

# Les arrêts de travail et leur prise en charge

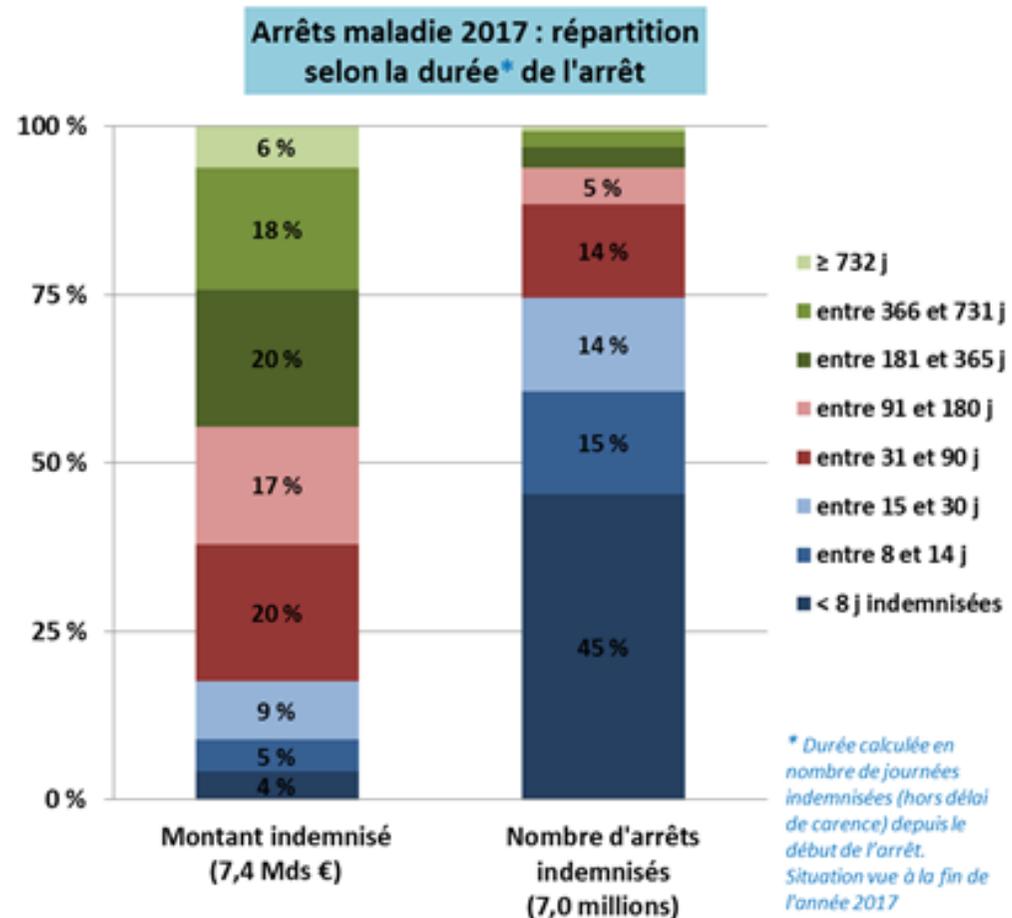
## EXTRAITS

Réunion plénière du 13 novembre 2018

Diagnostic partagé et pistes de réflexion  
Jean Luc Bérard, Pr Stéphane Oustric, Stéphane Seiller

# Constats : l'arrêt de travail

- Les causes des arrêts maladie sont dominées par trois catégories : les troubles anxio-dépressifs, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les lombalgies (77,52% au total).
- Les arrêts de travail inférieurs ou égaux à 30 jours (près de 5,2M d'arrêts) : 75% du nombre total d'arrêts), 18% des dépenses d'IJ (soit 1,3 Mds€).
- Les arrêts de plus de 30 jours (25% des arrêts en nombre) représentent 82 % des dépenses.

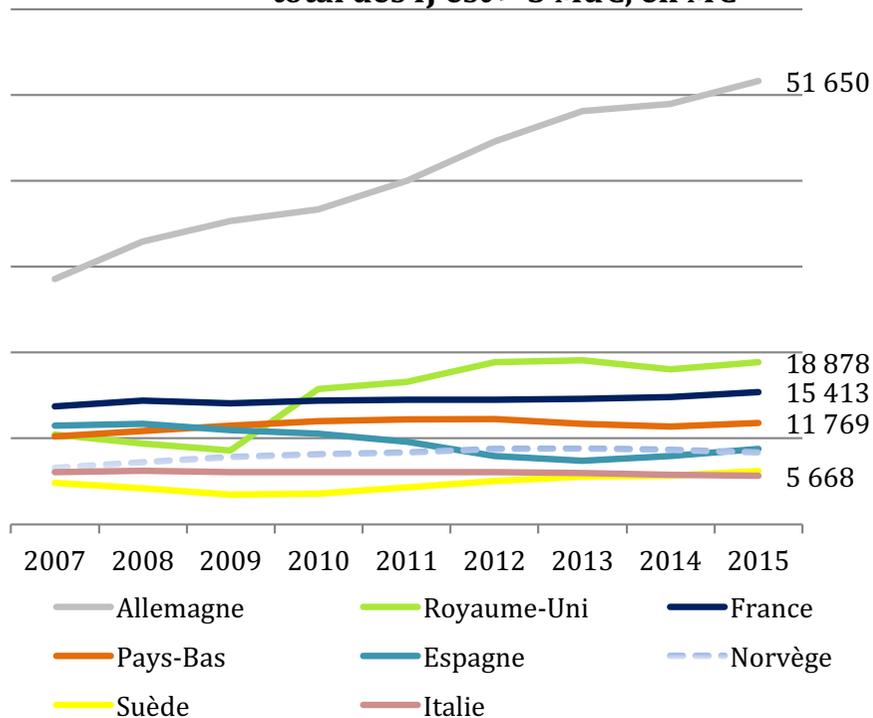


Source : CNAM - Datamart IJ et Prestations en espèces (SNIIRAM-DCIR) Champ : Régime général – France entière - 2017

# Comparaison européenne

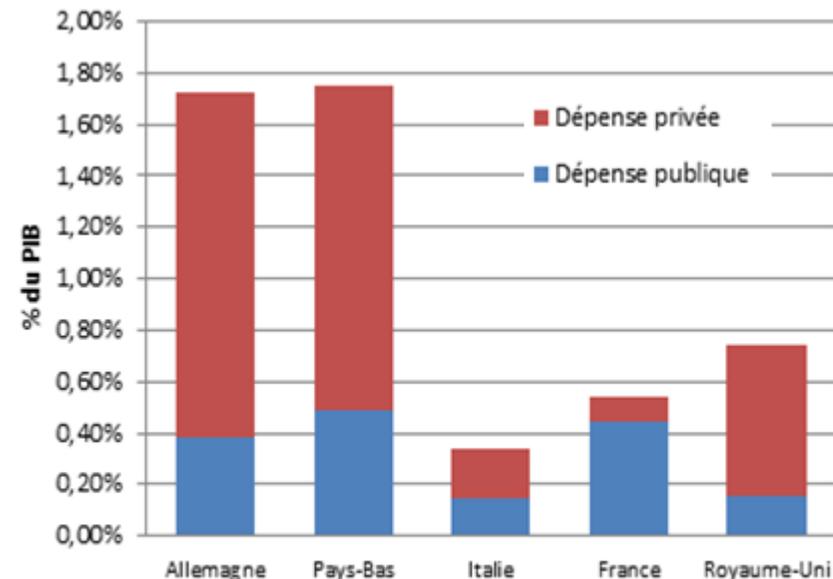
- La plupart des pays européens sont confrontés à une augmentation sensible (Allemagne) ou régulière des dépenses, toutes indemnités journalières confondues, à l'exception de l'Espagne, en légère baisse au cours de la période récente.
- Le système français n'apparaît pas comme étant particulièrement généreux (IRDES).

**Evolution du montant des IJ (maladie, maternité, AT/MP) dans les pays européens dont le montant total des IJ est > 5 Md€, en M€**



Source : eurostat - <https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/database>

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



Source : Données European system of integrated social protection statistics (ESSPROS).  
 Dépense publique : dépenses relatives aux dispositifs publics (composante 1)  
 Dépense privée : dépenses relatives au maintien de salaire obligatoire à la charge de l'entreprise (composante 2) et aux dispositifs mis en place au niveau de l'entreprise (composantes 3 et 4)

Source : étude comparative IRDES

## Les français ne sont pas sur-consommateurs d'arrêts de courte durée.

- La France se situe dans la moyenne des pays européens avec 60 % des salariés qui n'ont pris aucun arrêt, et 29 % ayant pris un arrêt de courte durée <sup>(1)</sup>.
- Les arrêts de travail inférieurs ou égaux à 30 jours (près de 5,2M d'arrêts) : 75% du nombre total d'arrêts, pour seulement 18% des dépenses d'IJ (soit 1,27 Mds€) ; ceux de moins de 7 jours, 44 % des arrêts et moins de 4 % de la dépense d'assurance maladie.
- Il faut néanmoins prendre en compte l'impact « dés-organisationnel » des arrêts courts pour l'entreprise.
- En revanche il existe un nombre important de salariés qui ne posent pas d'arrêt de travail dans une situation le nécessitant (43 % <sup>(2)</sup>). La France, avec le Danemark et Malte, est en tête des pays européens pour le « **présentéisme** » des salariés se déclarant malades (63% <sup>(3)</sup>). Plusieurs raisons sont invoquées : baisse de revenus, pathologie compatible avec la poursuite de l'activité, anticipation de la charge de travail au retour, pression de l'employeur...En l'absence de repos, le rétablissement est plus long, voire le salarié encourt une dégradation de son état de santé, (et un arrêt de plus longue durée). Il existe donc un nombre potentiellement important de salariés qui pourraient ne plus renoncer à s'arrêter totalement de travailler, s'il existait des alternatives à l'arrêt de travail, permettant un repos de courte durée.



(1) 6<sup>e</sup> enquête européenne sur les conditions de travail, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2015

(2) baromètre sur les arrêts de travail « comprendre pour agir » Réhalto-BVA 2017

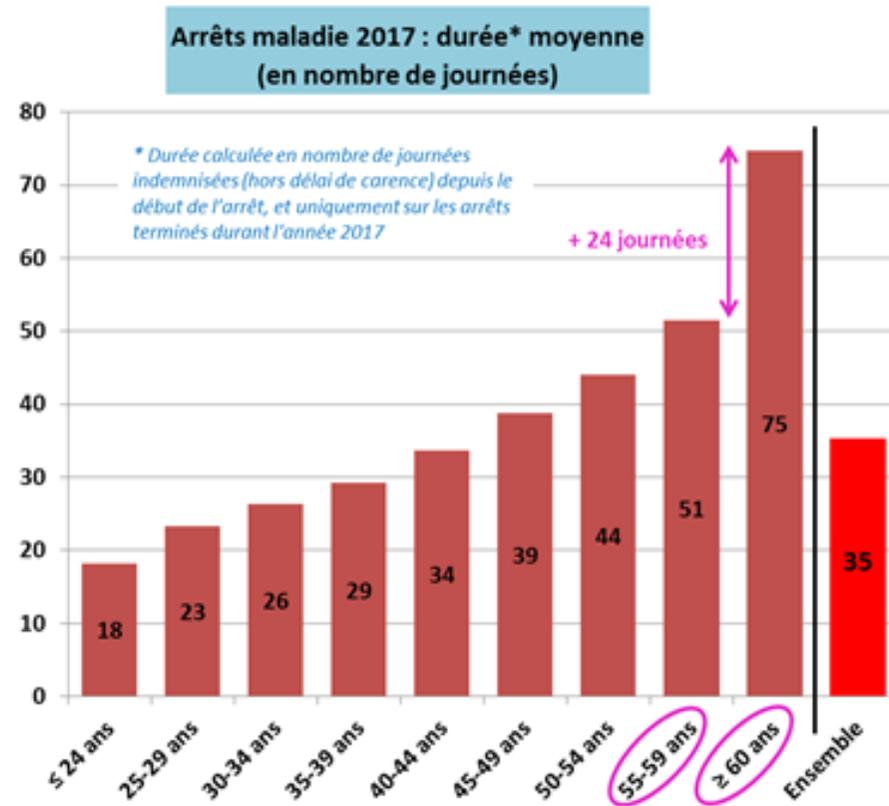
(3) 6<sup>e</sup> enquête européenne sur les conditions de travail, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2015

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

- **Une minorité d'assurés** : les arrêts courts et itératifs ne sont pas facilement contrôlables et contrôlés et l'importance du nomadisme de prescription non objectivée. Le taux d'avis médicaux défavorables (arrêts longs), après ciblage des dossiers, sont faibles (7,4% en 2016).
- **Une minorité d'« hyperprescripteurs »** : la « démarche graduée » (entretiens confraternels, entretiens d'alerte, MSO/MSAP...), n'est pas suffisante et génère des tensions entre médecins conseils et médecins généralistes.
- **Une minorité d'entreprises** : jusqu'ici peu d'outils s'offraient à l'assurance maladie. L'action menée en direction des entreprises atypiques, de plus de 200 salariés, dont les salariés sont « surconsommateurs médicaux » doit être rapidement simplifiée, industrialisée et généralisée.

# C'est sur les arrêts de longue durée qu'il convient de porter les efforts de maîtrise de la dépense.

- Les arrêts de plus de 30 jours (25% des arrêts en nombre) représentent 82 % des dépenses (1).
- La France se situe dans le peloton de tête (derrière la Slovénie, l'Autriche, l'Estonie, la Belgique, la Lituanie) pour le pourcentage de salariés qui déclarent s'être arrêtés plus de 15 jours (11%) (2).
- La durée moyenne des arrêts augmente très sensiblement avec l'âge.



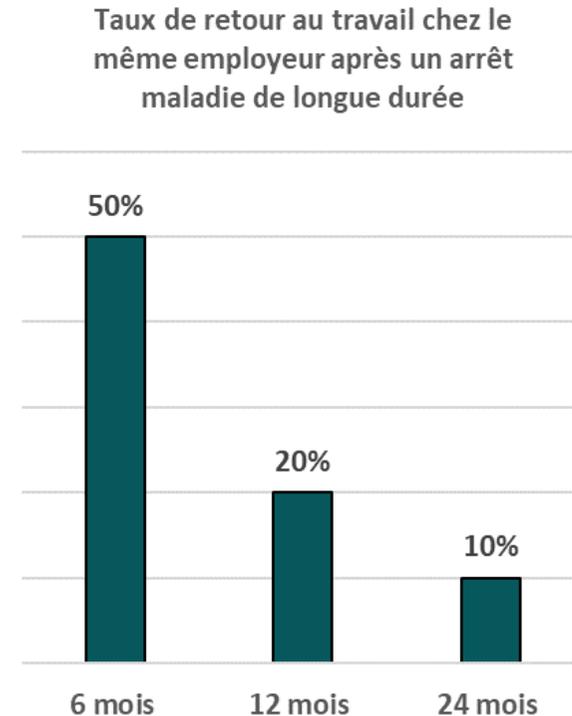
Source : CNAM - Datamart IJ et Prestations en espèces (SNIIRAM-DCIR) - 2017

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

(2) 6<sup>e</sup> enquête européenne sur les conditions de travail, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2015

# La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) doit devenir l'enjeu majeur de la gestion des arrêts de travail longs

- Moins de 50 % des personnes arrêtées depuis plus de 6 mois reprennent une activité professionnelle<sup>(1)</sup>. Ce constat est partagé dans d'autres pays européens (cf. Belgique ci-contre).
- L'arrêt de travail précède la retraite pour une proportion croissante des salariés de plus de 62 ans, à défaut d'invalidité ou de retraite ou cessation d'activité progressive.
- La durée d'arrêt de travail indemnisable est en France beaucoup plus longue que dans la majorité des autres pays européens (cf. graphique page 20).



Source : BeSwic, service public fédéral emploi, travail et concertation sociale en Belgique

<sup>(1)</sup> ANAES « Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques », septembre 2004.

# La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) doit devenir l'enjeu majeur de la gestion des arrêts de travail longs pour les employeurs et les salariés

Plusieurs pays européens ont réformé leur dispositif en mettant en place des processus de « case management » ou des mesures de réintégration professionnelle :

Au Danemark, les salariés peuvent convenir d'un rendez vous avec leur employeur et le médecin de la caisse après 15 jours d'arrêt.

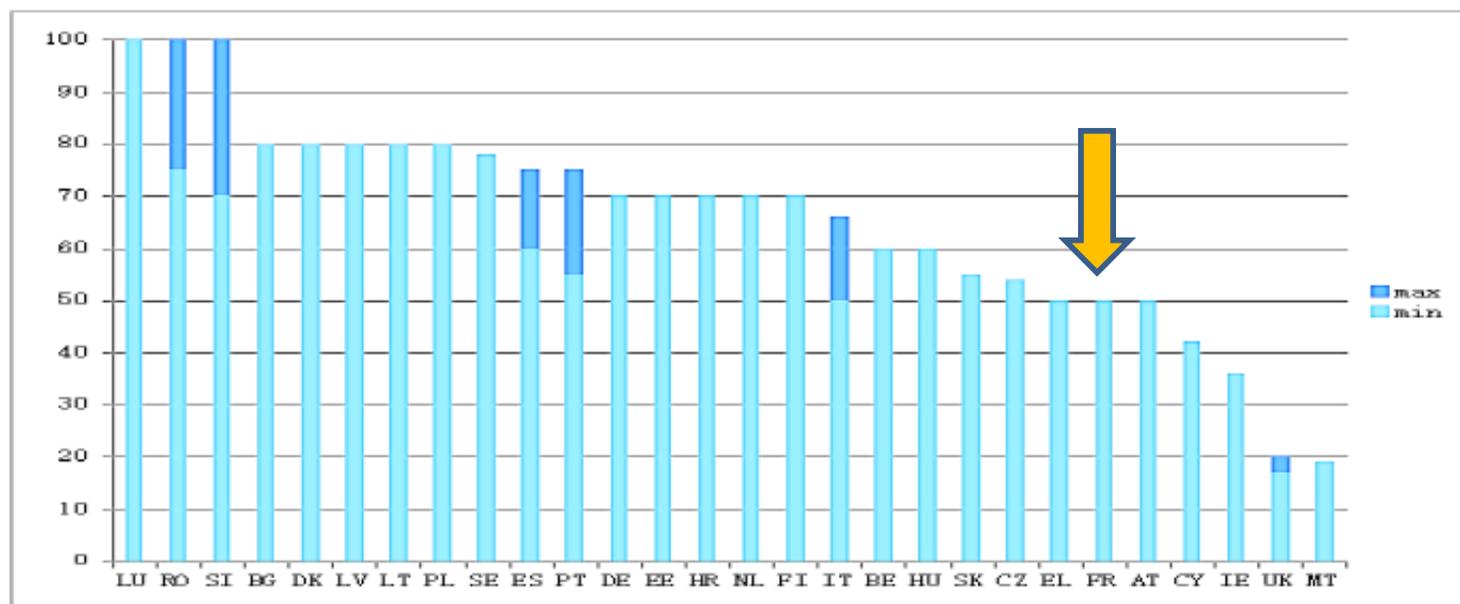
En Allemagne, dès la 3ème semaine d'arrêt, le salarié qui le souhaite, a droit à un accompagnement personnalisé destiné à rétablir la capacité de travail garanti par la loi à tous les salariés depuis 2015. Les médecins du service médical mène ces actions visant à de prévenir la désinsertion professionnelle en accompagnant et en conseillant l'assuré/salarié quant aux possibilités de reprise progressive du travail.

En France, les employeurs comme les salariés en arrêt maladie sont moins sensibilisés à la mise en place d'actions visant le retour à l'emploi, à l'instar de ce qui se pratique pour les salariés en AT/MP.

## Quels dispositifs ailleurs ?

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

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



Source: MISSOC 2015.

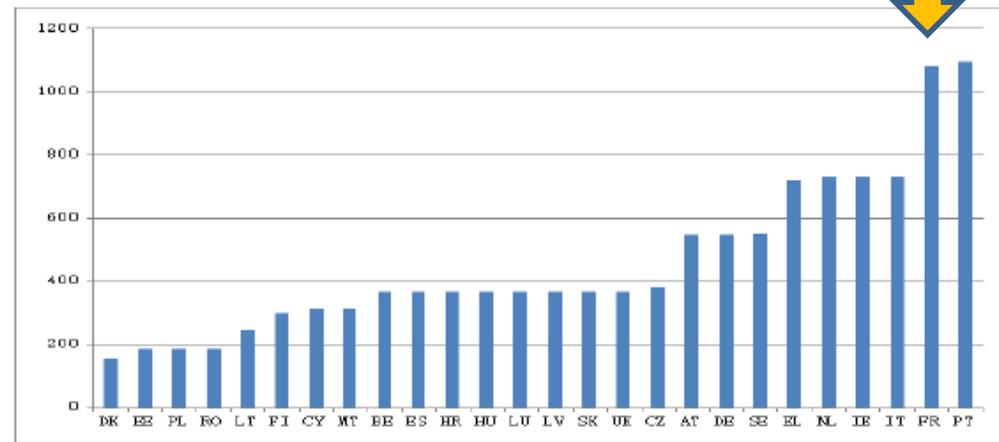
Source : « Sick pay and sickness benefit schemes in European Union, Background report for the Social Protection Committee's , In-Depth Review on sickness benefits”, European Social Policy Network (ESPN), décembre 2016

## La France se distingue par :

- **Tous les pays de l'UE, sauf la France et Malte, ont un système qui fait intervenir successivement** (et non cumulativement) :
  - 1<sup>er</sup> temps : maintien partiel ou total du salaire par **l'employeur** uniquement,
  - 2<sup>ème</sup> temps : **système de protection sociale**.
- Plus de la moitié des pays de l'UE ont établi **un délai de carence** (de 1 à 7 jours, 3 jours en moyenne). En France, pour les fonctionnaires, le délai de carence est de 1 jour, pour les salariés du secteur privé : 3 jours pour les indemnités de la sécurité sociale et 7 jours pour les indemnités complémentaires (mais pour 70 % couverts par des accords de branche ou d'entreprise), 0 jour en Alsace Moselle.

- **Durée maximale d'indemnisation : 360 jours** (3 ans pour le Portugal)

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



Source: MISSOC (2016)

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

La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) doit devenir une priorité de la gestion des arrêts de travail longs pour les régimes.

- Les services du contrôle médical doivent non seulement contrôler la justification de l'arrêt de travail mais également adapter leur action pour faire du retour à l'emploi de l'assuré une priorité. Outre les agents « facilitateur IJ », il existe des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle (dont le renforcement est prévue dans les conventions d'objectifs et de gestion de la branche AT/MP et maladie) visant la mise en place de démarches de « case management » et d'accompagnement global.
- La politique de contrôle des arrêts longs doit être revue à l'aune de la médicalisation croissante des contrôles. Ainsi les contrôles liés à l'article L324-1, réalisés au 6<sup>ème</sup> mois dans le but d'éviter la chronicisation de l'arrêt, et qui constituent une grande partie de l'activité du service médical apparaissent de ce fait plus liés à une contrainte administrative qu'à une motivation thérapeutique. Le risque de chronicisation diffère selon la pathologie. Une meilleure connaissance des éléments d'ordre médical et les progrès réalisés en matière d'analyse de la consommation de soins devrait permettre d'adapter et de rendre plus efficace le contrôle médical.

# Garantir la soutenabilité financière du système d'indemnisation « arrêt de travail » : quelles actions pour les salariés ?

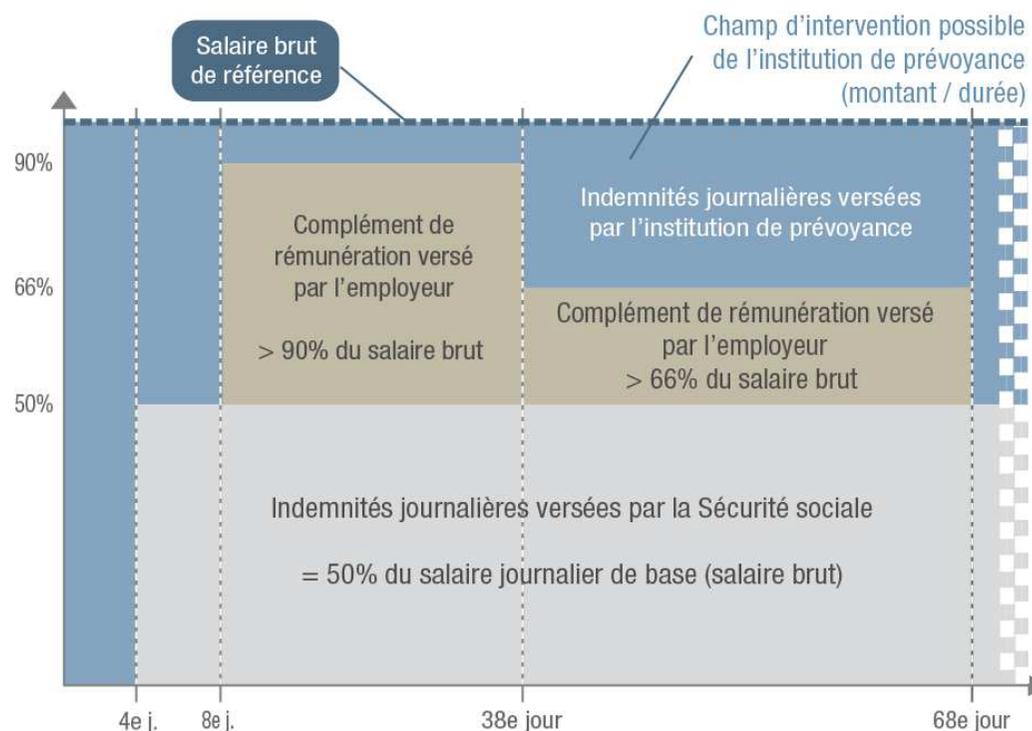
En France, la durée de versement des indemnités journalières maladie est différente selon que l'assuré est en affection de longue durée (ALD) ou non. Hors ALD, la durée de versement des indemnités journalière maladie est de 360 jours par période de 3 ans. En ALD, la durée d'indemnisation s'étend à 3 années. C'est l'un des dispositifs les plus généreux au niveau européen (mis à part le Portugal, la Slovénie et la Bulgarie). Cette durée n'incite pas au retour à l'emploi.

Comme on l'a vu, la durée moyenne des arrêts augmente très sensiblement avec l'âge.

En 2015, 0,5 % des assurés ont validé des trimestres l'année même ou l'année précédant le départ à la retraite au titre de la maladie (4,5% au titre de l'invalidité). Leur part diminue au cours des 5 dernières années. Depuis 2010, la CNAV note une augmentation de la proportion des assurés ayant une présomption d'emploi avant leur retraite.

# Le dispositif actuel est inéquitable et complexe (1)

- **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.



Source : CTIP

- Une grande majorité des demandeurs d'emploi en arrêt maladie ne fait pas valoir ses droits à IJ (94%, CPAM Val de Marne), probablement par peur de se retrouver sans ressources, du fait des délais de versement de l'IJ, des démarches (réinscription obligatoire à Pôle emploi pour un arrêt de plus de 15 jours), voire par crainte d'une perte de revenus.

## Le dispositif actuel est inéquitable et complexe (2)

- **9 millions de personnes exclues du 2<sup>ème</sup> étage (employeur, loi de mensualisation) :**

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

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

## Le dispositif actuel est inéquitable et complexe (3)

- **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).
- **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).
- Le délai de versement moyen d'une IJ à un assuré du régime général est d'une trentaine de jours.