



**COMMUNICATION A LA COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES ET A LA MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE
DES LOIS DE FINANCEMENT DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE**

(ARTICLE L.O. 132-3-1 DU CODE DES JURIDICTIONS FINANCIÈRES)

**Les arrêts de travail et les
indemnités journalières
versées au titre de la
maladie**

Juillet 2012

permettra pas de déceler les entreprises « coquilles vides » en l'absence de croisement avec des données issues des URSSAF.

III - Des actions de régulation à accentuer

La politique de régulation en matière de prescription d'arrêts de travail a été développée à partir de 2004. Les dispositifs mis en œuvre visent à agir sur le comportement de l'ensemble des acteurs. Conduites conjointement sur un plan opérationnel par les caisses et les échelons locaux du service médical, les actions sont largement pilotées au niveau régional dans le cadre de la politique de gestion du risque conduite sous la responsabilité d'un directeur de CPAM coordonnateur. Il est cependant regrettable que les ARS ne se soient pas vu à ce stade assigner de missions spécifiques⁹² en matière de régulation des indemnités journalières, notamment au regard de la problématique des prescriptions hospitalières d'arrêts de travail, qui représentent près de 20% du total et ne font l'objet d'aucun mécanisme de régulation. .

En outre, la dualité des réseaux administratif et médical conduit à n'associer aux instances régionales que les directeurs de caisses et non les médecins-chefs conseils, qui se voient relayer les orientations prises soit par le directeur régional du service médical, soit par le directeur de la CPAM. Cette organisation se traduit par la prépondérance du pilotage des CPAM dans les actions de régulation et bien que les médecins conseils soient associés au niveau local à travers un comité de pilotage de gestion du risque, leur degré d'implication est variable.

L'impact des actions engagées est difficile à évaluer d'autant que les outils et processus sont encore en cours de structuration.

A - Des actions auprès des médecins à visée plus pédagogique que contraignante

Le premier ordonnateur de la dépense d'indemnité journalière étant le médecin à travers sa prescription d'arrêt de travail (« 1 euro dépensé est 1 euro prescrit »), l'action de la CNAMTS s'est attachée ces dernières années à déployer des outils de régulation en vue de maîtriser les prescriptions d'arrêts maladie. Ces actions sont d'autant plus importantes,

⁹² Les IJ ne figurent pas dans les 10 priorités nationales assignées aux ARS pour l'élaboration des programmes régionaux de gestion du risque pluriannuel (PRGRP) pour 2010, 2011 et 2012.

que tous les médecins ne paraissent pas avoir conscience de leur responsabilité dans la prescription d'une dépense d'indemnisation par le biais de l'arrêt de travail qu'ils délivrent. Il est ainsi regrettable qu'aucune sensibilisation à cette problématique ne figure dans leur formation initiale.

L'analyse systématique des prescriptions permet tout d'abord d'identifier les prescripteurs ne s'inscrivant pas dans la moyenne. Le nombre moyen d'indemnités journalières maladie prescrites par praticien est de 2 700 par an en 2010. Cependant, ces prescriptions présentent une très forte dispersion comme l'indique la ventilation des prescripteurs par décile. Près d'un millier de médecins prescrivent ainsi plus de 10 000 indemnités journalières par an.

Tableau n° 5 - Nombre moyen d'indemnités journalières prescrites par médecin⁹³ (IJ indemnisées par l'assurance maladie en 2010)

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

Source : Cour des comptes – données CNAMTS

L'assurance maladie dispose de divers leviers, plus ou moins incitatifs ou contraignants, pour une meilleure maîtrise des prescriptions, dont l'impact est toutefois rarement évalué.

Un premier niveau d'action consiste en la sensibilisation du médecin sur les caractéristiques de ses prescriptions avec la remise de son profil de prescription d'arrêts de travail comparé à la moyenne des praticiens de son département. Cette communication peut avoir lieu soit à l'occasion des visites des délégués de l'assurance maladie de la CPAM, parmi en général de nombreux autres sujets, soit à l'occasion d'un entretien confraternel avec un médecin conseil. Si cette démarche joue un rôle responsabilisant auprès des praticiens libéraux, elle est plus compliquée à conduire auprès des praticiens exerçant en établissement, qui sont pourtant à l'origine de 18 % des prescriptions d'arrêts de travail (jusqu'à 25 % dans certains départements). En effet, pour les établissements, une identification du médecin prescripteur est rarement possible ce qui empêche une responsabilisation individuelle.

Cette démarche est progressivement complétée par la mise en place de nouveaux outils.

⁹³ Journées indemnisées par l'assurance maladie en 2010, correspondant aux arrêts maladie prescrits par les généralistes libéraux. Les faibles niveaux de prescriptions des 1er et 2nd déciles sont peu significatifs car ils sont influencés par les départs à la retraite, les installations en cours d'année ou les exercices à temps partiel.

1 - La diffusion d'un référentiel de prescription des arrêts de travail : un progrès récent, potentiellement porteur d'économies importantes

Afin d'accompagner les médecins dans leur prescription et au vu de la grande hétérogénéité des durées moyennes d'arrêt de travail pour des situations identiques (celles-ci vont du simple au double entre départements), la CNAMTS a diffusé à partir de 2009 un référentiel. Ce dernier qui se compose de fiches repères présentant des durées indicatives d'arrêts de travail par pathologie a été soumis à l'avis de la Haute autorité de santé (dans le cadre de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale).

Cette démarche, qui a été initiée de longue date dans les pays anglo-saxons, repose sur la constatation de l'hétérogénéité des prescriptions pour un même motif médical. Elle vise à maîtriser de manière médicalisée le poste des indemnités journalières, favoriser la reprise du travail de façon concertée et prévenir les risques de chronicité et de désinsertion sociale et professionnelle.

Fin 2011, 33 fiches-repères avaient été établies et ce développement doit être poursuivi en 2012⁹⁴. Les CPAM rencontrées dans le cadre de l'enquête étaient en cours de diffusion du référentiel, remis aux médecins par les délégués de l'assurance maladie ou par les médecins conseils. L'accueil de ce nouvel outil était plutôt positif, les médecins y voyant non seulement un appui méthodologique à leur prescription mais un document validé par la HAS pouvant être opposé aux patients en attente d'une prescription plus longue.

Ce référentiel devrait jouer un rôle croissant et central en matière de régulation des prescriptions puisqu'il proposera un renseignement par défaut de la durée d'arrêt de travail en fonction de la pathologie dans l'avis d'arrêt de travail dématérialisé. Une mesure de la convergence des pratiques au référentiel pourra par ailleurs être réalisée à terme en comparant les durées de prescriptions par pathologie à celle du référentiel. Ceci permettra de mesurer l'impact de cet axe fort de la politique de régulation. Il devrait par ailleurs être utilisé progressivement comme un outil de ciblage des contrôles médicaux sur les arrêts dont les durées s'éloigneront de celles préconisées par le référentiel.

Les gains attendus du déploiement du référentiel sont importants. Pour les 19 premières fiches validées, il était observé que la moitié des

⁹⁴ Cf. annexe 11 – Exemples de fiches pathologie (angine et sciatique) du référentiel II.

prescriptions étaient supérieures à la durée d'arrêt la plus longue préconisée. La CNAMTS estime à 125 M€ a minima par an l'économie potentielle liée à la diffusion du référentiel⁹⁵ par la convergence des durées moyennes vers la durée médiane observée en 2011.

2 - Des outils d'alerte, à la portée cependant incertaine

Différentes initiatives ont été prises pour renforcer l'action de sensibilisation et de responsabilisation conduite en direction des médecins au profil de prescription atypique :

- L'envoi de courriers ciblés aux plus gros prescripteurs

Ces courriers permettent ponctuellement aux caisses de compléter les échanges avec les délégués et médecins conseils. Une campagne nationale a ainsi ciblé en 2008 les 25 % plus gros prescripteurs, sur la base du nombre d'arrêts par patient comparé à une moyenne régionale. Le soutien de la commission locale paritaire est souvent recherché dans cet exercice en vue de donner plus de légitimité aux courriers. Cette procédure est toutefois utilisée avec prudence par les caisses, qui ne la pratiquent généralement que dans le cadre de campagnes nationales.

- L'entretien d'alerte

Cet outil apparaît efficace en matière de régulation des prescriptions d'arrêts de travail dans les petits départements, puisqu'il permet de cibler les prescripteurs véritablement hors norme à l'aune de la moyenne du département. Consistant en une convocation conjointe du médecin par le directeur de la CPAM et le médecin chef de l'ELSM, ils permettent d'objectiver le profil de prescription des médecins et d'exercer une action pédagogique et incitative en évoquant une mise sous accord préalable à défaut d'une prescription plus sobre. Dans l'Aube, la campagne conduite en 2008 a ainsi permis d'infléchir de 30 % le volume de prescription des médecins convoqués.

Dans le cadre de l'évolution des outils de régulation entreprise en 2011, la CNAMTS a cependant préconisé l'abandon des entretiens d'alerte, jugés inefficaces au niveau national et irréalisables dans certains départements dès lors que l'objectif fixé était de rencontrer 5 % des médecins.

⁹⁵ Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits de l'année 2012, Conseil CNAMTS, 7 juillet 2011

3 - La mise sous accord préalable : un outil exceptionnel à l'efficacité limitée par sa complexité

Créée par la loi du 13 août 2004, la mise sous accord préalable est la seule procédure contraignante à disposition des directeurs de CPAM pour limiter les prescriptions des médecins très gros prescripteurs, mais elle n'est mise en œuvre que dans le cadre de campagnes nationales très encadrées.

Le bilan de cette procédure apparaît toutefois marginal, tant au regard du nombre de médecins concernés que de son impact global. Depuis sa mise en place effective en 2006, moins de 500 mises sous accord préalable en matière d'arrêts de travail ont été mises en œuvre sur l'ensemble du territoire.

Tableau n° 6 - Mises sous accord préalable déclenchées depuis 2006

	Total MSAP	Durée des MSAP déclenchées					
		6 mois	5 mois	4 mois	3 mois	2 mois	1 mois
2006	44	22	4	6	10	2	0
2007	120	29	10	11	43	22	5
2008	96	31	2	14	28	17	4
2009	21	7	0	0	6	6	2
2010	143	42	3	19	43	28	8
2011	31	11	0	6	7	6	1
Total	455	31%	4%	12%	30%	18%	4%

Source : Cour des comptes – données CNAMTS

Cette portée limitée résulte des seuils élevés retenus pour le déclenchement des mises sous accord préalable dans le cadre des campagnes nationales. Les médecins concernés sont ceux dont les prescriptions d'arrêt de travail sont plus de quatre fois et demie supérieures à la moyenne de leurs confrères sur le ressort de la même union régionale des caisses d'assurance maladie.

Cette procédure apparaît par ailleurs particulièrement lourde, tant sur le plan matériel que juridique. Elle repose sur une mobilisation importante du service médical qui reçoit l'ensemble des arrêts de travail prescrits par le médecin sous accord préalable assortis d'une fiche justificative pour chaque arrêt. Le service médical se prononce ensuite sur chaque arrêt en convoquant une partie des patients concernés pour avis médical.

Les caisses visitées ont cependant mis en évidence le recul significatif des prescriptions pendant la période concernée (avec un infléchissement d'au minimum de 30 %), mais une reprise progressive de leur croissance après quelques mois avant une stabilisation à un niveau

légèrement inférieur. La CNAMTS a évalué à 9 M€ les dépenses évitées par la campagne 2008. L'évaluation des campagnes 2009 et 2010 étant en cours fin 2011, une évaluation pluriannuelle des économies issues du dispositif n'a pu encore être réalisée.

Cette procédure n'apparaît pas comme un outil de régulation dans les plus petits départements. Ainsi, en Saône et Loire, seule une mesure a été mise en œuvre depuis 2007 et dans l'Aube trois. Le ciblage national des très gros prescripteurs sur la base d'un nombre d'arrêts de travail en valeur absolue et non en pourcentage de patientèle rend en effet cette procédure inopérante dans de nombreux territoires. La pertinence de cette méthode qui vise à préserver l'égalité de traitement des médecins sur l'ensemble du territoire est ainsi très contestable.

L'absence de montée en charge de cette procédure, ses résultats limités et sa complexité ont conduit la direction de la sécurité sociale à proposer la création d'un dispositif alternatif.

4 - La fixation d'objectifs quantifiés de diminution des prescriptions : une perspective à préciser

Dans le souci de créer un outil plus souple de régulation, a été instauré en 2011, sur la base des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010⁹⁶, un dispositif de fixation d'objectifs de réduction des prescriptions⁹⁷ : la mise sous objectif quantifié, alternative à la mise sous accord préalable que le directeur de la caisse peut proposer aux médecins dont le niveau de prescriptions excède une moyenne prédéfinie. Elle consiste en une possibilité offerte au médecin de s'engager contractuellement sur l'atteinte d'un objectif quantifié de diminution de ses prescriptions d'arrêts de travail sur une période de quatre à six mois. Le médecin a la faculté de refuser cette proposition au risque de se voir mettre sous accord préalable. En revanche, s'il accepte la contractualisation, il devra atteindre l'objectif fixé, au risque sinon de se voir infliger une pénalité financière.

Cette nouvelle procédure présente l'avantage d'être moins lourde en termes de mise en œuvre. En effet, elle repose sur la responsabilité d'un médecin conseil référent, qui sera chargé d'observer la pratique de médecin et de dresser un bilan de ses prescriptions à mi-parcours et au

⁹⁶ Article 41.

⁹⁷ Décret n° 2011-551 du 19 mai 2011 relatif aux procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable des médecins.

terme de la période de contractualisation. Elle ne nécessite pas un examen systématique de l'ensemble des arrêts prescrits.

Malgré cette apparente simplicité, elle soulève néanmoins de nombreuses difficultés de mise en place. La CNAMTS a élaboré un mode opératoire complexe à destination des caisses, qui devait leur permettre de la mettre en œuvre seulement au printemps 2012.

Ce nouveau dispositif a conduit la CNAMTS à suspendre la campagne de mise sous accord préalable de 2011 et à retarder le lancement d'une nouvelle campagne pour 2012. Ce flottement a suscité des interrogations de la part des caisses et des ELSM, qui se sont retrouvés mi-2011 sans outil contraignant pour agir.

Les acteurs rencontrés dans le cadre de l'enquête ont ainsi largement émis le souhait d'une plus grande autonomie dans le ciblage des médecins aux prescriptions atypiques, encore trop souvent définis sur la base de critères nationaux. La création des observatoires qui vise à développer une analyse locale des caractéristiques des arrêts de travail devrait de fait s'accompagner d'une déconcentration du ciblage des contrôles.

5 - Les limites des outils de régulation des prescriptions

Les efforts entrepris se heurtent à diverse limites très préjudiciables à leur efficacité :

- *Une évaluation insuffisante*

Si l'impact des mises sous accord préalables sur l'évolution des prescriptions des médecins concernés est généralement suivi et analysé, il n'en va pas de même des actions de sensibilisation, des courriers ciblés et des entretiens d'alerte. Dans les CPAM visitées, une seule avait évalué l'impact des campagnes successives sur les prescriptions des médecins. Une évaluation plus systématique devrait être recherchée en vue d'affiner le ciblage de ces actions. Cette évaluation pourra notamment être réalisée à partir de l'observation des écarts de prescription au référentiel de prescription.

- *Une action très limitée sur la prescription hospitalière*

La difficulté à identifier les médecins à l'origine des prescriptions dans les établissements limite la portée des dispositifs de régulation décrits précédemment aux seuls médecins libéraux. Or, les établissements étant à l'origine d'environ 20 % des prescriptions, il apparaît nécessaire de développer des actions spécifiques de convergence des prescriptions, soit au niveau des structures (par service par exemple), soit en mettant en

place un processus d'identification des prescripteurs (dont l'intérêt concerne l'ensemble des prescriptions).

- *Une absence de prise en considération dans les conventions médicales*

L'absence d'éléments relatifs aux arrêts de travail dans les conventions médicales récentes apparaît particulièrement dommageable.

Mis en œuvre depuis 2009, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) proposés aux médecins libéraux volontaires ne comportaient pas d'indicateur relatif aux arrêts maladie. Le volet « optimisation des prescriptions » faisait référence à six catégories de prescriptions de médicaments, sans retenir ce champ.

De même, la nouvelle rémunération à la performance des médecins, issue de la convention médicale du 26 juillet 2011, qui a succédé aux CAPI et qui s'impose à tous les médecins conventionnés sauf refus explicite de leur part, ne prévoit aucun indicateur relatif aux arrêts maladie parmi les 29 indicateurs suivis pour le calcul de la rémunération⁹⁸

L'insertion d'indicateurs relatifs aux prescriptions d'arrêts de travail pour inciter au respect du référentiel désormais diffusé devrait ainsi faire l'objet d'un avenant à la convention.

B - Les actions auprès des assurés

Les actions de régulation entreprises auprès des assurés sociaux ont pour l'instant essentiellement consisté en des campagnes de communication portant sur le rappel de leurs droits et devoirs ou la lutte contre les arrêts abusifs, à visée pédagogique.

Ces campagnes résultent pour l'essentiel d'initiatives régionales dans le cadre de la politique de gestion du risque et prennent la forme d'insertion d'informations dans les courriers aux assurés, voire d'ajout de volets au formulaire Cerfa ou de campagne d'affichage.

Les rares initiatives nationales se sont inscrites dans le cadre de campagnes plus vastes qui n'ont pas porté spécifiquement sur la question des arrêts de travail. Ainsi, la campagne nationale « frauder c'est voler, celui qui fraude sera sanctionné » de septembre 2011, réédition d'une

⁹⁸ Seul l'indicateur de moyens relatifs à l'informatisation du cabinet participe très indirectement à l'amélioration de la gestion des arrêts maladie, à travers la télétransmission (voir Chapitre II.I.C.3)