

Paris, le 19 octobre 2018

Monsieur le Premier ministre,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

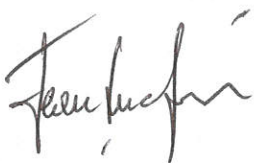
Au total, nous avons fait partager notre conviction que pour préserver la capacité d'un salarié à bénéficier d'un arrêt de travail par le biais de l'acte médical initial, il est nécessaire d'engager une analyse sans concession des différents gisements d'efficience. Cette réflexion devra être menée dans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

Il faudra agir sur :

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

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

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



Jean Luc Bérard



Stéphane Oustric



Stéphane Seiller

## Annexe 1

### Groupe de concertation - Liste des représentants Par ordre alphabétique

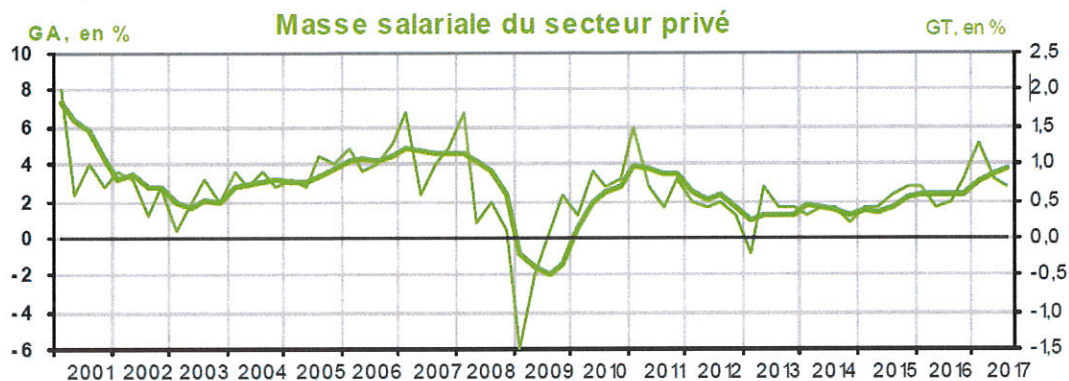
- CFDT
- CFE-CGC
- CFTC
- CGT
- Coordination médicale hospitalière
- CPME
- CSMF
- CTIP
- FFA
- FNMF
- FMF
- FO
- France assos santé
- INPH et CMH
- MEDEF
- MG France
- SML
- Syndicat national des hôpitaux publics
- U2P
- UNAPL

## Annexe 2

### Les principales causes des augmentations des dépenses

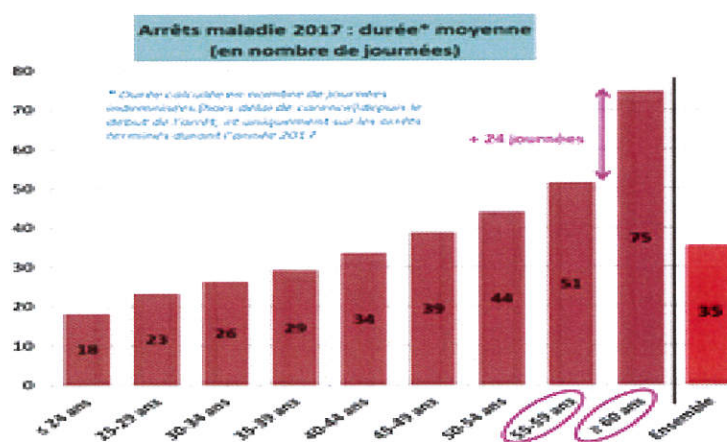
Depuis 2014-2015, la masse salariale évolue entre 2 % et 4 % par an.

**Graphique 1 : Glissement annuel (GA) et glissement trimestriel (GT) de la masse salariale et des effectifs salariés du secteur privé**



Source : Acoss

Le second phénomène majeur mis en lumière par les analyses statistiques disponibles, notamment celles de la Cnam, est **l'effet du vieillissement de la population active**, la morbidité et la durée des arrêts de travail augmentant avec l'âge (cf. ci-dessous).



Source : Cnam

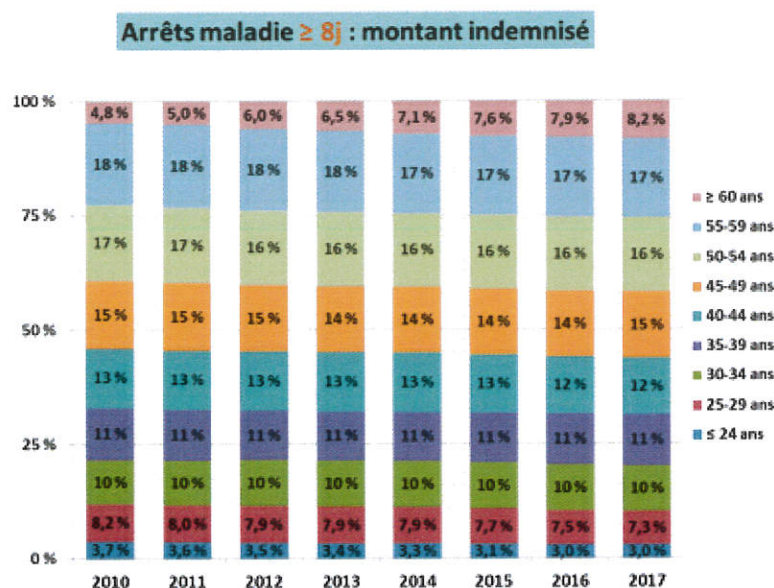
Ce vieillissement de la population active ne s'explique pas seulement par le vieillissement démographique général, mais il résulte aussi de **l'augmentation forte et rapide des taux d'activité aux âges élevés**, consécutive aux mesures successives visant à garantir l'équilibre des régimes de retraite :

**Hausse du taux d'activité des personnes de 55 à 64 ans (Insee)**

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux d'activité	41,4	42,4	45,2	48,9	49,3	51,7	52,8	54,1	55,6

Source : INSEE

Le vieillissement de la population active et l'élévation des taux d'activité ont des impacts puissants ces dernières années sur les évolutions des dépenses.



→ **Hausse de la part des personnes d'au moins 60 ans**

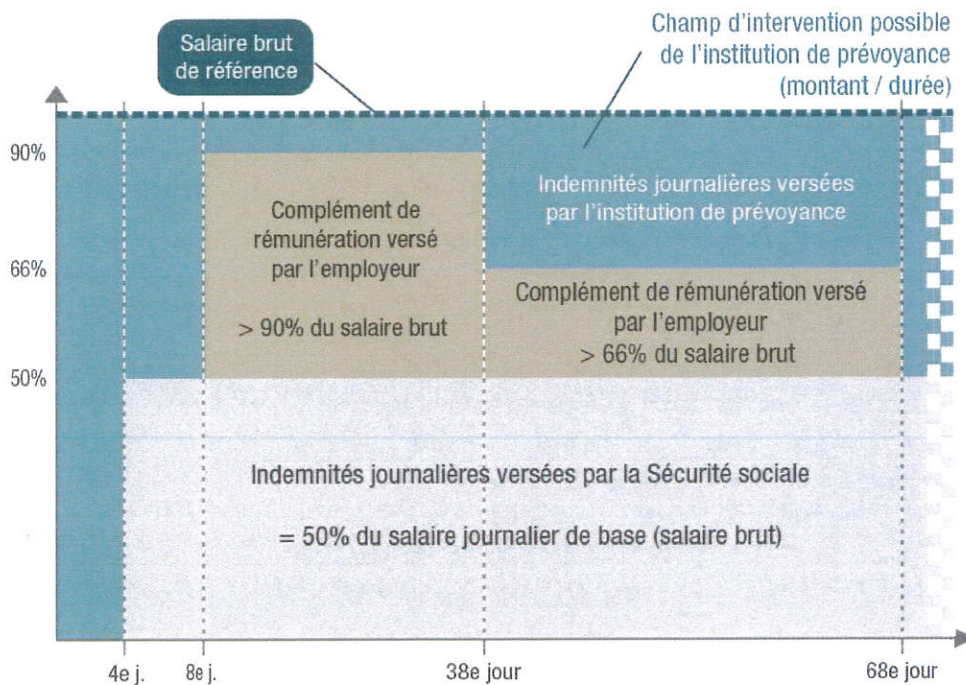
- + 3,4 points de pourcentage entre 2009 et 2017

→ **Baisse au contraire, pour les plus jeunes**

source : Cnam

## Un dispositif inéquitable et complexe

**Empilement de 3 étages**, qui s'accompagne de critères d'éligibilité de plus en plus restrictifs. L'assurance maladie demeure le pilier de ce système : le droit aux IJ ouvre la possibilité de bénéficier des étages du complément employeur ou de la prévoyance. Ce système est porteur d'inégalités.



**1<sup>er</sup> étage (sécurité sociale)** : Le même régime ne s'applique pas à toutes les populations (fonctionnaires, salariés du secteur privé, d'activités intérimaires, intermittentes ou saisonnières, travailleurs indépendants, demandeurs d'emploi). La législation diffère entre les IJ maladie, les IJ AT/MP, les IJ maternité (conditions d'ouverture des droits, durée et carence, calcul et durée de versement de l'IJ). Particularité du droit local en Alsace Moselle.

**9 millions de personnes exclues du 2<sup>ème</sup> étage (employeur, loi de mensualisation)** : salariés de moins d'un an d'ancienneté, demandeurs d'emploi, employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers, travailleurs à domicile, saisonniers, intermittents, intérimaires, assistants maternels, gardiens d'enfants, familles d'accueil (estimation à partir des données INSEE, Pôle emploi et OCDE au 31/12/2015).



### **3<sup>ème</sup> étage : complément de salaire non-obligatoire**

assure une meilleure couverture du risque maladie pour les bénéficiaires (augmentation de la durée, suppression de la carence, des conditions ancienneté, etc.). Il relève le plus souvent d'une convention collective, mais peut également être le fruit d'une décision unilatérale de l'entreprise (DUE) ou d'un référendum d'entreprise. Ce complément prend souvent la forme d'un contrat de prévoyance, et le cas échéant est financé ou cofinancé par l'employeur.

**Gestion administrative très complexe et coûteuse** pour les organismes de sécurité sociale et les entreprises (deux liquidations distinctes mais interdépendantes).

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

## Propositions de mesures envisageables rapidement

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

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

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

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