caisse de l'Aube ait pu développer une base de données permettant de suivre pas à pas l'ensemble des contrôles de présence au domicile, de communiquer avec le service médical, de tracer les sanctions qui ont pu être prises et la réponse fournie par l'assuré social. Cet outil nous permet de tirer des conséquences de chacun des contrôles individuels, pour pouvoir progresser l'année suivante. Dans mon département de la Marne, je me suis donné comme objectif, pour 2013, d'effectuer 1 500 contrôles à domicile – soit bien davantage que l'année dernière.

Mme la rapporteure. Quelle est votre cible ?

Mme Liliane Ropars. La plupart du temps, nous ciblons les arrêts de courte durée de moins de trois mois, mais aussi les arrêts de travail accordés par les médecins identifiés comme « hyperprescripteurs ». Cela nous permet d'organiser des tournées de contrôle sur certains secteurs géographiques.

M. le coprésident Pierre Morange. Il est ressorti des auditions précédentes que la philosophie générale du contrôle médical consistait plutôt à cibler les actions sur les arrêts de plus de 45 jours, qui sont les plus onéreux – quelque 80 % du montant total de la dépense des IJ. Je suppose que votre volonté de cibler votre contrôle sur les arrêts itératifs de courte durée relève d'une stratégie bien déterminée. Laquelle ?

Par ailleurs, lors d'auditions précédentes, nous avons reçu des sociétés de contrôle médical mandatées par les entreprises qui regrettaient l'absence de communication avec les services du contrôle médical de l'assurance maladie et l'obligation de faire parvenir dans un délai de 48 heures leur avis, qui souvent aboutissait à l'inexploitation des informations recueillies.

On pourrait imaginer qu'entre le contrôle des arrêts de courte durée, celui des sociétés mandatées par les entrepreneurs et celui, plus traditionnel, des arrêts de plus de 45 jours, il soit possible d'optimiser les résultats que nous vous avons initialement présentés.

Mme la rapporteure. Nous avons entendu que les caisses primaires ne réagissaient pas forcément au signalement d'un employeur alors que la MSA, par exemple, répondait systématiquement.

Mme Liliane Ropars. Lors de l'assemblée générale de la chambre de commerce et d'industrie de la Marne, j'ai précisé aux employeurs que, dans ces domaines, nous étions à leur disposition.

J'ai omis de mentionner, concernant les contrôles de présence à domicile, que les signalements des employeurs font partie, par construction, de la cible. Ils ont été de l'ordre de 300 dans la Marne, en 2012.

Il est important que des contrôles médicaux soient effectués sur les arrêts coûteux, qui sont donc majoritairement les arrêts longs. Mais il est également important qu'ils soient complétés par des contrôles administratifs émanant des directeurs des caisses primaires et portant sur certaines formalités – présence à domicile, délai de transmission des avis d'arrêts de travail. Nous devons jouer à la fois sur le segment des arrêts longs qui font en effet l'essentiel de la dépense et sur les arrêts courts qui, en termes d'image, nécessitent un traitement particulier.

M. le coprésident Pierre Morange. Comment s'articule votre action avec celle des sociétés de contrôle médical mandatées par les entreprises ?

Mme Liliane Ropars. Je reconnais qu'en la matière, nous rencontrons des difficultés : ou bien quand une entreprise mandate une société, l'avis du médecin arrive souvent tardivement, après le délai légal de 48 heures, l'arrêt de travail peut être terminé et nous ne pouvons donc plus agir ; ou bien l'entreprise nous envoie les résultats du contrôle effectué par le médecin, alors qu'il faudrait que ce soit le médecin contrôleur qui nous les transmette. Si le délai et la procédure étaient respectés, nous pourrions agir plus efficacement.

Il est important de travailler de façon complémentaire, d'autant que les entreprises sont de plus en plus nombreuses à verser une IJ complémentaire au salarié en arrêt de travail. Nos intérêts sont donc convergents.

M. le coprésident Pierre Morange. Un des intérêts du processus de dématérialisation est d'être rapide, et donc de régler ces problèmes de délai.

M. Lionel Tardy. Il est admis que, en dessous de 7 jours d'arrêt de travail, le risque de contrôle est très faible, ce qui constitue un vrai problème.

Par ailleurs, les chefs d'entreprise ont l'impression que l'historique des arrêts de travail du salarié n'est pas pris en compte. Le résultat est qu'une affection chronique, comme un banal mal de dos, peut être déclarée comme accident du travail, lequel sera à la charge de l'entreprise. Et la question risque fort de ne pas être réglée, malgré le signalement de l'employeur.

Plus généralement, les entreprises rencontrent de réels problèmes de communication avec les caisses primaires, difficultés qui n'existent pas avec d'autres organismes, qui réagissent rapidement et font les vérifications nécessaires.

M. Gérard Sebaoun. Parmi vos cibles, il y aurait des médecins « hyperprescripteurs ». C'est une cible utile, mais j'observe qu'il n'est pas toujours facile de contrôler les arrêts maladie. Par exemple, la distinction n'est pas toujours bien nette entre la maladie et l'accident du travail. Quoi qu'il en soit, quel nombre de médecins cela représente-t-il ?

M. le coprésident Pierre Morange. Pouvez-vous comparer vos chiffres avec la moyenne nationale ?

Mme Liliane Ropars. Je vous parlerai également des demandes d'ententes préalables, qui concernent ces médecins « hyperprescripteurs ». Mais commençons par les arrêts de courte durée et les arrêts itératifs pour maladie.

Avec DIADEME, avec la dématérialisation de nos processus en interne, nous avons la possibilité de repérer toutes les semaines, depuis maintenant quatre mois, l'ensemble des arrêts itératifs.

Tous les assurés sociaux auxquels on a prescrit un arrêt court reçoivent un courrier du directeur de la caisse primaire au bout du troisième arrêt. Mon collègue de la caisse primaire de l'Aube a d'ailleurs fait une évaluation, par anticipation, de l'intérêt de ce dispositif de lettre d'information adressée à l'assuré social.

Je vous précise le contenu de cette lettre :

« Vous nous avez adressé un arrêt de travail du... Il s'agit de votre troisième arrêt au cours des douze derniers mois. Dans l'éventualité d'un nouvel arrêt de travail dans les prochaines semaines, le médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie pourra être amené à prendre contact avec votre médecin traitant et vous-même afin d'examiner votre situation et d'apprécier si ces arrêts successifs sont bien une réponse adaptée à votre état de santé. Si vous avez une question, n'hésitez pas à contacter un conseiller de l'assurance maladie au 3646. Il est à votre écoute. »

M. Lionel Tardy. C'est parfait. Et tellement simple...

Mme Liliane Ropars. Mon collègue de l'Aube a étudié la population ciblée et un groupe témoin qui n'avait pas reçu ce courrier. Nous nous sommes aperçus que, sur la population ciblée, 51 % des assurés ne bénéficiaient pas d'un nouvel arrêt de travail, et 39 % sur la population témoin, soit un différentiel de 12 points.

Nous sommes partis d'un échantillon de 600 arrêts de travail : 300 dans la population ciblée et 300 dans le groupe témoin. Ce différentiel de 12 points, qui est significatif, nous encourage à persévérer dans cette voie, puisqu'il est très simple d'envoyer le courrier dont je vous ai donné lecture.

Cette expérimentation a été généralisée, depuis l'automne dernier, par la lettre-réseau de la CNAMTS de mai 2012 précitée.

Mme Stéphanie Drolez, responsable de la coordination régionale au sein de la caisse primaire de la Marne. Le système DIADEME est installé dans toutes les caisses.

M. le coprésident Pierre Morange. Est-il mis en œuvre de la même façon ailleurs ?

Mme Liliane Ropars. Je ne peux répondre que pour mon département et ma région.

M. le coprésident Pierre Morange. Ce n'est pas le sentiment que nous avons.

M. Lionel Tardy. Si j'ai bien compris, le logiciel DIADEME est déployé au niveau national, dans toutes les caisses primaires. Mais est-il possible de suivre un assuré social qui irait dans un autre département ou dans une autre région ? Imaginez que celui-ci ait eu trois arrêts de travail dans un premier département, puis trois arrêts dans l'autre. Que se passera-t-il ? Les compteurs sont-ils remis à zéro ? Cette situation se produit dans d'autres domaines,

quand on change de région ou de département. Chaque organisme ou administration gère ses propres données sans procéder à aucun croisement de fichier.

M. le coprésident Pierre Morange. Étant à l'origine du RNCPS et de l'interconnexion des fichiers, je considère que ce cloisonnement et donc l'absence d'échanges d'information constitue un vrai scandale. Heureusement, la situation a changé depuis le décret d'application du 16 décembre 2009, même si nous ne contrôlons, pour le moment, que l'éligibilité des droits.

Mme Liliane Ropars. La difficulté de contrôler les arrêts de travail de courte durée est évidente quand nous recevons des avis d'arrêt de travail « papier ». Plus nous progresserons sur la dématérialisation des avis d'arrêt de travail émanant des médecins prescripteurs, plus nous serons en capacité d'exercer notre contrôle.

Il arrive que les assurés sociaux nous demandent l'autorisation de sortir de la circonscription. En 2012, dans la Marne, nous avons accordé 2 500 de ces autorisations.

M. le coprésident Pierre Morange. Pourriez-vous faire le point sur les contrôles dans la fonction publique, hospitalière, d'État et territoriale ?

Mme Liliane Ropars. Non. Nous étions hors expérimentation.

Mme la rapporteure. Et pour les arrêts de travail prescrits à l'hôpital ?

Mme Liliane Ropars. Non plus. Cela dit, 20 % des arrêts de travail sont prescrits par les médecins hospitaliers. Nous pourrions contrôler ces prescriptions dès que ces derniers utiliseront leur numéro de prescripteur à l'hôpital, ce qui n'est pas encore le cas. Nous en avons besoin pour contrôler non seulement les prescriptions d'indemnités journalières, mais également les prescriptions de médicaments et la dépense de transport – dont 70 % émanent des établissements.

M. le coprésident Pierre Morange. Je serai le rapporteur d'une mission sur le contrôle du transport sanitaire et je peux vous assurer que nous serons particulièrement vigilants.

Mme Liliane Ropars. Nous avons donc besoin du numéro de prescripteur hospitalier pour faire ce travail, en coopération avec les présidents de commissions médicales d'établissement (CME) et avec les directeurs généraux d'hôpitaux.

Nous avons beaucoup progressé en ce sens en Champagne-Ardenne comme dans les autres régions de France. Nous y travaillons également avec l'Agence régionale de santé (ARS). Je ne doute pas que nous aboutissions en 2013.

Mme la rapporteure. Il faut un code barre par médecin ?

Mme Liliane Ropars. Oui. Nous devons disposer du code de l'établissement de santé et du code de chacun des prescripteurs.

M. le coprésident Pierre Morange. Il faudra aussi que nos confrères hospitaliers utilisent le codage des actes. Et en ce domaine, sans faire le moindre procès d'intention, la marge de progression est encore assez importante.

M. Gérard Sebaoun. À la différence des médecins libéraux, les médecins hospitaliers ne disposent pas toujours des outils nécessaires. Ils ont leur façon de travailler et

la dématérialisation n'est pas leur préoccupation première. Un vrai travail doit être effectué avec ces médecins, mais aussi avec la direction des hôpitaux, qui doit être en phase avec vous. Il faut que le matériel informatique soit installé et utilisé partout.

M. le coprésident Pierre Morange. La MECSS a constaté que les systèmes informatiques des différents établissements hospitaliers publics français étaient obsolètes et inadaptés. Elle n'a pu que regretter l'absence d'adaptation de ces systèmes informatiques qui, de surcroît, n'étaient pas articulés avec les systèmes de l'assurance maladie ou les systèmes utilisés en ambulatoire. D'où ce cloisonnement et ces déperditions d'énergie.

Mme Liliane Ropars. En 2013, les outils existent, et la coopération des médecins et de leurs organisations syndicales est acquise – comme le prouve leur acceptation de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Nous travaillons quotidiennement avec les établissements hospitaliers pour les aider à mettre en place les dispositifs dont nous avons besoin dans les années qui viennent. En effet, nous avons tous besoin de traçabilité.

Mme Stéphanie Drolez. Je souhaiterais compléter notre propos sur les médecins hyperprescripteurs. Notre démarche d'accompagnement est graduée.

Sur les 500 médecins généralistes libéraux de la Marne, une centaine sont considérés comme de gros prescripteurs parce qu'ils sont au-dessus de la moyenne. Ces médecins sont vus au minimum par le service médical dans le cadre d'échanges confraternels. Nous les sensibilisons à travers les fiches-repères, en leur apportant des profils pour qu'ils se situent par rapport à leurs confrères.

Les 400 autres sont suivis dans le cadre d'un accompagnement beaucoup plus léger par les délégués de l'assurance maladie, qui leur présentent les fiches-repères de durée moyenne des arrêts et le dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle.

Enfin, les « hyperprescripteurs » – une dizaine dans la Marne – sont convoqués en entretien d'alerte. Sur ces dix médecins, en 2012, l'un a fait l'objet d'une MSAP et un autre a été mis sous objectifs quantifiés, ce qui correspond à une version allégée de la MSAP. Ces dispositifs sont efficaces. Ils permettent de diminuer le nombre des prescriptions d'arrêts de travail, du moins tant que les médecins sont sous observation. Cela dit, seul un très petit nombre de médecins, très atypiques, sont concernés, et nous les suivons de près.

Mme la rapporteure. Est-ce que le nombre des prescriptions remonte quand la mise sous MSAP s'arrête ?

Mme Stéphanie Drolez. C'est le cas au bout de plusieurs mois, d'où notre vigilance continue avec ces médecins.

M. Gérard Sebaoun. Est-ce que ce sont les médecins qui ont la plus grosse activité ?

Mme Stéphanie Drolez. Pour qualifier un médecin d'hyperprescripteur, nous prenons en compte la patientèle – et non un nombre en valeur absolue d'IJ.

M. Gérard Sebaoun. C'est une corrélation.

Mme Stéphanie Drolez. Tout à fait. Nous nous fondons sur un pourcentage par rapport à la patientèle.

Mme Liliane Ropars. Je fonde beaucoup d'espoir sur les fiches-repères que la Haute Autorité de santé (HAS) a mis à la disposition du corps médical. Ces références sont utiles pour les médecins prescripteurs et le seront également dans le monde hospitalier. De plus, elles permettent à certains médecins de résister à la pression de leurs patients.

Nos avis d'arrêt de travail dématérialisés « en 5 clics » comprennent la durée indicative d'arrêt de travail recommandée. Celle-ci est modulée en fonction du type d'emploi de l'assuré social – en cas de bronchite, pour un travail sédentaire, elle est de 4 jours, tandis que, pour un travail physique lourd, elle est de 7 jours. En outre, au verso de cette fiche indicative, le médecin bénéficie de trois conseils sous forme de questions. Votre patient a-t-il reçu une information rassurante pour lui permettre de reprendre ses activités sans appréhension ? La question de la reprise de l'emploi a-t-elle été abordée dès le début de l'arrêt ? Votre patient a-t-il été informé des délais à respecter avant de reprendre des activités sportives et de loisirs ?

Toutes ces données sont réactualisées en permanence. Aujourd'hui, 44 fiches-repères couvrent une partie importante des arrêts.

Ces fiches servent également au contrôle et nous seront d'un très grand secours.

M. le coprésident Pierre Morange. Même si on ne peut pas standardiser la réalité du corps humain, les référentiels de la HAS ont l'avantage de fournir un cadre et de construire un raisonnement susceptible d'être adapté au quotidien, dans le cadre du colloque entre le praticien et le patient.

Cela m'amène à vous parler des logiciels d'aide à la prescription (LAP). Ceux-ci ne sont pas tous validés, dans la mesure où la qualité n'est pas toujours au rendez-vous. Certains sont même parfois financés par des intérêts économiques. Avez-vous des informations sur la progression de ces logiciels LAP agréés chez les prescripteurs ?

Mme Liliane Ropars. L'avis d'arrêt de travail dématérialisé est un outil de l'assurance maladie, que les médecins prescripteurs vont chercher sur le portail « Espace PRO » du site internet de l'assurance maladie. À ce jour, un important éditeur de logiciels métiers à destination des médecins l'a intégré, ce qui est un signal positif, dans la mesure où notre outil interne n'est véritablement disponible que depuis quelques mois, du moins de manière efficace, et où les éditeurs de logiciel ont besoin de temps pour l'intégrer. Mais on peut penser que lorsqu'un éditeur important l'a déjà intégré, les autres suivront.

Bien sûr, il nous faudra fortement accompagner les professionnels de santé prescripteurs. Voilà pourquoi nous avons mis en place des équipes de conseillers informatique service (CIS) – au nombre de cinq dans la Marne.

M. le coprésident Pierre Morange. Cela suppose que les systèmes informatiques de l'assurance maladie soient totalement opérationnels. L'année butoir pour la modernisation du système était 2004, puis 2008, puis 2012, et, si j'ai bien compris les dernières déclarations de la CNAMTS, elle a été reportée à 2014. Ce délai vous paraît-il raisonnable et surtout tenable ?

Mme Liliane Ropars. Ce délai me semble raisonnable et tenable. Il nous permet de gérer l'accompagnement de nos techniciens en interne – dont nous devons faire évoluer le métier – et celui des prescripteurs en externe. La montée en puissance du dispositif prend du temps et ne se limite pas à la mise au point technique des outils qui seront mis à notre disposition. Je sais que le directeur général se préoccupe très fortement de l'amélioration du

système d'information et que tous les directeurs de caisse primaire le suivent pour mettre en œuvre, opérationnellement, sur le terrain, toutes les options, à chaque fois que c'est possible. Vous pouvez compter sur nous.

M. Gérard Sebaoun. Autant je crois aux référentiels de la HAS, autant je crois à l'accompagnement, autant je suis dubitatif à propos fiches-repères. Par exemple, si vous entrez la pathologie du patient, qui a subi une angioplastie simple, vous lirez que celui-ci peut retravailler au bout de 48 heures. C'est souvent le cas, mais pour certains patients, ce sera beaucoup plus compliqué, non pas parce que l'angioplastie s'est mal passée, mais parce tous les individus ne vivent pas de la même façon le geste agressif que représente cette intervention. La difficulté est dans ce rapport singulier à la pathologie qu'on ne peut pas standardiser. On pourrait d'ailleurs dire la même chose de la grossesse – même s'il ne s'agit pas d'une pathologie.

Mme Liliane Ropars. J'ai parfaitement conscience de cette difficulté et de la réalité du colloque singulier entre le médecin et son patient. Le fait de donner des durées indicatives, qui ne sont pas des durées obligatoires, ne constitue qu'un outil d'accompagnement.

M. Gérard Sebaoun. Entre « indicatives » et « obligatoires », il y a un fossé qu'il ne faudrait pas se dépêcher de combler ...

Mme la rapporteure. J'ai découvert dans la communication de la Cour des comptes que, pour certaines pathologies, la durée des durées prescrites pouvait aller de un à quatre. Nous sommes alors au-delà de cette problématique, avec des praticiens dont les modes d'exercice ne rendent pas forcément service à l'ensemble de la profession.

M. Gérard Sebaoun. Tout dépend de la façon dont le médecin entend les références et les applique.

M. Lionel Tardy. En 2012, au niveau national, on a observé un recul du montant des IJ, ce qui ne s'était pas produit depuis 2006. Le phénomène est-il dû uniquement au mode de calcul, moins avantageux, qui est entré en vigueur fin 2010 ? Pour ma part, je pense à la fréquence plus importante des contrôles, qui réduit les abus, et à la progression du chômage, qui incite les salariés à limiter leurs absences. Quelle est votre analyse ?

Mme Liliane Ropars. Deux facteurs, le vieillissement de la population active et le développement rapide de certaines pathologies chroniques contribuent à l'augmentation des IJ à la hausse. D'autres facteurs les diminuent. La crise économique du moment en est un. Mais il y a aussi le contrôle opéré par les organismes sociaux ; le contrôle – encore marginal – opéré à la demande des employeurs, sous la forme de signalement ou d'appel à des sociétés de contrôle privées. Et il y a enfin le meilleur accompagnement des médecins prescripteurs, sous la forme d'aide à la prescription, de mise à disposition de références. Je pense que notre investissement, sur l'année 2012, a contribué de façon importante à la maîtrise de la dépense en matière d'IJ.

M. le coprésident Pierre Morange. Je terminerai par une question relative aux systèmes informatiques et aux prestataires qui les mettent en œuvre. Avez-vous encore recours à des systèmes assez lourds, du type *main frame* ? J'ai cru comprendre que l'assurance maladie avait mis en place des systèmes plus ouverts, plus souples, dont le coût de fonctionnement est bien moins élevé que celui des systèmes lourds, qui constituent pour les prestataires une manne particulièrement rentable ?

Mme Liliane Ropars. C'est un message fort pour le directeur général. Je n'ai pas une totale visibilité sur ce sujet, mais je peux vous affirmer que les éditeurs de logiciels évoluent. Ces dernières années, ils se sont beaucoup concentrés et sont maintenant peu nombreux sur le marché, qu'il s'agisse des logiciels à l'attention des médecins, des pharmaciens ou des auxiliaires de santé. Bien sûr, nous allons vers des référentiels beaucoup plus ouverts. Notre enjeu, dans l'année 2013, sera d'intégrer les dispositifs que nous avons mis en place sur le portail Espace PRO du site internet de l'assurance maladie dans les logiciels métiers et de faire en sorte que les éditeurs de logiciels s'adaptent avec la technologie et le service qu'attendent les médecins. Le GIE Sesam-Vitale travaille en lien étroit avec la CNAMTS dans ce sens. Il a été créé une commission de conseil, qui est basée au Mans et présidée par un directeur de caisse primaire.

Mme la rapporteure. Quelle est la proportion de médecins qui utilisent un logiciel métier ?

Mme Liliane Ropars. Aujourd'hui, quasiment tous. Dans ma région, il ne reste plus qu'une poignée de médecins, bientôt à la retraite, qui n'utilisent pas ces logiciels.

M. Gérard Sebaoun. J'ai une question spécifique sur le mi-temps thérapeutique. Il ressort de mon expérience dans une grande entreprise que le mi-temps thérapeutique prescrit pour un mois, quel qu'en soit le prescripteur, est quasiment de droit. Il semble qu'il n'y ait jamais de contrôle sur le premier mi-temps thérapeutique prescrit et qu'il faille attendre un certain temps pour que vous commenciez à en exercer un. Qu'en est-il ?

Mme Stéphanie Drolez. C'est une question que nous allons explorer attentivement dans le cadre de l'analyse des résultats de l'observatoire local des indemnités journalières de Champagne-Ardenne.

M. le coprésident Pierre Morange. Merci pour la précision de vos réponses.

*

AUDITION DU 24 JANVIER 2013

Audition de MM. Michel et Camille-Frédéric Pradel, avocats en droit social.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Selon une communication de la Cour des comptes, les arrêts de travail entraînent une dépense dynamique et mal connue. Ainsi, l'indemnité journalière complémentaire versée par l'employeur n'a fait l'objet d'aucune évaluation.

Messieurs, nous souhaitons aborder aujourd'hui les aspects juridiques de la question, notamment la définition du comportement abusif, distinct de la fraude.

M. le coprésident Jean-Marc Germain. Nous aimerions également que vous nous apportiez des éclaircissements sur les contrôles.

M. Camille-Frédéric Pradel, avocat. Le comportement abusif peut relever de la fraude. La fraude est toujours illicite, mais elle résulte soit de l'utilisation de moyens illicites, soit de l'usage de moyens licites. C'est le cas de l'abus de droit, qui existe depuis fort longtemps en matière fiscale, et a été codifié depuis peu en matière sociale, le code de la sécurité sociale permettant aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'écarter des actes constitutifs d'un abus de droit. Un arrêt de travail de 1 000 jours pour un lumbago – situation qui n'a rien d'un cas d'école – peut-il être qualifié d'abusif ou doit-il être assimilé à de la fraude ?

Selon le doyen Cornu, « *l'abus est l'usage excessif d'une prérogative* ». L'excès est parfaitement défini par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dans une circulaire de 2012 qui indique que « *sont qualifiées d'activités abusives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques* ». Parmi les circonstances retenues, la CNAMTS cite les « *prescriptions d'arrêts de travail ouvrant droit à indemnités journalières au-delà du besoin de repos du patient* ».

Quant aux référentiels, qui ont été émis par la CNAMTS après avis de la Haute Autorité de santé, ils sont prévus à l'article L. 161-39 de code de la sécurité sociale qui énonce : « *L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques, ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins* ». Ainsi, un comportement abusif pourrait être qualifié par le biais de ces référentiels, validés par la Haute Autorité de santé. Sachant que l'abus signifie le dépassement de certaines normes et que les référentiels indiquent des durées maximales, la situation est selon moi potentiellement abusive lorsque la durée du référentiel est atteinte deux ou trois fois.

Mme la rapporteure. La situation peut-elle être qualifiée d'abusive de la part du médecin ou de la part du patient ? Les référentiels ne s'imposent pas aux prescripteurs, mais leur servent simplement d'indications.

M. Camille-Frédéric Pradel. La situation est potentiellement abusive au regard du soin délivré par le praticien, diplômé de médecine, et dont bénéficie l'assuré. Les arrêts de travail de 1 000 jours pour un lumbago sont potentiellement abusifs. Ceux de plusieurs centaines de jours pour cause de déchirure musculaire, qui sont également très fréquents, peuvent l'être.

À mon sens, le juriste ne doit pas s'interdire de s'interroger sur l'existence potentielle d'abus dans des situations où une prérogative juridique produit des effets, en l'occurrence la prescription d'un arrêt de travail. Certains juristes estiment que cette question ne peut être posée au motif qu'un soin, puisqu'il est prescrit, ne peut être abusif. C'est alors au médecin expert ou au médecin contrôleur de trancher.

M. le coprésident Jean-Marc Germain. Dans vos exemples, l'abus est le fait du médecin puisque c'est lui qui décide du nombre de jours d'arrêt. Quels moyens juridiques permettraient d'en juger sans contredire les principes fondamentaux du droit ?

M. Camille-Frédéric Pradel. À mon sens, le système doit respecter deux principes : d'une part, la date de consolidation doit être fixée par le service public de sécurité sociale et, d'autre part, la liberté de prescription médicale est garantie par la Constitution. À cet égard, dans une décision du Conseil constitutionnel du 22 janvier 1990, il est indiqué que le libre choix du praticien a pour corollaire la liberté de prescription. Par conséquent, les référentiels ne doivent en aucun cas être impératifs, car rien ne peut remplacer le colloque singulier entre un médecin et son patient, mais ils pourraient être utilisés comme déclencheurs des contrôles. Actuellement, en effet, le seul critère de contrôle des dossiers est la durée de l'arrêt de travail, sans référence à la pathologie diagnostiquée et prise en charge. Cette situation aboutit à des contrôles aveugles, alors qu'un arrêt de 45 jours paraît justifié pour une fracture ouverte, mais discutable pour une angine. L'utilisation du référentiel comme déclencheur des contrôles permettrait d'uniformiser les pratiques au plan national.

Dans les faits, un arrêt de moins de 2 jours est incontrôlable puisque l'assuré dispose de 48 heures pour l'adresser à qui de droit. Comme l'a indiqué la Cour des comptes, un arrêt de travail de moins de 7 jours est également incontrôlable en raison des délais d'acheminement du courrier. En pratique, les arrêts compris entre 7 et 45 jours ne sont quasiment jamais contrôlés. En théorie, les arrêts supérieurs à 45 jours sont systématiquement contrôlés, mais je peux vous assurer que la majorité des dossiers litigieux ne le sont pas – il y a parfois des contrôles pour des arrêts de 150 ou 200 jours, mais il peut aussi n'y en avoir aucun pour des dossiers à 1 000 jours.

Mme la rapporteure. La CNAMTS a pu, grâce aux référentiels, identifier un certain nombre de médecins « hyperprescripteurs » et mettre en place un système d'entente préalable. En outre, la caisse primaire de la Marne, par exemple, cible les arrêts courts et itératifs, ce qui a permis de faire diminuer le nombre de prescriptions.

M. le coprésident Jean-Marc Germain. Vous expliquez qu'il n'est pas nécessaire de se prononcer sur la pathologie pour juger du caractère abusif d'un arrêt de travail. Mais nous savons tous qu'il est possible de faire appel à un médecin de complaisance.

La fixation de durées maximales de prescription initiale – par exemple de 300 jours pour un lumbago – serait-elle contraire à la liberté de prescription médicale, dont la valeur constitutionnelle n'a pas été, au demeurant, reconnue à ce jour ? La prescription de durées plus courtes et renouvelables ne vous semble-t-elle pas préférable à des durées longues assorties d'éventuels contrôles ?

M. Camille-Frédéric Pradel. Jamais un référentiel ne pourra imposer une durée minimale, car ce serait porter atteinte au principe constitutionnel de liberté de prescription du médecin. Seul un processus de contrôle peut vérifier le bien-fondé de la durée prescrite. Certes, l'avenir est dans la dématérialisation des arrêts de travail – ce qui permettra d'ailleurs de résoudre en partie le problème du délai de 48 heures pour leur transmission. Néanmoins, le logiciel d'avis d'arrêt de travail ne devra en aucun cas encadrer la décision du médecin : il pourra éventuellement lui signaler qu'il dépasse le référentiel, mais non limiter sa liberté de prescription.

Comme vous l'avez souligné, certains médecins sont plus prescripteurs que d'autres – c'est la preuve que les arrêts de travail peuvent donner lieu à des abus. Les référentiels doivent donc guider l'action de contrôle. En effet, un service chargé du contrôle médical devrait être alerté face à une pathologie qui bénéficie de 600 jours d'arrêt au lieu des 20 jours indiqués par le référentiel. La dématérialisation devrait faciliter les contrôles, par exemple en listant les pathologies.

Il s'agit, en fait, d'un problème de moyens. Il convient de rationaliser les contrôles, car il est plus utile de se pencher sur un dossier à 45 jours pour une angine, même si l'arrêt peut être justifié dans certains cas, que pour une fracture ouverte.

En tout état de cause, la solution demeure l'expertise. Les juristes doivent comprendre qu'ils ne sont pas médecins. Comme je l'ai souligné dans un article paru dans *La Semaine juridique*, un certain nombre de décisions définitives du juge du fond ont constaté des situations abusives – je cite notamment le cas d'un arrêt de travail de 944 jours pour lequel le juge judiciaire a considéré de manière définitive qu'une journée aurait suffi.

Dans le cadre du contrôle, si la caisse primaire prend sa décision relative à la date de consolidation sur la base de l'avis émis par le service médical, il s'agit d'une décision de nature administrative. Si l'assuré conteste cette dernière, il peut recourir à la procédure des contestations d'ordre médical prévue à l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale. Une expertise contradictoire est alors diligentée avec le médecin traitant, le médecin de la caisse primaire et un médecin tiers. Enfin, si le litige perdure, le contentieux est renvoyé devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Dans ce cas, le code de la sécurité sociale impose au juge de nommer un expert. Ainsi, le juge pourra trancher grâce à l'avis éclairé d'un médecin. Comme vous le constatez, il faudra toujours des hommes pour procéder aux contrôles.

Mme la rapporteure. Pouvez-vous nous parler de votre activité ? Ce genre d'affaires est-il en augmentation ? Qui vous saisit ?

M. Camille-Frédéric Pradel. En tant qu'avocats, nous sommes amenés à plaider devant les juridictions sur ce type de problématique. Certains dossiers ne font jamais l'objet de contestation – c'est le cas des arrêts pour fracture ouverte, par exemple. En revanche, il peut y avoir contestation lorsque la durée de l'arrêt paraît anormalement longue au regard de la pathologie déclarée. Dans ce cas, et si le litige perdure, il doit être tranché par un juge. Nous sommes donc amenés à saisir une juridiction qui ordonnera une expertise médicale.

Mme la rapporteure. Qui fait appel à vous, les entreprises ou les salariés ?

M. Camille-Frédéric Pradel. Nous défendons les deux. Les salariés peuvent contester la date de consolidation sur la base de l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale. Les employeurs ne bénéficient pas de cette procédure. Après qu'ils aient saisi la justice, le juge nomme un médecin expert – bien sûr soumis au secret professionnel – qui doit trancher le litige. Je pense d'ailleurs qu'il serait préférable que les employeurs et les salariés puissent bénéficier de la même procédure.

Pour les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), le médecin expert judiciaire examine les seuls aspects du dossier qui concernent les prises en charge liées à la législation concernant les maladies professionnelles, avant de trancher le litige sur le plan médical. Ensuite, le juge suit ou non l'avis du médecin expert, mais il n'y a pas de raison qu'il ne le fasse pas si cet avis est motivé.

M. le coprésident Jean-Marc Germain. Est-il arrivé qu'un employeur ou un salarié condamné se retourne contre le médecin ?

M. Camille-Frédéric Pradel. Non. Une telle situation poserait la question de la recevabilité de la demande, sans compter qu'il n'est pas certain que le lien de causalité entre le préjudice invoqué et la prescription puisse être prouvé.

Le droit de la sécurité sociale est un droit autonome. Ainsi, en cas de refus de prise en charge d'une pathologie déclarée au titre de la législation relative aux maladies professionnelles, refus confirmé devant un tribunal des affaires de sécurité sociale, la chambre sociale de la Cour de cassation estime qu'un juge prud'homal peut considérer l'inaptitude d'un salarié comme étant d'origine professionnelle. Ainsi, même si un patient se voit refuser la prise en charge de sa dépression au titre des maladies professionnelles, celle-ci ne figurant pas dans le tableau des maladies professionnelles, le droit du travail peut considérer que la pathologie qui est à l'origine de son inaptitude est tout de même d'origine professionnelle. Les droits sont donc autonomes. Un médecin a d'ailleurs la possibilité de justifier l'arrêt maladie au titre d'une autre cause que celle qui aurait pu légitimer l'arrêt de travail au titre des AT-MP.

À ma connaissance, aucune action n'a été intentée contre des médecins, et je pense qu'il n'y en aura pas. Du reste, ce serait assez hasardeux sur le plan juridique au regard de la recevabilité et du lien de causalité, mais aussi de la protection du secret médical.

M. le coprésident Jean-Marc Germain. Le système repose sur la liberté de prescription du médecin, mais aussi sur celle du patient qui peut suivre ou non la prescription. Que se passe-t-il si l'arrêt maladie a dû être prolongé parce que le patient n'a pas suivi la prescription médicale ?

M. Camille-Frédéric Pradel. Deux cas de figure peuvent se présenter.

Soit la personne a continué à faire des sorties pendant un arrêt de travail qu'elle a transmis auprès de sa caisse et de son employeur. Dans ce cas, la sécurité sociale peut prendre des sanctions. Un arrêt de la Cour de cassation a même considéré de façon sévère qu'un membre d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) qui s'était rendu pendant son temps de sortie autorisé à une réunion de ce comité pouvait être sanctionné par la caisse primaire.

Soit la personne est retournée sur son lieu de travail pendant son arrêt. Dans ce cas, les choses sont très compliquées, car l'arrêt implique la suspension du contrat de travail et la réintégration du salarié après une visite auprès du médecin du travail. En outre, si l'employeur a connaissance de la prescription médicale, il ne peut accueillir le salarié au sein de l'entreprise. Dans un arrêt du 21 novembre 2012, la chambre sociale de la Cour de cassation a condamné un employeur à payer la sanction à laquelle avait été condamnée sa salariée, le remboursement des indemnités journalières, pour s'être présentée de sa propre initiative sur son lieu de travail alors qu'elle était en arrêt maladie.

Mme la rapporteure. Que se passe-t-il si le salarié ne dépose pas son arrêt de travail ?

M. Camille-Frédéric Pradel. Des salariés ne font part à personne de l'arrêt de travail dont ils bénéficient. Ce choix renvoie à leur liberté de suivre ou non la prescription médicale. Un problème se pose si l'employeur en a connaissance ou si, dans des litiges prud'homaux, le salarié indique que l'employeur savait, alors que cela n'est pas certain. Dans ce cas, il revient au juge de trancher. C'est tout l'objet du droit de la preuve.

M. le coprésident Jean-Marc Germain. Ainsi, le médecin ne serait jamais partie prenante des contentieux, ce qui est surprenant, car il peut se tromper. Le patient et le médecin ne sont-ils pas coresponsables ?

Mme Barbara Romagnan. Si une personne bénéficie d'un arrêt de travail, c'est parce que le médecin le lui a prescrit : il y a donc bien un lien de causalité.

M. Camille-Frédéric Pradel. Le principe de l'indépendance des rapports – patient et médecin, médecin et caisse, employeur et salarié, caisse et employeur – s'applique en notre matière. Ce principe, décrit dans la plupart des ouvrages juridiques, a été cité par la Cour de cassation et repris par la CNAMTS dans plusieurs de ses circulaires. Il me semble important de préserver cette indépendance de contentieux. Je m'explique avec un cas que j'ai eu à traiter.

Une personne atteinte d'un cancer a été prise en charge par l'assurance maladie en tant que victime de l'amiante. Or une expertise médicale a établi par la suite que le cancer du poumon n'était pas primitif. Autrement dit, la décision de prise en charge de la maladie a été jugée illégale. La personne doit-elle rembourser les indemnités qu'elle a touchées ? Grâce au principe de l'indépendance des rapports, les sommes seront mutualisées entre employeurs du même groupe et les droits du salarié seront préservés.

M. le coprésident Jean-Marc Germain. La cour d'appel de Douai a considéré que les salariés ont été trop indemnisés en cumulant les indemnités de la sécurité sociale et celles du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Il n'y a donc pas une totale indépendance.

M. Camille-Frédéric Pradel. En droit français, si un juge d'appel accorde une indemnité inférieure à celle accordée par le juge du premier degré, c'est la décision du juge d'appel qui doit être prise en compte. La situation de la victime est humainement très douloureuse si elle a dépensé les sommes qui lui ont été versées avant le jugement en appel. Ces affaires ne portent pas atteinte au principe d'indépendance des rapports. Le salarié pouvait de toute façon bénéficier de manière définitive de sa prise en charge.

S'agissant de l'action contre le médecin libéral ou le médecin hospitalier à l'origine de l'arrêt de travail, je persiste à penser que les choses sont très compliquées. Il faudrait que l'employeur démontre le lien de causalité entre son préjudice et le caractère non pertinent sur le plan médical de la prescription. Or le médecin peut indiquer que le jugement ne lui est pas opposable.

Mme Barbara Romagnan. Pour un salarié dont l'arrêt est jugé excessif, le lien avec la prescription du médecin est évident.

M. Camille-Frédéric Pradel. Vous évoquez l'hypothèse du salarié intentant une action contre son médecin. Or la décision de justice que j'ai citée, selon laquelle 945 jours d'arrêt de travail n'étaient pas justifiés et qu'un seul suffisait, ne porte pas atteinte aux droits du salarié, car, d'une part, le salarié n'est pas partie à l'instance et, d'autre part, le principe de l'indépendance des rapports s'applique. Il ne s'agit pas d'un litige entre le salarié et la caisse,

mais d'un litige entre un employeur et la caisse. En cas de litige entre un salarié et la caisse, il faudrait que celle-ci ait décrété la consolidation et que le salarié conteste sa décision.

Mme la rapporteure. Ainsi, une fois le jugement rendu, il n'est jamais demandé au patient de rembourser les indemnités journalières qu'il a perçues ?

M. Camille-Frédéric Pradel. Non, cela ne lui est pas demandé puisqu'il a bénéficié d'une prescription médicale : il n'a rien volé.

Pour en revenir aux abus, la solution serait de diligenter des contrôles et que la caisse fixe la consolidation en temps et en heures.

Le rapport d'information de la MECSS de votre collègue Dominique Tian sur la lutte contre la fraude sociale indique que les fraudes au titre des indemnités journalières s'élèvent à 23 millions d'euros chaque année, pour un budget total de 9 milliards d'euros. La proportion est infime : le système serait-il vertueux ? Les taux d'avis défavorables des médecins conseils, présentés dans la communication de la Cour des comptes, varient de 10 % à 15 % – ce qui correspond à peu près au taux des situations présentant des difficultés, preuve que la majorité des arrêts de travail est justifiée. Néanmoins, les difficultés ne résident pas dans les 1 % à 2 % d'arrêts détectés par le système, qui décèle les véritables fraudes, telle que la falsification d'un arrêt de travail, mais dans la difficulté à appréhender les situations potentiellement abusives.

Concrètement, il faudrait s'attacher à la notion de pertinence médicale en différenciant le confort du soin. Le législateur ne devrait-il pas se demander si la société souhaite des arrêts prescrivant y compris du confort ou des arrêts ne prescrivant que du soin ?

Mme la rapporteure. Cela dépend de l'activité de l'assuré.

M. Camille-Frédéric Pradel. C'est le médecin qui décide en fonction de la situation particulière de l'assuré. La question à laquelle il faudrait répondre est : « La situation du patient interdit-elle le travail ? », et non : « La situation nécessite-t-elle un arrêt de travail ? »

M. le coprésident Jean-Marc Germain. Cette question n'est pas évidente, car le médecin peut choisir de prescrire un arrêt de travail à un salarié très fatigué ou déprimé, mais apte physiquement à venir travailler, afin que celui-ci ne sombre pas davantage et puisse reconstituer ses forces.

M. Camille-Frédéric Pradel. Dans ce cas, le service public de sécurité sociale peut diligenter un contrôle et trancher la question par le biais d'une expertise. Encore une fois, si les hommes gardent la maîtrise du système, il doit fonctionner.

Ce sont les arrêts de 1 000 jours, sur lesquels il n'y a eu aucun contrôle, qui se révèlent problématiques. De plus, les contrôles à 45 jours, qui existent pour de nombreux dossiers, sont loin d'être systématiques.

Mme la rapporteure. Certains estiment que le système de contrôle n'est pas efficace.

M. Camille-Frédéric Pradel. La question des moyens se pose, car les médecins conseils sont sans doute débordés. Il serait judicieux de mieux cibler les contrôles sur les

situations les plus problématiques. Pour l'heure, ils ne sont déclenchés qu'en fonction de la longueur de l'arrêt, sans référence à la pathologie.

Mme la rapporteure. Des entreprises privées peuvent déclencher des contrôles. Qu'en pensez-vous ?

M. Camille-Frédéric Pradel. Le service public doit toujours conserver la maîtrise du coût. Il serait dangereux que, à l'avenir, les employeurs suppléent la carence de la caisse primaire et diligentent les contrôles par le biais des contre-visites médicales, en faisant appel à des sociétés privées. C'est au service public de sécurité sociale de détecter la fraude, par exemple en vérifiant si le salarié est présent à son domicile, démarche qui ne peut être confiée à une entreprise privée. Dans un jugement de 2012, le tribunal des affaires de sécurité sociale de Lyon a confirmé que la contre-visite médicale doit être assurée par la caisse primaire, comme le prévoit la loi, et non par l'employeur. Sinon, ce serait une forme de privatisation du service public.

Mme la rapporteure. L'employeur déclenche le contrôle de présence à domicile quand il sait que son salarié est dans une situation abusive et que la caisse primaire n'a pas diligenté le contrôle.

M. le coprésident Jean-Marc Germain. Votre réponse laisse entendre que le contrôle réalisé par des entreprises privées n'est pas légal.

M. Camille-Frédéric Pradel. La loi prévoit que les employeurs peuvent faire procéder à une contre-visite médicale, mais que celle-ci permet simplement d'indiquer si l'arrêt est justifié, sans référence aux motifs de l'arrêt. Une personne peut bénéficier d'un arrêt accident du travail-maladie professionnelle et souffrir également d'une pathologie très grave : dans ce cas, l'employeur saura que l'arrêt est justifié, sans connaître la pathologie.

Selon la jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation, si la contre-visite médicale de l'employeur indique que l'arrêt n'est pas justifié, l'employeur peut suspendre le versement de la part complémentaire de l'indemnité journalière, mais uniquement pour la durée de l'arrêt. En pratique, l'effet est heureusement très limité. Il est normal qu'une initiative d'origine privée n'ait pas pour conséquence de supprimer définitivement la possibilité pour un salarié qui souffre d'une pathologie de bénéficier de prescriptions médicales et d'indemnités journalières.

Enfin, il est heureux que cette contre-visite n'ait pas pour conséquence de consolider la situation du salarié vis-à-vis de la caisse primaire.

Une telle initiative privée ne peut avoir des effets que dans le cadre des relations privées. Elle est donc nécessairement circonscrite – d'autant que le secret médical s'impose. La contre-visite médicale à l'initiative de l'employeur sera donc toujours limitée.

Enfin, la loi prévoit que le contrôle médical est assuré par la CNAMTS.

La solution n'est pas de se passer du service public sous prétexte qu'il présente des carences. Elle est de faire en sorte que le service public utilise les moyens dont il dispose de façon pertinente.

M. le coprésident Jean-Marc Germain. Merci pour vos éclaircissements.

AUDITIONS DU 31 JANVIER 2013

Audition de M. Franck Von Lenep, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), et M. Denis Raynaud, adjoint à la sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie (OSAM) du ministère des affaires sociales et de la santé.

M. Franck Von Lenep, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales et de la santé. Je me propose de présenter rapidement l'éventail des sources et des informations dont nous disposons sur la question des indemnités journalières (IJ). Comme vous avez déjà procédé à plusieurs auditions et que vous disposez de la communication de la Cour des comptes sur ce sujet, il me sera difficile de vous faire part de nouvelles études dont la Cour, par exemple, n'aurait pas eu connaissance l'année dernière. Il me semble néanmoins utile de remettre en perspective les différentes sources et les actions qu'elles ont permis d'engager, avant d'évoquer les informations qui devraient être disponibles dans les prochaines années.

S'agissant de l'état des lieux, trois types d'interrogations sont particulièrement intéressantes : combien coûtent les indemnités journalières, qui en bénéficie et quels sont les déterminants expliquant les arrêts de travail ainsi que leur durée ?

La DREES publie chaque année des comptes de la santé mentionnant le montant des indemnités journalières versées par les régimes de base de l'assurance maladie – donc hors régimes des fonctionnaires. Le coût des arrêts de travail liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail s'élève à un peu plus de 12 milliards d'euros, dont quelque 6,5 milliards d'euros pour la branche maladie.

M. le coprésident Pierre Morange. Ce montant de 12 milliards d'euros est en effet bien connu, mais nous avons été frappés, lors des précédentes auditions, par l'ignorance complète à laquelle nous étions réduits s'agissant des indemnités journalières complémentaires. L'absence de données nationales en la matière nous a stupéfiés dans la mesure où elle interdit toute comptabilité fiable, tant pour l'État que pour les entreprises. Cela soulève d'ailleurs un certain nombre de questions quant à l'efficacité des dispositifs de contrôle et à leur contribution à une comptabilité agrégée de l'effort national réalisé en la matière.

M. Franck Von Lenep. En ce qui concerne les régimes de base, nous disposons pour 2012 de données, encore provisoires mais néanmoins fiables, qui font état d'une baisse du montant de 3,5 % des IJ maladie contre une augmentation d'environ 4 % par an dans les années 2009-2010 et de 1,6 % en 2011. Cette évolution s'explique par l'augmentation du nombre de chômeurs et par le ralentissement de la hausse des salaires, mais aussi par le changement du mode de calcul des indemnités, dont le montant a été réduit cependant que, selon la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), leur volume n'augmentait que très modérément.

Les montants agrégés demeurent en effet très mal connus pour les garanties complémentaires et pour la fonction publique.

Concernant cette dernière, seul le montant agrégé des congés de longue durée dans la fonction publique d'État a été publié et identifié comme tel dans les comptes. Nous

ignorons ce qu'il en est de ces congés dans les fonctions publiques hospitalière et territoriale. Nous ne disposons donc pas de données relatives au coût total des arrêts maladie dans les fonctions publiques même si nous avons des informations sur les effectifs concernés.

S'agissant des organismes complémentaires, nous disposons seulement du montant d'IJ versé par les organismes mutualistes et par les institutions de prévoyance, lequel se situe aux alentours de 3 milliards. Ce chiffre doit être pris toutefois avec beaucoup de précautions car nous le reconstituons à partir des données de la comptabilité nationale – autrement dit des données communiquées à l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) par ces deux catégories d'organismes –, à partir desquelles nous formulons ensuite des hypothèses de retraitement qui reposent sur des enquêtes très anciennes. Nous travaillons à une actualisation qui, à partir de 2014-2015, nous permettra de disposer de chiffres plus fiables englobant les montants versés par les assureurs.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Cela ne concerne pas les indemnités versées par les employeurs.

M. Franck Von Lennep. Non, il s'agit de la part des versements que ceux-ci externalisent, dans le cadre de contrats de branche ou d'entreprise, en les confiant aux mutuelles et aux instituts de prévoyance. Nous ne disposons d'aucune information concernant les IJ versées par les entreprises elles-mêmes, dans le cadre de la loi sur la mensualisation de janvier 1978 ou de l'auto-assurance, et les perspectives d'une meilleure connaissance de ces montants sont encore lointaines.

M. le coprésident Pierre Morange. Les différents acteurs que vous venez d'évoquer se sont défaits quant à leur responsabilité concernant ces informations. Il est tout de même assez surprenant que ni les uns ni les autres ne se soient saisis d'une question aussi stratégique.

La communication de la Cour des comptes a pointé le caractère hétérogène des régimes complémentaires en vigueur au-delà du régime de base et, donc, la grande diversité des situations individuelles ainsi que les zones d'ombre qui subsistent quant à la couverture des arrêts de travail. Si l'on étudie les assurances complémentaires, l'obscurité est même totale. Dès lors, je le répète, il est très difficile de juger de l'efficacité des dispositifs de régulation ou d'évaluation.

Vous n'avez donc été saisis d'aucune demande de la part des employeurs, de l'État, des assurances ou d'autres structures ?

M. Franck Von Lennep. Avec l'accord de l'ensemble des acteurs chargés du suivi des comptes, y compris celui des intéressés, nous nous sommes autosaisis afin d'améliorer la connaissance que nous avons des IJ versées par les organismes complémentaires. Comme nous ne disposons pas d'accès direct aux données de ces derniers, nous avons recours à l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP), qui contrôle l'ensemble des organismes d'assurance. Depuis plusieurs années, lorsque les organismes complémentaires font remonter leurs données à l'ACP, ils doivent remplir un questionnaire à visée statistique qui nous est ensuite adressé. Depuis l'année dernière, nous avons commencé à examiner la partie relative aux IJ afin de connaître le nombre des bénéficiaires et les montants en jeu.

Ces données statistiques n'étant pas renseignées dans les organismes d'assurance par les mêmes personnes que celles qui sont chargées des données comptables, il nous faut les retraiter et les affiner, ce qui demande beaucoup de travail. La qualité du résultat ne nous satisfaisant pas, nous ne souhaitons pas encore le publier, mais il est vraisemblable que nous

surmonterons dès cette année cette réticence afin de convaincre les assureurs complémentaires d'accorder davantage d'attention à la qualité des chiffres qu'ils nous fourniront dans les deux ou trois prochaines années. Cette qualité sera sans doute toujours moindre, par nature, que celle des données comptables et financières, mais celles-ci n'existent pas s'agissant des IJ versées pour arrêt maladie. L'ACP ne dispose d'ailleurs pas de données spécifiques à cet égard, elle n'a connaissance que d'un ensemble incluant l'invalidité et la dépendance.

La connaissance des montants versés par les entreprises supposerait l'existence de systèmes d'information identifiés comme tels au sein des entreprises. La déclaration sociale nominative (DSN) pourrait-elle permettre de distinguer dans le salaire les sommes versées lors d'un arrêt maladie ? Une organisation de ce type risque d'être très lourde et a d'autant moins de chances d'être mise en place qu'elle a pour finalité une connaissance statistique, qui importe sans doute moins que des fins de gestion.

M. le coprésident Pierre Morange. Dans le cadre d'une mission de contrôle et d'évaluation, il est assez légitime de s'inquiéter de l'efficacité des dispositifs existants. Cela relève plus d'un pragmatisme de bon aloi que d'une curiosité théorique.

M. Franck Von Lennep. Certes. Mais la DREES n'est pas compétente pour organiser la transmission de ces informations par l'employeur. On pourrait certes procéder par enquêtes mais, là encore, demander aux entreprises de distinguer dans les salaires la part des IJ serait leur imposer une tâche lourde et coûteuse.

Mme la rapporteure. Cela ne correspond pas à un poste budgétaire particulier ?

M. Franck Von Lennep. Ces indemnités sont assimilées au salaire !

M. le coprésident Pierre Morange. Les identifier en tant que telles ne semble pourtant pas un objectif insensé, ni hors de portée dans le cadre d'une comptabilité analytique un peu performante et maîtrisée. Il devrait être possible de disposer au moins d'une estimation à peu près correcte.

M. Franck Von Lennep. Les compétences de la DREES relèvent du champ social, hors emploi et salaires. Nous ne sommes pas spécialistes de ce versant-là des problèmes.

M. le coprésident Pierre Morange. La MECSS a simplement pour vocation de rechercher un rapport coût-efficacité maximal.

Je le répète : il est un peu curieux que l'exécutif ne mandate pas un organisme comme le vôtre pour qu'il travaille à l'agrégation de l'ensemble de ces données. Le montant de 3 milliards que vous avez évoqué, qui représente tout de même le quart du coût total des arrêts de travail, laisse songeur : comment laisser subsister une telle zone d'ombre ?

Nos auditions ont montré que les sociétés de contrôle mandatées par les entreprises n'en peuvent mais et se plaignent de problèmes de communication avec les assureurs ou la CNAMTS. Personne ne connaît l'efficacité des dispositifs mis en place dans le cadre du partenariat entre les services de contrôle médical des caisses et ces sociétés extérieures. La loi est-elle efficace ?

M. Franck Von Lennep. La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), qui dépend du ministère de l'emploi, devrait sans doute pouvoir fournir des estimations très grossières à partir, par exemple, des données issues de l'enquête

de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) menée sur la « Protection sociale complémentaire en entreprises » (PSCE), qui a été financée par la DREES et qui fait état d'un certain nombre d'éléments quant au nombre de salariés couverts – mais non quant aux coûts.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous allons nous y intéresser.

Je vous livre un exemple très concret des difficultés que nous rencontrons. Lors d'une mission de la MECSS sur le fonctionnement interne de l'hôpital qui avait été organisée sous la précédente législature et qui avait eu quelques retentissements, nous avons demandé à la direction générale du trésor une évaluation de l'ensemble de notre patrimoine hospitalier. La réponse que nous avons obtenue nous a plongés dans un abîme de perplexité : « plusieurs milliards d'euros ». De telles approximations sont inadmissibles alors qu'il aurait suffi de demander aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) de fournir une réponse précise dans les six mois. Comment, dans ces conditions, bâtir une stratégie assurant le fonctionnement et l'investissement dans l'hôpital ?

Mme la rapporteure. À qui devons-nous donc nous adresser ?

M. Franck Von Lenep. Fournir une information dont, pour l'heure, ni les entreprises ni l'État ne disposent revient extrêmement cher. Dès lors que ces indemnités sont assimilées au salaire et que les conditions de versement de cotisations sont identiques, tant pour les employeurs publics que privés, pourquoi élaboreraient-ils des systèmes visant à identifier cette rémunération-là ?

M. le coprésident Pierre Morange. Pour un employeur, la perte d'un certain nombre d'heures de travail en raison d'arrêts maladie – dont je ne conteste pas le bien-fondé – a un coût et je l'imagine mal s'en désintéresser. Nous prenons acte qu'il n'est pas possible de procéder à une identification rigoureuse, mais nous ne pouvons que le regretter.

M. Franck Von Lenep. Les bilans sociaux des entreprises font état de l'absentéisme et du nombre de jours de travail perdus, mais toute la difficulté réside dans la détermination de leur coût. Celui-ci n'est pas davantage évalué en Allemagne et dans tous les autres pays européens où les employeurs assurent le maintien du salaire en cas d'arrêt de travail.

Mme la rapporteure. Outre la question du maintien du salaire se pose parfois celle de l'éventuel remplacement du salarié malade.

Nous avons l'impression que les employeurs demandent aux caisses primaires d'avoir une bonne connaissance des dispositifs et d'organiser des contrôles alors qu'eux-mêmes ignorent ce qui se passe dans leurs propres entreprises et ce qu'ils souhaiteraient voir se mettre en place. Nous avons le sentiment qu'ils abandonnent au service public le soin de dire ce qu'il en est.

Avez-vous des données pour les fonctions publiques ?

M. Franck Von Lenep. L'absentéisme peut être évalué dans le secteur privé à partir du nombre d'IJ versées par les caisses primaires rapporté au nombre d'actifs dans le département. Les bilans sociaux fournissent quant à eux des données par entreprise, mais sans permettre une vision consolidée.

Le rapport annuel sur l'état de la fonction publique comporte un certain nombre de données relatives aux fonctions publiques territoriale et hospitalière. Pour cette dernière, les bilans sociaux des hôpitaux sont actualisés régulièrement et remontent *via* la direction générale de l'offre de soins. S'agissant de la fonction publique d'État, les données dont nous disposons concernant l'absentéisme relèvent d'une enquête un peu ancienne.

M. le coprésident Pierre Morange. De quand date-elle ?

M. Franck Von Lennep. De 2003, me semble-t-il. Je rappelle que la réalisation d'une enquête est extrêmement coûteuse.

M. Michel Issindou. Les 12 milliards dont il a été question représentent le coût des IJ versées dans le secteur privé. Concerne-t-il les seules caisses du régime général ?

M. Franck Von Lennep. De l'ensemble des régimes.

M. Michel Issindou. Je suis également surpris de l'ignorance dans laquelle nous sommes. Il semble que les entreprises ne se soucient pas de comptabiliser les indemnités journalières complémentaires puisqu'elles versent de toute façon un salaire entier, mais n'existerait-il pas un moyen permettant de distinguer la part de ce salaire liée à l'arrêt de travail ? Certes, cela demande de l'énergie et du temps mais des systèmes de comptabilité relativement sophistiqués doivent permettre d'ouvrir un « sous-compte » retraçant le versement fait à un salarié en arrêt maladie. J'ignore ce que la loi peut apporter à ce propos mais il me semble utile de connaître les coûts engendrés par ces situations. Il ne s'agit pas d'en tirer des conclusions quant aux causes de l'absentéisme et de l'arrêt maladie, lesquels sont le plus souvent justifiés, mais il n'en serait pas moins intéressant de connaître les raisons pour lesquelles les salariés sont aujourd'hui plus absents. Est-ce dû aux conditions de travail ? Il est dommage que nous ne soyons pas capables d'analyser des choses aussi simples sans avoir à déployer des efforts colossaux.

Mme la rapporteure. Il doit tout de même être possible d'identifier au sein de la comptabilité de l'entreprise la part des salaires versés qui n'est pas couverte par le reversement qu'effectuent les caisses !

M. Franck Von Lennep. Je ne suis pas à même de vous apporter plus de précisions sur un sujet dont je ne suis pas spécialiste. Il conviendrait d'interroger des représentants de la DARES ou de l'INSEE.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous sommes tous d'accord sur le constat et sur les regrets qu'il suscite. Nous essaierons d'examiner la façon d'améliorer cette situation tout en étant conscients qu'encadrer par la loi la comptabilité privée, ne serait-ce que sur ce point, serait chose délicate. Il est cependant assez curieux que des entrepreneurs soumis à la compétition internationale et bien naturellement préoccupés par le coût du travail se désintéressent des incidences financières de l'absentéisme et du recours au travail intérimaire auquel il oblige.

M. Franck Von Lennep. Des études macroéconomiques internationales montrent l'impact des arrêts de travail sur la croissance. Nous pourrions quant à nous réaliser de semblables études à partir des données dont nous disposons sur les IJ puisque je rappelle que nous connaissons l'essentiel des coûts, la part des employeurs étant minoritaire dans le montant total. Nous commençons aussi à disposer de données suffisantes pour essayer de déterminer les raisons qui expliquent les arrêts de travail.

M. le coprésident Pierre Morange. Sans me livrer à un procès d'intention, je relève que nous disposons de fort peu de renseignements sur la situation des trois fonctions publiques, les informations étant quasi inexistantes s'agissant de la fonction publique territoriale. Les contrôles organisés dans la fonction publique d'État, uniquement d'ailleurs sur les arrêts de longue durée, ont montré qu'il existait de nombreuses erreurs, ne serait-ce que dans l'enregistrement des données d'état civil des fonctionnaires, ce qui rend d'ailleurs lesdits contrôles inopérants. Il me semble donc opportun de relativiser l'importance des données dont nous disposerions dans ce secteur.

M. Franck Von Lennep. Le rapport annuel sur l'état de la fonction publique fournit le nombre moyen de jours d'arrêt par motifs. En intégrant la maladie, la longue maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, ils s'élèvent à 13 jours dans la fonction publique d'État – dont 12 jours pour maladie, selon l'enquête de 2003 à laquelle j'ai fait allusion –, 20 jours dans la fonction publique territoriale – 11 jours pour maladie, 6 jours pour longue maladie, le reste relevant des accidents du travail selon le bilan social de 2009 –, et 16 jours dans la fonction publique hospitalière – 9 jours pour maladie, 4,5 jours pour longue maladie, le reste relevant là encore des accidents du travail selon les enquêtes de bilan social de 2008 de la direction générale de l'offre de soins.

M. le coprésident Pierre Morange. Mais les disparités sont importantes, notamment pour la fonction publique territoriale, selon la taille des collectivités. Les chiffres peuvent varier du simple au triple, les capacités de gestion des ressources humaines différant considérablement de l'une à l'autre.

M. Franck Von Lennep. Une publication récente consacrée aux arrêts de travail dans la fonction publique territoriale montre qu'en 2009, le nombre moyen de jours d'absence pour raisons de santé par type d'employeurs augmente en fonction de la taille des communes ou des communautés de communes.

M. le coprésident Pierre Morange. Dans mon village de 6 000 habitants, le nombre moyen de jours d'arrêt est de 11,5 jours.

M. Franck Von Lennep. Selon l'étude, il s'élève à 23 jours pour les communes qui comptent entre 5 000 et 10 000 habitants.

M. le coprésident Pierre Morange. Je savais que les fonctionnaires, chez moi, se dévouaient particulièrement à leur mission !

M. Franck Von Lennep. Certaines informations doivent sans doute être encore précisées.

L'enquête PSCE que j'ai citée montrant, par exemple, que les trois premiers jours de carence sont couverts pour 64 % des salariés, il est possible de reconstituer les sommes que cela représente pour les employeurs privés. La DREES et les autres organismes de recherche cherchent à exploiter davantage ce travail afin de mieux comprendre l'ensemble des déterminants expliquant les arrêts maladie. J'ajoute qu'il est à la disposition du public.

S'agissant, plus précisément, des déterminants, la DREES dispose d'une série d'études : l'une, qu'elle a réalisée en 2007 et qui sera actualisée ; celle de la CNAMTS, qui date à peu près de la même époque, et celle de l'IRDES, consacrée en 2012 aux disparités départementales. Cette dernière a été effectuée à partir d'un recoupement des données de consommation de soins émanant de l'assurance maladie et des données de carrière fournies par l'assurance vieillesse, ce qui est très novateur. La DREES a déjà consacré 300 000 euros

à cette base IJ. En ajoutant les 400 000 euros qu'a coûté l'enquête PSCE, nous avons donc investi 700 000 euros ces dernières années afin de disposer d'instruments de connaissance sur les IJ.

M. le coprésident Pierre Morange. Notamment grâce à l'interconnexion des fichiers.

M. Franck Von Lennep. À la différence du Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), fichier nominatif, les deux fichiers concernés sont « anonymisés » mais pas de la même manière, ce qui complique les recherches pour retrouver les données d'une même personne.

Il est très difficile d'effectuer des comparaisons européennes et internationales puisque la plupart des pays sont dans une situation encore pire que la nôtre.

M. le coprésident Pierre Morange. Piètre consolation !

M. Franck Von Lennep. Cela s'explique, comme nous l'avons dit, par les contraintes de gestion interne des entreprises. La question que vous soulevez ne s'en pose pas moins partout : les Allemands, par exemple, débattent du problème de l'absentéisme.

Il convient donc, disais-je, de considérer ces comparaisons avec précaution mais il semble que la France se situe plutôt dans la moyenne. C'est dans les pays où les indemnités sont plutôt généreuses, comme l'Allemagne ou les pays nordiques, que le nombre de jours d'arrêt maladie par salarié est le plus élevé. Il existe donc une corrélation macroéconomique entre la générosité des systèmes et le nombre de jours d'arrêt de travail, dans des pays dont la situation économique n'est pas la plus délicate. Cette corrélation pourrait être expliquée de deux façons : lorsque les indemnités sont plus généreuses et les salaires maintenus à un niveau satisfaisant pendant plus longtemps, les salariés sont peut-être incités à s'arrêter plus longtemps ; mais il est possible aussi de considérer que le fait de pouvoir s'arrêter dans les meilleures conditions et pour le temps nécessaire lorsqu'on en a besoin contribue à rendre l'économie globalement plus productive. Il n'existe pas d'études à ce sujet mais sans doute les deux explications ne sont-elles pas exclusives l'une de l'autre.

Les études dont nous disposons montrent qu'il existe également une forte corrélation entre les arrêts maladie et les conditions de travail ou le secteur d'activité. Les contrôles sont évidemment légitimes afin de vérifier que les arrêts maladie sont justifiés mais, sur un plan macroéconomique global, la situation est la suivante : soit les intéressés sont vraiment malades, soit leurs conditions de travail sont telles qu'ils éprouvent le besoin de s'arrêter.

Dans les toutes prochaines semaines, la DARES publiera une étude recoupant les données de l'enquête emploi de l'INSEE et celles de sa propre enquête « surveillance médicale des risques professionnelles » SUMER sur les risques professionnels ; elle montre une très forte corrélation entre les arrêts maladie déclarés dans la première et les conditions de travail ainsi que les risques psycho-professionnels dont fait état la seconde.

Sur le plan microéconomique, les déterminants des indemnités sont donc la générosité du système et les contrôles : il est possible en effet de considérer que plus les contrôles sont nombreux, moins les salariés sont incités à s'arrêter et plus la couverture est généreuse, plus au contraire l'incitation à s'arrêter est forte.

Sur le plan macroéconomique, les déterminants sont d'abord l'état de santé – le vieillissement de la population active a un impact sur les IJ puisque les salariés de 55 ans s'arrêtent beaucoup plus longtemps que ceux qui n'en ont que 40 –, puis le secteur d'activité et les conditions de travail.

M. le coprésident Pierre Morange. La situation économique de l'Allemagne est en effet meilleure que la nôtre, mais ce pays a accompli des efforts de rationalisation de la dépense publique et dispose peut-être aussi d'outils de contrôle et d'évaluation plus efficaces que les nôtres. Des comparaisons sont-elles possibles avec des pays qui consacrent à leur protection sociale une part de leurs dépenses publiques équivalente à la nôtre, ou qui font preuve de la même générosité ?

M. Franck Von Lennep. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) s'essaie à comparer la générosité des différents systèmes de couverture des arrêts de travail. Selon elle, la France se situerait très en deçà de la Suède et de l'Allemagne et à un niveau plus proche de ceux du Portugal, de l'Italie et de l'Espagne. Ces comparaisons sont évidemment affectées par l'insuffisance des informations disponibles sur la gestion des arrêts de travail et la générosité y est dès lors surtout appréciée en fonction de la législation. S'agissant de la France, par exemple, nous ne sommes pas certains que les calculs prennent en compte l'ensemble des conventions collectives et des couvertures complémentaires d'entreprise et ne s'en tiennent pas à la seule générosité publique. Or, pour un salarié, que ce soit l'État ou l'entreprise qui paie, seul compte le résultat et il faudrait par conséquent prendre en considération l'ensemble des couvertures. Nous devons donc manier ces comparaisons avec beaucoup de précautions.

Mme la rapporteure. On aurait pu penser que la réduction du temps de travail contribuerait à une meilleure santé au travail ; or, selon le rapport que vous avez publié en 2007, les conditions de travail se seraient détériorées entre 1993 et 2003, y compris donc après le passage aux 35 heures. Avez-vous pris en compte, dans les comparaisons européennes auxquelles vous vous êtes livrés, cette question de la durée du temps de travail, par exemple dans son rapport avec l'espérance de vie ?

M. Denis Raynaud, adjoint à la sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie (OSAM) du ministère des affaires sociales et de la santé. Il est un peu délicat d'établir un lien direct entre la durée du temps de travail et la pénibilité.

M. le coprésident Pierre Morange. Il y a unanimité, quelles que soient les sensibilités politiques, pour considérer que les 35 heures se sont traduites par un effort de rationalisation du travail qui a permis un accroissement de la productivité. D'autre part, les comparaisons ont des limites : ainsi, suite aux réformes proposées par Peter Hartz, 2 millions de salariés travaillent en Allemagne pour 6 euros de l'heure et 4 à 5 millions pour 8 euros environ, mais il est vraisemblable que cet élément de pouvoir d'achat ne soit pas pris en compte lorsqu'on essaie de mesurer la générosité d'un système.

M. Denis Raynaud. Autre difficulté : notre enquête montre une aggravation de l'exposition aux risques professionnels entre 1993 et 2003, mais cette évolution ne s'explique-t-elle pas par un plus grand nombre de déclarations ?

Parmi les déterminants macroéconomiques, notre étude a révélé une corrélation entre les arrêts maladie et le risque de chômage : plus ce dernier augmente, plus les arrêts maladie diminuent.

Enfin, avec la CNAMTS, nous avons élaboré un indicateur portant sur l'intensité des contrôles qui conduit évidemment à établir une corrélation entre l'augmentation des contrôles et la diminution des arrêts.

M. Franck Von Lennep. Aiguillonnés par la communication de la Cour des comptes, nous allons nous efforcer d'améliorer en 2013 notre connaissance des facteurs qui déterminent l'arrêt de travail. En sus des travaux destinés à mieux apprécier les sommes versées par les organismes complémentaires, sur lesquels je ne reviens pas, nous actualiserons l'étude que nous avons menée sur les déterminants globaux, notamment sur l'impact des contrôles. En mettant à profit les quelques années de recul dont nous disposons, nous allons réfléchir avec la CNAMTS à la meilleure modélisation possible des contrôles en essayant d'identifier les variables les plus pertinentes : vaut-il mieux multiplier ces contrôles ou les concentrer sur les arrêts courts, par exemple ?

M. le coprésident Pierre Morange. Quel sera votre agenda ?

M. Franck Von Lennep. L'équipe chargée de cette question est actuellement très occupée par la production des comptes de la protection sociale, mais elle débutera ce travail aussitôt après.

Plusieurs études sont également prévues sur les déterminants microéconomiques. Nous utiliserons en particulier l'enquête PSCE de l'IRDES pour savoir s'il existe une corrélation entre la couverture généreuse des arrêts maladie et leur nombre. L'IRDES et d'autres organismes de recherche sont d'ailleurs prêts à mener des travaux complémentaires dès que l'INSEE aura ajouté dans la base IJ des informations sur le niveau de couverture au sein de certaines branches. On peut en effet espérer qu'il sera alors plus facile de modéliser les versements des organismes complémentaires : même si la couverture de certaines entreprises peut être meilleure que celle des branches, notre information statistique en sera améliorée.

Nous avons enfin pour objectif, d'ici à la fin de l'année, d'examiner les corrélations entre les arrêts maladie et les trajectoires professionnelles. Prendre un arrêt maladie influe-t-il ou non sur les carrières ? Ces dernières sont-elles freinées ? Les salariés sont-ils moins malades après avoir pris un arrêt maladie au bon moment ? Ce travail n'est devenu possible que parce que nous avons commencé à constituer des cohortes, qui nous permettent de déterminer si un événement a des conséquences à plus ou moins longue échéance.

J'ajoute que la DREES a recruté cette année un chargé d'études sur les IJ. Nous espérons pouvoir réaliser environ trois études chaque année, ce qui pourrait nous permettre à terme de vous répondre, monsieur le président, quant aux motivations individuelles des arrêts : les salariés sont-ils incités à en prendre pour de mauvaises raisons ou parce que leur état de santé l'exige ? Comment ces deux motivations, qui peuvent coexister, s'articulent-elles ? Comment influencer sur l'une ou l'autre ? Il est clair en effet que, selon que sont en cause les conditions de travail ou la générosité de la couverture sociale, les actions à mener ne seront pas les mêmes.

Mme la rapporteure. Quelle est l'influence de la prescription médicale ?

M. le coprésident Pierre Morange. Nous nous sommes en effet souvent interrogés sur l'« hyperprescription ». Il est difficile d'estimer son impact mais c'est incontestablement un déterminant qui peut expliquer certains écarts par rapport à la moyenne, comme l'a signalé la Cour des comptes.

Les cohortes que vous avez évoquées seront-elles constituées à partir du « *data mining* » mis en place par les caisses primaires afin de cibler les populations susceptibles de faire légitimement l'objet d'un contrôle ?

Je signale, enfin, que sous l'égide de deux rapporteurs, MM. Michel Heinrich et Régis Juanico, le Comité d'évaluation et de contrôle (CEC) a travaillé à une comparaison du financement des systèmes de protection sociale en Europe afin d'en mesurer l'efficacité respective.

M. Franck Von Lenep. Qu'il s'agisse de statistiques ou de la constitution de cohortes, nous essayons de repérer les différents déterminants à partir des bases de données existantes. Le « *data mining* » de l'assurance maladie peut permettre par exemple d'apprécier la probabilité d'un quatrième arrêt maladie venant après trois arrêts de brève durée. Mais je précise que nous sommes très attachés à l'anonymat des données que nous traitons. Cela étant, nous pouvons procéder à des échanges avec la CNAMTS sur les méthodes statistiques employées.

M. le coprésident Pierre Morange. Je vous remercie pour la précision de vos réponses.

*

Audition de M. Alain Brousse, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Bayonne, Mme Véronique Toulouse, sous-directrice en charge de la production et de la régulation, et Mme Julie Chapron, chef du projet mission indemnités journalières.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous aimerions que vous nous présentiez, mesdames, monsieur, le fonctionnement de l'observatoire des indemnités journalières, ou observatoire II, expérimentation conduite par la CPAM de Bayonne et dont le succès a conduit la CNAMTS à vous déléguer une mission nationale : celle de faire des propositions pour l'optimisation de la gestion de ces indemnités.

M. Alain Brousse, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Bayonne. La circonscription de la CPAM de Bayonne couvre tout le Pays Basque et le sud du département des Landes. Elle compte 300 agents et plus de 250 000 bénéficiaires.

Comme dans toutes les caisses du réseau de l'assurance maladie, le poste « arrêts de travail » de la CPAM de Bayonne était en constante augmentation depuis une dizaine d'années, avec un pic en 2008 et 2009. Cette situation nous a conduits à nous interroger sur les facteurs expliquant une telle évolution, d'autant que notre caisse participait, sous l'égide de la CNAMTS, à un programme de maîtrise et de régulation des dépenses de soins de ville. Constatant que nous étions passablement démunis en l'absence de référentiels, nous avons eu l'idée d'établir une base de données administratives et médicales gérée par une cellule médico-administrative, l'observatoire des indemnités journalières.

La nouveauté de cet instrument réside dans la constitution d'une base de données rassemblant des informations tant médicales qu'administratives et dans la création d'un outil médico-administratif d'exploitation de ces données. Il se trouve que ce parti pris a convaincu le directeur général de l'assurance maladie, si bien que cette expérimentation est à l'origine de la première mission nationale déléguée à un directeur de caisse primaire.

Si l'observatoire a été notre vitrine, l'ambition de la mission est plus vaste, puisqu'elle vise à une refonte totale du processus de gestion des indemnités journalières.

Mme Véronique Toulouse, sous-directrice en charge de la production et de la régulation de la CPAM de Bayonne. Afin que vous situiez l'objectif de cette mission et la place de l'observatoire dans la stratégie de maîtrise des dépenses d'arrêts de travail, nous avons souhaité vous présenter, sous forme de schéma, la cinématique du processus de gestion des arrêts de travail, depuis la prescription de l'arrêt de travail jusqu'à la liquidation des indemnités journalières. Vous pouvez ainsi mesurer la masse considérable d'informations mobilisées et traitées à chaque étape. Ce schéma doit également vous permettre de comprendre l'objet de la mission qui nous a été confiée : il s'agit, au-delà de la construction d'une vaste base de données médico-administratives et de l'animation de la stratégie de régulation, de penser l'ensemble du processus de gestion avec les outils de demain, ces outils de dématérialisation et d'automatisation du traitement des données devant permettre de redéployer les moyens des caisses vers le service aux assurés, le contrôle de la qualité et la lutte contre la fraude.

L'observatoire IJ est un outil qui permet de comprendre les facteurs d'évolution d'un poste de dépenses important sur le plan national, puisqu'il représente plus de 5 % des dépenses de soins de ville. Il s'agit en outre d'un poste soumis à une grande variabilité, dont les évolutions ne sont pas tout à fait modélisées.

M. Alain Brousse. Le fait que le Pays Basque se distingue très souvent des normes nationales en matière d'arrêts de travail est un des éléments qui a motivé cette expérimentation. Ainsi, alors qu'au niveau national, la croissance de ce poste est due à l'augmentation de la prescription des arrêts de longue durée, dans notre circonscription c'est le nombre des arrêts de courte durée qui explique cette dérive. Cette observation nous a fait pressentir que les causes de ce phénomène pouvaient être géolocalisées et que le rôle des médecins prescripteurs n'était pas le seul élément à considérer : il fallait aussi tenir compte de la population en cause et d'éléments comme l'âge des assurés, la catégorie socioprofessionnelle à laquelle ils appartenaient, *etc.* Nous avons ainsi pu constater que les dérives de ce poste n'étaient pas dues aux seuls prescripteurs, aux chasseurs de palombes, aux amateurs de bricolage ou à ceux qui se faisaient prescrire des congés d'été sous forme d'arrêts de travail ; de telles explications nous paraissaient d'ailleurs un peu limitées.

Nous considérons en outre que nos agents travaillaient « à l'aveugle » et que le circuit de l'information n'était pas celui qu'on pouvait attendre de notre modernité. Les nouveaux outils de gestion dématérialisée nous permettaient d'envisager la mise en place de toute une ingénierie, au lieu d'accumuler des actions ponctuelles.

M. le coprésident Pierre Morange. On comprend bien la philosophie qui soutient cette innovation, mais quel en est le résultat ?

Mme Véronique Toulouse. L'observatoire IJ est à la disposition de l'ensemble du réseau de l'assurance maladie depuis la fin de l'année 2011. Il permet à chaque caisse d'exploiter les données à sa disposition pour identifier les facteurs de dérive de ce poste de dépenses, et les segments de la population ou les professionnels de santé qui jouent le rôle le plus significatif dans son évolution. La base de données intègre des éléments permettant de segmenter les arrêts de travail en fonction des risques – accidents du travail, maladies professionnelles ou autres pathologies. D'autres éléments permettent de savoir si l'évolution du nombre des arrêts de travail est liée à l'évolution des affections de longue durée ou non ou si les arrêts de longue durée ou les arrêts de courte durée prédominent. On arrive ainsi progressivement à décomposer de façon assez fine les facteurs d'évolution.

Cette base de données permet d'analyser pour chaque axe si l'augmentation des arrêts est le résultat mécanique d'un accroissement de la population active ou de son vieillissement, ou si, une fois neutralisés ces facteurs, il demeure une augmentation dont il faut chercher l'explication ailleurs. Elle permet également de mesurer si la durée des arrêts de travail a tendance à s'allonger ou si le nombre d'arrêts de travail par assuré augmente, et de vérifier si ces évolutions sont ou non corrélées à l'âge des intéressés.

Notre base de données recense 24 variables distinctes : il s'agit des caractéristiques démo-géographiques et socioprofessionnelles des assurés en arrêt de travail, telles que leur âge, leur sexe, leur secteur d'activité, leur catégorie socioprofessionnelle ou leur lieu de résidence. Mais elle recense également les pathologies ou les motifs médicaux de leurs arrêts, ce qui constitue, ainsi que nous l'avons mentionné, une innovation, puisque c'est la première fois que l'assurance maladie associe des données administratives et des données médicales. Autre innovation, l'observatoire tient compte de la durée effective des arrêts de travail. Cette base de données contient par ailleurs des éléments éclairant le contexte de l'arrêt de travail, comme l'existence d'une hospitalisation ou d'une prescription de pharmacie, par exemple ; ou encore s'il est en lien avec une affection de longue durée, ou s'il est combiné à un arrêt maternité, *etc.*

M. Alain Brousse. L'observatoire distingue également entre arrêts prescrits et arrêts indemnisés.

Mme Véronique Toulouse. La nuance est importante, car si les arrêts indemnisés révèlent la dépense, l'analyse des arrêts prescrits permet de comprendre les comportements des prescripteurs ou des assurés.

M. le coprésident Pierre Morange. Avez-vous envisagé d'inclure l'existence d'une couverture complémentaire pour les assurés dans votre base de données ? Il s'agit là d'un paramètre d'analyse important, même si ce n'est pas vous qui assurez cette prise en charge.

M. Alain Brousse. Non.

M. le coprésident Pierre Morange. Le bon sens commande pourtant qu'une telle donnée soit prise en compte, d'autant que sa collecte est facilitée par les outils de gestion dématérialisée.

M. Alain Brousse. Cette proposition peut être une piste d'amélioration de l'outil.

Mme Véronique Toulouse. En nous indiquant les secteurs d'activité responsables de la dérive de cette dépense, l'exploitation de la base de données nous permet de savoir avec quels employeurs travailler pour affiner l'information, notamment en ce qui concerne l'existence d'une couverture professionnelle complémentaire.

M. Alain Brousse. Nous avons mené un tel travail auprès de la direction du site Turbomeca de Bayonne, par exemple.

Mme Véronique Toulouse. Nous allons maintenant vous proposer une démonstration du fonctionnement concret de l'observatoire.

M. Alain Brousse. Cet outil permet autant de combinaisons que le loto, et c'est pourquoi nous avons recommandé aux caisses de retenir une grille statistique propre à lui assurer la plus grande efficacité.

Mme Julie Chapron, chef du projet mission indemnités journalières de la CPAM de Bayonne. Je voudrais vous expliquer le fonctionnement de l'observatoire à travers quelques exemples. Notre base de données permet de dresser différentes typologies d'assurés, à partir d'entrées telles que le sexe : on s'aperçoit ainsi que les femmes sont plus consommatrices d'arrêts de travail. Il est possible ensuite de rechercher si certaines tranches d'âge présentent une atypie, puis de retenir le critère de la localisation géographique, et ainsi de suite. Le but est de pouvoir déterminer un plan d'action adapté à l'atypie observée.

On peut également choisir de s'intéresser au coût ou au nombre des arrêts maladie. En croisant ces informations, on constate que si le coût des arrêts maladie est plus élevé pour les assurés de plus de 50 ans, le nombre d'arrêts maladie est plus important chez les jeunes. Cette segmentation de la dépense permet de varier les actions de régulation en fonction de chaque catégorie de population, de chaque tranche d'âge, etc.

Le troisième exemple segmente les arrêts maladie selon des critères géographiques, en faisant apparaître leur répartition dans les différents cantons de notre circonscription. On peut à partir de là s'interroger sur les raisons pour lesquelles certains cantons sont plus producteurs d'arrêts de travail que d'autres.

M. Alain Brousse. Puisque vous nous demandiez quels étaient nos résultats, monsieur le président, je voudrais revenir sur l'exemple de la consommation d'arrêts maladie par les moins de 35 ans. Nous sommes parvenus à la faire chuter de 4,3 points alors qu'elle avait augmenté de 3,7 points entre 2009 et 2010, soit une économie pour notre caisse de 500 000 euros pour cette seule tranche d'âge.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Pour quelle raison les femmes de cette tranche d'âge sont-elles plus demandeuses d'arrêts de travail ? Est-ce lié à la maternité ?

Mme Julie Chapron. Lorsque nous avons étudié la consommation de cette tranche d'âge, nous avons exclu les arrêts prescrits peu avant ou peu après une maternité. Or l'atypie persiste en dépit de cette exclusion.

Mme la rapporteure. Ces arrêts ne peuvent-ils pas s'expliquer par la présence de jeunes enfants ?

M. le coprésident Pierre Morange. Peut-on voir dans la singularité régionale dont vous faisiez état, monsieur le directeur, l'influence de la chasse à la palombe ? Avez-vous inclus les périodes de chasse dans la base de données de l'observatoire ?

M. Alain Brousse. C'est pour couper court à ce genre d'explications que nous avons voulu établir un tel outil.

Vos questions sont pertinentes, madame la rapporteure, étant donné que les facteurs de la dépense sont multiples. Le but de l'observatoire est simplement de gagner en efficacité en tirant profit de la dématérialisation pour réunir plus rapidement davantage d'informations et d'avoir des arguments à présenter aux prescripteurs qui s'écartent de la prescription moyenne. C'est pourquoi nous n'avons pas intégré les éléments que vous évoquez, madame, même si ce sont des facteurs de dépense manifestes.

M. le coprésident Pierre Morange. Comment expliquez-vous la dérive de la dépense dans le canton « lanterne rouge » ?

Mme Julie Chapron. C'est en effet dans ce canton que des prescripteurs font l'objet d'une mise sous objectif et on sait que les prescripteurs y sont fortement contributeurs.

M. le coprésident Pierre Morange. Quelle est la raison de cette hyperprescription ?

Mme Julie Chapron. Si ce canton était en sous-densité médicale avant le dernier découpage de l'agence régionale de santé (ARS), ce n'est plus le cas et aujourd'hui l'atypie se maintient pourtant, ce qui justifie une action de régulation de la prescription.

M. Alain Brousse. Cet exemple illustre comment l'observatoire nous permet d'identifier les médecins à contrôler en géolocalisant l'hyperprescription, ce qui nous permet de concentrer nos efforts là où ils seront le plus utiles.

M. le coprésident Pierre Morange. Ce « GPS sanitaire » présente-t-il d'autres paramètres d'explication ?

Mme Véronique Toulouse. Nous avons constaté qu'une proportion importante de la population de ce canton travaillait dans des secteurs d'activité fortement pourvoyeurs d'arrêts de travail, pour des durées atypiques, tels que l'aéronautique ou l'intérim. Cet exemple montre comment peuvent jouer des logiques de sinistralité propres à un secteur d'activité.

Mme Julie Chapron. L'observatoire permet en effet de savoir quels secteurs d'activité sont les plus pourvoyeurs d'arrêts liés à des accidents du travail, et donc coûteux. Dans notre circonscription, ce sont le secteur du travail temporaire et le sport professionnel qui contribuent le plus à l'augmentation de la dépense.

M. Alain Brousse. Le Pays Basque compte deux grands clubs de rugby dans le top 14.

Mme Véronique Toulouse. Le nombre des arrêts de travail délivrés aux sportifs de ces deux clubs est en effet un facteur clé de l'augmentation de cette dépense puisqu'ils sont à l'origine de 5 % à 6 % des arrêts de travail délivrés à la suite d'un accident du travail dans notre circonscription. Nous avons également relevé le calendrier particulier de ces arrêts, qui se terminaient souvent un vendredi, à la veille de matchs, et qui se multipliaient durant les trêves. S'il est logique que ces professionnels consomment ce type d'arrêts de travail, ces atypies révélaient une gestion abusive de leur durée par les clubs employeurs. C'est pourquoi nous nous sommes livrés à un travail pédagogique auprès de la direction et des équipes médicales de ces clubs, visant à les rappeler à leurs responsabilités.

M. le coprésident Pierre Morange. Il s'agit là d'un phénomène marginal ?

Mme Véronique Toulouse. Ces arrêts représentent 10 % du coût des indemnités journalières gérées par la caisse.

M. le coprésident Pierre Morange. Ce n'est pas négligeable en effet.

Avez-vous par ailleurs mesuré l'effet de la pratique sportive sur la consommation d'arrêts de travail dans les milieux de travail classiques ?

Mme Véronique Toulouse. Les accidents du travail contribuant à accroître ce poste de dépense, nous avons élargi notre étude au-delà des clubs sportifs professionnels.

Nous avons pu constater que les secteurs d'activités les plus pourvoyeurs d'arrêts de travail étaient l'intérim, en raison certainement de leur gestion particulière de leurs salariés, ainsi que les structures d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées et le secteur du BTP, qui présentent des sinistralités liées à des gestes et des postures particuliers. Nous avons également observé que la durée de ces arrêts de travail dépassait celle qui est indiquée par les fiches repères de la Haute Autorité de santé. Ces observations nous ont conduits à déterminer des stratégies de prévention avec les médecins prescripteurs de ces secteurs d'activité et avec la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Mme Julie Chapron. Les actions d'accompagnement que nous avons menées auprès des deux clubs en cause, ainsi que les contrôles effectués à la suite de ces actions, ont permis de faire diminuer de 17 % le nombre des IJ dont leurs joueurs ont bénéficié. Nous travaillons aujourd'hui sur le sujet des sportifs en fin de contrat, qui ne sont plus sous la responsabilité de l'employeur.

M. le coprésident Pierre Morange. Cet outil très précis vous a donc permis d'identifier les zones dans lesquelles les dépenses d'indemnités journalières sont susceptibles d'augmenter, soit pour des raisons socioprofessionnelles, soit du fait d'un phénomène d'« hyperprescription ». Quelles actions cette connaissance vous a-t-elle permis de mener et avec quels résultats ?

M. Alain Brousse. Alors qu'en 2007, à Bayonne, les dépenses d'indemnités journalières, tous risques confondus, avaient augmenté de 7,2 % et que cette tendance s'était maintenue au cours des deux années suivantes, elles n'ont crû que de 3,7 % en 2010 et l'évolution est restée tout aussi modérée depuis. Nous avons ainsi réalisé une économie de près d'un million d'euros, en trois ans seulement puisque nous n'avons mis en place l'observatoire qu'au deuxième semestre de 2009.

Mme Véronique Toulouse. Aujourd'hui, l'augmentation du nombre d'arrêts de travail s'établit à 3,3 % mais celle de la dépense n'est que de 2,6 % – contre 6,5 % à 7 % il y a quelques années.

M. le coprésident Pierre Morange. La rupture de tendance est très nette, en effet, et tend à démontrer l'efficacité de votre protocole d'analyse. Votre expérimentation a été suivie avec grand intérêt au niveau national et la connaissance ainsi obtenue a été diffusée sur l'ensemble du territoire français. Cependant, la France ayant tendance à accumuler les expérimentations réussies sans les systématiser, savez-vous si le dispositif que vous avez mis au point a été réellement généralisé ? Tous les observatoires sont-ils aussi efficaces que le vôtre ?

M. Alain Brousse. Cet outil n'en est qu'au stade préindustriel, mais il a été labellisé par la direction générale de l'assurance maladie et, depuis novembre 2011, l'ensemble du réseau en dispose : tous les directeurs de caisse et médecins chefs locaux en sont donc désormais équipés, étant entendu que nous leur avons aussi fourni des recommandations en vue d'orienter leurs contrôles.

L'outil a immédiatement été utilisé dans 95 % des caisses primaires, qui ont ensuite intégré les résultats obtenus à leur plan d'action local, sous l'égide des commissions de gestion du risque ; 1 128 actions ont été menées en 2012, dont 76 % en direction des assurés, des prescripteurs et des entreprises. L'analyse détaillée de ces actions de contrôle administratif, médical et médico-administratif et de leur impact sur les tendances est en cours. Les conclusions devraient être disponibles d'ici 8 à 15 jours, et nous vous les communiquerons.

Mme la rapporteure. Vous avez recruté un chef de projet – en l’espèce Mme Julie Chapron – pour piloter cet outil. Les autres caisses en ont-elles fait autant ?

M. Alain Brousse. J’ai recruté une ingénieure du fait de la complexité du sujet. Toutes les caisses ne se sont pas organisées de la même manière et ne conduisent d’ailleurs pas autant de projets de cette nature. Mais votre question m’amène à souligner un point essentiel : cet outil ne vaut que si l’ensemble des caisses et des entreprises de l’assurance maladie se dotent des compétences d’ingénierie nécessaires pour l’utiliser pleinement. Si le système ne reste utilisé qu’avec timidité par des statisticiens même de qualité, le réseau des caisses d’assurance maladie n’en obtiendra pas les résultats qu’on est en droit d’escompter. Mais la direction générale de l’assurance maladie soutient activement le déploiement de cet observatoire et, en tant que responsable d’une mission nationale, je ne resterai certainement pas inactif. Travaillant avec des directions nationales telles que la direction du service médical, j’ai bon espoir que nous parvenions à imposer cette ingénierie, à condition que tous les directeurs prennent conscience de son utilité et qu’ils investissent en conséquence.

M. le coprésident Pierre Morange. Cette prise de conscience serait encore plus facile et rapide s’il y avait injonction. Si on n’utilise pas cet outil ou qu’on se contente de l’exploiter de façon rudimentaire, ce sera de nouveau un bel exemple de gâchis d’une idée intelligente.

M. Alain Brousse. Notre organisation en réseau favorise le mode de gestion entrepreneurial que nous souhaitons mettre en place. D’ailleurs, après notre mission déléguée, une quinzaine d’autres ont été créées au cours des derniers mois.

Mme la rapporteure. Votre outil vous a-t-il permis d’identifier des problèmes de prescription à l’hôpital ? Si oui, avez-vous mené des actions auprès de ceux qui en sont responsables ?

Mme Véronique Toulouse. Si la proportion des dépenses dues aux praticiens hospitaliers est très forte sur des postes tels que les soins de kinésithérapie, les soins infirmiers ou le transport, les arrêts de travail ne représentent que 9 % de leurs prescriptions dans notre circonscription.

Tout l’intérêt de l’observatoire est de permettre un regard sur la totalité de la durée de prescription, que nous recomposons. À l’inverse des études et des statistiques dont nous disposons habituellement, notre outil permet en effet d’identifier le prescripteur qui intervient en dernier – c’est-à-dire celui qui a pris la responsabilité d’allonger la durée d’un arrêt de travail. Le praticien hospitalier ne prescrit en général que des arrêts de relativement courte durée, mais un praticien libéral prend souvent le relais : d’où l’intérêt de la distinction que nous faisons, très discriminante.

M. le coprésident Pierre Morange. Puisque cet outil est évolutif, j’insiste à nouveau pour que vous intégriez dans vos critères d’évaluation celui de la prise en charge des arrêts par les assurances complémentaires : nous avons en effet assisté à une véritable partie de ping-pong entre l’assurance maladie et ces organismes, qui se sont renvoyé la responsabilité d’évaluer le montant de la prise en charge des arrêts de travail.

Il serait également très intéressant que l’observatoire analyse les problèmes qui se posent à propos de la transmission à l’assurance maladie des données des sociétés mandatées par les entreprises pour contrôler les arrêts de travail. En effet, le contrôle exercé par les caisses primaires se concentre essentiellement sur les arrêts de travail d’une durée supérieure à 45 jours – le contrôle des arrêts de courte durée n’étant pas très rentable compte tenu de

son coût en ressources humaines et de la faiblesse des économies qu'il permet. On pourrait donc mieux répartir ces contrôles et confier aux sociétés mandatées le soin de ne contrôler que les arrêts de courte durée. Cependant, les employeurs nous ont signalé que, s'il revient à ces médecins contrôleurs de communiquer leurs résultats à la caisse primaire, ils ne peuvent souvent le faire dans le délai réglementaire de 48 heures, les sociétés mandatées ne leur ayant pas transmis à temps les données nécessaires. Ces données ne sont donc pas enregistrées. Ne pourrait-on résoudre ce problème une bonne fois pour toutes en établissant un cahier des charges plus strict et plus opérationnel ? Il conviendrait aussi d'évaluer l'efficacité et l'utilité pédagogique de ce système de contrôle, grâce à une méthode d'analyse partagée, définie par l'assurance maladie. De telles mesures nous permettraient de disposer d'une connaissance beaucoup plus complète des arrêts de travail.

M. Alain Brousse. Il s'agit là d'un sujet que nous commençons à étudier. On sait dans quelles conditions et à quelles fins ce système de transmission a été organisé. Si le chaînage de l'information est prévu, le mécanisme en est quelque peu grippé. 13 cas seulement nous ont été signalés à ce jour à Bayonne par ces sociétés, ce qui est bien peu au regard de la masse des arrêts de travail que nous contrôlons et des 36 actions de contrôle administratif, médical, médico-administratif, des études en chambre et des actions d'accompagnement des entreprises qui figurent dans notre plan de contrôle. Cependant, c'est un point qu'il faudra intégrer à nos réflexions.

Les travaux de l'observatoire révèlent qu'il faut contrôler les arrêts de courte durée tout aussi bien que ceux de longue durée, sur lesquels l'assurance maladie s'est trop concentrée jusqu'à présent. Nous avons d'ailleurs découvert que la dépense induite par un patient en affection de longue durée (ALD) se rapporte à bien d'autres éléments que sa pathologie principale et, à ce titre comme à d'autres, les arrêts de courte durée méritent d'être pris en compte comme un facteur important de l'évolution de la dépense. De même, ce n'est souvent pas la maladie, mais les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) qui influent le plus sur cette évolution. Ainsi, en région Aquitaine en 2012, c'est l'AT-MP qui a constitué le facteur majeur de croissance des indemnisations, et non les arrêts de longue durée. Et à Bayonne, l'année précédente, ce sont les arrêts de courte durée qui avaient été la variable la plus préoccupante.

M. le coprésident Pierre Morange. L'analyse est radicalement différente sur le plan national !

M. Alain Brousse. Cela ne veut pas dire que le discours tenu au niveau national soit erroné : simplement, cela illustre la grande disparité des situations locales.

Mme la rapporteure. Nous avons également interrogé la caisse primaire d'assurance maladie de Champagne-Ardenne à ce sujet et elle nous a tenu le même propos que vous. Or la CNAMTS, au contraire, nous a expliqué que contrôler les arrêts de courte durée n'avait guère d'intérêt tant les masses budgétaires en cause sont faibles au regard des dépenses dues aux arrêts de longue durée.

M. Alain Brousse. Il est légitime que notre directeur général s'intéresse avant tout aux grosses masses de dépenses. Et il est vrai que l'indemnisation des arrêts de longue durée représente 80 % des dépenses, contre 20 % pour les arrêts de courte durée. J'ai pour ma part mis l'accent sur les facteurs d'évolution tendancielle.

M. le coprésident Pierre Morange. La lettre-réseau de mai 2012 traduit d'ailleurs un infléchissement de la stratégie d'analyse macroéconomique, tant du point de vue financier que du point de vue sanitaire : le paradigme initial – cibler les contrôles sur les arrêts de plus

de 45 jours du fait de leur incidence sur l'outil de production et des volumes financiers concernés – y est relativisé et de nouveaux axes prioritaires de contrôle apparaissent.

Autre question qui n'est pas neutre : celle des ressources humaines affectées au contrôle. Le corps des médecins contrôleurs est vieillissant et pose des problèmes de recrutement. En outre, ces médecins, qui sont souvent affectés à des tâches administratives, consacrent une trop grande part de leur temps de travail à des fonctions d'enquête et d'études épidémiologiques qui les détournent de leur vocation d'origine. Les reconcentrer sur leur cœur de métier – le contrôle sur examen individuel plutôt que sur dossier – permettrait de renforcer l'efficacité du contrôle médical.

M. Alain Brousse. L'observatoire que nous avons mis en place et, plus largement, la mission qui m'a été confiée ont pour but de nous faire reconsidérer notre manière de prendre en charge la dépense dans un système associant des structures médicales et administratives. Pour moi, le temps consacré aux contrôles importe beaucoup moins que le fait qu'ils soient des contrôles médicaux. Cette « revendication professionnelle » nous a d'ailleurs permis de promouvoir notre outil et le fait qu'il ait été labellisé montre bien que notre souhait a été entendu. Au-delà, nous nous devons d'admettre que nous n'avons pas affaire à un simple assuré, mais à une personne porteuse d'une pathologie, et que le médecin prescripteur est confronté à des pressions sociales et sociétales. On ne peut faire abstraction du contexte.

M. le coprésident Pierre Morange. Il y a, me semble-t-il, environ 1 200 praticiens conseils en France. Lorsque je présidais le conseil de surveillance de la CNAMTS, j'avais souligné qu'une bonne moitié d'entre eux se consacraient à des fonctions administratives et statistiques, ce qui les détournait du champ médical où se trouve leur cœur de métier. C'est là une déperdition d'énergie.

M. Alain Brousse. Notre réseau est bien conscient que des progrès sont nécessaires. La dématérialisation et l'automatisation permettent de plus en plus de valeur médicale ajoutée ; elles ouvrent la possibilité de rapprocher nos organisations médicales et administratives qui, pour moi, sont inséparables : il faut associer davantage que par le passé les praticiens conseils à nos procédures et redistribuer l'activité de nos agents. Aujourd'hui, 30 % des opérations effectuées par notre caisse sont automatisées. À mesure que la machine remplacera l'homme, nos agents pourront se concentrer sur les cas complexes que notre infocentre ne peut traiter.

Dans le cadre de notre mission, nous essayons à Bayonne de repenser la qualification professionnelle en fonction d'un triptyque : une partie haute technicité, une partie maîtrise des risques et une partie relative au relationnel et à l'accompagnement. Les médecins devront s'adapter à cette évolution mais, comme leur nombre diminue, il est certain que nous avons quelques difficultés à les solliciter autant que nous le souhaiterions.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous sommes conscients de l'effet de la dématérialisation sur la gestion des ressources humaines. Il y a quelques années, lorsque j'étais rapporteur du budget de la sécurité sociale, j'avais exigé – et obtenu à grand-peine – le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux afin de tirer les conséquences de la dématérialisation et de la télétransmission des feuilles de soins car il était apparu que les quelque 12 000 liquidatrices qui traitaient environ 25 000 feuilles de soins chaque année n'avaient plus de raison d'être. Cette mesure de gestion de la pyramide des âges a contribué à faire fortement diminuer les coûts de gestion de l'assurance maladie.

M. Alain Brousse. Les frais de gestion de la CPAM de Bayonne ne sont que de 2 %.

M. le coprésident Pierre Morange. Il y a une dizaine d'années, ces frais s'élevaient globalement à près de 6 %. J'ai donc protesté puis obtenu gain de cause, non sans peine. Même si le sujet est polémique, ce chiffre est à comparer aux coûts de gestion du secteur des assurances complémentaires – sept à huit fois supérieurs ! – qui pèsent sur le contribuable sans lui procurer aucun bénéfice. Il conviendra peut-être un jour de mieux articuler les assurances obligatoires et complémentaires afin de faire profiter les assurés d'une diminution de ces coûts de gestion. Pour mettre fin à cette iniquité de traitement, il serait tout à fait concevable de mutualiser certaines fonctions d'appui en les confiant à l'assurance obligatoire, ce qui, par définition, ne porterait pas préjudice au secteur complémentaire.

Mme la rapporteure. Quelle est votre réaction lorsqu'un employeur vous signale qu'il suspecte de fraude l'un de ses salariés ?

Mme Véronique Toulouse. Nous contrôlons ! Nous enregistrons systématiquement ces signalements et les intégrons à nos critères de ciblage des contrôles de présence à domicile du salarié. Mais il n'y a en réalité que 120 signalements par an à Bayonne, pour environ 50 000 arrêts de travail ! La moitié des arrêts de travail ainsi signalés sont contrôlés et environ 7 % des assurés signalés sont absents de leur domicile. Cette proportion est quelque peu inférieure à celle des assurés dont nous constatons l'absence lors des 600 contrôles que nous effectuons de notre propre initiative – soit 8 %.

Mme Julie Chapron. Ces salariés sont également contrôlés par le service médical de l'assurance maladie et le taux de reprise du travail consécutif à ce contrôle est identique.

Mme la rapporteure. Votre réactivité est sans doute ce qui explique le faible taux de signalement...

M. le coprésident Pierre Morange. Nous vous remercions pour la précision de vos réponses et pour cette expérimentation qui mérite en effet d'être généralisée. Nous sommes impatients de recevoir d'ici une quinzaine de jours les résultats de votre évaluation.

*

AUDITIONS DU 14 FÉVRIER 2013

Audition de M. Cyril de Gasquet, vice-président de la Fédération française des services à la personne et de proximité (FEDESAP), de Mme Marie Béatrice Levaux, présidente de la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM), et de M. Olivier Péraldi, directeur général de la Fédération du service aux particuliers (FESP), et M. Guy Loudière, directeur de la formation.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012, nous avons abordé la question du régime des indemnités journalières et décidé d'introduire la notion de journée de carence pour les emplois publics, ce qui a provoqué une polémique. La MECSS a alors décidé de confier à la Cour des comptes une étude générale sur la question mal connue des indemnités journalières. La communication remise par la Cour a fait ressortir des dépenses dynamiques et mal maîtrisées, comportant d'importantes zones d'ombre, notamment le coût réellement supporté par les employeurs, difficile à évaluer.

Selon la Cour, 20 % à 30 % de la population active ne serait pas couverte par les indemnités journalières car elles travaillent un nombre d'heures qui est inférieur à celui requis pour y avoir droit. Ce serait notamment le cas des salariés employés à domicile.

Le type de travail représenté par vos organisations est un peu particulier. Nous sommes donc intéressés par votre analyse du système des indemnités journalières dans le prolongement du questionnaire que nous vous avons envoyé.

M. Cyril de Gasquet, vice-président de la Fédération française des services à la personne et de proximité (FEDESAP). Nous éprouvons beaucoup de difficultés à rassembler des chiffres permettant de répondre à vos interrogations. Selon ceux fournis par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère chargé du travail, globalisant tous les services à domicile, y compris les services de soins, notre secteur apparaît comme relativement sinistré en matière d'arrêts de travail et d'accidentologie, derrière le BTP.

Nos intervenants à domicile sont confrontés à trois problèmes principaux : l'insalubrité des locaux où ils travaillent, la fragilité des personnes qu'ils aident, parfois en fin de vie, et la pénibilité de leurs tâches, qui exigent souvent des efforts physiques.

Nous connaissons évidemment mal les lieux concernés, malgré les visites préalables que nous effectuons, et ne pouvons guère évaluer leur degré de dangerosité.

La durée moyenne d'un arrêt de travail lié à un accident du travail est de 49 jours et de 56 jours s'il est consécutif à un accident de trajet.

Le coût moyen d'un accident du travail s'élève à environ 19 000 euros et celui d'un accident de trajet à 23 000 euros.

Mme la rapporteure. Mais vous ne connaissez pas le coût global...

M. Cyril de Gasquet. Non. Et personne, apparemment, ne le connaît.

Nous avons identifié trois profils de risque de maladie professionnelle : les affections liées aux mouvements répétitifs, qui concernent surtout les interventions auprès de personnes handicapées ou très âgées, celles liées au port de charges, provoquant des phénomènes d'usure professionnelle, enfin celles dues aux transmissions cutanées, principalement dans le cas de soins infirmiers et d'hospitalisation à domicile (HAD).

Mme la rapporteure. Notre intérêt pour la question des indemnités journalières ne porte pas seulement sur les conséquences des accidents de travail. Nous voudrions savoir comment vous les appréhendez d'une façon générale, si vous êtes confrontés à des abus en la matière, comment s'opèrent les contrôles...

M. le président Pierre Morange. Et les questions de formation professionnelle feront l'objet d'une mission spécifique du comité d'évaluation et de contrôle dont je serai l'un des deux rapporteurs...

M. Cyril de Gasquet. Nos adhérents sont le plus souvent de toutes petites entreprises, souvent récentes, qui ne font pas facilement remonter l'information.

Toujours selon la DARES, on observe, de 2006 à 2011, une légère progression des accidents de travail dans le secteur des interventions à domicile, toutes catégories de prestations confondues. Mais je ne dispose d'aucun chiffre précis.

M. le président Pierre Morange. L'augmentation, que vous évoquez, de l'accidentologie, se comprend-elle en valeur absolue ou en tenant compte de l'accroissement des effectifs employés ? On sait, par exemple, que la HAD a pris beaucoup d'ampleur au cours des dernières années.

M. Cyril de Gasquet. Il s'agit d'une progression en pourcentage, des accidents comme des arrêts de travail. Mais aucune statistique ne permet d'en connaître les causes.

Mme la rapporteure. Quelle est la moyenne d'âge de vos salariés ?

M. Cyril de Gasquet. 45 ans.

M. le président Pierre Morange. Et la proportion de travail à temps partiel ? Il doit exister une relation entre, d'une part, la proximité de l'emploi, sa nature, sa précarité et ses horaires et, d'autre part, les accidents de travail.

M. Cyril de Gasquet. Beaucoup de nos salariés ont plusieurs employeurs. Nous maîtrisons donc mal le nombre d'heures de travail effectuées au total, même si nous sommes bien sûr très attentifs au respect de la réglementation. En outre, la fatigue du salarié à domicile n'avantage personne.

Mme la rapporteure. Mais vous n'en savez pas plus sur la durée de travail, ne serait-ce que la ventilation par tranches de la durée légale...

M. Cyril de Gasquet. Nos salariés sont dits « multi-employeurs » pour environ 70 % d'entre eux. Ce qui peut signifier travailler aussi bien pour un particulier, une entreprise ou une association.

M. le président Pierre Morange. Quelle est la proportion d'arrêts de travail en fonction de cette typologie ? Le fait d'avoir plusieurs employeurs présente-t-il des incidences dans ce domaine ?

M. Cyril de Gasquet. Aucune statistique n'existe.

M. Olivier Péraldi, directeur général de la Fédération du service aux particuliers (FESP). Dans notre secteur professionnel, les petites et moyennes entreprises (PME) et les très petites entreprises (TPE) sont généralement de création récente et nombreuses, environ 20 000. Selon l'Agence nationale des services à la personne (ANSP), en 2012, 64 % d'entre elles avaient moins de cinq ans d'existence et 50 % moins de trois ans. En outre, 67 % comptaient moins de 10 salariés en équivalent temps plein et 5 % seulement plus de 50 salariés.

La majorité des salariés sont jeunes et multi-employeurs. Leur moyenne d'âge est de 46 ans dans le secteur mais de 35 ans dans nos entreprises ; 35 % exercent au moins deux activités, dont 15 % dans un autre secteur ; 28 % cumulent un emploi direct et un emploi dépendant d'une structure.

Nous manquons d'informations agrégées concernant les arrêts de travail et nous ne pouvons obtenir qu'assez peu d'informations de la part de nos adhérents.

Parmi les arrêts de travail inférieurs à six mois, 9 sur 10 résultent de maladies non professionnelles, 7 % d'accidents du travail, 1,2 % de maladies professionnelles et 0,3 % d'accidents de trajet.

Mais il est très difficile d'approfondir ces données, dont beaucoup relèvent du secret médical et ne sont pas transmises à l'IRCEM, le groupe de protection sociale des emplois de la famille et des services à la personne. Il nous est donc difficile de savoir ce que recouvre cette notion de maladie non professionnelle.

Mme la rapporteure. Or c'est là le cœur du sujet...

Nous avons besoin de connaître la durée des arrêts de travail et la fréquence des contrôles pour parvenir à analyser les comportements par rapport à la maladie et à la protection sociale.

M. Olivier Péraldi. Nous souhaiterions, nous aussi, disposer d'outils d'information efficaces.

Mme la rapporteure. Plusieurs catégories d'acteurs sont concernées : les employés, les entreprises, les médecins, les personnes servies, les caisses de sécurité sociale...

Il est surprenant que les employeurs ignorent à ce point un phénomène qui grève leurs coûts d'exploitation. Il semble que toutes les parties attendent que les informations soient fournies de l'extérieur.

M. Olivier Péraldi. Ce n'est pas tout à fait vrai : nous avons signé une convention collective prévoyant des discussions paritaires en vue d'améliorer la remontée d'informations et de mieux organiser les contrôles.

Mme la rapporteure. Comment se répartissent les arrêts de travail en fonction de leur durée de plus ou de moins de six mois ?

M. Olivier Péraldi. Nous ne savons pas.

M. le président Pierre Morange. Avez-vous plus spécialement étudié les problèmes relatifs à la HAD, qui dispose d'une fédération nationale, laquelle a, nécessairement, porté quelques diagnostics ou procédé à quelques analyses sur un secteur dont la spécificité médicale et médico-sociale appelle une naturelle articulation avec l'assurance maladie ? Dans ces conditions, le principe du secret médical s'apprécie aussi en fonction des stratégies des assureurs et des gestionnaires de risques. C'est bien pourquoi des protocoles de suivi ont été définis dans certaines régions, dont le Pays Basque. On est allé dans cette région jusqu'à examiner les liens entre travail et saisons, afin de prendre en compte des facteurs aussi exogènes à notre problématique récurrente que les tournois de rugby. Ce qui a conduit les caisses primaires d'assurance maladie compétentes à adopter une méthode de travail très affinée permettant d'aborder le caractère économico-social des arrêts de travail à l'aune de l'insertion statistique des modes de vie régionaux et, partant, de distiller une pédagogie innovante propre à rationaliser le recours à ces arrêts. On pourrait imaginer, par une démarche parallèle et par des structures organisées de façon similaire, sinon analogues, selon une coordination obligatoirement concertée avec l'assurance maladie, de bâtir des référentiels d'exploration répondant aussi bien aux intérêts à agir des parties prenantes qu'à la naturelle, et indispensable osmose avec le secteur assurantiel afférent. Qu'en pensez-vous ?

M. Olivier Péraldi. Les exemples que vous avez cités sont certainement très utiles mais nous n'en avons pas connaissance.

Notre approche consiste à mettre en place une articulation permettant, à la fois, de protéger les données personnelles et d'adapter nos stratégies d'entreprise aux questions que soulève la relation entre santé et travail avec, en perspective, tout l'équilibre économique d'un système.

M. le président Pierre Morange. Il faut, pour cela, développer, au plan national, un outil informatique dont l'approche multicritères permettra de satisfaire cet objectif.

M. Olivier Péraldi. J'aurais aimé m'étendre brièvement sur nos perspectives de prévention, justement propres à traiter une partie du problème des arrêts de travail.

Nous avons demandé à l'IRCEM, avec un panel de plus de 3 000 entreprises, d'analyser le volume des arrêts de travail enregistrés par type de structures d'emploi et, surtout, en fonction de leur évolution dans le temps.

Nous avons ainsi constaté une stabilisation du nombre d'arrêts de travail avec une tendance à sa diminution pour passer, en trois ans, de 2008 à 2011, de 57 % à 11 %. Le taux était de 23 % en 2010. Les actions de prévention, de formation et de sensibilisation des entreprises au problème de la santé au travail nous semblent essentielles.

Alors que le nombre de salariés du secteur est passé de 46 000 à 126 000 personnes en quatre ans, nous observons, à partir de 2010, une inversion du taux d'évolution du nombre d'arrêts de travail par rapport à celui des salariés qui avait augmenté au cours des trois années précédentes, et qui est descendu à 7,09 %. C'est évidemment un élément positif qui conforte nos orientations. Nous n'en tirons pas pour autant de conclusions hâtives mais allons poursuivre et affiner l'examen de la question.

La FESP est pilote d'un programme national, jusque-là porté par l'ANSP, pour le développement de la formation en alternance.

Mme la rapporteure. Dans le document que vous nous avez remis, vous demandez, afin de renforcer la protection du salarié, une « ouverture de l'accès aux indemnités journalières » et donc la « suppression de la condition de nombre minimal d'heures travaillées ».

Confirmez-vous le taux de 20 % à 30 % de salariés non couverts par le régime des indemnités journalières ?

M. Olivier Péraldi. Nous ne confirmons ni n'infirmos ce chiffre, fourni par la Cour des comptes. Mais il nous paraît plausible. C'est bien pourquoi notre convention collective, en attente d'extension, a supprimé la condition du nombre d'heures...

Mme la rapporteure. Alors, ce sont les entreprises qui vont payer...

M. Olivier Péraldi. Eh bien... oui...

Mme la rapporteure. Alors que vous ignorez la structure des charges correspondantes ! Ne vous engagez-vous pas à l'aveugle, pour des montants de dépenses collectives qui pourraient s'avérer conséquents ?

M. Olivier Péraldi. Nous pensons simplement qu'il faut progresser sur ce point, qui est important pour la structuration de notre métier et, tout simplement, pour la santé de nos salariés comme de nos entreprises et de notre image.

Mme la rapporteure. Connaissez-vous le nombre de salariés qui se situent en dessous du nombre minimal de 200 heures travaillées par trimestre, ou du moins leur proportion ?

M. Olivier Péraldi. Non.

M. le président Pierre Morange. Vous préconisez donc un saut dans l'inconnu ! On peut certes comprendre la qualité de la démarche, qui s'inscrit dans un parcours de sécurisation professionnelle des salariés. Mais comment ignorer par avance ses conséquences financières ?

M. Olivier Péraldi. Attention : nous proposons de substituer, en faveur d'une incidence sociale positive, une condition à une autre, non de supprimer purement et simplement la première. La nouvelle condition consiste à justifier d'une ancienneté de six mois dans la branche au cours des dix-huit derniers mois. Cela nous semble beaucoup mieux adapté aux réalités de nos métiers, de nos salariés...

Mme la rapporteure. Six mois, c'est assez peu !

M. Olivier Péraldi. À ceci près qu'on ne parle plus d'ancienneté dans l'entreprise mais dans la branche, ce qui traduit une vision réaliste de notre secteur avec un grand nombre de salariés multi-employeurs et à temps partiel.

M. Guy Loudière, directeur de la formation de la FESP. Nous nous inscrivons dans une démarche citoyenne puisque nous créons des référentiels et qu'ainsi nous sensibilisons les jeunes, par exemple aux gestes dits éco-sûrs. Notre fédération a déjà formé 15 000 personnes dans ce domaine.

Mme la rapporteure. De combien, diminuez-vous, par vos actions de formation, les risques d'arrêts maladie ?

M. Guy Loudière. Nous avons répondu à une demande de nos entreprises concernant les arrêts de travail et, liées à eux, les techniques de manutention.

Une étude réalisée dans deux entreprises comptant chacune une centaine de salariés a fait apparaître un taux d'arrêts de travail de longue durée entre 12 % et 13 %.

Nous avons ensuite mis en place un programme de formation spécifique. L'année suivante, le taux descendait à 7 %.

M. le président Pierre Morange. Un programme de formation interne ?

M. Guy Loudière. Non, réalisé par des prestataires extérieurs et titulaires des normes correspondantes.

J'insiste : former et informer le salarié diminue le nombre et la durée des arrêts de travail. Nous nous sommes aperçus que, contrairement à ce que nous croyions *a priori*, l'impact des déplacements était assez faible et qu'il fallait plutôt se concentrer sur les gestes-postures.

M. Cyril de Gasquet. Nos adhérents consacrent environ 45 % de leur formation à la sécurité et à la santé au travail.

Mme Marie-Béatrice Levau, présidente de la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM). Notre secteur professionnel comprend deux branches : celle des assistantes maternelles et celle des salariés employés par des particuliers, d'où l'existence de deux accords collectifs, de deux accords de protection sociale et de prévoyance, le premier signé en 1999 et le deuxième en 2005, de deux accords de formation professionnelle, et la mise en place actuelle d'un accord interbranches relatif à la santé au travail.

On comptait en 2007, 303 663 assistantes maternelles, 9 406 arrêts maladie, soit 3,1 % de la population concernée mais sans savoir si le même salarié s'est, ou non, arrêté plusieurs fois dans l'année. En 2011, le nombre d'assistantes est passé à 339 139 et on dénombrait 16 571 arrêts, soit 4,9 %.

En 2007, le nombre de salariés employés par des particuliers s'élevait à 1 321 850. Il atteignait 1 339 093 en 2011. Les arrêts maladie, en 2007, touchaient 19 237 personnes, soit 1,5 % de l'effectif total. Ils étaient de 28 042 en 2011, soit 2,1 % des salariés.

Quels sont donc les principaux déterminants de ces évolutions ?

L'estimation de la durée moyenne des arrêts tient compte d'un délai de carence de droit commun de sept jours. L'accord de protection sociale et de prévoyance de 1999 prévoyait initialement un délai de onze jours mais il a été ramené à sept jours après négociation. Il est de la même durée pour les assistantes maternelles et traduit une position très ferme des employeurs.

Nous avons mis en place une « table d'expérience » spécifique en liaison avec l'IRCEM afin de calculer, pour les salariés employés par des particuliers, des provisions pour incapacité. La durée des arrêts de travail est, dans notre secteur professionnel, de 8 % inférieure à celle constatée pour l'ensemble des salariés en France.

Nous ne disposons pas encore d'une table comparable pour les assistantes maternelles mais nous savons que la durée moyenne de leur arrêt de travail n'est pas supérieure à celle des salariés.

Nos salariés ont, en moyenne, 2,3 employeurs. Pour beaucoup d'entre eux l'emploi dans notre secteur constitue une variable d'ajustement et relève du temps partiel, y compris pour des fonctionnaires de catégorie C qui, par exemple, jardinent chez leurs voisins, ou pour des employés de la grande distribution, de l'hôtellerie, qui effectuent un autre travail sur un territoire très restreint.

La progression du nombre d'arrêts de travail déclarés se relie, en partie, à l'impact des campagnes d'information et à la simplification des déclarations à la sécurité sociale selon le formulaire du centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs (CERFA).

L'information est ce qui manque le plus dans un secteur qui compte pourtant, employeurs et salariés confondus, 5 millions de personnes. Notre accord de prévoyance comporte des garanties de prise en charge spécifiques puisqu'il tient compte de la pluralité des employeurs et du temps partiel. Il offre donc aux salariés une protection supérieure à celle de l'assurance maladie et du droit commun. Or, très souvent, les intéressés, employeurs comme salariés, ignorent leurs droits. Nous avons donc, depuis 2000, lancé d'importantes campagnes de communication, notamment au moyen d'un bus itinérant parcourant une quarantaine de villes par an, afin d'exposer quels sont les enjeux de la retraite et de la couverture sociale de la maladie et des accidents du travail. Aussi bien l'augmentation du nombre d'arrêts de travail déclarés résulte-t-elle moins de l'accroissement de la sinistralité que de la prise de conscience du droit et des procédures de déclaration.

Mais on ne connaît pas de façon assez fine les causes des arrêts de travail. On sait seulement que les accidents de travail sont, dans notre secteur, supérieurs de 5 % à ceux de la moyenne nationale et se relient aux accidents domestiques. C'est pourquoi les statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) peuvent introduire une certaine confusion entre les deux phénomènes. Jusqu'à une période récente, notre secteur était réputé comme supportant la plus grande mortalité par accident.

Nous travaillons à la prise de conscience d'un certain nombre de risques, notamment celui du cancer du sein chez les assistantes maternelles – 98 % étant des femmes – dont le taux est nettement supérieur à celui de la moyenne nationale.

Mme la rapporteure. Est-ce un problème de dépistage ?

Mme Marie-Béatrice Levau. Non. Pour les assistantes maternelles, le problème serait plutôt dû à la rupture répétée de la relation affective à l'enfant. Des études sont en cours sur ce que nous appelons « les maladies redoutées ». Il faut donc encore rester prudent.

M. le président Pierre Morange. S'agit-il seulement de pathologie mammaire ou plus généralement génitale ?

Mme Marie-Béatrice Levau. Je ne parle que des cancers du sein déclarés. L'accord de prévoyance de 2005 intégrait déjà cette donnée...

M. le président Pierre Morange. On suspecte donc des pathologies à forte composante psychique originelle, mais qui pourraient être multi-sites, c'est-à-dire également utérines ou ovariennes...

Mme Marie-Béatrice Levaux. Il ne s'agit que des cancers du sein.

Nos accords de prévoyance intègrent aussi les troubles musculo-squelettiques (TMS) auxquels nous consacrons des campagnes de prévention et de sensibilisation.

Les caisses de prévoyance tiennent mieux compte, dans leurs statistiques, des spécificités de notre secteur que les caisses primaires de l'assurance maladie.

J'insiste sur ce point : si 30 % de la population salariée n'accède pas aux indemnités journalières, ce n'est pas faute de dispositif, celui-ci existant chez nous depuis 1999, mais par manque d'information des intéressés et de simplification des procédures de déclaration. Nos campagnes de sensibilisation l'ont démontré.

Mme la rapporteure. La Cour des comptes visait plutôt les personnes non éligibles, notamment en raison d'un nombre d'heures travaillées inférieur au minimum obligatoire. Ne s'agit-il donc pas de personnes effectuant simplement, de-ci de-là, quelques heures de ménage ou de jardinage et donc relevant spécifiquement de votre secteur ?

Mme Marie-Béatrice Levaux. En pratique, la question est de savoir si une personne effectuant un petit temps partiel dans le secteur du ménage va prendre la peine de se déclarer ou si son employeur effectuera une déclaration. Notre accord de prévoyance, je le répète, couvre ces cas et prend en compte des particularités dues à l'étalement du temps de travail. Mais demeure le problème de la simplification administrative, le formulaire CERFA ne présentant aucune spécificité adaptée à notre secteur. C'est pourquoi les déclarations correspondantes sont souvent mal remplies, incomplètes ou même abandonnées. De sorte que le petit nombre d'horaires travaillés, complémentaires à un autre travail, est parfois mis de côté et qu'il est également difficile de fournir les statistiques que vous demandez.

En revanche, nous avons obtenu de Pôle emploi un formulaire dématérialisé adapté aux cas de chômage.

Une personne travaillant pour plusieurs employeurs les différencie souvent par rapport à ses activités principales et activités complémentaires, et n'effectue ses déclarations d'arrêt de travail qu'au titre de son activité principale, qui peut se trouver hors du champ de notre secteur.

Mme la rapporteure. Par exemple, une salariée multi-employeurs qui tombe malade touche des indemnités journalières par le biais de l'entreprise qui l'emploie mais non du particulier chez qui elle travaille...

Mme Marie-Béatrice Levaux. En droit, cette personne peut cumuler les indemnités journalières qui lui sont dues par ses différents employeurs mais, en pratique, elle ne va pas forcément le demander ni solliciter son employeur complémentaire.

De nombreuses femmes qui, par exemple, travaillent comme caissières dans la grande distribution, exercent des activités complémentaires auprès de particuliers. On relève aussi 20 % de personnes cumulant une retraite et un emploi domestique à temps partiel, souvent auprès de personnes très âgées, de « grands aînés ». Ces employés ne déclarent pas nécessairement leurs arrêts maladie.

Plusieurs phénomènes se conjuguent dans notre secteur. La prévention et la formation professionnelle se développent. La « bien-traitance » des personnes est de mieux

en mieux prise en compte. L'effort de communication et d'information doit être constant, enfin la simplification des procédures de déclaration doit être améliorée.

Mme la rapporteure. Relève-t-on des abus dans le recours aux arrêts maladie et aux indemnités journalières ? Comment s'opèrent les contrôles ?

Mme Marie-Béatrice Levieux. Rien n'interdit à un particulier employeur de demander une contre-visite. Mais cela se pratique très peu.

Les assistantes maternelles ont une culture collective de leur responsabilité à l'égard des enfants. Elles ne s'arrêtent donc pas facilement de travailler.

Enfin, si la subrogation de l'employeur est courante dans les entreprises, il en va différemment chez les particuliers employeurs, qui préfèrent se reposer sur la caisse primaire ou, au contraire, « s'arranger » avec le salarié, notamment pour les arrêts de moins de sept jours. Nous voyons même des cas où l'employeur verse, sur ses propres deniers, une prestation complémentaire à son salarié. Il existe là un espace de solidarité entre personnes vivant en bonne intelligence.

Il a été envisagé de réduire à cinq jours le délai de carence. La question reste à l'étude pour en mesurer les incidences financières prévisibles.

M. le président Pierre Morange. Nous vous remercions.

*

Audition de M. Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins (DGOS) du ministère des affaires sociales et de la santé, de M. Christophe Peyrel, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale à la direction générale des collectivités locales (DGCL) du ministère de l'intérieur, et de M. Jean-François Verdier, directeur général de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) du ministère de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique.

M. le président Pierre Morange. Messieurs, je vous souhaite la bienvenue à l'Assemblée nationale. Nous souhaiterions avoir votre sentiment sur le contrôle, par l'assurance maladie, des arrêts maladie des fonctionnaires d'État, territoriaux et hospitaliers, notamment à la suite du rapport d'évaluation relatif à l'expérimentation de ce contrôle, qui a été remis au Parlement en octobre 2011.

M. Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins (DGOS) du ministère des affaires sociales et de la santé. Comme vous le savez, les règles relatives aux arrêts maladie sont communes aux trois branches de la fonction publique.

Les remontées de données sociales dans la fonction publique hospitalière, très décentralisée, font l'objet de travaux méthodologiques et d'enrichissements réguliers. Selon les dernières données publiées par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), le taux d'absentéisme du personnel non médical, pour motifs médicaux et maternité, est de l'ordre de 6,2 %. Il est à peu près stable pour l'année 2011, avec une répartition différenciée selon les catégories professionnelles, A, B et C, en fonction des caractéristiques propres à la fonction publique hospitalière.

Nous poursuivons et nous enrichissons, avec la DGAFP et la DGCL, les comparaisons entre les trois fonctions publiques, bien que nos systèmes d'information ne rendent pas ces comparaisons totalement évidentes.

M. le coprésident Pierre Morange. Le taux d'absentéisme de 6,2 % se réfère au personnel non médical. Quel est celui du personnel médical ?

M. Jean Debeauvais. Un peu moins de 3 % pour les personnels médicaux hors internes, et de l'ordre de 2 %, pour les internes.

L'expérimentation sur les contrôles des arrêts maladie par les médecins conseils des services médicaux de l'assurance maladie a mis du temps à se mettre en œuvre et ses résultats sont pour l'instant mitigés en raison de la complexité des outils de saisie pour transmettre les informations entre les établissements de santé et l'assurance maladie.

Pour autant, si je me réfère aux données de 2012, un peu plus de 15 000 arrêts de travail, ont été saisis par 12 établissements de santé – pour 7 600 fonctionnaires. Sur les 1 000 arrêts contrôlés, 50 environ ont donné lieu à des suites à savoir des constats d'absence à une convocation ou une intervention des médecins conseils.

Au-delà de la complexité que j'ai soulignée, cette expérimentation a manifestement des vertus pédagogiques. Le dispositif de suivi et d'évaluation permettra de juger, à terme, de la pertinence de sa généralisation. Mais nous avons encore besoin de travailler à cette expérimentation, et notamment à la mise en place de liaisons informatiques avec les caisses.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous sommes frappés par la faiblesse de l'effectif testé et le petit nombre des établissements concernés. Comme le soulignait le rapport d'évaluation de cette expérimentation, sa mise en place fut laborieuse. D'ailleurs, il a été proposé de la proroger d'environ deux ans. Mais quand pensez-vous atteindre un régime de croisière, et quand pensez-vous avoir une connaissance à peu près exhaustive de la situation ?

M. Jean Debeauvais. Nous poursuivons notre travail de pédagogie et de déploiement de cette expérimentation.

Je tiens à ajouter que les établissements utilisent depuis longtemps la possibilité qui leur est offerte de recourir aux médecins agréés de la sécurité sociale, seuls habilités à contrôler les fonctionnaires, qui apportent à peu près les mêmes avantages, en termes de contrôles et de contre-visites effectués auprès des agents. Cela peut d'ailleurs expliquer le démarrage assez lent de cette expérimentation dans notre fonction publique hospitalière. Pour autant, nous incitons les établissements à utiliser plus largement les possibilités mises en place avec l'assurance maladie.

M. le coprésident Pierre Morange. L'incitation sera-t-elle suffisante, selon vous, pour permettre de généraliser cette expérimentation ? Comptez-vous prendre des dispositions plus contraignantes ?

M. Jean Debeauvais. Nous nous inscrivons dans un dispositif qui intéresse les trois fonctions publiques et, selon moi, il ne faut pas négliger l'aspect pédagogique de la question.

Je pense que le chantier s'étalera au moins sur 1 ou 2 années. Nous attendons en tout cas à une montée en puissance significative.

M. le coprésident Pierre Morange. Vous nous avez expliqué que l'absentéisme passait de 3 % à 6 % en fonction du personnel concerné. Mais j'imagine que plusieurs paramètres expliquent une telle différence.

M. Jean Debeaupuis. Ces données sont bien connues et tout à fait stables. J'ai évoqué tout à l'heure la différenciation entre les catégories A, B et C. On retrouve à peu près le même gradient entre les catégories les moins qualifiées, les plus exposées aux risques, qu'ils soient physiques ou psychosociaux, et la catégorie A, qui regroupe des professions plus qualifiées comme les professions médicales et les infirmières. Pour des raisons culturelles, le taux d'absentéisme du personnel médical est nettement plus faible que celui du personnel non médical.

Je voudrais par ailleurs insister sur l'instruction, prise par la DGOS et la direction générale de la cohésion sociale, le 9 février 2012, qui concerne les établissements médicosociaux. Celle-ci rappelle les sanctions que peuvent prendre les établissements en cas d'arrêts de travail injustifiés : interruption de rémunération, déclenchement d'une procédure d'abandon de poste. Ces procédures, bien qu'exceptionnelles, sont juridiquement encadrées. Dans le cadre de l'expérimentation du contrôle des arrêts maladies par les services médicaux, ce système de mise en demeure et de sanctions est prévu, même si on peut regretter qu'il soit peu appliqué.

M. le coprésident Pierre Morange. Pourriez-vous être plus précis ?

M. Jean Debeaupuis. Comme vous l'avez vous-même remarqué et comme cela apparaît dans le rapport d'évaluation précité, nous n'en sommes qu'au début de l'expérimentation.

M. le coprésident Pierre Morange. Les problèmes relevés par ce rapport étaient liés au dépassement des délais d'envoi des arrêts, qui s'opposait à l'instruction des dossiers, et à l'insuffisance de certaines informations administratives, comme les adresses ou les données d'état civil. On est en droit de s'étonner que les administrations centrales ne maîtrisent pas de telles questions. Qu'en est-il donc de la fonction publique hospitalière ?

M. Jean Debeaupuis. Les personnels sont soumis à des roulements fréquents, soit sur la semaine, soit sur le week-end, parfois avec une alternance jour/nuit. Au-delà des caractéristiques socioprofessionnelles et propres à la fonction publique hospitalière, les arrêts de courte durée sont nombreux. Or ceux-ci sont moins facilement contrôlables. Classiquement, les procédures engagées par les médecins conseils ou les médecins agréés concernent en effet les arrêts longs, sur lesquels les établissements ont renforcé leur action.

J'ajoute qu'avec l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), nous avons mené une action de gestion/développement des ressources humaines et de gestion du présentisme, qui porte sur un échantillon significatif d'établissements. Les enseignements tirés de cette action sont pris en compte dans les établissements.

M. le coprésident Pierre Morange. La comptabilité analytique hospitalière – notamment le modèle de la base d'Angers – pourrait intégrer cette dimension.

Je m'étonne par ailleurs du fait que le taux d'absentéisme de la filière technique et administrative – 6 % – soit le double de celui de la filière médicale – 3 %. On aurait pu imaginer que ce soit l'inverse, dans la mesure où le personnel médical est exposé à des risques bien spécifiques : infections, stress, traumatismes, *etc.* Avez-vous fait une analyse un peu plus fine des déterminants qui aboutissent à ces chiffres ?

M. Jean Debeaupuis. Oui. Les facteurs qui conduisent à cette situation sont assez connus.

Vous pointez un élément très spécifique, qui est pris en compte depuis de nombreuses années dans les établissements : la prévention et le suivi du risque infectieux. Or, grâce aux mesures de prévention déployées depuis les années 1980, les problèmes infectieux sont devenus exceptionnels, tant pour les personnels médicaux que non médicaux. En revanche, les risques physiques, les risques musculo-squelettiques liés au port de charges, à la manipulation des patients ou à diverses postures (marche, station debout, *etc.*) et les risques psychosociaux pèsent davantage sur les personnels moins qualifiés, que sont les agents des services hospitaliers ou les aides-soignants, que sur les infirmières et, *a fortiori*, sur les médecins.

L'approche du risque au travail est très spécifique pour le corps médical, mais il est difficile de dire qu'il est plus exposé que le personnel paramédical avec lequel il travaille.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Dans le « personnel non médical », vous n'incluez pas que les administratifs ?

M. Jean Debeaupuis. Dans le personnel non médical, il y a 70 % de personnel soignant. Et par « personnel médical », je vise les médecins.

Mme la rapporteure. Il est noté dans le rapport d'évaluation que le contrôle des arrêts de travail de moins de 15 jours a été mis de côté d'emblée. Cela signifierait-il que l'on a besoin de 15 jours pour organiser un contrôle ? Cela paraît énorme ! Il serait utile de réfléchir au moyen d'améliorer l'efficacité des procédures.

Par ailleurs, l'année dernière, une journée de carence a été introduite dans le paiement des indemnités journalières. Depuis, selon la Fédération hospitalière de France (FHF), le nombre d'arrêts maladie aurait diminué de 20 %. Qu'en pensez-vous ?

M. Jean Debeaupuis. Il y a 50 % d'arrêts maladie courts, d'une journée. Or, si les arrêts sont inférieurs à 5 jours, les délais d'intervention font que le contrôle sera peu efficace.

Mme la rapporteure. Le rapport sur le bilan de l'expérimentation fait état de « 15 jours ». Je le cite : « *Pour des raisons techniques, les arrêts de moins de 15 jours ont été exclus du contrôle. En effet, compte tenu du circuit de transmission des arrêts des fonctionnaires à leur administration, puis des administrations à la caisse primaire compétente, les arrêts de moins de 15 jours auraient été échus avant de pouvoir faire l'objet d'un contrôle.* ».

M. le coprésident Pierre Morange. Êtes-vous sur une logique de 5 jours ou de 15 jours ? Est-ce une erreur de typographie ?

M. Jean Debeaupuis. Je vous propose de vérifier. Ce seuil de 15 jours nous paraît très élevé. En dessous de 5 jours, on comprend bien les raisons pour lesquelles il est difficile d'intervenir. Mais au-delà, il est possible d'exercer les contrôles déjà évoqués.

Sur l'effet du jour de carence, les données dont nous disposons actuellement sont encore très provisoires : elles ne portent que sur un échantillon et sur le premier semestre 2012. Elles seront complétées dans les mois qui viennent.

Dans la fonction publique hospitalière, nous avons constaté un effet mécanique lié au non-paiement du jour de carence, modeste mais significatif en proportion de la masse salariale concernée – 0,2 % de celle-ci.

L'impact qualitatif de l'introduction du jour de carence est beaucoup plus délicat à apprécier. Nous menons et nous vérifions, conjointement avec la FHF, des enquêtes complémentaires pour mieux estimer celui-ci. Nous avons constaté sur le premier semestre 2012 une baisse modeste du taux d'absentéisme dans les établissements, mais il est difficile pour l'instant de la corrélérer strictement à l'application du jour de carence. En effet, la gestion des ressources humaines peut avoir de nombreux effets. Par exemple, en 2012, la sortie des écoles d'infirmières a été avancée au mois de juillet, dans le cadre de la réforme des formations d'infirmières. Ce processus, plus éventuellement d'autres actions portant sur les différentes composantes de l'absentéisme, ne permettent pas pour l'instant de tirer de conclusions définitives.

Je serais néanmoins tenté de parler d'une modération du taux d'absentéisme dans l'échantillon observé, ce que nous allons essayer de confirmer dans une enquête qui portera sur l'ensemble de l'année 2012 et sera répétée dans le temps.

Mme la rapporteure. Cette évolution modérée est de quel ordre ?

M. Jean Debeaupuis. Une baisse de l'ordre de 0,2 ou 0,3 % du taux d'absentéisme.

M. le coprésident Pierre Morange. J'ai dénoncé tout à l'heure l'insuffisante information dont dispose l'administration en matière d'état-civil, de déclarations, *etc.* C'est le cas de la fonction publique d'État. La fonction publique hospitalière rencontre-t-elle le même problème ?

Par ailleurs, avez-vous établi une ventilation un peu plus fine de l'absentéisme, en fonction de la taille des établissements de soins ?

M. Jean Debeaupuis. Oui, et les données 2010 de l'ATIH le confirment : la taille et la catégorie d'établissements ont un effet sur l'absentéisme.

Je vais vous donner la durée moyenne des arrêts maladie dans les établissements de santé publics – sachant que dans les établissements à but non lucratif, le taux d'absentéisme est plutôt plus élevé – tous motifs médicaux et non médicaux confondus, y compris la formation.

L'absentéisme des établissements publics est de 6,2 %, comme je vous l'ai indiqué tout à l'heure, auxquels il faut rajouter 1,1 % d'absentéisme pour formation ou autre motif. Sur la moyenne des établissements repérés en 2010, il est donc de 7,3 %.

Dans les établissements privés, il est un peu plus élevé, puisqu'il est en moyenne de 8,2 %.

Revenons sur l'effet que la taille des établissements de santé publics peut avoir sur l'absentéisme. Dans les plus importants, les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers universitaires (CHU), le taux d'absentéisme est de 7,3 % – 7,4 %. Dans les gros centres hospitaliers, il est de 7 % et, dans les centres hospitaliers intermédiaires, de 6 %. Dans les plus petits établissements, l'absentéisme remonte : dans les centres hospitaliers dont le budget est inférieur à 20 millions d'euros et les anciens hôpitaux locaux, il se situe à 7,4 % – 7,9 %. Par ailleurs, les établissements spécialisés en psychiatrie

connaissent un taux d'absentéisme un peu supérieur ; mais c'est un phénomène spécifique, qui n'est pas lié à la taille. Ainsi, les établissements les plus importants et les plus petits sont un peu au-dessus de la moyenne qui, je le rappelle, est de 7,3 %.

Pour les établissements, toutes catégories confondues, le nombre moyen de jours d'arrêt pour motifs médicaux est de 18 jours, dont 10 pour maladie ordinaire. Il est de 7,3 jours pour les agents de catégorie A, de 16,3 jours pour ceux de la catégorie B, et de 22 jours pour les agents de la catégorie C.

M. le coprésident Pierre Morange. Le rapport fait-il état d'une répartition en fonction des régions ?

M. Jean Debeauvais. Non, mais nous pourrions vous communiquer cette information ultérieurement.

M. Jean-François Verdier, directeur général de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) du ministère de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique. Je tiens à dire au préalable que les statistiques nous invitent à la prudence dans la mesure où la définition de l'absentéisme diffère considérablement selon les études, le champ d'investigation, les producteurs de données et la période de collecte des informations.

Je préciserai ensuite que les derniers chiffres dont nous disposons pour la fonction publique de l'État sont ceux de 2003, année de la dernière enquête, qui a établi la durée d'arrêt des fonctionnaires pour raison médicale à 13 jours en moyenne. En conséquence, les comparaisons avec les autres fonctions publiques et le secteur privé opérées par la presse depuis cette date sont dénuées, pour nous, de toute valeur scientifique. Une mise à jour est actuellement opérée par nos services depuis quelques semaines, en lien avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et les autres ministères, et de nouvelles données seront disponibles en décembre 2013. L'échéance est tardive : c'est pourquoi nous avons eu le souci de procéder au préalable sur la base d'un échantillon.

Une enquête récente, publiée par la DARES du ministère chargé du travail, sur les arrêts pour raison de santé des salariés du secteur privé et du secteur public montre un taux d'absentéisme de 3,7 % pour les agents titulaires de la fonction publique ou bénéficiaires d'un contrat à durée indéterminée (CDI) avec plus d'un an d'ancienneté, et de 2,6 % pour les agents en contrat à durée déterminée (CDD) ou en CDI récent. Ces résultats sont somme toute assez logiques.

Notre expérimentation du contrôle des arrêts maladie a été réalisée sur la base de 132 000 arrêts maladie saisis dans cinq départements – Ille-et-Vilaine, Rhône, Alpes-Maritimes, Bas-Rhin, Puy-de-Dôme – et dans les services de l'administration centrale du ministère de l'économie, échantillon représentatif de 7 % à 8 % du total des fonctionnaires de l'État. Sur ces 132 000 arrêts, les contrôles ont porté sur ceux de plus de 45 jours et sur les arrêts itératifs au cours des douze derniers mois. Comme pour la fonction publique hospitalière, nous avons connu des difficultés au démarrage, pour des raisons administratives et, il faut bien le dire, à cause de la mauvaise volonté de certains services de l'État, mais aussi du fait que la majeure partie des arrêts était déjà échue au moment du contrôle. Ainsi, pour les deux années 2011 et 2012, sur 8 500 arrêts – soit un taux de contrôle de 7 % en tenant compte des arrêts échus –, 5,7 % n'étaient pas médicalement justifiés et ont entraîné, pour l'un d'entre eux, un arrêt de la rémunération et, pour deux ou trois autres, une baisse du traitement de 50 %.

Nous souhaitons étendre cette expérimentation, qui a démarré trop tardivement, pour être en mesure de rendre un rapport définitif en 2014. Nous envisageons même de généraliser ce système à terme. À cet égard, le comité de pilotage que j'anime avec le directeur de la sécurité sociale et la CNAMTS nous a amenés à mettre en place des dispositifs permettant des remontées d'informations plus rapides et des contrôles plus exhaustifs.

Nous suivons, d'un point de vue budgétaire, la mise en place du jour de carence, une économie de 200 millions d'euros nous a été imposée par le ministre du budget dans le cadre de la loi de finances pour 2012. Pour l'année 2012, les ministères ont pu récupérer environ la moitié de cette somme seulement, la mesure ayant été mise en place tardivement, entre mars et juillet 2012 selon les ministères, et l'effet rétroactif n'ayant pas été appliqué avec la même diligence pour éviter un effet trop brutal sur le traitement des agents. Cela semble se traduire non par une diminution des arrêts de courte durée, mais par la transformation par les agents de leur jour de carence en jour de réduction de temps de travail (RTT) afin de ne pas subir un prélèvement sur leur traitement. D'après nos calculs menés sur la base d'une semaine de référence de l'enquête Emploi de l'INSEE, le nombre d'arrêts courts est passé, entre 2011 et 2012, de 1,2 % à 1 % dans la fonction publique d'État. On ne peut donc pas affirmer, à ce stade, que l'instauration du jour de carence ait eu un impact sur l'absentéisme des fonctionnaires d'État, contrairement, semble-t-il, à ceux de la fonction publique hospitalière. Demeure la différence de traitement entre salariés du privé et fonctionnaires pour lesquels le jour de carence n'est pas pris en charge par les mutuelles, ce qui représenterait 1 milliard d'euros supplémentaires de cotisations pour les agents.

M. le coprésident Pierre Morange. Monsieur Debeauvais, confirmez-vous que la journée de carence a eu une incidence dans la fonction publique hospitalière ?

M. Jean Debeauvais. Comme je l'ai souligné, les indications très partielles dont nous disposons invitent à la prudence.

M. Christophe Peyrel, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale à la direction générale des collectivités locales (DGCL) du ministère de l'intérieur. Comme le montrent nos séries statistiques issues des bilans sociaux des collectivités territoriales, le nombre moyen annuel de jours d'absence par agent pour raison de santé est de 23,6 jours pour 2011 – contre 22,4 jours en 2009 et 21,1 jours en 2005. Si nous ne trouvons pas d'explication à la hausse intervenue entre 2009 et 2011, celle observée depuis 2005 est probablement due à l'intégration au sein des collectivités territoriales de près de 130 000 agents de l'État au titre de la décentralisation, principalement des personnels techniques, des ouvriers des services de l'éducation nationale et des agents de l'équipement, catégories pour lesquelles les arrêts maladie sont plus fréquents. La ventilation par type de collectivité fait apparaître, toujours pour l'année 2011, un nombre moyen annuel de jours d'absence égal à 29,9 jours pour les régions, à 21,1 jours pour les départements, y compris les services d'incendie et de secours, et à 24 jours pour les communes et les établissements intercommunaux.

Mme la rapporteure. Le nombre est très élevé pour les régions.

M. Christophe Peyrel. Il l'était déjà en 2009, avec une moyenne de 28,1 jours.

M. le coprésident Pierre Morange. Comment expliquez-vous ces écarts entre collectivités ?

M. Christophe Peyrel. Je vous livre des données brutes issues de bilans sociaux, mais cette situation mériterait effectivement une enquête complémentaire pour en analyser les causes. Je peux néanmoins vous indiquer que, comme dans les deux autres fonctions publiques, le taux d'absentéisme dans la fonction publique territoriale est plus élevé chez les titulaires que chez les non-titulaires. Et les régions emploient précisément moins d'agents non titulaires que les autres collectivités. Cela reste cependant une hypothèse qu'il faudra vérifier.

Enfin, l'expérimentation du contrôle des arrêts maladie par les services médicaux de l'assurance maladie a réellement commencé au début de l'année 2012, en raison de difficultés au démarrage liées à la signature de conventions et au choix du logiciel informatique, comme pour la fonction publique hospitalière. Se sont portés volontaires les communes d'Antibes, du Cannet, de Mandelieu-La Napoule, de Menton et de Saint-Malo, ainsi que le conseil général des Alpes-Maritimes, celui du Bas-Rhin et celui du Rhône, et enfin le conseil régional d'Auvergne. Sur ces neuf collectivités, seuls Menton, Saint-Malo, le conseil général des Alpes-Maritimes et celui du Rhône ont enregistré dans le logiciel les données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle. Malgré nos relances régulières, les cinq autres collectivités n'y ont pas procédé, invoquant l'insuffisance de formation et d'assistance technique pour la gestion du logiciel, mais aussi la surcharge de travail. Je n'ose imaginer un tel niveau d'incompétence. J'y vois plutôt un manque d'adhésion : mener des investigations dans les arrêts maladie dérange tout le monde dans la fonction publique, sans doute parce que cette question renvoie au fantasme de la tricherie, mais aussi au tabou du secret médical. Sur ce dernier point, les gestionnaires de ressources humaines ont du mal à agir...

M. le coprésident Pierre Morange. La MECSS dont la grille de lecture est le rapport coût/efficacité, autrement dit la bonne utilisation de l'argent public, n'a aucun état d'âme sur le sujet. À cet égard, l'aspect culturel que vous évoquez nous semble être un mauvais prétexte. Je rappelle que nos préconisations ont pratiquement toujours été votées à l'unanimité, comme sur la lutte contre la fraude sociale et l'interconnexion des fichiers.

À nos yeux, des études plus fines seraient tout à fait pertinentes. En particulier, il serait intéressant de se tourner vers les assureurs qui souvent accompagnent les collectivités territoriales et proposent des primes d'assurance variables en fonction des ratios pour la prise en charge des indemnités journalières. Ces informations nous permettraient d'éclaircir la question.

M. Jean-François Verdier. Je tiens à préciser que l'expérimentation revêtait un caractère obligatoire pour la fonction publique d'État, contrairement aux autres fonctions publiques.

M. le coprésident Pierre Morange. Cette logique d'obligation devrait prévaloir pour l'ensemble des fonctions publiques. Nous sommes bien évidemment preneurs de toutes les préconisations que vous pourriez formuler à notre intention : nous aurons à cœur soit de les traduire par la voie législative, soit d'interpeller le Gouvernement pour que les décrets d'application en instance soient publiés rapidement. J'ai moi-même été à l'initiative du vote, en décembre 2006, d'une disposition visant à assurer l'interconnexion des fichiers dont le décret d'application n'a été publié que quatre ans plus tard !

AUDITION DU 21 MARS 2013

Audition de M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, de M. Michel Braustein, conseiller maître, président de section, et de Mme Myriam Métais, rapporteure

M. le coprésident Pierre Morange. Nous sommes heureux d'accueillir aujourd'hui M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, M. Michel Braustein, conseiller maître, président de section, et Mme Myriam Métais, rapporteure.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. La mission s'est étonnée de ne pouvoir obtenir le montant des indemnités journalières (IJ) complémentaires versées par les entreprises : nos interlocuteurs se sont déclarés dans l'impossibilité de l'évaluer ! La Cour des comptes a-t-elle, sinon une idée de ce coût, du moins des suggestions sur la façon dont nous pourrions nous y prendre pour le mesurer ?

M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. Nous avons été aussi surpris que vous, et nous nous sommes heurtés à la même absence de consolidation financière. Le nombre de jours de carence variant selon les branches et selon les catégories de salariés, cette évaluation implique d'avoir accès à l'ensemble des conventions collectives mais la direction générale du travail, qui collecte celles-ci, ne les exploite pas et n'effectue aucun suivi de leur application, de sorte qu'elle ne peut fournir aucune estimation. La difficulté est d'ailleurs la même, comme nous l'avons constaté, en matière de formation professionnelle et de formation des personnes en situation de handicap.

Nous avons été très intéressés par une donnée que vous a fournie la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) lors de son audition. Selon son directeur, le montant des IJ versées par les organismes mutualistes et les institutions de prévoyance – hors sociétés d'assurances donc – se situerait « aux alentours de 3 milliards d'euros ». Ce montant est considérable puisqu'il représente 50 % de ce qui est pris en charge par le régime général de sécurité sociale. Nous avons d'ailleurs le sentiment que la DREES n'est pas totalement convaincue de la valeur de cette estimation, mais avons noté avec intérêt qu'elle allait lancer une enquête plus complète et que l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) avait également décidé de se pencher sur le sujet, en exploitant sa base IJ. Tout se passe comme si l'enquête de la MECSS suscitait un désir d'améliorer la connaissance de cette prise en charge complémentaire. Ce travail de « ré-ingénierie » et d'analyse ne donnera sans doute pas de résultats immédiats mais, dans les deux ans qui viennent, nous disposerons d'informations plus précises sur la couverture assurée par les institutions de prévoyance au sens large, étant entendu que l'auto-assurance des entreprises restera, elle, une donnée difficile à appréhender, notamment parce qu'elle n'entre pas dans le champ des conventions collectives.

La population active qui n'est pas couverte reste une zone d'ombre absolue, ce sujet n'ayant fait l'objet d'aucune évaluation. On peut simplement penser que, comme en matière de formation professionnelle, il s'agit des plus précaires...

M. le coprésident Pierre Morange. Le même constat vaudrait pour le dernier accord national interprofessionnel, sur la sécurisation de l'emploi : la négociation collective bénéficie surtout à ceux qui sont insérés dans l'emploi.

Pour revenir à l'enveloppe financière consacrée à la couverture complémentaire des IJ, la MECSS a été très frappée de constater l'insuffisance des données détenues non seulement par les services de l'État, mais aussi par les employeurs ! Ces derniers sont incapables de colliger des informations qui, par définition, se trouvent dans leur bilan financier, et renvoient même aux services de l'État la responsabilité de cette insuffisance !

M. Antoine Durrleman. Aucune étude d'impact n'a été réalisée, ni par les services de l'État, ni par les employeurs.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous avons été sidérés de constater que le MEDEF lui-même n'a pas été en mesure de nous fournir l'information ! Il a fait valoir que le sujet relevait des accords collectifs et qu'il était donc difficile d'évaluer l'engagement global des entreprises.

M. Antoine Durrleman. De la même manière, aucune analyse n'a été réalisée au niveau des fédérations professionnelles, cosignataires des conventions. Je doute même que l'Union des industries et des métiers de la métallurgie (UIMM), pourtant la mieux outillée, dispose de données très précises.

Quant aux entreprises, concernées au premier chef, les contre-visites médicales leur permettent de gérer la part complémentaire des IJ, ce qui les satisfait globalement. Que le lien soit déficient entre la contre-visite et l'IJ de base ne semble pas les préoccuper, à lire ce que vous ont dit leurs représentants, bien qu'il en résulte une perte en ligne considérable.

M. le coprésident Pierre Morange. Ils n'étaient pas capables de mesurer leur propre engagement financier en tant qu'employeurs, ni de mesurer l'efficacité des sociétés prestataires qu'ils mandatent eux-mêmes pour réaliser ces contre-visites. C'était surréaliste !

Mme la rapporteure. Ils semblaient renvoyer la responsabilité des dysfonctionnements sur les caisses. Ils n'ont engagé aucune analyse de leur propre engagement, ce qui est très étonnant.

M. le coprésident Pierre Morange. Cela étant, la généralisation du logiciel mis au point par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), l'observatoire local des IJ, de Bayonne, devrait permettre une meilleure connaissance des mécanismes de la prise en charge complémentaire et une actualisation des données.

Mme la rapporteure. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) donne la priorité au contrôle des arrêts les plus longs, alors que les deux caisses ayant mené des expérimentations, Bayonne et la Marne, que nous avons auditionnées, ont une approche totalement inverse.

M. Antoine Durrleman. Nous avons également observé ce décalage, mais il présente plutôt des avantages selon nous. Les sites expérimentateurs, qui ont pris à bras-le-corps ces problèmes, ont finalement une gestion du risque assez fine et bien adaptée aux particularités de leur territoire, et ils ont obtenu des résultats. Nous avons en effet noté avec intérêt une augmentation de 16 % en un an des subrogations dans la Marne, s'agissant de la liquidation des IJ, ainsi qu'une progression de la transmission des arrêts de travail dématérialisés. La CNAMTS, elle, fixe ses priorités en matière de contrôle en fonction des masses financières en jeu mais cette stratégie nous semble s'articuler de façon intéressante avec l'action de terrain des caisses locales.

Ainsi les lignes commencent à bouger. Ce n'est certes pas vrai sur tous les fronts : la réflexion sur l'intégration d'un indicateur sur le respect de référentiels dans la rémunération à la performance des médecins, par exemple, n'est visiblement pas encore assez avancée pour être prise en compte dans le dialogue conventionnel entre l'assurance maladie et les médecins et, même si les fiches repères de l'assurance maladie avaient été proposées par la Haute Autorité de santé (HAS), nous ne sommes pas totalement convaincus que cela aurait suffi pour emporter l'adhésion du Conseil national de l'Ordre des médecins. Il apparaît, à la lecture des comptes rendus de vos auditions, que les différentes parties prenantes se sont senties, pour reprendre une expression du directeur de la DREES, « aiguillonnées », poussées les unes à améliorer leur connaissance du sujet, les autres à avoir une gestion plus fine du risque.

Il nous a semblé en revanche que l'administration restait quelque peu en arrière, en particulier sur un point qui nous paraît stratégique, la simplification de la réglementation, que la CNAMTS réclame à juste titre depuis longtemps et que la Cour juge absolument nécessaire, pour des raisons d'efficacité. Malheureusement, actuellement, nous avons le sentiment que la déclaration sociale nominative (DSN) est considérée comme une panacée : quand elle sera mise en place, l'action deviendra la sœur du rêve ! Pour notre part, nous sommes plutôt dubitatifs et nous avons donc fait des propositions d'harmonisation, de simplification et d'ajustement. On a estimé que nous travaillions à contre-emploi sur certaines propositions, notamment sur celle qui consisterait, dans le cas des arrêts de travail itératifs, à stabiliser temporairement la base salariale au lieu de prendre en considération des variations à la hausse ou à la baisse qui, finalement, s'annulent.

Nous avons également noté une grande prudence de l'administration sur la question de l'harmonisation de l'assiette du salaire de référence servant à calculer l'indemnisation des différentes catégories d'IJ. Une harmonisation de l'assiette sur la base du salaire brut, comme nous le proposons dans notre communication, conduirait à une simplification importante, quitte à moduler le taux de remplacement, car elle garantirait une base de calcul homogène. Autre avantage, cette harmonisation permettrait de s'interroger sur le maintien ou non d'une niche sociale : contrairement aux IJ maladie et maternité, les IJ accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) ne sont pas soumises à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ; il est compréhensible de ne pas vouloir faire peser ce prélèvement sur les salariés victimes d'un accident du travail mais, du coup, cette exonération est à la charge des ménages. Il serait plus logique d'intégrer ce montant dans les cotisations payées par les entreprises. Mais je reconnais que ce sujet est très sensible.

M. le coprésident Pierre Morange. Vous avez relevé dans votre communication que 20 % à 30 % des salariés ne bénéficient d'aucune couverture des indemnités journalières. Quelles mesures suggérez-vous pour y remédier ?

M. Antoine Durrleman. Il s'agit pour une bonne part d'une population « de flux », un certain nombre de ces salariés bénéficiant ensuite de dispositifs comme la loi de 1978 sur la mensualisation, instaurant des IJ complémentaires versées par les entreprises.

La comparaison des différents régimes de prise en charge des arrêts maladie en Europe est instructive. Dans les pays d'Europe du Nord, il n'y a que peu ou pratiquement pas de jours de carence : ainsi, en Allemagne, les salariés bénéficient d'une couverture après quatre semaines seulement de présence dans l'entreprise. En France, les délais de prise en charge sont beaucoup plus longs parce qu'on se réfère à la situation qui prévalait dans les années soixante sur le marché du travail – les salariés faisaient souvent toute leur carrière dans la même entreprise. Alors que la précarisation de l'emploi s'est accrue, que les salariés

sont aussi devenus plus mobiles, rien n'a changé. Sans doute faut-il y voir un effet de la négociation collective à la française qui, comme vous l'avez dit, néglige trop les personnes en dehors du dispositif.

Mme la rapporteure. Cela signifie-t-il que la proportion de salariés ne bénéficiant pas des IJ est plus importante en France que dans les autres pays européens ?

M. Antoine Durrleman. Oui, compte tenu des délais de carence. L'écart est très net avec l'Allemagne mais, pour être plus précis, je dirai que notre pays occupe une position intermédiaire entre les deux régimes extrêmes : celui de l'Europe du Nord et celui l'Europe du Sud.

La négociation sociale s'intéresse en effet surtout aux personnes en contrat à durée indéterminée (CDI), alors que la population qui entre dans l'emploi et qui n'y reste pas nécessairement longtemps est très mal prise en compte. On peut cependant noter une amélioration récente avec les progrès apportés par la notion de portabilité des droits, appliquée par exemple à la formation professionnelle dans le cadre du DIF, le droit individuel à la formation.

M. le coprésident Pierre Morange. Sur la proportion de 20 % à 30 % de salariés non couverts, vous n'avez donc pas d'information complémentaire ?

M. Antoine Durrleman. Non, nous avons fait état dans notre communication de toutes les informations disponibles et nous ne voyons pas, en l'état, d'où nous pourrions tirer une meilleure connaissance de cette population. Encore une fois, je ne puis qu'insister sur le délai d'un an d'ancienneté, exigé depuis la loi de 1978 sur la mensualisation pour bénéficier de la couverture complémentaire des arrêts maladie, contre quatre semaines en Allemagne. Mais il faudrait aussi s'intéresser aux personnes qui travaillent moins de 200 heures par trimestre ou moins de 800 heures dans l'année : quelles conséquences aurait, par exemple, le passage à 175 heures ? Pour l'instant, nous ne disposons pas de simulation alors même que les emplois à temps très partiel se sont multipliés. La population concernée a donc considérablement augmenté par rapport à l'après-guerre et aux années soixante et soixante-dix, mais la réglementation, elle, est restée globalement identique. Cette question nous renvoie à la nécessité d'une réflexion plus générale, sur les priorités à imprimer à notre protection sociale dans un contexte économique et financier difficile.

Mme la rapporteure. On pourrait imaginer que la suppression de la journée de carence pour les fonctionnaires, décision assez controversée annoncée récemment par la ministre de la fonction publique, ait pour contrepartie la systématisation des contrôles des congés maladie des fonctionnaires. Une telle mesure est-elle envisageable et quel en serait le coût ?

M. Antoine Durrleman. Nous avons été très déçus des résultats de l'expérimentation du contrôle des congés maladie des trois fonctions publiques par la CNAMTS. Non seulement elle a été lancée avec retard, mais les avis d'arrêts de travail dans la fonction publique d'État étaient transmis aux médecins conseils quand il n'était plus temps pour ceux-ci d'intervenir ! En tout état de cause, sachant qu'ils ne sont que 1 700, une systématisation des contrôles se heurterait à un problème d'effectifs...

M. le coprésident Pierre Morange. Combien de médecins contrôleurs sont effectivement présents sur le terrain ?

Mme Myriam Métais, rapporteure de la Cour des comptes. Sur 2 000 médecins au total, 1 700 sont sur le terrain.

M. le coprésident Pierre Morange. J'avais cru comprendre qu'une bonne moitié était affectée à des tâches administratives. Si c'est le cas, les capacités d'intervention sur le terrain sont fortement amputées.

M. Antoine Durrleman. Si nous nous en remettons aux indications concordantes fournies par la caisse de la Marne et par le directeur régional du service médical de l'Île-de-France, ce serait un quart des médecins conseils qui se consacrerait effectivement au contrôle, soit environ 400 pour tout le territoire et pour l'ensemble des salariés du secteur privé. Comment imaginer étendre leur compétence aux trois fonctions publiques ? Le champ retenu pour l'expérimentation – plus de quarante-cinq jours d'arrêt maladie ou quatrième arrêt itératif – nous a paru intéressant, mais la généralisation du dispositif reviendrait à donner un coup d'épée dans l'eau si l'on ne réglait pas la question des moyens et celle de l'accélération des délais de transmission.

M. le coprésident Pierre Morange. Je déduis de votre propos que les trois quarts des médecins conseils ne sont pas affectés au cœur du métier de contrôleur, mais à des tâches administratives ou, par exemple, à des enquêtes épidémiologiques qui pourraient être confiées aux organismes de recherche. On en est ainsi réduit à gérer la pénurie, ce qui condamne à terme le dispositif.

S'agissant de la fonction publique, on suspecte une certaine mauvaise volonté pour ce qui est des délais, mais aussi de l'enregistrement des données d'état civil des fonctionnaires, qui n'a même pas été faite correctement...

M. Michel Braunstein, conseiller maître, président de section à la Cour des comptes. Si on souhaite généraliser le dispositif, il faudrait que les procédures de congé de longue durée et de longue maladie dans la fonction publique relèvent uniquement de l'assurance maladie, y compris pour le contentieux. Rien ne serait pire qu'un partage des responsabilités.

M. le coprésident Pierre Morange. Compte tenu, d'une part, des priorités que s'assigne la CNAMTS et, d'autre part, de la pression des employeurs confrontés à des arrêts itératifs qui désorganisent la production, ne pourrait-on imaginer une complémentarité entre l'assurance maladie et les sociétés de contre-visites mandatées par les entreprises ? Ces sociétés pourraient assurer un contrôle administratif élémentaire, ne serait-ce que vérifier la présence physique de l'assuré à son domicile, travail que ne peut pas prendre en charge l'assurance maladie de façon opérationnelle pour les arrêts courts.

M. Michel Braunstein. Le déploiement de l'applicatif DIADEME – dématérialisation et indexation automatique des documents et des messages électroniques – au niveau des caisses constitue une solution pour améliorer le ciblage, notamment pour le contrôle des arrêts itératifs. Il permettra aux caisses qui l'utilisent d'ores et déjà d'être beaucoup plus réactives, ne serait-ce que grâce à l'envoi d'un courrier avertissant l'assuré d'un passage possible du médecin contrôleur. Cet outil a vocation à être généralisé et produira des effets à terme.

Mme Myriam Métais. C'est avant tout le développement de l'arrêt de travail dématérialisé qui permettra une meilleure réactivité et un meilleur ciblage.

Pour la fonction publique, le fait que les agents n'envoient pas leurs arrêts à l'assurance maladie constitue un frein à la réactivité en matière de contrôles. De fait, l'expérimentation a bloqué sur la mise en place d'un « circuit parallèle » des congés maladie.

M. Antoine Durrleman. L'expérimentation a au moins eu pour mérite de permettre d'identifier certains obstacles. La généralisation du contrôle des congés maladie des fonctionnaires suppose de modifier les règles de la fonction publique régissant la transmission des arrêts de travail, actuellement envoyés au seul employeur public, ainsi que d'autres points – congés de longue durée, mi-temps thérapeutiques... Mais, pour ceux-ci, il faudrait toucher au statut de la fonction publique, entreprise dont nous mesurons bien la difficulté !

Mme la rapporteure. Les agents de la fonction publique pouvant être soumis à des contre-visites médicales, pourquoi la transmission des arrêts de travail aux caisses ne pourrait-elle pas être rendue obligatoire ?

M. Antoine Durrleman. Elle peut bien évidemment l'être, à condition de prendre les mesures réglementaires nécessaires – sans se limiter à la fonction publique d'État.

M. le coprésident Pierre Morange. L'identification du prescripteur hospitalier devrait également être obligatoire, de même que la dématérialisation de la transmission des arrêts de travail, venant après celle des feuilles de soins.

M. Michel Braunstein. Ce point est assez facile à régler. Par contre, celui des mi-temps thérapeutiques et des congés de longue durée l'est beaucoup moins : il fait partie d'un « socle » !

Mme la rapporteure. On pourrait commencer par le plus simple.

M. Michel Braunstein. Il ne serait pas idéal de procéder par modifications partielles.

M. Antoine Durrleman. Nous avons été très déçus, je le répète, par les résultats de l'expérimentation du contrôle de la fonction publique dont la mise en place a manifestement été très compliquée dans les trois fonctions publiques, même si les collectivités territoriales et les établissements hospitaliers l'ont menée sur la base d'un vrai volontariat. Pour ce qui est de l'État, il s'agissait d'un volontariat assez contraint et les choses se sont organisées dans une sage lenteur...

M. le coprésident Pierre Morange. La moyenne des arrêts de travail dans la fonction publique territoriale est de 22 jours par an – et même de 29 jours chez les agents des conseils régionaux –, contre 14 jours chez les salariés du régime général. Et je fais abstraction des particularismes régionaux – ou saisonniers.

M. Antoine Durrleman. Il y a indubitablement matière à contrôles, mais il ne faut pas négliger la prévention. Dans le secteur hospitalier, une partie des arrêts de travail est liée à une réelle pénibilité, à laquelle les directions ne sont pas assez attentives. D'ailleurs, une vraie gestion des ressources humaines peine à s'imposer dans les administrations en général : l'on y trouve encore plus de directeurs du personnel, se limitant à la gestion des carrières et des emplois, que de directeurs des ressources humaines dignes de ce nom ! D'autre part, dans la fonction publique d'État, les médecins de prévention sont trop rares, d'autant que les obligations en la matière sont moindres que pour la médecine du travail dans le secteur privé, et, dans la fonction publique hospitalière, le faible niveau des rémunérations rend

extraordinairement difficile le recrutement de médecins du travail, eux aussi en nombre insuffisant : l'écart est trop grand avec les salaires proposés par les services de santé interentreprises. Même si l'on s'efforce d'améliorer les conditions de travail, il existe donc une marge de progrès considérable en matière de prévention.

Pour résumer, il faudrait, en amont, renforcer les actions de prévention en s'appuyant sur une analyse très fine des situations et, en aval, mener des actions de contrôle et de régulation, les deux étant également nécessaires. À ces deux égards, je pense que, dans un certain nombre de cas, la sphère publique a pris du retard.

Cela étant, de façon générale, nous avons la conviction qu'un mouvement s'est amorcé, le sentiment se répandant qu'une gestion plus fine et mieux ciblée est possible. Les caisses de la Marne, de l'Aube et de Bayonne ont démontré qu'un travail de fond sur les territoires produit des résultats. Sans prétendre que ce mouvement à lui seul est à l'origine de l'infléchissement du volume des indemnités journalières constaté en 2012 – la crise et le chômage y participent aussi pour quelque chose –, nous pensons qu'il y a contribué. Il reste à le généraliser : les gains à en attendre sont considérables. Nous avons ainsi évalué à 300 équivalents temps plein, au minimum, les économies à attendre d'une modernisation de la gestion des IJ.

M. Michel Braunstein. Avez-vous choisi d'auditionner la caisse de la Marne parce qu'elle se montre « bonne élève » ou pour une autre raison ?

Mme la rapporteure. Parce qu'elle est expérimentatrice. Mais sans doute n'avait-elle pas été désignée pour expérimenter par hasard...

M. Michel Braunstein. Elle a en tout cas obtenu des résultats remarquables : au début de janvier dernier, un quart des médecins du département prescrivaient des arrêts de travail dématérialisés.

Mme la rapporteure. Il faut dire que la directrice de cette caisse a pris les choses à bras-le-corps !

M. Antoine Durrleman. Nous avons jugé très intéressant que la DREES veuille retravailler avec l'IRDES sur les déterminants de la dépense, sujet un peu délaissé ces dernières années : cette réflexion devrait être d'une très grande utilité pour la gestion même de la dépense.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous pouvons certainement, sans céder à la complaisance, y voir un effet de notre travail commun. Comme cela a déjà été le cas pour la fraude sociale et pour le fonctionnement interne de l'hôpital, cette collaboration permet d'avancer sur des sujets *a priori* controversés, voire sulfureux, en contribuant à un débat apaisé, débarrassé de tout caractère idéologique pour se concentrer sur l'essentiel : le meilleur rapport coût-efficacité dans l'utilisation de l'argent public.

Mme la rapporteure. Qu'en est-il des prescripteurs ?

M. Antoine Durrleman. Une action portant sur les seuls hyperprescripteurs aurait forcément des résultats limités. Il faut donc s'intéresser aussi aux « gros » prescripteurs en s'appuyant sur les référentiels de l'assurance maladie : cela ne peut que contribuer à revaloriser la fonction du médecin traitant et faciliter une rémunération à la performance fondée sur des indicateurs d'arrêts de travail par patientèle.

M. Michel Braunstein. Le nombre moyen d'indemnités journalières prescrites par médecin va de 1 000 pour le troisième décile – en fait le premier regroupant des praticiens à temps complet – à 8 000 pour le dixième décile : un tel écart est étonnant.

M. le coprésident Pierre Morange. Le référentiel validé par la CNAMTS et la HAS est-il totalement intégré dans les logiciels d'aide à la prescription (LAP) ? Une sorte de guichet unique pour l'accès à l'information me paraît en effet indispensable, le temps médical étant contraint.

Mme Myriam Métais. Le référentiel figure dans l'applicatif « l'avis d'arrêt de travail en cinq clics » qui est disponible sur un portail de la CNAMTS. Cet outil est critiqué par les médecins, qui ne l'utilisent pas et qui ont demandé l'intégration des arrêts de travail dans les logiciels métiers. La CNAMTS a travaillé en ce sens au cours de l'année 2012 avec quelques-uns des principaux éditeurs, mais elle n'a pas le pouvoir de les contraindre...

M. Michel Braunstein. Le fait que le nombre de ces éditeurs diminue est peut-être de nature à faciliter les choses !

La variation de l'IJ payée entre le premier arrêt, le deuxième, le troisième et le quatrième arrêt de travail est sans aucun doute très marginale, de sorte qu'on ne gagne à peu près rien à toujours chercher à prendre pour base le salaire le plus récent. Nous aurions pu le démontrer en nous appuyant sur des exemples d'assurés, travail que nous n'avons pas fait. Par contre, je pense que la caisse de la Marne pourrait, sur la base d'échantillons, justifier votre demande de simplification sur ce point, afin de dissiper la « perplexité » dont a fait état la direction de la sécurité sociale (DSS).

M. Antoine Durrleman. Le mot « perplexité » est faible : elle était « tous freins serrés » ! Elle pense que ce serait coûteux. Nous y voyons, nous, la source d'un gain de productivité considérable pour les caisses.

M. le coprésident Pierre Morange. Auriez-vous d'autres propositions de simplification ?

M. Antoine Durrleman. Nous n'en avons pas d'autres que celles qui figurent dans notre communication, la priorité devant selon nous aller à l'harmonisation des assiettes des salaires de référence pour calculer la prise en charge des différentes sortes d'indemnités journalières, compte tenu de la complexité qu'impose la gestion du système actuel.

M. le coprésident Pierre Morange. Madame, messieurs, nous vous remercions de ces précisions.