

S O M M A I R E

CHAPITRE I - LES CONGES DE MALADIE	5
Section I - Le régime général.....	5
1) Chiffres clés	5
a) Le nombre de journées d'arrêts de travail.....	5
b) Fréquence et durée des arrêts indemnisés.....	6
c) Evolution de long terme de l'absentéisme maladie	7
d) Evolution des IJ en volume ; facteurs d'explication.....	7
e) Dépense et financement.....	9
f) Comparaisons internationales sur l'absentéisme pour raison maladie	10
2) Les arrêts	13
a) Assurés concernés.....	13
b) Les prescripteurs.....	18
c) Disparités.....	20
3) Le système de prise en charge	22
a) Caractéristiques générales	22
b) La prise en charge dans le régime de base.....	22
c) Les deuxième et troisième étages de la prise en charge.....	26
d) Profil intégré résultant de la combinaison des trois étages	32
e) Comparaisons internationales.....	33
f) L'assurance individuelle	33
4) Politique à mener.....	33
a) La conception du système de prise en charge.....	33
b) L'inégalité de la prise en charge entre les assurés.....	35
c) Le portage des premiers jours des arrêts maladie et la date d'intervention de la sécurité sociale.....	35
d) Le retour à l'activité en cas d'arrêt de travail prolongé.....	36
e) L'étude de la faisabilité d'un référentiel sur la prescription d'arrêts de travail	36
f) La pertinence du statut fiscal des IJ des assurés en ALD.....	36
g) La gouvernance du système.....	36
5) Politique de contrôle.....	36
a) Les contrôles par les caisses de sécurité sociale	37
b) Les contrôles diligentés par les entreprises	39
Section II - Les fonctions publiques.....	41
A) La fonction publique de l'Etat (hors personnels militaires)	41
1) Les chiffres clés.....	41
a) Fréquence et durée des arrêts.....	41
b) Disparités.....	42
c) Données financières.....	42
2) Le système d'indemnisation.....	43
a) Le maintien de tout ou partie du traitement par l'employeur.....	43
b) La protection complémentaire.....	44
3) La politique de contrôle.....	45
B) Les fonctions publiques territoriale et hospitalière.....	45
1) Chiffres clés	45
a) Absentéisme.....	45
b) Répartition des arrêts par durée.....	46
c) Caractéristiques	46

2) Le régime de prise en charge.....	47
a) Par l'employeur	47
b) Par la protection complémentaire	47
Section III - Le Régime social des indépendants	49
A) Les commerçants, industriels et artisans du RSI	49
1) Les chiffres clés.....	49
2) Le système de prise en charge.....	51
a) Par le régime de base	51
b) Par les contrats Madelin	53
3) La politique de contrôle.....	53
B) Les professions libérales	54
C) La protection complémentaire.....	56
1) Caractéristiques des contrats	56
2) Chiffres clés	56
a) Les travaux menés au RSI	56
b) L'étude de la FFSA	56
Section IV - La MSA.....	57
1) Chiffres clés	57
2) Le système de prise en charge.....	58
a) Conditions d'ouverture de droit et règles d'indemnisation dans le régime de base.....	58
b) L'application de l'accord du 10 décembre 1977 sur la mensualisation.....	58
c) Protection complémentaire	58
3) La politique de contrôle.....	59
Section V - Synthèse.....	60
1) On ne procède pas à des comparaisons sur le volume des arrêts maladie entre les régimes.....	60
2) Les régimes de prise en charge.....	60
a) L'arrêt maladie fait l'objet d'une prise en charge par un régime obligatoire pour l'ensemble des actifs à l'exception des exploitants agricoles et de quelques professions libérales.....	60
b) Des conditions d'ouverture des droits excluent les assurés dont les références d'activité antérieure sont trop ténues.....	60
c) Les durées de bénéfice de la prise en charge	60
d) Les règles d'indemnisation sont plus ou moins « généreuses ».....	60
e) La prise en charge par des couvertures complémentaires	61
f) La politique de contrôle est très inégale.....	61
CHAPITRE II - INVALIDITE	62
A) L'invalidité concerne un nombre significatif d'assurés.....	62
B) L'invalidité concerne des personnes dont l'état de santé ne leur permet plus de participer à une activité professionnelle	62
C) Les invalides sont classés en trois catégories.....	63
D) Processus d'entrée.....	63
a) Le caractère contributif du régime.....	63
b) Situation de santé des assurés à l'admission : les motifs médicaux d'admission	64
c) L'admission et le classement	64
E) Les dépenses d'invalidité.....	64
F) Indemnisation par la pension d'invalidité.....	65
1) Les deux étages obligatoires	65
a) La pension d'invalidité servie par le régime général	65
b) Le revenu des ménages de pensionnés	68
2) La prévoyance	69
a) Estimation de l'importance de la prévoyance en invalidité dans le compte du handicap.....	69
b) La prise en charge complémentaire	69

c) Lorsque le pensionné d'invalidité bénéficie d'une AAH différentielle ou d'une carte d'invalidité, il peut percevoir l'un des deux compléments de l'AAH.....	71
G) Inégalités dans le système d'indemnisation et le revenu des invalides.....	72
a) Une partie des invalides ont des revenus très faibles.....	72
b) Des ménages très modestes.....	72
c) Des ménages plus aisés lorsque.....	72
H) Cohérence entre le statut des pensionnés d'invalidité et d'autres dispositifs sociaux.....	73
a) Comparaison avec l'AAH.....	73
b) La carte d'invalidité.....	74
c) Avantages attachés à ce statut.....	74
I) Autres éléments qui contribuent au niveau de vie.....	75
a) Le statut fiscal.....	75
b) L'exonération du ticket modérateur.....	75
c) L'assurance des emprunteurs.....	76
J) Activité professionnelle ; cumul activité/pension.....	76
a) Les invalides bénéficient des dispositifs prévus pour favoriser l'emploi des personnes handicapées.....	76
b) Niveau d'activité et cumul pension/revenu d'activité.....	76
K) Gestion des droits.....	77
L) Incidence de l'invalidité sur les retraites.....	77
M) Comparaison avec les pays étrangers (note à venir).....	77
ANNEXE 1 - Etudes à entreprendre.....	78
ANNEXE 2 - Aides au logement (ALF, APL, ALS) et prestations en espèces.....	80
ANNEXE 3 - Taux de remplacement net/net dans le régime de base.....	82
ANNEXE 4 - Taux de remplacement du salarié en fonction de son ancienneté dans l'entreprise.....	86
ANNEXE 5 - Comparaisons internationales sur les congés maladie.....	88
ANNEXE 6 - Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques.....	90
ANNEXE 7 - Les contre-visites, source : Securex.....	95
ANNEXE 8 - Le régime d'invalidité en Europe.....	96

Les prestations en espèces – hors maternité et accident du travail

Les enjeux

1) Un assuré sur quatre s'arrête au moins une fois en congé de maladie et certains sur une longue durée. Dans 800 000 foyers on compte un pensionné d'invalidité.

Plus d'un million d'assurés ont un état de santé très dégradé, parfois de façon durable.

Malgré l'étendue de la protection sociale assurée par les régimes de base et la prévoyance complémentaire, la maladie entraîne pour nombre de ces assurés une forte diminution de revenus.

2) Les dépenses sont importantes :

Pour le seul régime général (hors sections mutualistes) : 5,2Md€ pour les arrêts maladie et 4,2Md€ en invalidité en 2006. A ces sommes, il faut rajouter environ 3Md€ de protection complémentaire.

3) La prévoyance occupe dans l'indemnisation une place importante (un tiers pour les arrêts maladie ; moins de 20% pour l'invalidité). Or, elle est beaucoup moins égalitaire que les régimes de base.

4) Les conditions de vie et de revenus de ces assurés sont mal connues.

Les carences majeures concernent le nombre de ménages couverts par des dispositifs de prévoyance et les caractéristiques de l'indemnisation qu'ils assurent.

L'annexe 1 fait une première liste des travaux qu'il conviendrait de mener pour mieux apprécier les pistes de réforme évoquées dans la note et dans l'avis qui lui est associé.

5) La politique à mener doit être centrée sur la prévention des arrêts maladie et l'amélioration des prises en charge en vue (et lors) du retour au travail. L'analyse de cette politique dépasse la compétence du Haut conseil ; mais celui-ci considère qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour les entreprises, les salariés et les intervenants professionnels (médecins traitants, médecins du travail et médecins conseil de la sécurité sociale).

Le Conseil souligne

- l'intérêt de développer les études sur les déterminants des arrêts de travail et leurs variations.
- la nécessité que les mécanismes d'assurance (dont il ne s'agit pas de mettre en cause la valeur) contribuent à ce que les intéressés (entreprises et salariés) privilégient le maintien (ou le retour) au travail.

Chapitre I - Les congés de maladie

Section I - Le régime général

1) Chiffres clés

L'étude porte sur les indemnités journalières maladie, versées par le régime général stricto sensu¹.

a) Le nombre de journées d'arrêts de travail

En 2006, 201 millions de journées ont été indemnisées au titre de la maladie. Il s'agit ici de jours calendaires (sont alors décomptés la totalité des journées couvertes par un arrêt qu'elles soient ouvrables ou non).

Le nombre d'arrêts de travail maladie indemnisés est de 6,127M. On compte pour un arrêt l'arrêt initial et ses éventuelles prolongations.

Pour évaluer le nombre des jours d'arrêt, indemnisés ou pas, il convient de redresser ce chiffre pour tenir compte

- des arrêts de un à trois jours. Nous ne disposons pas de données pour le régime général. Mais on peut, pour fixer un ordre de grandeur, se référer :

* aux résultats de l'enquête européenne² de 2000 sur le taux de déclaration d'arrêts de 1 à 4 jours : 9% de la population concernée (près de 2M dans le champ étudié) et 4M de journées avec une hypothèse de 2 jours par arrêt ;

* aux données propres à la fonction publique d'Etat (20% de la population concernée pour près de 3 jours). Si on applique ces références au régime général, on aurait environ 12 M de journées.

La fourchette est donc assez large : de 2 à 6% des jours indemnisés.

- des trois premiers jours non indemnisés des arrêts (18,35M de journées, chiffre calculé par excès³)

- des assurés qui butent sur le plafond de durée (un an dans les trois ans), effectif vraisemblablement marginal

- des assurés qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité au titre de la condition d'activité antérieure (voir infra).

Avec ces ajustements, on pourrait se situer aux environs de 250M de jours d'arrêt et un ratio nombre d'IJ/nombre de journées couvertes par un arrêt de travail de l'ordre de 80 %.

¹ C'est à dire hors assurés des sections mutualistes (ces sections qui regroupent en métropole 7,85M d'assurés au 1/1/2007 soit 14% des bénéficiaires du régime, prennent directement en charge les arrêts maladie) et hors fonctionnaires titulaires.

² "European Survey on Working Conditions", 2000

³ On n'applique pas de délai de carence lorsque la reprise d'activité entre deux arrêts est au plus de deux jours d'une part, pour les arrêts successifs des assurés en ALD d'autre part.

Ces 250M de journées d'arrêt pourraient correspondre à près de 180M de journées de "travail perdu" pour l'entreprise par application du facteur 5/7 (soit 5 jours par semaine, afin de ne pas comptabiliser des jours de repos comme jours d'absence). Le taux d'absentéisme des salariés du régime général, selon la définition retenue par le BIT⁴, peut être évalué à 4%.

b) Fréquence et durée des arrêts indemnisés

On compte 4,434M d'assurés arrêtés dans le champ étudié. La population potentielle (salariés actifs et chômeurs) est de 20M de personnes⁵. Il y aurait donc 22,2% de personnes arrêtées au moins une fois dans l'année.

En moyenne, on compte 1,38 arrêts par personne arrêtée (selon une étude de la CNAMTS sur 2002, 70% des assurés arrêtés n'ont eu qu'un seul arrêt de travail dans l'année ; 21% en ont eu deux ; 9% au moins trois).

La durée moyenne de l'arrêt est de 32,8 jours.

La durée cumulée des arrêts pour chaque assuré arrêté est de 45,3 jours.

Cette durée pourrait correspondre à 32 jours de "travail perdu" (par application du facteur 5/7, soit 5 jours par semaine, afin de ne pas comptabiliser des jours de repos comme jours d'absence), soit un peu plus de 14% du temps de travail.

La répartition de ces arrêts par durée et les dépenses qui leur sont associées sont données dans le tableau ci-dessous. 10,5 % de la dépense publique provient d'arrêts de moins de 15 jours qui représentent 64 % des arrêts.

Dispersion des durées de versement d'IJ, Régime général, 2006

	% des arrêts	% des montants d'IJ	% nombre d'IJ	% de jours indemnisés dans chaque classe d'arrêt
Moins de 8 jours	48,2	5,1	5,0	11,3
8 - 14 jours	15,8	5,4	5,4	13,1
15 - 30 jours	14,5	10,2	10,1	15,0
31 - 90 jours	13,2	22,0	22,2	25,8
90 - 180 jours	4,3	17,2	17,7	17,2
180 jours et +	4,1	40,1	40,1	17,6

Sources : CNAMTS, ERASME V 2006

Calculs : HCAAM

⁴ Le taux d'absentéisme du BIT se définit comme la part des jours d'arrêt dans le nombre total de jours travaillés de l'ensemble des agents.

$$\text{taux d'absentéisme} = \frac{(\text{nombre de jours d'arrêt}) \times \left(\frac{5}{7}\right) \times 100}{\text{effectif} \times (\text{nombre moyen de jours travaillés par an et par agent})}$$

Nous avons fait le calcul sur la base de 225 jours travaillés en moyenne par an par salarié et 20M de salariés

⁵ Source : enquête emploi 2005 sur la répartition des actifs occupés de 15 ans et plus.

c) Evolution de long terme de l'absentéisme maladie

Depuis le milieu des années 70 et jusqu'en 1997, les dépenses en IJ de l'assurance maladie suivent une courbe descendante ; la tendance s'inverse ensuite avec une forte accélération des taux de croissance à partir de 2000 (croissance des IJ de 46% sur la période 1997/2002, soit une fois éliminée la croissance du salaire moyen de référence, une progression en volume de l'ordre de 35%).

La période récente est marquée par une diminution sensible des IJ en volume.

Selon la CNAMTS, on serait revenu au niveau de 1997, une fois neutralisés la croissance et le vieillissement de la population salariée.

d) Evolution des IJ en volume ; facteurs d'explication

Plusieurs facteurs sont fréquemment évoqués pour expliquer tant la prescription individuelle, que l'évolution des arrêts maladie et des dépenses correspondantes. La prescription d'IJ par un médecin est ainsi fondamentalement déterminée par l'état de santé de son patient, mais certaines caractéristiques individuelles du patient comme du médecin lui-même (âge, genre, taux d'activité du médecin, conditions de travail du patient...) peuvent toutefois influencer l'acte de prescription, de même que certains comportements opportunistes qui sont parfois avancés⁶. D'un point de vue plus macro-économique, l'évolution des prescriptions d'IJ est souvent décrite comme étant liée à l'évolution de la structure de la population active, du marché de l'emploi ou encore de la croissance économique. Certaines politiques sociales ou de contrôles peuvent également avoir un impact déterminant sur l'évolution de ces prestations.

En schématisant, car les champs et données diffèrent, on pourrait distinguer plusieurs périodes alternant cycliquement des phases de forte croissance et de fort ralentissement tant en nombre d'indemnités prescrites qu'en montants remboursés :

- 1975-1988 : plutôt forte décroissance,
- 1988-1997 : plutôt stabilisation vers le bas,
- 1997-2003 : plutôt nouvelle forte poussée, mais qui ne semble pas rejoindre le niveau des années soixante-dix,
- 2003-2005 : forte décroissance,
- à partir de 2006 : possible remontée.

Si la littérature ne permet pas une analyse homogène sur un champ donné, elle apporte en revanche une vision relativement consensuelle des facteurs qui peuvent influencer tant la prescription d'IJ que son évolution globale.

⁶ Midy F., Les indemnités journalières versées au titre des arrêts maladie par le régime général : état des lieux et déterminants, Revue médicale de l'assurance maladie, volume n°36, juillet/septembre 2005.

Pour mesurer avec précision l'impact à long terme de ces différents facteurs, une récente étude de la Cnamts⁷ propose un modèle explicatif des versements d'indemnités journalières maladie (de moins de trois mois uniquement⁸) sur la période 1995 et 2005, les versements d'IJ étant approchés par le nombre d'IJ par salarié du secteur privé⁹.

Le modèle retenu montre que le taux de chômage est le facteur le plus explicatif de l'évolution des IJ de courte durée sur la période ; il explique 46,2% de la variance et a en effet un effet accélérateur à la baisse. L'une des explications est que lorsque le chômage baisse, des personnes jugées moins « employables » (plus fragiles, ou en plus mauvais état de santé) sont employées, ce qui accroît le risque d'arrêt de travail. Néanmoins, il semble que la relation entre chômage et IJ soit moins nette depuis les années 2000.

La politique des contrôles, qui retrace le retournement de tendance à partir de fin 2003, explique 18,5% de la variance expliquée par le modèle, avec également un effet accélérateur à la baisse. En effet, la mise en place de cette politique de contrôle fait en effet diminuer les IJ plus vite que l'effectif salarié par son effet incitateur pour les assurés à avoir moins recours aux arrêts de travail dits « non justifiés médicalement » et pour les prescripteurs à en délivrer moins. Néanmoins, il semble que cette politique de régulation touche plus fortement les arrêts de longue durée. De plus, l'effet de cette politique aura probablement un effet de moins en moins fort à long terme à mesure que les arrêts « non justifiés médicalement » se réduiront¹⁰.

La part des enfants âgés de 0 à 4 ans dans la population explique faiblement l'évolution du nombre d'IJ (3,2% de la variance expliqué), avec un impact positif des enfants en bas âge sur le nombre d'IJ. Au contraire, la part des travailleurs âgés entre 55 et 59 ans est un facteur important dans l'explication du nombre d'IJ par salarié ; elle explique 6% de la variance, avec un coefficient positif, l'augmentation de la part des salariés âgés faisant augmenter le nombre d'IJ plus vite que le nombre de salariés. L'âge est en effet souvent avancé comme facteur explicatif de la fréquence des arrêts et de leur durée, mais dans un sens opposé (arrêts plus fréquents chez les salariés jeunes mais plus longs chez les plus âgés) ; au total, le nombre moyen d'IJ croît avec l'âge (il est très supérieur pour les salariés âgés de plus de 50 ans que pour ceux de moins de 40 ans).

⁷ Cnamts, Kusnik-Joinville O., Lamy C., Merlière Y. et Polton D., Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie, Points de repère, n°5, novembre 2006.

⁸ Remarque : elles comprennent quand même les premiers mois des IJ longues.

⁹ La croissance des salariés du privé semble plus déterminante pour l'évolution des IJ que celle de l'ensemble des actifs dans la mesure où les chômeurs perçoivent globalement peu d'IJ même s'ils y ont droit. Modéliser le nombre d'IJ par salarié permet de neutraliser la corrélation entre l'évolution des effectifs de salariés et celles des autres variables explicatives. Le nombre d'IJ est en effet fortement influencé, de manière mécanique, par la masse salariale, et donc les effectifs de salariés susceptibles de recevoir des IJ : selon le modèle développé par la Cnamts, lorsque le nombre de salariés du privé augmente de 1%, le nombre d'IJ augmente de 1,4%.

¹⁰ Une enquête de la Cnamts estime entre 6% et 7% le taux d'arrêts de travail « non médicalement justifiés » selon la durée de l'arrêt. Ces derniers seraient en moyenne moins « justifiés » lorsqu'ils auraient à trait à des troubles mentaux ou du système ostéo-articulaire, que lorsqu'ils sont en rapport avec des complications de grossesses, des tumeurs, des maladies de l'appareil circulatoire ou si les assurés sont en ALD 30. (Description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois, octobre 2004).

L'étude de la Drees¹¹ a montré que les IJ maladie de longue durée ne répondent pas exactement aux mêmes facteurs que les IJ de courte durée. Elles augmentent quant à elles avec le taux d'actifs de plus de 55 ans¹² ainsi qu'avec les IJ de courte durée¹³, mais ne sont en revanche pas déterminées par le taux de chômage. En effet, des problèmes plus lourds de santé ne laissant pas toujours le choix au demandeur d'emploi d'un non recours à un arrêt de travail.

Comme pour les IJ de courte durée, les IJ de longue durée sont également liées positivement à un autre facteur, l'activité des médecins, par un lien indirect à travers la variable explicative d'IJ de courte durée. En effet, lorsque l'activité des prescripteurs¹⁴ croît plus vite que l'activité économique, le volume d'IJ par salarié a tendance à augmenter (et inversement lorsque la croissance de l'activité des médecins est inférieure à celle de l'activité économique).

A long terme, les IJ de longue durée sont en outre liées négativement avec la mise en place de la politique de contrôle et cette politique a un impact néanmoins plus fort sur les IJ de longue durée que sur les IJ de courte durée, ce qui est cohérent avec la mise en application de la politique de régulation. Selon les résultats de ce modèle, les baisses observées en 2004 et 2005 seraient entièrement dues à la politique de contrôle (les autres variables ayant plutôt eu un impact positif, excepté l'impact des IJ courtes sur les IJ longues qui aurait eu un impact négatif en 2005).

D'autres facteurs moins « structurels » peuvent être envisagés, en particulier pour expliquer les évolutions récentes, même s'ils sont difficiles à prendre en compte dans de tels modèles. Ce sont des facteurs exogènes :

- le déport d'une partie des IJ sur l'invalidité pourrait expliquer selon l'étude de la Cnamts précitée 20 à 25% de la baisse du nombre d'IJ en 2004 et 8% en 2005. La durée moyenne de l'arrêt de travail avant mise en invalidité semble s'être raccourcie depuis 2003.
- des facteurs épidémiologiques (pics épidémiques saisonniers etc.) ou socio-économiques (conditions de travail et catégorie socio-économique des assurés, baisse des accidents de la route, impact des départs anticipés à la retraite...). Des études intégrant des facteurs plus micro-économiques pourraient également expliquer l'évolution des IJ en fonction de caractéristiques individuelles des assurés ou des prescripteurs mais leur impact n'a pu être quantifié à ce stade.

e) Dépense et financement

e1) Les dépenses pour le régime général

- l'IJ moyenne (nette) est de 25,83€ en 2006, correspondant à un salaire brut de 1 660€/mois, soit 66% du salaire moyen pour les emplois à temps complet.
- les dépenses du régime général s'élèvent à 5,2Md€.

¹¹ Cf. Etude de Lé-Raynaud précitée.

¹² Les problèmes de santé arrivant le plus souvent avec l'âge et nécessitent des arrêts plus longs que pour des salariés plus jeunes, ce qui est cohérent avec l'observation.

¹³ Cette variable est retardée d'un trimestre et corrigée des variations du chômage et des contrôles. Même retardées d'un trimestre, l'impact des IJ de courte durée sur les IJ de longue durée reste somme toute assez mécanique, les trois premiers mois des arrêts longs étant considérés comme des arrêts de courte durée dans les données.

¹⁴ Mesurée dans cette étude par les honoraires en volume des médecins, sages-femmes et dentistes.

- les IJ maladie du régime de base ne font pas l'objet d'un financement affecté. Les dépenses de l'espèce sont intégrées dans l'ONDAM. Elles sont financées :

- * pour un pourcentage minime par une partie du versement de la branche AT (il s'agit d'une soule - dont le montant est controversé – compensant le fait qu'une partie des arrêts classés en « maladie » devraient incomber à la branche AT) ;
- * pour l'essentiel sur les ressources ordinaires de la branche maladie. Elles mobilisent ainsi 8% des cotisations (patronales et salariales) ;
- * la cotisation finançant les IJ est indépendante du taux d'arrêt maladie de l'entreprise ou de la branche (logique différente de la branche AT/MP).

e2) Les dépenses de protection complémentaire

Il n'existe pas de comptes consolidés précis permettant d'ajouter à ces dépenses les indemnités versées aux salariés du régime général au titre de la protection complémentaire. On peut estimer que le ratio entre les IJ versées par l'assurance maladie et le total des indemnités pourrait être de 65% (c'est le résultat retenu par le rapport IGAS/IGF d'octobre 2003).

La place de la protection complémentaire est donc beaucoup plus importante que dans le champ des prestations en nature.

f) Comparaisons internationales sur l'absentéisme pour raison maladie

f1) Nombre de journées d'absence indemnisées pour raison maladie

Bien que l'absentéisme puisse être appréhendé de différentes manières (nombre de jours d'absence au travail, part des salariés absents ou encore part du temps de travail perdu), il existe assez peu de données homogènes permettant de l'appréhender.

Les données étrangères les plus fréquemment disponibles reportent le nombre de journées indemnisées comptabilisées par les systèmes de prise en charge. Les comparaisons sont alors rendues difficiles dans la mesure où le nombre de journées indemnisées dépend des régimes de prise en charge (période de carence non indemnisée, indemnisation de certains jours de repos comme les week-ends...).

Un récent rapport du DICE sur l'absentéisme pour raison maladie¹⁵ permet néanmoins de faire ces comparaisons. Les données disponibles souffrent d'un certain nombre de limites essentiellement méthodologiques que souligne le DICE :

- les données sont recueillies à travers différentes bases de données (OCDE et OMS)
- de nombreuses données sont manquantes
- la définition d'une notion commune d'absentéisme aux différents pays étudiés. En principe, la définition est claire : journées d'absence indemnisées pour raison maladie ou accident par employé et par an. Certains pays qui ne pouvaient pas remplir l'information correspondant exactement à cette définition en raison de systèmes de couverture très différents de celui qui prévaut en France par exemple – ont dû nécessairement l'adapter.

¹⁵ Database for Institutional Comparison in Europe (DICE), "Absenteeism due to illness", février 2007.

Par exemple, l'Allemagne ne reporte que les données relatives aux employés couverts par l'assurance santé statutaire (soit 90% des employés) et remplit facultativement celles relatives aux arrêts de moins de trois jours dont l'indemnisation dépend du choix de chaque entreprise.

Avec prudence, le rapport note cependant de fortes disparités entre les pays (tableau ci-dessous). La diversité des systèmes de couverture et leur caractère plus ou moins protecteur apparaît comme un facteur explicatif important. Certains économistes ont avancé que la générosité du système dans l'indemnisation des jours d'absence pouvait raisonnablement être un facteur déterminant des forts taux d'absence observés dans certains pays. L'importance des dépenses de santé rapportées au PIB est un autre facteur de disparité qui peut être avancé : plus la dépenses est importante (interprétée comme un signe de qualité des services de santé) plus le pourcentage de jours d'absence serait faible.

Absence from work due to illness, in working days per employee, 1970 – 2005

		1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Austria	WHO	18	16.8	16.7	14.8	13.4	13.2	12.9	12.4	12.6	12.5	12.6	12.4	12.2	12.0	12.1	11.5
Belgium	OECD	5.4	6.5	7.3	7.8	7.2	7.1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Czech Rep.	WHO	18.5	14.8	16.5	16.3	17.5	22.5	22.1	22.8	21.2	21.7	23.6	24.6	24.7	24.9	21.4	22.4
Denmark	WHO	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	7.0	n.a.	8.9	8.2	8.2	8.3	8.7	8.5	8.2	8.0	n.a.
Finland	WHO	n.a.	n.a.	8.4	9	8.3	7.6	7.5	7.5	7.4	8.0	8.5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
France	OECD	9.8	12.0	9.7	8.5	7.6	7.8	n.a.	7.4	7.6	7.8	8.0	8.5	9.0	9.2	8.8	n.a.
France	WHO	13.3	18.3	14.9	17.6	7.6	7.8	n.a.	7.4	7.6	7.8	8.0	8.5	9.0	9.2	8.8	n.a.
Germany	OECD	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	19.2	18.7	16.9	16.2	17.1	16.5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Germany	WHO	12.8	14	14.2	11.3	n.a.	19.2	18.7	16.9	16.2	17.1	16.5	16.4	16.3	15.6	n.a.	n.a.
Greece	OECD	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4.5	4.6	4.8	5.1	5.3	n.a.	n.a.	n.a.
Greece	WHO	5	4.9	5.8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4.5	4.6	4.8	5.1	5.3	n.a.	n.a.	n.a.
Hungary	WHO	16.4	18.6	17.8	14.3	21.9	19.1	15.3	15.4	14.9	15.6	14.7	14.9	15.4	15.6	13.8	13.4
Italy	WHO	12.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Luxembourg	OECD	11.0	15.0	11.3	10.3	10.2	9.8	10.3	10.5	10.1	10.2	10.5	12.1	10.8	11.1	11.2	n.a.
Netherlands	WHO	7.7	8.8	9.4	6.9	6.8	4.9	4.6	4.6	5.0	5.4	5.5	5.4	5.4	5.3	4.7	4.6
Norway	WHO	11.4	11.5	n.a.	14	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	18.0	18.6	19.3	17.4	16.8
Poland	WHO	n.a.	n.a.	4.9	5.3	5.6	6.9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Portugal	WHO	3.5	4.5	4.4	4.4	n.a.	15.7	15.1	13.6	12.0	9.4	10.6	11.8	12.4	10.4	n.a.	n.a.
Slovak Rep.	OECD	19.2	17.9	18.2	18.5	19.1	23.3	24.0	23.3	23.5	23.5	26.7	27.5	29.1	29.2	n.a.	n.a.
Slovak Rep.	WHO	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	18.9	19.8	20.4	18.4	18.8	19.3	18.4	18.3	18.0	12.1	11.6
Spain	WHO	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	10.1	n.a.	12.9	n.a.	n.a.	n.a.	13.8	n.a.	18.6	n.a.	n.a.
Sweden	OECD	19.9	21.4	21.2	20.6	24.1	16.0	15.0	15.0	16.0	19.0	22.0	25.0	27.0	26.0	n.a.	n.a.
Sweden	WHO	19.9	21.4	21.2	20.6	24.1	15.7	15.0	15.0	16.0	19.0	22.0	25.0	27.0	26.0	n.a.	n.a.
UK	OECD	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	8.9	n.a.	8.2	8.4	8.5	7.8	7.8	7.1	6.8	7.2	6.8	n.a.
UK	WHO	16.7	n.a.	20	n.a.	8.9	n.a.	8.4	8.4	8.5	7.8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Sources: OECD Health Database; WHO, Health for all Database; recent issues.

En ce qui concerne la France, on peut craindre que le nombre de jours d'absence soit sous-estimé ; il est possible que le ratio journées d'arrêt indemnisées sur population active occupée ne prenne pas en compte les journées d'absence de la fonction publique. L'estimation du Haut Conseil d'un nombre de journées indemnisées par actifs pour les trois régimes d'assurance maladie hors fonction publique porterait ce ratio autour de 9,5 journées par actif. Sur la base de ce résultat, la France se classerait plutôt parmi les pays ayant un taux d'absentéisme dans la moyenne basse.

Dans la mesure où ces données ne prennent pas en compte les disparités en termes de durée annuelle de travail, il serait pertinent en outre d'appréhender l'absentéisme à travers un taux d'absentéisme tel qu'il est défini par le BIT¹⁶. Néanmoins, compte tenu de la diversité des données d'absence évoquée précédemment et de celle relative au temps de travail effectué dans ces différents pays, il est apparu difficile au Haut Conseil de présenter des taux d'absentéisme suffisamment comparables entre pays pour en déduire des conclusions sur la position de la France.

f2) Recours aux arrêts de travail

Une enquête européenne réalisée en 2000 présente des taux de recours aux arrêts de travail selon la durée déclarée des arrêts¹⁷. La France apparaît avec l'un des taux de recours les plus faibles des 12 pays européens étudiés : 32%¹⁸ des salariés ont déclaré avoir eu des arrêts de travail (68 % n'ont aucun jour d'absence). Par construction, ce type d'enquête couvre imparfaitement les arrêts les plus longs. Mais on constate que même en gommant les arrêts très courts, les variations entre pays restent importantes.

Distribution des jours d'absence déclarés dans les différents pays en 2000

	Au moins 1 jour d'absence	Au moins 5 jours d'absence
Espagne	28,6%	16%
France	32%	23%
Irlande	42,4%	23%
Belgique	42,6%	30%
Royaume-Uni	44,6%	23%
Autriche	46,5%	39%
Italie	47,9%	35%
Allemagne	51,1%	40%
Pays-Bas	53,9%	35%
Suède	55,8%	34%
Finlande	58,5%	38%
Danemark	61%	32%

¹⁶ Le taux d'absentéisme du BIT se définit comme la part des jours d'arrêt dans le nombre total de jours travaillés de l'ensemble des agents. Il est calculé comme le nombre par agent de jours ouvrés perdus dans l'année (c'est-à-dire de « jours à travailler » perdus hors jours de repos) rapporté au nombre moyen de jours travaillés par an et par agent.

¹⁷ Il s'agit de l'enquête "European Survey on Working Conditions", citée dans *Labour market institutions and individual absenteeism in the EU*, Frick and Malo, 2005.

¹⁸ Ce chiffre est à peu près cohérent avec les estimations précitées : environ 20 % de salariés ayant eu un arrêt indemnisé.

2) Les arrêts

a) Assurés concernés

a1) *Caractéristiques sanitaires*

Les assurés arrêtés ont un état de santé moins satisfaisant que le reste des assurés comme l'indiquent leurs dépenses de soins qui en sont un indicateur robuste : 2 089€ pour les assurés arrêtés contre 939€ pour ceux qui n'ont pas eu d'arrêt de travail.

La corrélation entre l'état de santé et les arrêts de travail est plus caractérisée pour les arrêts de longue durée que pour les arrêts « courts ».

Par ailleurs, une étude de la Drees de 2007 sur les arrêts de travail des actifs¹⁹ montre que se sentir en bonne ou très bonne santé a un fort effet négatif sur la probabilité d'avoir recours à un arrêt de travail.

a2) *Caractéristiques sociodémographiques*

- Les arrêts maladie varient fortement avec l'âge : pas de façon marquée en ce qui concerne la fréquence des arrêts ; mais nettement en termes de durée (la durée moyenne est de 95 jours pour les plus de 55 ans contre 33 pour les moins de quarante ans). Plus la personne arrêtée est âgée, plus la part des arrêts longs (plus de 3 mois) est importante : 22% pour les plus de 55 ans contre moins de 8% pour les moins de 40 ans.

Dispersion des assurés arrêtés et du nombre de jours d'arrêts par assuré arrêté selon l'âge (2005)

	Part des assurés arrêtés à l'intérieur de chaque classe	Nb de jours d'arrêt /assuré arrêté /an
<40 ans	22,6 %	33,0
40/44 ans	23,4 %	47,4
45/49 ans	24,4 %	54,8
50/54 ans	26,4 %	67,7
55 et +	18,8 %	94,9
Ensemble	22,8%	48,7

Source : Point de repère n°6, 2006, CNAMTS

- La variation avec le sexe est sensible.

L'absentéisme maladie est un peu plus élevé pour les femmes (le taux de recours aux arrêts de travail est pour elles de 25% contre 22% pour les hommes).

* arrêts longs

Selon l'enquête de la Cnamts précitée on compte 58% de femmes alors qu'elles ne constituent que 46% de la population active. Une partie de l'écart est lié aux suites de la maternité (11,1% des arrêts, donnée corrélée avec l'importance de la prescription par les gynécologues et obstétriciens). Néanmoins à partir de 50 ans les hommes sont souvent plus concernés par des arrêts maladie longs (supérieurs à 3 mois) que les femmes au même âge.

* arrêts courts

¹⁹ DREES, les arrêts de travail des seniors en emploi, Dossier Solidarité Santé, n°2, 2007.

Une analyse plus fine des arrêts courts permettrait de comprendre l'éventuel recours à des arrêts maladie pour des motifs qui tiendraient aux contraintes d'organisation de la vie familiale (cette étude devrait notamment porter sur le calendrier des arrêts et sur les dispositifs conventionnels qui ouvrent droit à des congés « de type familial »)^{20 21}.

- La variation des arrêts de travail en fonction de la CSP est forte.

Les assurés de la population en arrêt de travail sont plus souvent des ouvriers (40,6%, contre 5% pour les cadres) et ils sont sur représentés par rapport à leur part dans la population active en terme d'arrêts longs. La variation est également importante selon les branches et les métiers : les secteurs de « l'industrie manufacturière » et du « commerce-réparation automobiles-articles domestiques » ont un taux d'arrêt plus élevé.

²⁰ En Allemagne, les caisses de sécurité sociale servent une indemnité pour la maladie d'un enfant de moins de douze ans (sans limitation d'âge pour un enfant handicapé) pour autant qu'aucune autre personne ne puisse assurer les soins pendant ce temps. L'indemnité est versée pour au plus 10 jours ; 20 jours pour les familles monoparentales et 50 jours lorsque le salarié a au moins deux enfants ; pas de limitation de durée dans les cas extrêmes.

²¹ Selon l'étude de l'INED sur les entreprises de plus de 20 salariés, « si ¾ d'entre elles accordent des dérogations d'horaires, l'existence de jours de congés spécifiques dépend fortement du statut et de la taille de l'établissement. La quasi-totalité des entreprises publiques ou nationalisées accordent ces congés contre 44% des entreprises privées. Tous secteurs confondus, plus l'établissement est grand et l'entreprise ancienne, plus le salarié a des chances d'en bénéficier. Enfin, le nombre moyen de jours accordés, lorsqu'ils existent, est de 7,5 jours par an, par famille ; mais il varie de 5,5 jours dans le privé à près de 10 jours dans les entreprises nationalisées ou dans la fonction publique » (Population et société. décembre 2007)

Résultat de l'enquête conduite en 2004 sur l'ensemble du territoire français sur la population assurée du RG stricto sensu, ayant un arrêt de travail d'en moyenne 81 jours, comparée à la population active (ou générale).

	% Population en arrêt long (arrêt de 81 jours)	% Population générale ou active selon les champs
Prescripteur	(1)	(1)
Médecine générale	57,1	53,4
Chirurgie orthop. et traumatologique	9,7	1,5
Gynécologie obstétrique	8,9	4,8
Chirurgie générale	2,4	2,9
Autres	21,9	37,4
Classe d'âge	(1)	(2)
<30 ans	16,7	21,3
30-39 ans	24,8	27,5
40-49 ans +	25,8	27,7
50 ans +	32,7	23,6
- dont 55 ans et +	16,8	10,9
Age moyen	42,3	40(e)
Sexe	(1)	(2)
Homme	42	53,8
Femme	58	46,2
Profession et CSP	(1)	(2)
Ouvriers	40,6	25,4
Employés	35,8	28,9
PI	15,4	22,3
Cadres	5,2	13,6
Autres	3,0	9,7
Secteurs d'activité	(1)	(3)
Industrie manufacturière	20,6	16,9
commerce	18,5	13,4
construction	9,6	5,8
Santé et action sociale	11,1	10,5
Services collectifs, sociaux. et personnels	7,5	36,3
Transports et communication	6,3	7,0
Hôtel restaurant	5,2	3,5
Autres	21,2	6,6
Pathologie des assurés	(1)	
Maladie du système ostéoarticulaire	25,7	
Troubles mentaux	19,4	
Lésions traumatiques	11,1	
Complications grossesse	11,1	
tumeurs	9,0	
Maladies de l'appareil circulatoire	5,5	
Autres pathologies	18,2	
Chômage	(1)	(4)
Oui	11,9	9,9
Non	88,1	90,1
ALD	(1)	(5)
Oui	18,5	13,7
non	81,5	86,3

(1) Source CNAMTS (France entière). Description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois, octobre 2004. (2) INSEE. Enquête emploi 2004. France métropolitaine. Classe d'âge, sexe et CSP relatives à la population active. L'âge moyen est estimé à partir des données par tranche d'âges de l'enquête emploi. (3) INSEE. Estimation de l'emploi salarié par secteur d'activité et départements (2004). France entière. Le total « Autres » regroupe le secteur de l'agriculture ainsi que les services liés à l'activité financière, l'activité immobilière et la recherche et développement. Ce champ ne correspond peut-être pas exactement à celui de la population en arrêt et peut modifier le sens de la comparaison sur les champs « services » et « autres ». (4) INSEE. Taux de chômage au sens du BIT. Enquête emploi 2004. France métropolitaine. (5) CNAMTS. Source EPAS 2004.

a3) Motifs d'arrêt

Selon l'enquête précitée de la Cnamts, les trois motifs médicaux les plus fréquents pour des arrêts longs (entre 2 et 4 mois) sont ceux en rapport avec le système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (un assuré sur quatre), les troubles mentaux (1 sur 5) et les lésions traumatiques (1 sur 10), les pics épidémiques saisonniers (ex : grippe) impactant en revanche plus les arrêts courts.

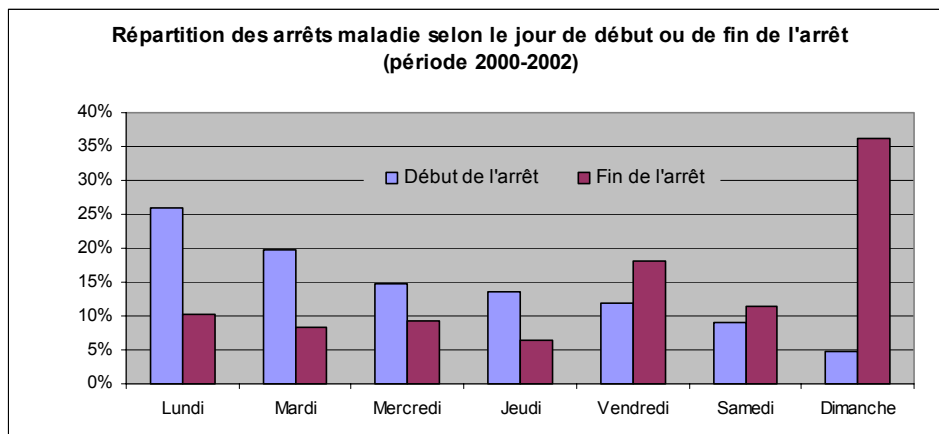
a4) Calendrier des arrêts

- Répartition des arrêts²²

* par jour et mois de prescription.

Les arrêts maladie sont plus fréquents en hiver (période de octobre à mars, et surtout au cours du 1^{er} trimestre de l'année) coïncidant avec l'arrivée des maladies hivernales, et ce, y compris pour les arrêts courts de moins de 8 jours. Le mois le plus faible est le mois d'août.

Les arrêts maladie débutent surtout en début de semaine et s'achèvent en le plus souvent le dimanche.



Source : CNAMTS, Etude sur les arrêts maladie sur 2000 2001 et 2002.

La fréquence des fins d'arrêt le dimanche aboutit de fait à ce que la sécurité sociale verse très souvent des IJ pendant le week-end (un arrêt de travail le vendredi allègerait les dépenses du régime général, le relais étant pris par l'entreprise).

Il semble qu'en pratique, peu de salariés reviendraient au travail avant la date de fin d'arrêt prévue.

* par nombre de jours prescrits : 48% des arrêts de travail prévoient moins de huit jours d'arrêt.

- fréquence des prolongations

Selon la CNAMTS :

* sur les 6 millions d'arrêts de l'année 2006, presque la moitié (47,4%) ont fait l'objet d'au moins un renouvellement.

²² Au Royaume Uni, la valeur de l'IJ tient compte du rapport entre le nombre de jours d'arrêt et le nombre de jour « à travailler »

* en moyenne, un arrêt fait l'objet de 3 prescriptions (1 initiale et deux renouvellements)²³. Le nombre de prescriptions d'arrêts de travail serait donc du triple du nombre d'arrêts (qui couvre la prescription initiale et les renouvellements), soit 18M.

* le nombre moyen de renouvellements augmente avec la durée de l'arrêt. Il serait particulièrement prononcé pour les arrêts de longue durée : pour les arrêts de plus d'un an en 2002 on compterait en moyenne 44 prescriptions.

- pour éviter que les assurés fassent renouveler leur arrêt de travail en s'adressant à un nouveau médecin²⁴, la prolongation d'un arrêt ne peut normalement être faite que par le médecin qui avait prescrit l'arrêt initial. Cette règle n'est respectée que dans 85% des cas. Mais l'analyse des situations irrégulières est délicate (à cause de la prescription par des médecins en cabinet de groupe, des situations d'urgence).

a5) Les assurés ayant un arrêt de travail une année ont une forte probabilité d'être à nouveau arrêtés les années suivantes.

Ainsi en 1995, 44% des assurés qui s'étaient arrêtés en 1994 (et avaient repris le travail) se sont à nouveau arrêtés ; en 1996, 54% des assurés qui s'étaient arrêtés en 1994 et 1995 se sont à nouveau arrêtés. Parmi ces derniers, 62% se sont arrêtés en 1997 et parmi eux, 68% se sont arrêtés en 1998.

Ce constat appelle deux remarques :

- un certain nombre d'assurés – dont la probabilité d'être arrêtés pour maladie est croissante dans le temps – vont, s'ils ne sont pas couverts par des dispositifs complémentaires, supporter un « reste à charge » important
- on voit dans ce type de parcours le processus qui mène, pour certains assurés, de l'arrêt maladie à l'invalidité.

Le passage en invalidité

On doit placer en invalidité les assurés dès que leur état de santé le justifie. A cette fin - indépendamment de l'objectif de contrôle (voir infra) - les médecins conseil évaluent régulièrement la situation des assurés en IJ de longue durée de façon à enclencher la procédure de mise en invalidité dès que possible.

Le médecin conseil a généralement l'occasion d'examiner la situation des assurés à 60 jours (palier qui est abaissé en 2007 à 45 jours d'arrêt) ; à 6 mois ; à 12 mois avec le bilan médical, social et professionnel ; puis à l'occasion d'une ou deux consultations entre 18 et 24 mois. A 24 mois, le praticien conseil discute désormais systématiquement de la stabilisation/consolidation de l'état de l'assuré.

Le passage à bonne date en invalidité s'est amélioré ce qui explique pour partie la baisse récente des IJ maladie.

²³ Sources : étude Cnamts sur les arrêts en 2000, 2001 et 2002.

²⁴ Comme on le verra infra, la prescription par un médecin autre que le médecin prescripteur initial est un élément retenu par les caisses dans le ciblage de leurs contrôles.

a6) Les assurés en ALD

700 000 personnes arrêtées – soit 16% du total des assurés arrêtés – sont en ALD.

La majeure partie de leurs arrêts est de longue durée (53% de plus de six mois). Ils concentrent 40% de la dépense et les IJ qu'ils perçoivent sont 3,7 fois supérieures en moyenne à celles des autres assurés arrêtés (3 332€ en 2005 pour les assurés en ALD contre 903€ pour les non-ALD).

Leur régime présente trois particularités :

- la durée maximale de service des IJ est plus importante (trois ans continus contre un an sur une période de trois ans pour le droit commun)
- le délai de carence n'est pas applicable en cas d'arrêts successifs (avantage non négligeable compte tenu du nombre des arrêts qu'ils connaissent : pour les assurés arrêtés plus de six mois – et qui sont très souvent en ALD – on compte 44 prescriptions, arrêt initial et autres arrêts)
- les IJ servies par le régime général (hors sections mutualistes) ne sont pas imposables²⁵ lorsque l'arrêt de travail est « en rapport » avec la maladie exonérante²⁶. Un sur trois des assurés en ALD arrêtés l'est au titre de son ALD (les deux autres tiers sont arrêtés pour une maladie sans rapport avec la maladie exonérante). Mais lorsque l'arrêt se fait au titre de la maladie exonérante, il est particulièrement long.

La CNAMTS évalue l'assiette exonérée à 1,8Md€.

L'exonération au titre de l'IR emporte comme conséquence que les IJ ne sont pas décomptées dans la base ressources des prestations, notamment pour le calcul des aides au logement : l'assiette sur laquelle l'allocation est calculée est donc inférieure au revenu réel de l'assuré.

Ce régime appelle trois remarques :

- * l'avantage ainsi consenti – fiscal ou social - est différé ce qui le rend moins lisible pour les intéressés
- * il débouche pour certains assurés sur un taux de remplacement réel supérieur à 1, situation discutable
- * il est coûteux pour les finances publiques. La DGI évalue à 220M la « dépense fiscale » au titre de l'IR. Le montant des autres dépenses fiscales n'est pas connu. Le régime des allocations de logement est étudié en annexe 2.

b) Les prescripteurs

- La prescription des arrêts maladie est le fait du médecin qui suit les assurés pour leurs soins et non, comme dans certains pays, d'un médecin tiers affecté de façon spécifique à cette tâche, par l'assureur par exemple.

²⁵ L'article 80 quinquies du Code général des impôts dispose que les IJ « allouées à des personnes atteintes d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse » sont exonérées de l'impôt sur le revenu. Cette disposition était entendue comme permettant aux personnes en ALD exonérante, mais aussi à celles dont la pathologie est reconnue par le service médical de sa caisse comme justifiant d'un arrêt continu de plus de 6 mois (art L324.1 CSS), de n'être pas imposables sur leurs IJ maladie de base. Cependant, depuis une dizaine d'année, il a été demandé à l'assurance maladie d'avoir une interprétation plus restrictive des textes. Les IJ sont désormais imposables si l'arrêt n'est pas en rapport avec l'affection de longue durée.

²⁶ C'est le cas également de cette catégorie d'IJ servies par la MSA. Comme on le verra, les IJ de l'espèce sont imposables dans les autres régimes.

- 76% des IJ en 2005 sont prescrites par les omnipraticiens (notamment les généralistes ; mais ils ne prescrivent que 53% des IJ de plus de 15 jours). Leur part diminue sensiblement (dix points entre 1980 et 2005). Parallèlement on a une forte poussée des chirurgiens orthopédistes et des psychiatres. Le profil est plus heurté pour les gynécologues (2,3 % en 1980 ; 6% en 1990 et 3,7% en 2005).

Part des prescriptions d'IJ de chaque spécialité dans l'ensemble des prescriptions délivrées

	Part des prescriptions d'IJ de la spécialité en 2005	Part des prescriptions d'IJ de la spécialité en 1990	Part des prescriptions d'IJ de la spécialité en 1980
omnipraticiens	76,1%	77,3%	86,9%
chirurgiens orthopédistes	7,1%	2,0%	non dispo
psychiatres	4,6%	3,0%	0,9%
gynécologues	3,7%	6,0%	2,3%
chirurgiens	2,8%	5,1%	4,2%
rhumatologues	1,7%	1,6%	1,0%
radiologues	0,5%	0,2%	0,2%
internistes	0,4%	0,2%	0,3%
neurochirurgiens	0,4%	0,2%	0,0%
Médecins de réadap. Fonction	0,4%	0,4%	0,2%
ORL	0,4%	0,7%	0,7%
cardiologues	0,3%	0,5%	0,5%
neuro-psychiatres	0,3%	1,0%	1,4%
gastroentérologues	0,3%	0,2%	0,2%
ophtalmologistes	0,3%	0,5%	0,5%
neurologues	0,3%	0,2%	0,0%
urologues	0,2%	0,1%	0,1%
pneumologues	0,2%	0,2%	0,3%
endocrinologues	0,1%	0,1%	non dispo
stomatologues	0,1%	0,1%	0,1%
anesthésistes	0,1%	0,0%	0,0%
néphrologues	0,1%	0,0%	0,0%
dermatologues	0,0%	0,1%	0,1%
Ensemble des médecins libéraux (*)	99,99%	99,98%	99,98%

Sources : Eco-santé (France métropolitaine) ; champ : nombre de journées indemnisées en cas de maladie par les régimes de base (régime général, MSA, RSI). Elles sont accordées à partir du quatrième jour qui suit la date du début de l'interruption de travail et, dans le cas général, pour une durée maximale de trois années consécutives comportant le versement d'au plus 360 indemnités journalières. Calculs Hcaam.

(*) Toutes les spécialités ne sont pas représentées dans ce tableau (en particulier les anatomopathologiste, les pédiatres) qui en principe ne prescrivent pas d'IJ. Ces données surestiment par ailleurs légèrement la part des prescriptions de chaque spécialité dans la mesure où les IJ concernées incluent les IJ prescrites par des médecins hospitaliers.

- selon le rapport IGAS de 2003, 15 % des IJ maladie ont été prescrites par des médecins hospitaliers (27% des IJ de plus de quinze jours).

Prescripteur	Nombre d'IJ prescrites
Omnipraticiens	74%
Spécialistes	11%
Hospitaliers	15%

Source : DSS

- Le taux de prescription par les médecins libéraux (nombre d'IJ par C/V) a sensiblement varié sur la période. Il est de 0,54 en 2005 contre 0,7 en 1980 avec un point bas dans les années 90 (par exemple, 0,42 en 1990). Ces chiffres sont cohérents avec l'évolution des IJ analysée ci-dessus et la forte montée des IJ jusqu'en 2003.

Mais cet indicateur est très rustique (il ne tient pas compte des caractéristiques de la clientèle du médecin ; il sous estime le ratio prescriptions d'IJ/nombre de CV puisque le dénominateur est établi sur l'ensemble de la population et non sur la seule population active du régime général hors sections mutualistes).

On estime que dans près de 18% des cas une consultation/visite d'un assuré actif auprès d'un omnipraticien débouche sur une prescription d'arrêt de travail.

Nombre d'IJ par médecin et taux de prescription au sein de chaque spécialité

	Nombre d'IJ par médecin			Taux de prescription (nb d'IJ / nb de C et V de la spécialité)		
	niveau 2005	niveau de 1990	niveau de 1980	niveau 2005	niveau de 1990	niveau de 1980
omnipraticiens	2 700	1 848	3 126	0,56	0,45	0,78
chirurgiens orthopédistes	8 521	3 969	Non dispo	4,20	2,08	Non dispo
rhumatologues	2 006	1 139	1 292	0,75	0,60	0,83
chirurgiens	1 854	1 912	1 853	1,68	1,37	1,44
psychiatres	1 634	888	833	0,61	0,46	0,60
neuro-psychiatres	1 597	1 195	1 360	0,72	0,53	0,64
gynécologues	1 469	1 488	1 142	0,56	0,60	0,47
internistes	885	271	443	0,85	0,23	0,44
néurochirurgiens	842	252	46	4,47	2,77	1,10
Médecins de réadapt. Fonction.	839	529	268	0,73	0,41	0,59
néphrologues	696	622	621	0,51	0,65	0,80
urologues	679	642	670	0,34	0,42	0,46
néphrologues	350	308	273	0,32	0,58	0,71
ORL	350	434	601	0,25	0,24	0,29
pneumologues	318	311	620	0,34	0,28	0,46
gastroentérologues	266	177	278	0,19	0,19	0,31
radiologues	174	70	84	0,52	0,25	0,86
cardiologues	154	220	395	0,10	0,11	1,02
endocrinologues	153	117	Non dispo	0,08	0,13	Non dispo
ophtalmologistes	119	146	289	0,03	0,05	0,08
stomatologues	103	101	106	0,13	0,17	0,28
anesthésistes	34	17	36	0,02	0,01	0,08
dermatologues	28	57	144	0,01	0,02	0,07
Ensemble des médecins libéraux (*)	1 887	1 289	2 093	0,54	0,42	0,70

Sources : Eco-santé (France métropolitaine) ; champ : nombre de journées indemnisées en cas de maladie par les régimes de base (régime général, MSA, RSI). Elles sont accordées à partir du quatrième jour qui suit la date du début de l'interruption de travail et, dans le cas général, pour une durée maximale de trois années consécutives comportant le versement d'au plus 360 indemnités journalières. Calculs Hcaam.

(*) Toutes les spécialités ne sont pas représentées dans ce tableau (en particulier les anatomopathologistes, les pédiatres) qui en principe ne prescrivent pas d'IJ. Ces données surestiment par ailleurs légèrement la part des prescriptions de chaque spécialité dans la mesure où les IJ concernées incluent les IJ prescrites par des médecins hospitaliers.

Note de lecture du tableau précédent : en 2005, on observe 2 700 journées indemnisées par les régimes de base pour les omnipraticiens ; en outre, un omnipraticien délivre en moyenne 560 IJ pour 1 000 consultations et visites alors qu'un chirurgien orthopédiste en délivre en moyenne 4 200 pour 1 000 consultations et visites. On peut interpréter ces résultats en attribuant aux chirurgiens orthopédistes des durées plus longues et/ou plus fréquentes d'arrêts de travail que les omnipraticiens.

c) Disparités

c1) Disparités territoriales

Les indemnités journalières versées par le régime général sont inégalement distribuées sur le territoire. Selon l'analyse de la CNAMTS²⁷, la consommation moyenne d'IJ [par personne protégée en âge d'activité] varie sur le territoire de 1 à 2 pour les arrêts courts (moins de trois mois) et de 1 à 4 pour les arrêts de plus de trois mois.

²⁷ Cnamts, Point de repère n°11, novembre 2007, « Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières maladie ».

En ce qui concerne les IJ de moins de trois mois, les départements présentant un nombre élevé d'IJ se situent plutôt dans la moitié Est de la France en dehors des extrémités Nord et Sud. A l'opposé, les départements ayant un faible nombre d'IJ de courte durée par PP se situent en Ile de France, dans les départements frontaliers de l'extrême Nord-Est, le pourtour méditerranéen, la Corse et la façade Atlantique Sud ainsi que dans quelques départements du Centre de la France comme l'Indre, l'Allier, le Cher ou le Cantal. Les écarts sont nettement plus forts pour les IJ longues (rapport de 1 à 4). Le nombre d'IJ de longue durée par personne est plus important dans le Sud-Est de la France, dans certains départements du Sud-Ouest, ainsi que dans la pointe de la Bretagne, l'Yonne et la Haute-Saône. L'Ile de France, le Calvados, la Manche la Sarthe les Ardennes ainsi que le Nord-Est présentent un nombre d'IJ de longue durée parmi les plus faibles. [En croisant IJ courtes et longues], il y a peu d'IJ de courte durée par personne mais beaucoup d'IJ de longue durée dans les départements du pourtour méditerranéen et la Corse. A l'inverse, il y a beaucoup d'IJ de courte durée et peu de longue durée en Alsace. Dans les départements de l'Ile de France, il y a à la fois peu d'IJ de courte et de longue durée par personne. A l'opposé, la région Rhône-Alpes, le nord de l'Auvergne ainsi que le Finistère et le Morbihan présentent un nombre très élevé d'IJ de courte et longue durée.

La détermination des facteurs explicatifs de ces disparités géographiques s'est appuyée sur des modèles de régression linéaire. Ils expliquent un peu plus de la moitié des disparités géographiques grâce à des variables contextuelles ; pour les IJ de courte durée, des variables d'emploi comme le taux de chômage qui a un effet négatif ou le secteur d'activité, et pour les IJ de longue durée, des variables plus micro-économiques caractérisant les patients et les médecins telles que l'âge moyen des médecins qui a un effet négatif ou la part des ALD dans la population protégée qui a au contraire un effet positif. Une fois pris en compte ces facteurs de contexte, il demeure une part 'non-expliquée' des disparités de consommation d'IJ par personne. Celles-ci relèvent certainement de disparités dans les comportements des différents acteurs impliqués dans la prise d'un arrêt de travail. Cette part 'non-expliquée' varie sensiblement d'un département à l'autre. Elle montre l'importance pour l'assurance maladie de mener des analyses pour identifier les zones géographiques pour lesquelles les marges de manœuvre sont les plus importantes, afin de mener des actions de sensibilisation ou de contrôle adaptées.

c2) Dispersion du taux de prescription selon les médecins.

La CNAMTS dispose de la dispersion des IJ prescrites et remboursées.

Ainsi sur 58 660 généralistes

- neuf généralistes sur dix (52 800) prescrivent moins de deux fois la moyenne (qui est de 2 100 IJ)
- le dernier décile (5 866) prescrit en moyenne 5 500 IJ
- pour le dernier centile (586), le nombre d'IJ prescrit varie de 8 522 à 25 369.

Par ailleurs les médecins les plus prescripteurs en nombre d'arrêts prescriraient des arrêts plus longs que la moyenne.

Une partie de ces variations est liée aux caractéristiques de la clientèle des médecins (âge et sexe, type d'activité des assurés, fréquence des assurés ayant de longues durées d'arrêt maladie...) et non à ses choix de pratique professionnelle.

3) Le système de prise en charge

a) Caractéristiques générales

Si on connaît avec précision les conditions de prise en charge pour le régime de base, ce n'est pas le cas pour les dispositifs qui viennent compléter les IJ : application de la loi de mensualisation (2^{ème} étage) ; complément par l'entreprise (en gestion directe ou par l'intermédiaire d'un organisme tiers : IP, mutuelle ou société d'assurance) qui constitue un troisième étage.

On ne connaît pas non plus de façon précise le nombre de salariés du régime général qui ont une assurance individuelle.

Mais on sait que le système intégré (cumul des trois étages) :

- couvre un pourcentage important de la population salariée ;
- assure un taux de remplacement élevé pour la plupart des salariés ;
- indemnise le salarié de façon décroissante avec la durée d'arrêt (une fois passée la phase initiale où des franchises sont souvent mises en œuvre) ;
- varie selon les CSP (les cadres sont mieux couverts que les autres salariés), la taille de l'entreprise (le taux de couverture des petites entreprises est beaucoup plus faible) et selon les branches.

b) La prise en charge dans le régime de base

b1) Conditions d'éligibilité

- L'ouverture du droit est subordonnée à une condition d'activité antérieure à l'arrêt de travail.

* pour les arrêts courts (inférieurs à six mois), il faut que le salarié ait cotisé sur au moins 1 015 fois le SMIC horaire, soit 8 566,60 € brut, pendant les six mois civils précédant l'arrêt de travail ou avoir travaillé 200 heures au cours des trois mois civils ou 90 jours précédant l'arrêt de travail, ce qui correspond environ à seize heures hebdomadaires.

* pour les arrêts supérieurs à six mois, il faut que le salarié ait cotisé sur au moins 2 030 fois le SMIC horaire au cours des douze derniers mois civils précédant l'arrêt de travail, dont 1 015 fois au moins la valeur du SMIC au cours des six premiers mois ou avoir travaillé 800 heures au cours des douze mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail, dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois.

Cette condition d'activité antérieure n'exclurait de l'indemnisation qu'un nombre faible d'assurés (ce serait plus fréquemment le cas pour les arrêts de longue durée).

Il n'existe à notre connaissance aucune étude chiffrant le nombre de ces assurés.

La seule référence utile provient de l'enquête emploi 2005 selon laquelle le nombre de salariés travaillant moins de 15 heures par semaine s'élève à 448 000, soit 2,6 % des salariés du secteur privé (86 % sont des femmes)

Nombre de salariés travaillant moins de 15 heures par semaine

	Ensemble	Hommes	Femmes
Population active occupée	24 920 800	13 496 100	11 424 700
dont salariés (hors Etat et collectivités locales)	17 317 500	9 646 200	7 671 300
dont salariés à temps partiel inférieur à 15 heures (hors Etat et collectivités locales)	447 800	62 500	385 200
Statut			
Intérimaires	7 700	1 300	6 300
Apprentis	1 100	700	400
CDD hors contrats aidés	76 100	16 700	59 400
Stagiaires et contrats aidés	6 900	2 700	4 200
Autres contrats	356 000	41 100	314 900

Source : Insee, enquête emploi 2005.

Mais la durée hebdomadaire ne renseigne pas de façon fiable sur les assurés sans droit à prise en charge (on ne connaît pas notamment le calendrier d'activité de ces salariés). Elle est donc rustique. On ne sait pas si l'évolution du marché du travail avec la diffusion d'emplois de faible durée et de calendrier instable a pour effet d'augmenter le nombre « d'exclus ».

- La règle initiale de calcul pouvait se révéler inéquitable en cas de changement de régime, l'entrant au régime général n'ayant pas les durées requises dans le régime bien qu'il ait travaillé de façon éventuellement conséquente dans son régime antérieur. C'est pour corriger ces situations qu'on a amélioré les règles de coordination. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008²⁸ prévoit ainsi le principe d'une coordination inter régimes globale pour l'ouverture du droit aux prestations en nature ou en espèces, permettant aux organismes de sécurité sociale de tenir compte de l'ensemble des périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations versées ou de travail effectuées quelque soit le régime d'affiliation.

b2) Durée de service

La durée cumulée d'arrêts de travail indemnifiables est de un an dans une période de trois ans. Par exception, les assurés en ALD peuvent être arrêtés pendant trois ans dans une période de trois ans.

b3) La présente note n'aborde pas deux problèmes – significatifs par leur étendue – mais qui ne sont pas au cœur du système de prise en charge :

- la cohérence des règles d'indemnisation des chômeurs (l'IJ maladie prévaut sur l'indemnité de chômage ; l'arrêt maladie prolonge la durée de service de l'indemnité de chômage) ;
- la cohérence des règles d'indemnisation des arrêts maladie survenant en cours de congés payés (cumul des indemnités).

²⁸ Article 37 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

b4) Les règles d'indemnisation

- L'indemnisation ne débute qu'au quatrième jour de l'arrêt de travail (franchise de trois jours). Le coût d'une indemnisation de ces « premiers jours » par le régime général serait d'environ 680M€²⁹(cette réforme entraînerait une économie sur les couvertures complémentaires). Inversement, le passage – parfois évoqué – de trois à quatre jours de la franchise procurerait une économie pour le régime de 160M€ (une partie de cette économie étant compensée par un surcroît d'indemnisation par la couverture complémentaire).

Sauf en cas de maladie de longue durée, cette franchise s'applique, en cas d'arrêts successifs, à chaque période d'incapacité sauf si la reprise du travail entre deux arrêts n'a pas dépassé 48 heures

- Le taux des IJ est de 50% du salaire brut de référence (en règle générale sur les trois dernières paies³⁰) dans la limite du plafond de la sécurité sociale, soit une IJ maximum de 44,70 € au 1/1/07. Elle est majorée d'un tiers si l'assuré a au moins trois enfants à charge à partir du 31^{ème} jour (1,2% des assurés arrêtés sont concernés par cette mesure ; cet avantage spécifique majorerait la dépense totale d'IJ de moins de 1%).

- Il n'y a d'IJ minimum que lorsque l'arrêt (continu) dépasse 3 mois : 8,40€ (cette somme est majorée de 33% pour l'assuré qui a trois enfants à charge ; elle est plafonnée au salaire de référence), ce qui correspond à un salaire mensuel de référence de 504€. Moins de 8% des IJ sont portées au minimum.

- Le plafonnement des IJ a une incidence faible sur le niveau global des dépenses puisque les cadres, dont la rémunération est très fréquemment supérieure au plafond, ont moins d'arrêts de travail que la moyenne. On ne compte ainsi que 4,6% d'IJ plafonnées. Le déplafonnement majorerait la dépense d'un pourcentage très inférieur.

- les IJ supportent la CSG à un taux de 6,2% et la CRDS.

- dispersion des IJ selon leur montant

* les assurés qui ont de toutes petites IJ (moins de 10€) ont un profil très particulier par rapport aux autres assurés : ils ont des durées d'IJ plus longues que la moyenne (les assurés arrêtés qui perçoivent des IJ de moins de 10€ représentent 5% des assurés mais leur nombre d'IJ est beaucoup plus important, 8%.

Coût unitaire de l'IJ	% arrêt	% patient	% IJ
Moins de 10,0 euros	4%	5%	8%
10,0 à 19,9 euros	14%	14%	17%
20,0 à 29,9 euros	42%	41%	39%
30,0 à 39,9 euros	25%	26%	23%
40,0 euros ou plus	14%	14%	13%
Ensemble	100%	100%	100%

Source : Cnamts, 2006

²⁹ 8M de journées pour les arrêts < 4 jours et 18,5M de journées pour les trois premiers jours des arrêts > 3 jours

³⁰ 12 mois antérieurs lorsque le travail est discontinu ou saisonnier.

* les IJ moyennes sont très peu sensibles à la durée des arrêts.

Durée des arrêts	Montant moyen d'IJ (2002)
Moins de 8 jours	25,2
Entre 8 et 14 jours	24,6
Entre 15 et 30 jours	25,4
Entre 1 et 3 mois	24,8
Entre 3 et 6 mois	24,6
Entre 6 mois et 1 an	24,1
Plus d'un an	25,2
Ensemble	24,8

Source : Cnamts, Etude sur les arrêts maladie sur 2000, 2001 et 2002.

b5) Cas type

b51) L'indemnisation par les IJ du régime général

On trouvera en annexe 3 l'analyse du taux de remplacement net/net pour différentes situations en termes de durée de l'arrêt et de salaire de référence.

L'impact de la franchise sur les arrêts courts est important ; il diminue avec la durée de l'arrêt. Le plafonnement contient fortement le taux de remplacement des cadres.

b52) Les avantages autres liés au statut des IJ

- comme indiqué supra, il faut tenir compte du statut fiscal des IJ des assurés ALD.

- lorsque le(s) arrêt(s) dépasse(nt) six mois, on revoit à la hausse l'aide au logement en appliquant aux revenus d'activité (et allocations de chômage) de l'année de référence un abattement de 30%. Compte tenu de l'élasticité de l'aide au revenu, cet abattement se traduit par une augmentation de l'aide d'environ 10% des revenus d'origine.

Ce régime procure un « avantage significatif » (cf. annexe 2)

b6) Evaluation globale du taux de remplacement par le régime de base.

Pour 201M de jours d'arrêt indemnisés et un salaire de référence - en net - de 43€/jour, la perte de salaire des assurés serait de 8,65Md€ en 2006. Mais il faut l'ajuster pour tenir compte :

- en plus, des exclus (cf. b1 ci-dessus), de la franchise de trois jours (pour 18,5M de journées, la perte de salaire est de 800 M€), des congés inférieurs à 3 jours (340M pour 8 M de journées), du plafonnement des IJ (une cinquantaine de millions ?)

- en moins, de la majoration pour les familles nombreuses en cas d'arrêt de plus de 31 jours (une cinquantaine de millions ?)

Les « salaires perdus » sur l'ensemble des arrêts de travail pourraient ainsi se situer à environ 10Md€.

La contribution de la sécurité sociale serait alors de 52% (60% pour les jours indemnisés ; 0% pour les jours non indemnisés).

b7) Existence de charges élevées

Comme le taux de remplacement dans le régime de base est quasi stable, la perte par rapport au salaire d'origine des assurés croît avec la durée de (des) arrêt(s) : en moyenne de 17 € par jour.

b8) Les périodes d'arrêt maladie sont validées pour le calcul de la retraite.

C'est le cas dans le régime de base. Les régimes complémentaires attribuent des points gratuits pour ces périodes.

b9) L'assurance des emprunteurs

Elle intervient pour prendre en charge – en tout ou partie – les mensualités de remboursement d'emprunts lorsque l'emprunteur voit ses revenus chuter en raison de maladie, invalidité, chômage ou décès.

Bien que l'assurance des emprunteurs ne soit pas obligatoire, elle est quasiment généralisée pour les prêts immobiliers et fréquente pour les emprunts faits pour l'achat d'une automobile.

S'agissant des congés maladie les modalités les plus fréquentes des contrats d'assurance concernent

- l'existence de franchises (le plus souvent de trois mois)
- l'exclusion de certaines situations (tentatives de suicide, accidents et maladies dont la première constatation médicale est antérieure au point de départ de l'assurance, risques exceptionnels)
- prise en charge des mensualités liées à des pathologies « peu objectives » mais qui sont fréquemment à l'origine des congés maladie de longue durée (troubles psychiatriques ou musculo-squelettiques) soumise à condition (mise sous tutelle ou curatelle, une durée minimum d'hospitalisation ou une intervention chirurgicale...).
- Les justificatifs de la sécurité sociale sont une condition nécessaire mais pas suffisante à la prise en charge des mensualités par la compagnie d'assurance, qui se réserve le droit de procéder à un contrôle médical pour s'assurer de l'effectivité de l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle, même partiellement.
- lorsqu'elle intervient, l'assurance ne prendrait à sa charge la mensualité qu'en proportion de la perte de revenu : la mensualité d'un assuré qui dispose d'une protection qui lui assure un taux de remplacement intégral ne serait pas prise en charge. AXA notamment, dans les contrats postérieurs à 2002, a mis en place une clause nouvelle de perte de salaire : l'assureur rembourse l'échéance dans la limite de la perte de salaire. Mais il s'agit d'un système purement déclaratif.

c) Les deuxième et troisième étages de la prise en charge

c1) La loi de mensualisation du 19 janvier 1978

Elle vient consolider l'accord interprofessionnel du 1977 en complétant les IJ de la sécurité sociale.

- Son champ personnel est plus restreint : ne peuvent en bénéficier :
 - * ni les travailleurs à domicile, les intermittents et les travailleurs temporaires
 - * ni les salariés qui n'ont pas trois ans d'ancienneté dans l'entreprise.

Ancienneté dans leur entreprise des salariés du secteur privé en fonction de leur âge

Tranches d'âge des salariés	Ancienneté de moins de 3 ans	Ancienneté de moins d'1 an
< 20 ans	95,8 %	53,5 %
20 - 24 ans	78,6 %	39,7 %
25 - 29 ans	48,0 %	18,1 %
30 - 34 ans	29,5 %	12,4 %
35 - 39 ans	21,7 %	9,2 %
40 - 44 ans	17,6 %	7,6 %
45 - 49 ans	12,6 %	5,7 %
50 - 54 ans	9,3 %	4,1 %
55 - 59 ans	7,0 %	2,7 %
≥ 60 ans	8,4 %	2,7 %
Ensemble	25,3 %	11,1 %

Source : enquête sur les revenus fiscaux 2004, calculs Drees.

L'accord de janvier 2008 abaisse à un an la durée d'ancienneté requise. Selon les premières évaluations du secrétariat du HCAAM, 2,5M de salariés seraient concernés. Mais il s'agit ici d'un chiffre brut ; en fait des conventions collectives ou accords d'entreprises avaient déjà abaissé la durée d'ancienneté ; l'effectif net pour lequel l'accord se traduit par une avancée réelle est donc inférieur.

* En sont aussi exclus les salariés dont l'activité antérieure ne leur donne pas accès aux IJ dans le régime général, car la loi de mensualisation prévoit que, pour bénéficier de l'IJ différentielle, les salariés doivent être pris en charge par la sécurité sociale. Il faut comprendre qu'ils doivent être indemnisés et le justifier par les décomptes d'IJ. Seule une convention collective peut ne pas subordonner le versement de l'IJ complémentaire à celui de la sécurité sociale ; c'est par exemple le cas des employés de maison qui perçoivent le niveau garanti, sous déduction d'IJ « fictives » calculées comme s'ils avaient eu droit aux IJ du régime général.

- Ses apports

* l'indemnisation ne démarrerait qu'au onzième jour de l'arrêt de travail (franchise de dix jours). Dans l'accord précité, elle est ramenée à sept jours. Les salariés concernés pour leurs arrêts supérieurs à 7 jours toucheront une indemnisation augmentée en moyenne de 21 à 63€.

* la prestation est déplafonnée

* un complément des IJ de base porte le taux de remplacement à 90 % du salaire brut pendant les trente premiers jours et à 66 % les trente jours suivants (ces temps d'indemnisation étant prolongés de 10 jours par période de cinq ans d'ancienneté supplémentaire dans la limite de 90 jours), ce qui améliore le calendrier de complément

Durée d'indemnisation du salarié par son employeur en fonction de son ancienneté dans l'entreprise

Ancienneté du salarié	90 % du salaire brut	2/3 du salaire brut
De 3 à 8 ans	30 jours	30 jours
De 8 à 13 ans	40 jours	40 jours
De 13 à 18 ans	50 jours	50 jours
De 18 à 23 ans	60 jours	60 jours
De 23 à 28 ans	70 jours	70 jours
De 28 à 33 ans	80 jours	80 jours
Plus de 33 ans	90 jours	90 jours

Ce régime appelle quatre remarques :

- * l'adoption d'une franchise plus élevée que dans le régime général (7 jours depuis l'accord précité) s'inscrit dans la logique selon laquelle les ménages peuvent supporter les premiers euros de perte de salaire. Combinée avec la franchise de la sécurité sociale, on aboutit actuellement au profil suivant : indemnisation nulle pendant trois jours, IJ à 50% du salaire brut (59,4% du salaire net) plafonnée pendant sept jours, IJ à 90% du salaire brut (99,4% du net) pendant une période de 30 à 90 jours, enfin 66% du brut (76,1% du net) pendant une période supplémentaire variant de 30 à 90 jours.

- * les durées de complément s'accroissent avec l'ancienneté du salarié – élément majeur compte tenu de la concentration des IJ sur les salariés âgés qui ont souvent une forte ancienneté

- * le taux cumulé de remplacement décroît de 90 à 66% du salaire brut pour passer ensuite à 50% (l'assuré n'a plus que des seules IJ de base).

- * le complément d'IJ, intégralement supporté par l'entreprise, est imposable et supporte CSG, CRDS et cotisations sociales (patronales et salariales).

On trouvera dans l'annexe 4 les profils de taux de remplacement cumulant les deux premiers étages pour différentes durées d'arrêt et différents niveaux de salaire de référence.

c2) Le troisième étage en entreprise

c21) Caractéristiques du régime

L'entreprise complète le cas échéant les deux premiers étages par une protection complémentaire qu'il assure directement ou dont il délègue la gestion à un tiers OC (son apport financier souvent conséquent s'adossant à un statut social et fiscal très favorable). Il semble que la majorité des entreprises s'auto-assurent sur les garanties liées à la loi de mensualisation.

Cette protection résulte soit d'une convention collective soit d'un accord d'entreprise.

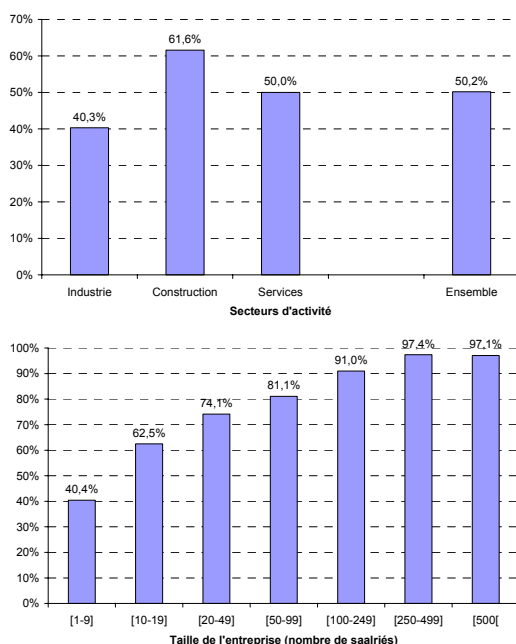
- L'étendue du champ personnel de ce troisième étage n'est pas connue ; mais on sait qu'elle :

- * est importante (dans l'enquête IRDES de 2003), 50,2 % des établissements interrogés déclaraient avoir une protection de ce type ;

- * est inégalitaire en fonction de la taille et du secteur d'activité de l'entreprise.

Compte tenu de la répartition des salariés par taille d'entreprise, 75 % de la population salariée serait couverte.

Proportion d'établissements proposant une prévoyance à leurs salariés en fonction de la taille et du secteur d'activité de l'entreprise



Source : enquête IRDES 2003 sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France

- Les apports du troisième étage concernent :

- * la suppression totale ou partielle des franchises des premiers jours : selon l'analyse du CTIP³¹, 50 % des conventions collectives ne font intervenir les garanties de prévoyance qu'à partir du 11^{ème} jour, 50% entre le 4^{ème} et le 10^{ème} jour. Il semble que la couverture de la franchise de la sécurité sociale soit plutôt de la responsabilité de l'entreprise : dans l'enquête précitée de l'IRDES, 56% déclarent couvrir cette franchise, 6% la couvrir partiellement ; 38 % ne pas la prendre en charge,

- * une amélioration du taux de couverture dans la période couverte par la loi de mensualisation, notamment pour porter le taux de 66% à 90% mais cette option relèverait davantage de la responsabilité de l'employeur que d'une garantie de prévoyance.

- * le relai au delà de la loi de mensualisation : dans l'ensemble, la prévoyance intervient dès la fin de la période couverte par la mensualisation. L'exemple de PRO BTP (voir encadré) montre cependant qu'une franchise peut dans certains cas être laissée (intervention au 91^{ème} jour, soit une franchise de 20 jours pour les salariés ayant moins de 8 ans d'ancienneté).

- * le bénéfice de la couverture à des salariés qui n'ont pas trois ans d'ancienneté : selon le CTIP, 38 % des conventions collectives prévoient de ramener la condition de durée à une année,

- * l'allongement des périodes où le taux de remplacement est porté à 90/66% du brut : au-delà de la loi de mensualisation, les contrats de prévoyance collective semblent intervenir sur une durée égale à celle du service de la prestation sécurité sociale. Pour le CTIP, le complément se fait sur un taux moyen de 80 %, pour la FFSA, sur un taux qui varie de 75

³¹ Le CTIP a fait une analyse des garanties prévoyance de 50 conventions collectives en 2007.

% à 100 %. Les entreprises n'ayant pas toutes un contrat prévoyance, on retrouve dans les entreprises, selon les résultats de l'enquête IRDES précitée, la même logique que la loi de mensualisation : le taux de maintien du salaire décroît avec la durée de l'arrêt ; les durées de maintien augmentent avec l'ancienneté du salarié. Pour la période entre trois jours et six mois, 51 % assuraient un taux de remplacement à 100% ; 24 % assuraient un complément partiel ; 6 % n'intervenaient pas (on a 20 % de non réponse). Au-delà de six mois, 54 % des établissements déclaraient organiser un complément de salaire.

Ce régime appelle trois remarques :

- il s'écarte souvent des régimes « amont » en matière de franchise ;
- la contribution de l'entreprise est fréquente dans les accords collectifs et couvre dans le cas le plus fréquent 60% de la cotisation. Le statut social et fiscal des cotisations est très favorable (exonération de charges sociales et fiscales, exemption de la taxe sur la prévoyance), ce qui a favorisé le développement de la prévoyance maladie ;
- les compléments versés sont imposables (c'est le corollaire de ce que leur financement par l'entreprise a fait l'objet d'exonération fiscale).

L'exemple du BTP

L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie dans le cadre de la loi de mensualisation

Les obligations légales et conventionnelles du BTP prévoient une indemnisation des arrêts de travail pour tout salarié en complément des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale pendant les 90 premiers jours d'arrêt de travail.

Les obligations en cas d'arrêt de travail pour maladie dans les 90 premiers jours

	Ouvriers du bâtiment	Ouvriers des TP	Etam* et cadres
Carence	3 jours	3 jours si moins d'1 an d'ancienneté dans l'entreprise	-
Garanties	100 % du 4 ^{ème} au 48 ^{ème} jour 75 % du 49 ^{ème} au 90 ^{ème} jour	100 % du 1 ^{er} /4 ^{ème} au 48 ^{ème} jour 75 % du 49 ^{ème} au 90 ^{ème} jour	100 % du 1 ^{er} au 90 ^{ème} jour

* Employés, Techniciens et Agents de Maîtrise

La prévoyance des salariés du BTP

Pour tout arrêt de travail supérieur à 90 jours, les conventions collectives du BTP prévoient pour chaque catégorie de personnel le versement d'indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale à partir du 91^{ème} jour. Elles prévoient également que pour la prévoyance, les ouvriers et Etam ont pour obligation d'être affiliés par leur entreprise chez PROBTP (il y a une désignation). Les cadres peuvent être couverts chez un concurrent le cas échéant.

Le taux de couverture prévoyance des ouvriers est donc de 100%, celui des ETAM d'environ 90 % (les 10 % restant peuvent être couverts par un contrat de prévoyance chez un concurrent, en place avant la désignation de 1990). Près de 70 % des cadres sont assurés en prévoyance chez PROBTP.

Le taux de couverture maladie chez PRO BTP sont moins élevés : 67 % des ouvriers, 24 % des Etam et 18 % des cadres, sans que l'on connaisse l'importance de la couverture dans d'autres organismes.

Les entreprises peuvent couvrir chaque collègue de salariés au-delà du niveau de la prévoyance de base prévue par la convention collective en choisissant une prévoyance collective dite « supplémentaire ». Pour l'ensemble des salariés couverts par PRO BTP, ce choix est plus fréquent pour le collège de cadres (36%) que pour celui des ETAM et ouvriers (11%). La couverture complémentaire facultative en cas d'arrêt maladie de plus de 91 jours représente 7,8 % des prestations versées en cas d'arrêt maladie. Ce taux varie selon le type de bénéficiaires : il est plus faible pour les ouvriers (3,3 %) que pour les Etam (15 %) et les cadres (29,8 %).

Les obligations conventionnelles en cas d'arrêt de travail pour maladie et d'invalidité

	Ouvriers du bâtiment	Ouvriers des TP	Etam	Cadres
IJ Maladie	68 % du salaire brut soit environ 80 % du salaire net	75 % du salaire brut soit environ 87,5 % du salaire net	85 % du salaire brut	65 % du salaire brut Majoration par enfant à charge de 10 % de l'indemnité BTP-Prévoyance

Lecture : pour les ouvriers du bâtiment, la garantie de ressources de la sécurité sociale est de 50 % du salaire brut et celle de PRO BTP de 18 % du salaire brut

Nombre de salariés couverts et nombre d'entreprises cotisantes en 2006

	Nombre de salariés couverts				Nombre d'entreprises cotisantes		
	Ouvriers	Etam	Cadres	Total	Ouvriers	Etam	Cadres
Maladie	714 964	70 879	31 946	817 789	126 762	31 882	22 273
Prévoyance	1 067 458	262 702	122 974	1 453 134	191 135	77 051	42 703

Nombre de salariés du BTP couverts en prévoyance en 2006

	Effectifs		Pourcentages	
	Cadres	Etam et ouvriers	Cadres	Etam et ouvriers
Base	78 703	1 183 842	64 %	89 %
Options	44 271	146 318	36 %	11 %
Total Prévoyance	122 974	1 330 160	100 %	100 %

Source : PRO BTP

Prestations versées en 2006 (en M€)

	Ouvriers	Etam	Cadres	Total
IJ < 90 jours	86,69	3,14	3,13	92,96
IJ > 90 jours obligatoire	69,84	18,95	14,40	103,19
IJ > 90 jours supplémentaire	5,33	3,91	7,44	16,68

c22) Evolution récente

La forte progression des IJ dans la période s'achevant en 2003 a conduit logiquement les assureurs – notamment les IP – à proposer des augmentations de cotisations. Devant la résistance des entreprises,

- l'ajustement se serait traduit par un tassement des conditions d'indemnisation (notamment par la limitation des périodes avec un taux intégré de 100/66% du brut) et non par la remise en cause de la large neutralisation de la franchise.
- Il se traduirait également par une accentuation des contrôles sur les conditions d'indemnisation

La mise en place d'une procédure d'examen systématique chez AXA

En 2000, AXA fait le constat d'une forte dégradation du risque « arrêt de travail ». Après deux années d'augmentation des cotisations de +5%, le choix est fait d'agir également sur l'encadrement de la prestation couverte. Des tests sont effectués deux années de suite pour tester la faisabilité et l'efficacité d'un examen systématique des arrêts de plus de 3 mois. Il est retenu que :

- le premier versement d'IJ est conditionné à la présence du certificat médical dans le dossier de demande d'IJ ;

- chaque dossier d'arrêt de travail est systématiquement examiné par le médecin conseil de l'assureur, dès sa réception par l'assureur. Le médecin peut conclure à la justification de l'arrêt, il peut aussi prévoir de missionner dans un délai défini une expertise par des médecins extérieurs à l'assurance, ou de lancer immédiatement d'une expertise de ce type.

Sur 13 000 dossiers examinés par le médecin conseil d'AXA, 1 700 sont expertisés (13 %) pour un coût de 250 €. Un quart environ des dossiers expertisés (450, soit 3 % de l'ensemble) font l'objet d'un arrêt de versement de prestations. Chaque dossier étant provisionné en moyenne entre 30 et 40 000 euros, la rentabilité de l'opération représente un enjeu financier important.

Les résultats en termes de maîtrise du risque, de gains financiers et d'enrichissement du métier ont été estimés par AXA suffisamment importants pour généraliser cette procédure. Cette généralisation passe par la capacité de l'assureur à convaincre l'entreprise de l'efficacité de la procédure au regard de la maîtrise notamment de l'absentéisme, sachant que l'entreprise, si la convention collective prévoit une prestation, est contrainte de reprendre à sa charge le versement arrêté par l'assureur.

- une attention plus grande serait portée à la prévention des arrêts de travail.

d) Profil intégré résultant de la combinaison des trois étages

Le régime intégré combine l'indemnisation au premier euro (effacement prononcé des franchises), le haut niveau – souvent 100% du net - de l'indemnisation sur les premiers mois, la prédominance du régime de base sur les arrêts longs avec alors un taux de remplacement net/net de 60%.

Comme les compléments des deuxième et troisième étages ne sont pas généralisés et que leur durée de service est souvent limitée, une partie des assurés en longue maladie ne perçoit (ou ne perçoit plus) que les seules IJ de base et supporte alors une perte élevée de revenu.

e) Comparaisons internationales

On a procédé à une première approche des systèmes de quelques pays européens sur quelques critères (voir annexe 5). On en tire cinq conclusions principales sur :

- la date à laquelle les régimes de sécurité sociale sont sollicités. Dans la majorité des pays, l'employeur supporte seul les premiers jours de maintien de salaire, pour des durées qui peuvent être très étendues ;
- les conditions d'ouverture des droits ; elles sont souvent du même type qu'en France ; mais semble-t-il moins exigeantes dans certains pays ;
- l'existence de délai de carence. Les franchises sont fréquentes, mais pas générales. Leur durée est le plus souvent faible ;
- le niveau de l'indemnisation. Dans la majeure partie des cas, l'indemnisation est proportionnelle au salaire (une exception notable, le Royaume Uni où l'indemnisation est forfaitaire). Le taux de remplacement est souvent élevé ;
- la durée de service de la prestation est – sauf au Royaume-Uni – souvent du même ordre de grandeur qu'en France.

Le système français (régime général) n'est donc pas le plus généreux. Et c'est grâce à la protection complémentaire qu'il égale – et sur certains points- dépasse les systèmes étrangers. Mais il faut rappeler que cette protection n'est ni générale ni homogène

f) L'assurance individuelle

Elle est souscrite directement par le salarié.

On en ignore la fréquence et le contenu. Mais elle serait faible en population couverte.

Dans ce cas, les IJ complémentaires sont non imposables (c'est le corollaire de la taxation à l'IR du revenu sur lequel l'assuré a acquitté sa cotisation).

4) Politique à mener

La politique en matière d'arrêts maladie doit concilier trois impératifs : assurer de façon équitable la protection contre un risque qui, dans de nombreux cas, se traduit par un arrêt prolongé du salaire ; contenir la dépense publique en assurant une meilleure gestion du risque ; lutter contre les abus alors qu'un taux élevé de remplacement rend indolores la majeure partie des arrêts de travail et que les prescripteurs ont des pratiques parfois laxistes.

Les pistes de réflexion recensées ci-dessous ne sont en rien des propositions et on n'est pas au stade de leur analyse critique. Il s'agit seulement de situer les idées qui ont été avancées çà et là.

a) La conception du système de prise en charge

La réflexion doit porter sur les trois étages à la fois.

a1) L'existence - et le niveau - de barrières d'entrée.

Leur maintien – cohérent avec le choix initial de système contributif – contraste avec la généralisation des prestations en nature.

- pour le régime de base.

Comme on le voit dans l'annexe 5, les pratiques des Etats sont différentes. Les règles adoptées en France ne se distinguent pas de façon nette de celles recensées pour les Etats qui maintiennent des conditions d'entrée.

Bien qu'on ne connaisse pas leur incidence, elles ne semblent pas exclure un nombre élevé d'assurés. Leur légitimité peut néanmoins être discutée, s'agissant notamment de salariés de petite activité mais qui peuvent avoir été en activité de longues années. Au demeurant, le niveau des IJ auxquelles ils pourraient prétendre resterait faible puisque la référence salariale sur laquelle elles seraient calculées serait modeste.

Enfin, si comme on le pense, le taux d'exclusion est faible, les coûts de leur desserrement seraient modestes.

Ce réaménagement pourrait être plus prononcé et se limiter dans un premier temps à la prise en compte de l'ancienneté de la vie de travail comme critère alternatif aux conditions d'activité récente, système actuellement retenu.

- la loi de mensualisation prévoit une barrière d'entrée, plus sévère. L'option retenue dans l'accord de janvier est une bonne chose. Il convient d'en apprécier les conséquences avant d'envisager le cas échéant une nouvelle étape (tenant compte par exemple de l'âge). La réflexion sur la portabilité des droits permettrait si nécessaire de diminuer la sévérité du critère selon lequel l'ancienneté requise se calcule dans l'entreprise

a2) l'opportunité de maintenir des franchises dans les prestations.

La combinaison des franchises de la sécurité sociale et de la loi de mensualisation n'aboutit pas à un manque-à-gagner excessif des assurés. Au demeurant, les accords de prévoyance les annulent parfois en tout ou partie.

Cette option a le mérite de protéger les ménages les plus modestes, une fois passés les premiers jours en franchise ; en permettant des arrêts précoces, elle contribue au bien être et à la santé des salariés.

Mais elle est parfois critiquée au motif qu'elle rend indolores les « petits arrêts » de travail dont certains pourraient être évités et qu'elle pèse sur les finances publiques et les entreprises. Certains proposent ainsi d'instituer une franchise d'ordre public³² ou de supprimer le statut préférentiel, fiscal et social, des cotisations pour des contrats qui ne prévoiraient pas de franchise, à concurrence par exemple, des trois jours retenus dans le régime de base.

Comme indiqué dans l'avis, le Conseil prend acte de la situation résultant de l'accord de janvier 2008. Il considère qu'une nouvelle mesure de diminution des franchises n'est pas prioritaire

a3) Les paramètres de calcul

Le débat porte sur trois points :

- le niveau élevé du taux de remplacement qui est atteint pour les salariés les mieux protégés dans la phase initiale de l'arrêt de travail (l'indemnisation peut même être supérieure au salaire net antérieur). Il conviendrait en tout état de cause de limiter l'indemnisation à 100% du net.

³² Idée tout à fait différente de celle consistant à accroître la franchise propre à la sécurité sociale qui creuserait l'écart entre assurés au détriment des plus modestes sans effet structurant sur les comportements si la protection complémentaire la neutralisait comme c'est le cas actuellement

- la baisse sensible de ce taux avec la durée de l'arrêt qui conduit pour une partie des assurés à de lourdes baisses de revenu. Il diminue pour les salariés couverts par la loi de mensualisation au terme de quelques semaines (durée opportunément croissante avec l'ancienneté du salarié³³) ; puis quelques semaines plus tard pour une partie des salariés couverts par un contrat collectif de prévoyance. Si bien qu'au terme – plus ou moins étagé – de ces périodes, de nombreux assurés se retrouvent avec les seules IJ du régime général.

Comme indiqué dans l'avis, on pourrait étudier un lissage du taux de remplacement (IJ des premières semaines, IJ des arrêts plus longs, puis invalidité)

- le niveau de l'IJ minimale qui est très faible.

b) L'inégalité de la prise en charge entre les assurés qui résulte des variations de la prévoyance en entreprise est significative.

Elle pénalise souvent les salariés des petites et moyennes entreprises, de manière plus ou moins importante selon les secteurs d'activité.

Il est en tout état de cause nécessaire d'étudier par quelle voie étendre la prévoyance pour cantonner ces inégalités. L'accord précité va dans ce sens dès lors que l'amélioration du 2^{ème} étage se traduira pour partie par augmentation du champ de l'obligation légale de couverture.

c) Le portage des premiers jours des arrêts maladie et la date d'intervention de la sécurité sociale

Dans le régime général, l'intervention de la sécurité sociale est précoce (à partir du quatrième jour), ce qui la distingue de la plupart des pays européens où l'employeur doit assurer directement le maintien du salaire pendant une durée liminaire de plusieurs semaines ou mois (voir l'annexe 5). Mais il convient de relativiser cette comparaison compte tenu de différences importantes dans la protection sociale et son financement entre les pays.

Par ailleurs l'employeur est en France légalement tenu de compléter l'indemnisation de la sécurité sociale.

Enfin on a vu que les déterminants des arrêts courts renvoyaient souvent aux conditions de travail qui expliquent une part significative des écarts dans la fréquence de ces arrêts.

Ce triple constat a conduit le Secrétariat du Conseil à s'interroger sur l'opportunité de basculer l'indemnisation des premières semaines d'arrêt maladie sur l'employeur (au-delà de leur implication actuelle). On pourrait en attendre un traitement plus pertinent de l'absentéisme (actions de prévention, meilleure prise en compte des contraintes familiales...).

Dans cette option, les entreprises – dans le prolongement de la loi de mensualisation – auraient l'obligation légale d'assurer les arrêts au moins à hauteur de 90% du salaire brut. En contrepartie, la cotisation de sécurité sociale serait diminuée et le transfert devrait être globalement neutre pour les entreprises.

Le solde propre à chaque entreprise dépendrait de la densité de l'absentéisme. On rejoindrait en partie la logique des AT où la cotisation dépend pour partie de la sinistralité.

³³ On pourrait pour une meilleure portabilité des droits passer de l'ancienneté dans l'entreprise à l'ancienneté dans la vie de travail, voire l'âge.

Dans une option de ce type on pourrait coupler le changement de portage par une définition plus ambitieuse de l'obligation légale de l'entreprise et la réduction de la place de la prévoyance, option qu'on pourrait juger plus équitable que le système actuel (cf. supra b).

Cette option a des conséquences complexes (liées par exemple l'intégration des IJ « transférées » dans l'assiette des cotisations sociales, au poids que ce transfert pourrait représenter faute de mutualisation pour les petites entreprises ou encore aux modifications éventuelles de comportement qu'il induirait).

Le Conseil a considéré que les termes de cette option n'étaient à ce stade pas suffisamment étudiés pour permettre d'aller plus loin que sa simple évocation.

d) La prévention des arrêts maladie et l'amélioration des prises en charge en vue (et lors) du retour au travail.

Cette politique nécessite notamment

- le développement des études sur les déterminants des arrêts de travail et leurs liens avec la vie en entreprise
- un rapprochement plus systématique du médecin conseil, du médecin du travail et du médecin traitant pour toute interruption de travail supérieure à 3 mois

e) Il serait profitable de développer l'aide à la prescription d'arrêt de travail.

L'arrêt de travail est un élément de la stratégie thérapeutique. Sa prescription est avant tout un acte médical qui demande une évaluation complexe de l'aptitude au travail. Il est important de pouvoir objectiver un certain nombre de critères permettant cette évaluation et, sans rechercher la mise en œuvre de références opposables, de mettre à disposition des médecins des recommandations de bonne pratique pour certaines pathologies afin d'optimiser la prescription d'arrêt de travail.

L'ANAES a été saisie par la CNAMTS en 2003 aux fins d'étudier la faisabilité d'un référentiel sur la prescription d'arrêts de travail. On trouvera en annexe 6 la synthèse de l'étude réalisée en septembre 2004.

f) Il est nécessaire de revoir la pertinence du statut fiscal des IJ des assurés en ALD

Les sommes en jeu (350M€) pourraient vraisemblablement être mieux utilisées pour améliorer le système des IJ et des pensions d'invalidité.

g) La gouvernance du système

Comme pour les prestations en nature, les relations entre le régime de base, les OC, les partenaires sociaux en entreprise devraient être plus denses.

5) Politique de contrôle

Le caractère souvent indolore en termes financiers de l'arrêt de travail peut faciliter les comportements abusifs de prescription.

Sans doute ne faut-il pas retenir une approche outrancière de ce problème. Les petits arrêts dits « de complaisance » n'ont pas – en tout cas pour la sécurité sociale – une importance macro économique majeure. Ils sont d'ailleurs d'interprétation difficile.

Quant aux arrêts de longue durée, le caractère déterminant de l'état de santé dans leur explication démontre que, si on ne peut contester qu'ils soient prescrits parfois pour une durée un peu longue, leur bien-fondé est dans l'ensemble solide.

Mais cette analyse ne dispense pas de mener une politique active de contrôle.

a) Les contrôles par les caisses de sécurité sociale

Ils se sont considérablement développés depuis 2003 (près de 12% des arrêts de travail font l'objet d'un contrôle en 2006).

Les partenaires conventionnels s'accordent sur un objectif de réduction des IJ en volume. Sa réalisation va dépendre d'une part de la modification des comportements des prescripteurs dont l'attention est régulièrement attirée sur le problème des arrêts de travail et d'autre part de la politique de contrôle

La sensibilisation des médecins

- ils connaissent leur taux de prescription d'IJ et peuvent le situer par rapport à ceux de leurs confrères
- les DAM attirent leur attention sur les objectifs conventionnels

L'objectif précité est décliné par caisses primaires dans leur contrat d'objectifs et de gestion en fonction du niveau des IJ (critère retenu pour $\frac{3}{4}$) et l'évolution constatée (l'année précédente) dans leur nombre (critère retenu pour $\frac{1}{4}$). Pour un objectif national de baisse de 2,5% en 2007, les objectifs des caisses s'étagent de 1,8 à 3,6%.

a1) *l'effet direct des contrôles*

a11) *Les arrêts « courts »*

Qu'entend-on par « arrêts courts » ? Il ne s'agit pas des arrêts dont la durée prescrite par le médecin est faible mais de ceux des arrêts, quelle que soit la durée prescrite, que les caisses décident de contrôler dès l'arrivée des déclarations dans leurs bureaux, soit en gros une semaine après la prescription médicale.

Pour contrôler les arrêts de courte durée, il faut que les déclarations parviennent aux caisses dans les 48 heures suivant la prescription. A défaut de transmission dans les délais, l'assuré est prévenu qu'en cas de nouveau manquement à cette obligation, on pratiquera un abattement de 50% sur les IJ des arrêts suivants. 150 000 avertissements seraient ainsi envoyés débouchant sur 6 000 sanctions.

Les caisses déterminent les critères de ciblage de leurs contrôles. Les critères les plus usités portent sur :

- * la fréquence des arrêts (par exemple cinq arrêts < 15 jours en un an ; ciblage glissant tous les trimestres et entraînant une information de l'assuré puis un contrôle sur l'IJ qui suit cette information ;
- * certaines pathologies ;
- * l'absence de motif (ou un motif peu explicite) sur l'avis d'arrêt de travail destiné au contrôle médical ;

* les signalements réalisés au cours du contrôle de présentisme par les agents enquêteurs du service médical ;

* les signalements émanant des employeurs.

L'assuré concerné par un contrôle est convoqué et sa situation analysée par les médecins conseils. Ceux-ci déterminent s'il est en mesure de travailler ; dans ce cas, les IJ sont suspendues et on qualifie l'arrêt « d'arrêt injustifié ». Le médecin prescripteur est informé de la mesure (mais pas l'employeur) :

- pour environ 200 000 contrôles en 2006, 13% des arrêts sont « injustifiés » au jour du contrôle. Le taux de contestation de la suspension par les assurés est faible (pour l'ensemble des risques IJ/maladie, invalidité et IJ/AT on recense 6,7% d'avis défavorables qui ont fait l'objet d'une demande d'expertise ; dans 80% des cas, les expertises ont confirmé l'avis du médecin conseil).

Trois remarques :

- Comme ce type de contrôle n'est pas aléatoire, on ne peut en extrapoler les résultats à l'ensemble des arrêts (le taux « d'arrêts injustifiés » serait normalement très inférieur si le ciblage est pertinent). La CNAMTS pourrait procéder à un contrôle strictement aléatoire pour évaluer la validité du ciblage et le taux « d'arrêts injustifiés » qui en découlerait ; ce taux serait plus représentatif des « abus » que le taux de 13% précité.

- On ne peut, pour les contrôles de l'espèce, déduire du taux de 13% que la dépense injustifiée serait de 13% des IJ prescrites : on ne sait pas en effet si l'arrêt était abusif ab initio ou si la durée prescrite était trop élevée.

- Quant au rendement du contrôle, la CNAMTS a entrepris de le mesurer en chiffrant les IJ évitées (celles qui ne seront pas indemnisées dès lors que l'assuré est considéré comme apte à reprendre son travail).

a12) Les arrêts longs

Les arrêts de travail font l'objet d'un contrôle systématique à leur soixantième jour : 520 000 en 2006.

Le taux d'arrêts injustifiés est de 6%.

Ce taux appelle les mêmes remarques que celles analysées supra sur les arrêts courts.

Le contrôle a été étendu en août 2007 aux arrêts de plus de 45 jours.

Les arrêts injustifiés ne font pas l'objet d'une consolidation par médecin prescripteur.

Mais selon la CNAMTS, les services peuvent repérer ceux des médecins dont les arrêts sont fréquemment jugés « injustifiés ». Cette connaissance peut – avec des éléments touchant à d'autres aspects de leur pratique médicale – déboucher sur un contrôle approfondi de situation au titre de l'article L 315-1.

Là encore l'évaluation des « indemnités journalières évitées » est en cours d'évaluation à la CNAMTS.

a13) comme on l'a vu ci dessus, l'examen plus précoce de la situation des assurés en congé maladie depuis de longs mois débouche sur une admission en invalidité plus rapide, ce qui contribue à la baisse des IJ.

Le basculement d'IJ maladie/pension maladie représente une économie nette pour la branche de 250€ par assuré et par mois³⁴. 2) au-delà de ses effets directs, la politique de contrôle a un effet sur les comportements des assurés et des prescripteurs.

Il expliquerait largement la cassure constatée à partir de 2003 dans l'évolution des IJ

a3) La procédure de mise sous entente préalable

Les prescriptions de médecins dont on considère que leur pratique est abusive de façon caractérisée sont soumises à la procédure d'entente préalable.

Les médecins sont prévenus que leur niveau de prescription (supérieure, pour les généralistes, au niveau égal à la moyenne augmentée de quatre fois l'écart type) a conduit au déclenchement de la procédure. Pour les spécialistes le choix est fait par l'échelon national de médecine conseil avec l'appui des échelons locaux.

Dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'un tout petit nombre de praticiens (130 généralistes et une trentaine de spécialistes).

Leurs arrêts, pendant une période déterminée (un à six mois) font l'objet d'un contrôle systématique selon la procédure décrite supra.

Si on ne constate pas d'infléchissement de leur pratique, on remet en route la procédure pour une deuxième phase. En cas d'échec confirmé, il y aurait saisine de l'ordre des médecins.

La CNAMTS a estimé à plus de 20M les économies réalisées lors de la campagne 2006 et en attend une dizaine pour la campagne 2007.

a4) Estimations du coût de la politique de contrôle

Une politique de contrôle à haut niveau contribue à stabiliser le nombre d'IJ, constat partagé par l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Pour les contrôles IJ maladie et l'invalidité, la CNAMTS évalue ses charges à 34 M€, charges partagées 50/50 entre le service médical et les services administratifs.

Le coût du contrôle est de l'ordre de 45€

Comme 10% des contrôles débouchent sur un avis selon lequel l'arrêt est injustifié au jour du contrôle, le coût du contrôle est équilibré par les économies de prestations dès lors que le gain réel est de 15 jours « évités » par contrôle.

Les premiers résultats de l'évaluation montreraient que le gain direct en « jours évités » est très supérieur au coût des contrôles (sans prendre en compte à ce stade l'effet indirect précité).

b) Les contrôles diligentés par les entreprises

Depuis 1978, les employeurs ont la possibilité d'ordonner une contre-visite médicale en cas d'arrêt de travail d'un de leurs salariés. En fonction du résultat, l'employeur est en droit d'interrompre ou non les paiements de sa part d'indemnités maladie. Il s'agit d'un constat au jour du contrôle qui n'a de ce fait aucun caractère rétroactif.

Jusqu'en 2007, une contre-visite débouchant sur un avis d'arrêt injustifié n'interrompait pas le versement d'IJ par l'assurance maladie. En 2008, une procédure de contrôle est mise en place à

³⁴ De son côté, la CNAMTS a calculé que si on laissait aller au terme réglementaire des trois ans tous les arrêts maladie de plus d'un an, la dépense supplémentaire pour la branche serait de 180M€

titre expérimental ³⁵ afin de renforcer la coordination des prérogatives de l'employeur en matière de contre-visite et les services de contrôle médical de la sécurité sociale : une contre-visite conduisant à un arrêt injustifié peut entraîner une suspension des indemnités journalières versées par l'assurance maladie si le contrôle médical de la caisse donne son accord. Cette mesure expérimentale ne pourra être généralisée avant son évaluation en 2009.

Il semble que ces contrôles diligentés par les entreprises soient de plus en plus nombreux : environ 80 000 contre-visites en France en 2006. La société Securex (voir l'annexe 7), le plus important organisme proposant ces contrôles (40% du marché), a réalisé en 2006 plus de 36 000 contre-visites, soit plus de 56 % d'activité supplémentaire depuis 2003.

Selon le souhait de l'entreprise, les contrôles peuvent être ciblés, aléatoires ou systématiques mais accompagnés en général d'une campagne préalable d'information. La majorité des contrôles effectués sont aléatoires.

Les arrêts non justifiés au jour de la visite sont peu nombreux : 7% (résultats Securex). Environ 60% des arrêts sont justifiés. Dans près de 30% des cas, la contre-visite ne peut être effectuée du fait de l'absence du salarié de son domicile. C'est l'absence du domicile qui est la plus complexe à analyser, les causes pouvant être médicales ou sans lien avec l'état de santé (travail au noir par exemple).

Pour l'entreprise, l'objectif d'une politique de contrôle est d'abord de gérer le risque d'absentéisme par la prévention du risque (si une campagne d'information accompagne une politique de contrôle systématique, le taux d'absentéisme peut baisser fortement) et par le rétablissement de « règles du jeu » plus transparentes pour les salariés.

L'objectif semble également de développer une politique de présentéisme (changement de comportement face à l'absentéisme), même si la rentabilité d'une politique de contrôle est de moyen terme et suppose que soient remplies certaines conditions (formation des salariés sur les aspects positifs et négatifs de l'absentéisme, sur les conséquences sur les autres salariés ...).

³⁵ L'article 103 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008 modifie l'article L315-1 du code de la sécurité sociale en prévoyant la procédure suivante : « ... les caisses de sécurité sociale qui, en 2006, ont servi un nombre d'indemnités journalières par assuré supérieur à la moyenne nationale et qui figurent sur une liste fixée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie expérimentent, ..., une procédure fixée comme suit :

1° Lorsque le service du contrôle médical reçoit l'avis mentionné au troisième alinéa du II du même article L. 315-1, celui-ci, au vu de l'avis :

a) Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré ;

b) Soit, sans qu'il soit besoin d'un contrôle supplémentaire, demande à la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières. La caisse en informe l'assuré et son employeur. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de cette information, l'assuré peut demander à la caisse de saisir le service du contrôle médical qui se prononce dans un délai fixé par décret.

Lorsque le service du contrôle médical, saisi ou non par l'assuré, estime que l'arrêt de travail est médicalement justifié, la caisse maintient ou rétablit le service des prestations. La décision de maintien ou de rétablissement des indemnités journalières est communiquée, par l'organisme de prise en charge, à l'assuré ainsi qu'à l'employeur ;

2° Lorsque la prescription d'un arrêt de travail est consécutive à une décision de suspension des indemnités journalières, l'organisme de prise en charge suspend le service de ces indemnités et saisit le service du contrôle médical, qui rend son avis dans un délai fixé par décret.

L'expérimentation prend fin le 31 décembre 2009. Le ministre chargé de la sécurité sociale transmet au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport d'évaluation assorti des observations des caisses de sécurité sociale ayant participé à l'expérimentation. »

Section II - Les fonctions publiques

La réglementation qui régit les trois fonctions publiques leur est commune.

Les trois fonctions publiques (fonction publique d'État, fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière) totalisent près de 5,2 millions d'agents (hors emplois publics aidés). Ils se répartissent en 49% pour la fonction publique de l'état, 31% pour la fonction publique territoriale et 20% pour la fonction publique hospitalière.

A) La fonction publique de l'Etat (hors personnels militaires)

Le statut de la fonction publique assure au fonctionnaire un maintien de rémunération dans les trois types de congés pour maladie : les congés maladie³⁶, les congés de longue maladie et les congés de longue durée³⁷. Pour les congés maladie stricto sensu, le taux d'indemnisation diminue avec le temps.

La gestion de cette prestation est assurée par chacun des ministères, contrairement aux prestations maladie en nature pour lesquelles il existe une délégation de gestion aux mutuelles de la fonction publique.

1) Les chiffres clés³⁸

a) Fréquence et durée des arrêts

- On ne connaît pas de façon directe le nombre d'agents arrêtés au moins une fois en 2003. Pour les congés ordinaires, 29% environ d'entre eux ont eu un (ou plus) arrêt de plus de trois jours et que 20,9% ont eu un (ou plus) arrêt de moins de quatre jours. Mais on ne peut additionner ces deux pourcentages. Si on estime que les agents ayant eu un arrêt de plus de trois jours ont pris un (des) congé(s) inférieur(s) à quatre jours avec la même fréquence que leurs collègues, le pourcentage d'agents arrêtés, toutes durées, serait de 43%.
- La durée moyenne d'un arrêt est de 14,2 jours.
- Le nombre d'arrêts par agent arrêté est de l'ordre de 1,6 (chiffre logiquement supérieur à celui constaté dans le régime général compte tenu des congés de moins de quatre jours).
- Le nombre de jours d'arrêt par agent arrêté est de 23 jours.
- Le nombre de jours d'arrêt par agent (arrêté ou non) est de 11,9 jours calendaires.

³⁶ Dont le congé pour accident de service ou maladie professionnelle

³⁷ Cf. article 34 de la Loi n°84-16 du 11 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, modifié par Loi n°2005-843 du 26 juillet 2005 art. 7 (JORF 27 juillet 2005)

³⁸ Source : rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Faits et chiffres 2006/2007, résultats issus d'une enquête de 2003.

Congés maladie 2003	Congé ordinaire < 4 jours	Congé ordinaire > 3 jours	Longue maladie	Longue durée	Total
Nombre de congés maladie	567 098	825 188	32 306	19 248	1 443 840
Nombre de jours d'arrêt	1 090 370	11 338 244	4 378 272	3 766 563	20 573 449
Nombre d'agents ayant eu recours à ce type d'arrêt (en milliers)	362	477	20	13	
Durée moyenne par agent (arrêté ou non)	0,6	6,6	2,5	2,2	11,9
Nombre d'arrêts maladie par agent (arrêté ou non)	0,3	0,5			0,9
Durée moyenne d'un arrêt en jours	1,9	13,7	135,5	196	14,3
Nombre moyen de jours par agent arrêté	3	23,8	219	288,4	
Nombre moyen d'arrêts par agent arrêté	1,6	1,7	1,6	1,5	

Dans les références du régime général (pas d'indemnisation des congés < 4 jours ; pas d'indemnisation pour les trois premiers jours des arrêts indemnisés) :

- le nombre de jours de maintien de salaire serait diminué d'environ 17% ;
- l'économie dépasserait ce pourcentage puisque dans ces cas, le maintien de traitement est intégral ;
- la durée moyenne indemnisée par agent (arrêté ou non) serait de 9,7 jours calendaires, durée équivalente à celle constatée dans le régime général ;
- les agents de l'Etat s'arrêtent plus fréquemment (28% hors congés de type long vs 23%) mais pour une durée moins longue (de l'ordre de 33/35 jours contre 45 dans le régime général).

b) Disparités

- pour les congés ordinaires de 4 jours et plus et pour un taux moyen de 27,6 agents ayant pris un congé de ce type, le taux varie de 16,4 (jeunesse et sports) à 37,8 (service civil de la défense) et 36,2 à la Justice. Il est de 24,9 pour les enseignants.
- pour les congés de moins de 4 jours et pour un taux moyen de 20,9 agents ayant pris un congé de ce type, le taux varie de 7,9 à la culture à 31,8 (emploi et solidarité).
- pour tous les types de congé et pour une durée moyenne de 13 jours d'arrêt par agent, le taux varie de 6 (jeunesse et sports) à 17 (Intérieur).
- il n'existe pas d'analyse centralisée sur d'éventuelles variations régionales.

c) Données financières

Il n'y a pas de centralisation des données sur :

- le montant global des salaires ou demi-salaires maintenus ;
- le montant moyen de l'indemnité journalière ;
- le partage des jours indemnisés en plein ou demi-traitement.

2) Le système d'indemnisation

a) Le maintien de tout ou partie du traitement par l'employeur

a1) *Trois catégories d'arrêt : congé de maladie ordinaire, congé pour longue maladie et congé de longue durée*

Ces arrêts se distinguent :

- par la nature de la maladie qui les provoquent : ALD pour les congés de longue maladie ; cinq maladies (tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite et déficit immunitaire grave ou acquis) pour le congé de longue durée ; congé ordinaire pour les autres motifs d'arrêt ;
- par leur durée de service : un an sur une période de douze mois consécutifs pour le congé ordinaire, trois ans pour le congé de longue maladie et cinq ans pour le congé de longue durée ;
- par leur régime d'indemnisation : la période pendant laquelle l'agent perçoit un plein traitement dépend de la catégorie de congé (90 jours dans le congé ordinaire, un an dans le congé de longue maladie et 3 ans dans le congé de longue durée).

Tableau des droits statutaires en cas de maladie

	Durée maximale	taux plein	taux réduit
congés de maladie	1 an	3 mois	9 mois
congés de longue maladie	3 ans	1 an	2 ans
congés de longue durée	5 ans	3 ans	2 ans

Les durées de perception du plein traitement et l'analyse de la répartition des jours indemnisés amènent à penser que la majorité des maintiens de salaire se fait à plein traitement.

a2) *L'indemnisation commence au premier jour (pas de franchise)*

a3) *L'assiette du traitement (ou demi traitement) maintenu.*

C'est normalement le salaire brut majoré de l'indemnité de résidence (en moyenne 0,8% du salaire brut), du supplément familial de traitement (1,05%) et de la NBI (0,03%). Les primes liées à l'exercice des fonctions (de l'ordre de 14% pour les personnels civils étudiés ici) ne font pas partie de l'assiette.

L'assiette n'est pas plafonnée.

Ce régime appelle quatre remarques :

- Evaluation du taux de remplacement.

* pour les congés ordinaires : sur des périodes variant selon les administrations mais qui ne dépasseraient pas 90 jours, tout ou partie des primes liées à l'exercice des fonctions sont retenues dans l'assiette. Il en résulte alors un taux de remplacement égal à (proche de) 100%. Au-delà de ces périodes initiales, l'assiette ne comprend plus les primes et le taux de remplacement est alors (pour un taux moyen de primes) de 84% (le cas échéant jusqu'à 90 jours) et 42% du salaire net initial. Bien qu'on ne connaisse pas le nombre de congés maladie

pour lesquels les primes sont intégrées dans l'assiette, on estime généralement que c'est une pratique très étendue pour les trois premiers mois.

* pour les congés de longue maladie et de longue durée, les primes ne sont pas intégrées dans l'assiette et le taux de remplacement s'établira selon les périodes à 84 ou 42% du salaire net initial.

- Pour un même type de congé, le taux de remplacement variera en fonction des choix faits en matière de durée de prise en compte des primes d'une part, du taux de prime d'autre part.

* il n'existe pas d'état centralisé décrivant les règles retenues pour la détermination de l'assiette

* on connaît mieux le taux de prime qui varie sensiblement selon les administrations et/ou les corps. Pour un taux moyen de 23% (militaires compris), le taux est de 18% pour les cadres et professions intellectuelles supérieures (52% pour les cadres et 11% pour les professeurs et les professions scientifiques et culturelles) ; de 33% pour les professions intermédiaires (avec un taux de l'ordre de 10% dans l'éducation nationale) ; de 28% pour les employés et ouvriers. Le taux de primes des militaires est dans l'ensemble élevé (62% pour les officiers – sauf généraux ; 44% pour les sous-officiers ; 31% pour les militaires et hommes du rang).

*

* *

Au total, en associant les analyses ci-dessus sur la durée de perception à plein traitement et le traitement des primes dans la détermination de l'assiette, on peut penser que le taux de remplacement dans la fonction publique de l'état est globalement élevé.

La situation des fonctionnaires pour les périodes de plein traitement est proche ou égale à celle des salariés détenteurs des meilleures couvertures en prévoyance.

- le plein/demi traitement est imposable même en cas d'arrêt en rapport avec une maladie ALD (on a analysé dans la première section les avantages que procurait la non imposition des IJ de l'espèce pour les salariés du régime général).

- lorsque le congé dépasse six mois, il est procédé pour le calcul des prestations sociales – et notamment de l'aide au logement – à un abattement de 30% sur le traitement d'origine.

b) La protection complémentaire

- Elle est fortement diffusée (près de 90 % de la population) et liée à l'adhésion à une garantie santé.

- Elle est en masse relative plus faible que celle des salariés du régime général compte tenu du haut degré de couverture par l'employeur.

- Les mutuelles proposent des compléments de rémunération : indemnités de perte de traitement pour assurer un niveau total d'indemnisation de 70 à 90 % du traitement initial. Les prestations sont souvent servies aussi longtemps que dure l'incapacité temporaire.

* la MGEN complète le traitement maintenu à hauteur de 77% de l'assiette moyenne quotidienne utilisée pour le calcul de la cotisation. On compte en 2006 près de 25 000 bénéficiaires soit 1,7% de la population potentielle³⁹ (nombre faible qui s'explique par le fait que la mutuelle n'intervient pas sur les 90 premiers jours où l'agent est à plein traitement). Le montant moyen est élevé : 2 077€ et croît avec l'âge (fréquence, longueur

³⁹ Contre plus d'un tiers en IJ de base.

des arrêts et salaire de référence augmentant avec l'âge). La durée moyenne d'indemnisation est forte (voisine de 250 jours) et 75% des allocations (en valeur) concernent des congés de longue maladie et de longue durée.

* la Mutuelle Générale sert des IJ complémentaires pour atteindre 90% du traitement brut en période de congé à demi traitement

* la mutuelle des Agents des Impôts complète le régime statutaire pour atteindre 90% du traitement net à compter du 91^{ème} jour.

- La cotisation est actuellement intégralement à la charge de l'agent. Mais le nouveau régime défini par le décret du 19 septembre 2007 ouvre le champ d'une aide éventuelle de l'employeur pour les contrats répondant aux obligations définies par le décret précité et les arrêtés du 19 décembre 2007.

S'agissant des arrêts maladie, « la garantie...doit assurer, déduction faite du maintien de la rémunération versée par l'employeur public...un montant correspondant au minimum à 75% du traitement indiciaire brut⁴⁰ et au plus à 100% de la rémunération nette totale ».

- La prestation servie actuellement par les complémentaires est non imposable, principe corollaire du fait que le revenu de l'agent qui a servi à financer sa cotisation de mutuelle, facultative, a fait l'objet de l'imposition au titre de l'IR).

3) la politique de contrôle

Il n'existe pas de document centralisé sur la politique de contrôle. Mais elle ne semble guère développée pour les arrêts inférieurs à six mois (à cette date, il y a un examen systématique de la situation du fonctionnaire).

4) éléments de conclusion

- il est anormal qu'on ne dispose que de renseignements lacunaires sur les IJ des fonctionnaires de l'Etat (notamment sur le taux réel de remplacement et les politiques de contrôle éventuellement mises en œuvre)

- l'absence de franchise dans le système d'indemnisation renchérit sensiblement la charge des congés de maladie (dans le secteur privé, l'effacement des franchises par l'entreprise n'est pas systématique)

B) Les fonctions publiques territoriale et hospitalière

1) Chiffres clés

La DGCL ne consolide pas les données sur les congés maladie.

On connaît toutefois les caractéristiques de la sinistralité et de l'indemnisation par les analyses de DEXIA qui est l'assureur dominant des collectivités locales (60% de taux de couverture, le solde étant le fait de grosses collectivités locales qui sont leur propre assureur).

a) Absentéisme : 6,1% en 2005 (collectivités locales) et 7,3% (établissements hospitaliers), soit moins de 10% et 12% en journées calendaires.

⁴⁰ à l'exclusion des primes, du SFT de l'IR qui représentent en moyenne plus de 15% de la rémunération totale

b) Répartition des arrêts par durée

Dispersion des durées de versement d'IJ en maladie ordinaire dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière en 2005

	FPT		FPH	
	% des arrêts	% des jours d'absence	% des arrêts	% des jours d'absence
Moins de 3 jours	33	5	28	3
4 – 7 jours	32	12	30	9
1 – 2 semaines	16	12	18	11
2 – 4 semaines	10	14	11	14
1 – 3 mois	6	17	8	19
Plus de 3 mois	4	39	6	44

Sources : Dexia Sofcap, Analyse et conjoncture, mai 2007 ; Dexia Sofcah, Analyse et conjoncture, mars 2007.

Les congés de maladie ordinaire mobilisent 55% des IJ.

c) Caractéristiques

- Influence de l'âge

Dans la fonction publique territoriale, chez les hommes comme les femmes, l'influence de l'âge sur les absences en maladie ordinaire ou longue maladie/longue durée est perceptible après 50 ans. L'absentéisme des hommes en maladie ordinaire progresse régulièrement avec l'âge tandis que pour les femmes, il est stable jusqu'à 50 ans puis multiplié par 1,5 après 50 ans. En ce qui concerne les absences en longue maladie/longue durée, le taux d'absentéisme global tous âges confondus est de 2,8 %, pour les hommes comme pour les femmes ; au-delà de 50 ans, il est de 6 %.

Dans la fonction publique hospitalière, le taux d'absentéisme des hommes en maladie ordinaire progresse régulièrement avec l'âge tandis qu'il est le plus élevé pour les femmes de moins de 30 ans ; l'explication réside sans doute dans les congés maladie ordinaire liés à la maternité. En ce qui concerne les absences en longue maladie/longue durée, le taux d'absentéisme global tous âges confondus est de 2,9 % pour les hommes et de 3,4 % pour les femmes ; au-delà de 50 ans, il est de 8 %.

Taux d'absentéisme en maladie ordinaire et en longue maladie/longue durée selon l'âge du salarié dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière

	FPT				FPH			
	Maladie ordinaire		Longue maladie/longue durée		Maladie ordinaire		Longue maladie/longue durée	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Moins de 30 ans	1,5%	2,7%	0,3%	0,3%	1,0%	5,9%	NS	0,4%
30-39 ans	2,1%	3,2%	0,7%	1,0%	1,7%	4,3%	NS	1,2%
40-49 ans	2,8%	3,0%	1,9%	2,2%	2,5%	3,3%	2,9%	3,5%
50 ans et plus	4,0%	4,7%	6,5%	5,8%	3,0%	5,1%	7,5%	8,2%
Ensemble	2,8%	3,5%	2,8%	2,8%	2,3%	4,3%	2,9%	3,4%

Sources : Dexia Sofcap, Analyse et conjoncture, mai 2007 ; Dexia Sofcah, Analyse et conjoncture, mars 2007.

- Disparités

* Pour la fonction publique hospitalière

Les personnels au contact des patients sont les plus exposés aux arrêts maladie ordinaire (leur part dans les maladies de longue durée est plus faible).

Contribution de la nature des arrêts à l'absentéisme selon les filières

	Maladie ordinaire	Longue maladie/longue durée
Personnel administratif	24 %	64 %
Personnel technique	40 %	46 %
Personnel soignant	49 %	37 %
Personnel médico-technique	71 %	19 %

Source : Dexia Sofcap, Analyse et conjoncture, mai 2007.

* Pour la fonction publique territoriale :

° disparités selon le statut : les bilans sociaux 2005 indiquent les titulaires ont en moyenne 21 jours d'absence et les non titulaires 9 jours d'absence. Cet écart s'explique en partie par des caractéristiques professionnelles (catégorie hiérarchique, filière d'emplois), une structure par âge différente et une couverture statutaire différente.

° disparités selon l'employeur : d'après les bilans sociaux 2003, ce sont les plus grandes communes, les communautés urbaines et les OPHLM qui présentent le plus grand nombre moyen de journées d'absence au titre de la maladie ou de la grande maladie (ensemble des communes : 20,7 jours ; ensemble des collectivités : 19,2 jours ; communes de moins de 1 000 habitants : 13,6 jours ; communes de plus de 100 000 habitants : 24,1 jours)

2) Le régime de prise en charge

a) Par l'employeur

Les règles communes aux trois fonctions publiques ont été exposées supra.

A la différence de la fonction publique d'Etat, on connaît la répartition des maintiens de salaire entre le plein traitement (81% pour la fonction publique territoriale ; 85% dans les hôpitaux) et le demi traitement (19 et 15%).

b) Par la protection complémentaire

- La protection complémentaire est importante mais sans doute moins fortement diffusée que dans la FP d'Etat. Elle serait le plus souvent non liée à l'adhésion à une garantie santé.
- Dans la fonction publique hospitalière, les agents titulaires et stagiaires bénéficient dans le cadre de l'action sociale des établissements⁴¹ d'une prestation venant compléter la perte de rémunération pour raison maladie après épuisement du droit statutaire au plein traitement. Pour les congés ordinaires, la prise en charge correspond à un demi-traitement sur les 150 premiers jours de demi-traitement, les arrêts maladie pouvant être continus ou discontinus. Pour les congés de longue maladie ou de longue durée, la prise en charge correspond à un demi-traitement sur les cinq premiers mois de chaque année à demi traitement (soit 300 jours au total). Les OC interviennent donc peu sur ces prestations.

⁴¹ Le CGOS, comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics, est chargé de la gestion et de la mutualisation de l'action sociale assurée par une contribution annuelle des établissements.

- Dans la fonction publique territoriale, environ 1/3 des agents bénéficieraient d'une couverture maintien de salaire. Le montant moyen de l'indemnité versée par la Mutuelle nationale territoriale est de 470 euros mensuel. Les prestations interviennent après épuisement du droit statutaire au plein traitement sont calculées sur le traitement net indiciaire. Les primes et indemnités mensuelles peuvent également être prises en compte pour une indemnisation de celles-ci.

Section III - Le Régime social des indépendants

La couverture des arrêts de travail

- n'est pas généralisée (les professions libérales ne sont pas toutes couvertes par un régime obligatoire)
- est récente (1995 pour les artisans et 2000 pour les commerçants)

A) Les commerçants, industriels et artisans du RSI

1) Les chiffres clés

	personnes protégées	dont actifs
Artisans	1 184 408	570 195
Commerçants	1 424 079	691 024
Total	2 608 487	1 261 219

Les données 2006 sont issues de l'observatoire des indemnités journalières du Régime. De plus, le RSI a réalisé une étude « histoire naturelle » qui permet de reconstruire l'histoire des arrêts de travail de certains bénéficiaires en partant de l'arrêt initial jusqu'aux prolongations de cet arrêt, avec trois ans de recul (durée maximale d'arrêt maladie). C'est à partir de cette étude que les chiffrages sur les « arrêts continus » de cette note ont pu être extraits⁴².

- Nombre d'IJ payées : 6,67M en 2006 (en jours calendaires) soit 5,3 jours par assuré actif qu'il se soit arrêté ou pas.
- Nombre d'arrêts continus (arrêts initiaux suivis de leurs prolongations éventuelles sans reprise de travail intercalaire) : 110 000.
- 8,6% des assurés ont au moins un arrêt indemnisé (108 000 bénéficiaires d'IJ). Il s'agit d'un pourcentage particulièrement bas, lié d'une part au nombre élevé d'arrêts non indemnisés du fait de l'importance de la franchise (7 jours dans 60% des cas ; 3 jours en cas d'hospitalisation pour 35% des cas) ; il peut être lié d'autre part au fait que ces catégories socioprofessionnelles en s'arrêtant mettent en péril leur entreprise et de ce fait ne s'arrêtent que pour des circonstances médicales sévères et donc plus longues.
- Le nombre des arrêts par assuré arrêté est voisin de un (selon l'enquête « histoire naturelle », 98,1% des arrêtés n'ont eu qu'un arrêt de travail⁴³, 0,2% ont présenté plus de deux arrêts

⁴² L'enquête « Histoire naturelle » du RSI, exploitée en 2007 sur un échantillon d'arrêts de travail continus (arrêts de travail initiaux suivis le cas échéant des arrêts venant en prolongation, sans reprise de travail intermédiaire) concerne 30 220 arrêts de travail prescrits sur le 1^{er} semestre 2003 pour 29 601 assurés du RSI (hors professions libérales). Les 30 220 arrêts continus représentent 2 300 340 journées d'arrêt prescrites et 1 901 080 journées indemnisées.

⁴³ Selon le RSI, les situations d'arrêts de travail multiples correspondrait plus à des arrêts en lien avec des thérapeutiques lourdes et répétées qu'à des situations de fraudes ou d'abus.

continus). C'est le corollaire du fait que la plupart des arrêts courts ne font pas l'objet d'une indemnisation.

- Compte tenu de l'importance des franchises, le ratio IJ payées sur IJ prescrites pour des arrêts de durée supérieure à la franchise est bas : 83,2% (6,67/8,015). Ce ratio serait encore plus faible si on prenait en compte les arrêts non connus des caisses parce que leur durée est inférieure à la franchise.
- La durée prescrite des arrêts (continus) est élevée : 72 jours en moyenne (pour environ 60 jours indemnisés), mais avec forte dispersion. Cette durée d'arrêt – élevée par rapport à celle du régime général - s'explique par le fait que les nombreux arrêts de durée inférieure à la franchise ne sont pas connus des caisses. C'est aussi un effet lié à la période d'observation de l'étude « histoire naturelle » (trois ans), dont la conséquence est de majorer l'importance des arrêts de longue durée par rapport aux données des autres régimes.
Corollaire, les arrêts de longue durée représentent un pourcentage élevé des arrêts (46,6% des arrêts pris en charge ont une durée supérieure à un mois et mobilisent 92% des IJ)
- Lorsque l'on enlève les arrêts courts (de moins de 15 jours) très nombreux pour les assurés du régime général, la structure des arrêts continus du RSI se rapproche de celle du régime général :

	CNAMTS (point en repère 2006)		RSI (Enquête "histoire naturelle")	
moins de 8 jours	48%		27%	
entre 8 et 14 jours	16%			
entre 15 et 30 jours	15%	40%	28%	38%
entre 1 mois et 3 mois	13%	37%	27%	37%
entre 3 mois et 6 mois	4%	12%	8%	11%
plus de 6 mois	4%	11%	10%	14%
	100%	100%	100%	100%

Source : CNAMTS et RSI. Note de lecture : les chiffres reportés en gras correspondent à la ventilation des arrêts lorsqu'on l'enlève les arrêts de moins de 15 jours.

Selon l'enquête du RSI sur les arrêts continus, 58% des arrêts longs (de plus de 2 ans) concernent la classe d'âge des 50-59 ans.

- L'écart entre les jours indemnisés et les jours prescrits provient
 - * de l'importance de la franchise. Elle concerne en premier lieu tous les arrêts de durée inférieure à la franchise qui ne sont pas indemnisés du tout (chiffrage approximatif : pour 15% de probabilité d'arrêt et une durée d'arrêt de 4 jours, on aurait 750 000 IJ de plus). Elle concerne en second lieu les premiers jours des arrêts (5,25 jours/arrêt soit indemnisés (près de 530 000 IJ supplémentaires).
 - * des rejets administratifs de prise en charge (environ 4% des arrêts)
 - * des refus de prise en charge à la suite des contrôles médicaux (281 932 journées en 2006, soit environ 3% des journées prescrites)
- La valeur moyenne de l'IJ est de 27€ brut⁴⁴ (ce qui correspond sur la base de 50% à une assiette de 1 620€/mois)

⁴⁴ Les IJ versées par le RSI sont brutes ; elles sont intégrées aux revenus non salariés (BIC) qui sont soumis à cotisations sociales et prélèvements de CSG/CRDS.

- Motifs d'arrêts : les principaux motifs d'IJ prescrites sont relatifs aux maladies du système ostéo-articulaire, aux traumatismes, aux tumeurs et aux troubles mentaux. Selon l'enquête sur les arrêts continus, les arrêts de plus de deux mois sont plus concernés par les pathologies tumorales ou les troubles mentaux. Les arrêts plus longs de plus de deux ans concernent en premier lieu les maladies tumorales ainsi que celles de l'appareil locomoteur.
- Les arrêts sont en grande majorité prescrits par des médecins généralistes, et par un seul prescripteur, en particulier pour les arrêts plutôt courts (moins de 3 mois).
- 16% des arrêts continus sont en lien avec l'article L324-1 du code de la sécurité sociale⁴⁵; ces arrêts représentent 55% des versements. Sur ces arrêts, près des trois quarts sont en lien avec une ALD 30 et représentent 63% des IJ payées au titre de l'article L324-1 et 35% du total des IJ versées.
Parmi les 16% d'arrêts en rapport avec l'article L324-1, 45% concernent des arrêts de plus de 6 mois (contre 3% pour les arrêts sans rapport). Les arrêts en rapport avec le L324-1 sont liés principalement aux tumeurs, maladies circulatoires et maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif.
- Arrêts suivis de prolongations : 58% des arrêts sont suivis de prolongations.

NOMBRE D'ARRETS	%	% IJ PAYEES
Arrêt isolé non suivi de prolongation	41,89%	10,28%
Arrêt suivi d'une seule prolongation	28,62%	18,51%
Arrêt suivi de deux prolongations	12,59%	15,40%
Arrêt suivi de plus de deux prolongations	16,90%	55,81%
Total	100,00%	100,00%

Source : RSI - DataWareHouse OCAPI

Selon l'enquête « histoire naturelle », pour les assurés bénéficiant de plusieurs arrêts, ces arrêts sont de courte durée (en moyenne entre 1 et 10 jours).

2) Le système de prise en charge

a) Par le régime de base

a1) *Le financement*

Il est assuré par une majoration de 0,7 point du taux de la cotisation maladie des assurés actifs (qui s'élève à 6,5% du revenu dans la limite de 5 fois le plafond avec une assiette minimum de 40% du plafond)

⁴⁵ L'article L324-1 du code de la sécurité sociale concerne les affections nécessitant une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à 6 mois, les affections de longue durée –ALD– reconnues sur liste ou affections graves caractérisées hors liste, les affections caractérisées avec état pathologique invalidant

a2) Conditions d'accès

- Le régime est réservé aux commerçants et artisans à titre principal (les arrêts rejetés au paiement pour les assurés non prestataires, car prestataires d'un autre régime du fait par exemple d'une pluri-activité, représentent 26,4% des rejets administratifs d'arrêts initiaux, soit environ 1% du total des arrêts initiaux).
- L'assuré doit être affilié depuis au moins un an au RSI (1,7% des arrêts initiaux sont rejetés pour ce motif)
- L'assuré doit être à jour de ses cotisations

a3) Le régime couvre maladie ou accident y compris ceux survenus pendant l'exercice de l'activité professionnelle ou à la suite de celle-ci (les arrêts de travail pour accident ne représentent que 0,6% des arrêts initiaux débutés en 2006).

a4) La durée maximale de bénéfice

C'est la même que dans le régime général : 360 jours d'indemnisation sur une période de trois ans ; trois ans d'indemnisation pour les ALD en rapport avec la maladie exonérante. 5,6% des rejets administratifs de prise en charge des IJ le sont au motif de nombre maximal d'IJ atteintes (ce qui représente 0,2% des arrêts initiaux).

a5) L'indemnisation

- Elle est de la moitié du revenu professionnel moyen brut des trois dernières années dans la limite du plafond de la sécurité sociale.
L'IJ moyenne est de 27€.
Elle supporte la CSG, la CRDS et les cotisations sociales.
- L'allocation plancher est de 17,88€ en 2007 (correspondant à l'assiette minimale de 40% précitée). Plus de 25% des IJ versées sont au plancher en 2006.
- Environ 10% des IJ sont au plafond de la sécurité sociale.
- Le taux de remplacement
Le taux de remplacement net est défini comme le rapport entre le montant des indemnités journalières perçues par l'artisan ou le commerçant et son revenu net journalier.
L'analyse des cas-types permet de souligner les éléments suivants :

* Lorsque le commerçant ou l'artisan a un revenu inférieur au double du montant plancher de l'indemnité journalière, ce qui est le cas des artisans ou commerçants au 1^{er} décile, le taux de remplacement net est supérieur à 100 %, ce qui se traduit par un gain financier.

* Pour un revenu compris entre le double du plancher de l'IJ et le plafond de la sécurité sociale, le taux de remplacement varie entre le tiers et la moitié du revenu professionnel selon la durée de l'arrêt de travail, la période de carence ayant un poids relativement moins lourd pour des arrêts de longue durée.

Taux de remplacement en fonction de la durée de l'arrêt de travail et du niveau de revenu pour l'année 2006

(en % du gain journalier net)

Durée de l'arrêt de travail	Artisans						Commerçants					
	D1	SMIC	Plafond	D5	Moyenne	D9	D1	SMIC	D5	Plafond	Moyenne	D9
8 jours												
- arrêt maladie	13,9	6,3	6,3	5,8	4,6	2,5	28,3	6,3	6,3	6,3	4,9	2,1
- hospitalisation	69,7	31,3	31,3	28,8	23,0	12,7	141,7	31,3	31,3	31,3	24,5	10,7
14 jours												
- arrêt maladie	55,7	25,0	25,0	23,0	18,4	10,1	113,4	25,0	25,0	25,0	19,6	8,6
- hospitalisation	87,6	39,3	39,3	36,2	28,9	15,9	178,1	39,3	39,3	39,3	30,9	13,5
1 mois												
- arrêt maladie	85,5	38,3	38,3	35,3	28,2	15,6	173,8	38,3	38,3	38,3	30,1	13,1
- hospitalisation	100,3	45,0	45,0	41,5	33,1	18,3	204,0	45,0	45,0	45,0	35,3	15,4
2 mois												
- arrêt maladie	98,5	44,2	44,2	40,7	32,5	17,9	200,3	44,2	44,2	44,2	34,7	15,1
- hospitalisation	105,9	47,5	47,5	43,8	34,9	19,3	215,4	47,5	47,5	47,5	37,3	16,3
3 mois												
- arrêt maladie	102,8	46,1	46,1	42,5	33,9	18,7	209,1	46,1	46,1	46,1	36,2	15,8
- hospitalisation	107,8	48,3	48,3	44,6	35,5	19,6	219,2	48,3	48,3	48,3	38,0	16,6
6 mois												
- arrêt maladie	107,1	48,1	48,1	44,3	35,3	19,5	217,9	48,1	48,1	48,1	37,7	16,5
- hospitalisation	109,6	49,2	49,2	45,3	36,1	20,0	222,9	49,2	49,2	49,2	38,6	16,8
1 an												
- arrêt maladie	109,1	49,0	49,0	45,2	36,0	19,9	222,3	49,0	49,0	49,0	38,5	16,8
- hospitalisation	110,6	49,6	49,6	45,7	36,5	20,1	224,8	49,6	49,6	49,6	38,9	17,0

Sources : RSI et calculs HCAAM

Lecture : un artisan ayant un arrêt maladie de 14 jours a un taux de remplacement de 25 % si son revenu est égal au plafond de la sécurité sociale. Ce taux de remplacement passera à 39,3 % s'il est hospitalisé pendant 14 jours.

- Il n'existe pas pour les indépendants de majoration pour famille nombreuses.

- A la différence du régime général et de la MSA, les IJ servies à des assurés en ALD au titre de leur maladie exonérante sont imposables.

a6) Les dépenses s'élèvent à 190M soit 1 730€ par arrêt

b) Par les contrats Madelin

La place de la protection complémentaire est importante (a fortiori pour les professions libérales non protégées par le régime de base). Elle est adossée au régime fiscal spécifique des « contrats Madelin ».

Voir infra au B

3) La politique de contrôle

Les plans de contrôles médicaux mis en place en janvier 2005 par le RSI ont contribué à une meilleure maîtrise des dépenses. Le nombre de journées refusées par les services médicaux du RSI est passé de 207 778 en 2004 à 281 932 en 2006. Dans le même temps le nombre de journées prescrites par les médecins diminuait de 5,6%.

B) Les professions libérales

Certaines professions libérales sont couvertes par une garantie incapacité gérée par leur caisse de retraite. C'est le cas pour cinq régimes. Il s'agit de systèmes forfaitaires, d'une philosophie différente des autres régimes où l'IJ est (plutôt) proportionnelle au revenu professionnel. Dans deux de ces régimes, il y a des franchises de durée significative.

Sont concernés :

- les avocats et conseils juridiques : 61€/jour avec une franchise d'un mois (8 jours en cas d'accident ; nulle en cas d'hospitalisation) ; durée maximale de service de trois ans ;
- médecins : 86,50€/jour (taux réduit après un an de prestation) ; durée maximale de trois ans ;
- chirurgiens-dentistes : 82,50€/jour à compter du 91^{ème} jour d'arrêt ; durée maximale de trois ans ;
- auxiliaires médicaux : 43,89€/jour (taux majoré en fonction des charges de famille ou si l'assuré doit recourir à une tierce personne) ; durée maximale de un an ;
- sages-femmes : IJ variant selon la classe de cotisation (de 12,10 à 36,30€/jour) ; durée maximale de trois ans.

Les prestations en espèces accordées par les caisses des professions libérales

Profession	Effectifs cotisants	Indemnités journalières		
		Montant	Durée	Conditions
Avocats- Conseil Juridique Caisses : CNBF + APBF(*)	47 787 (en 2007)	61€/jour en 2006 Au 1 ^{er} jour si hospitalisation Au 8 ^{ème} jour si accident Au 30 ^{ème} jour si maladie	3 ans	12 mois d'exercice au Barreau minimum
Officiers ministériels Caisse : CAVOM	4 715 (au 31/12/04)	Affiliés au RSI pour l'assurance maladie		
Notaires Caisse : CRN	NR	Affiliés au RSI pour l'assurance maladie		
Experts-comptables Caisse : CAVEC	NR	Affiliés au RSI pour l'assurance maladie		
Agents généraux d'assurance Caisse : CAVAMAC	NR	Affiliés au RSI pour l'assurance maladie		
Médecins Caisse : CARMF	127 020 (en 2006)	Taux normal : 86,50€/jour. Taux réduit : 44,70€/jour pour médecins de plus de 60 ans après 1 an de perception de l'IJ et pour médecins de plus de 65 ans	Franchise de 90 jours. Si médecin < 60 ans, 3 ans. Si 60-65 ans, 1 an. Si > 65 ans, mise à la retraite ou taux réduit sur une période variant entre 1 et 3 ans.	2 ans d'affiliation minimum. Taux réduit si 8 à 23 mois d'affiliation
Pharmaciens libéraux Caisse : CAVP	NR	Affiliés au RSI pour l'assurance maladie		
Chirurgiens-dentistes Caisse : CARCD		82,50€/jour à partir du 91 ^{ème} jour.	3 ans	Déclaration à faire dans les 60 jours
Auxiliaires médicaux Kinésithérapeutes Caisse : CARPIMKO	NR	43,89€/jour en 2008 à partir du 91 ^{ème} jour Majorations : 7,98€ si conjoint ou enfant à charge ; 15,96€ si tierce personne. Non cumulables.	3 ans	
Architectes-ingénieurs Caisse : CIPAV Géomètres-Experts Fonciers Caisse : CIPAV, ex- CARGE(**)	NR	Affiliés au RSI pour l'assurance maladie		
Vétérinaires Caisse : CARPV	NR	Affiliés au RSI pour l'assurance maladie		
Sages-femmes libérales Caisse : CARSAF	2 209 (en 2005)	Classe A obligatoire : 12,10€ en 2007 à partir du 91 ^{ème} jour. Les classes B et C facultatives permettent de doubler et tripler l'IJ.	3 ans	

(*) Les prestations de la CNBF sont complétées par celles de l'ABPF après 1 année d'exercice de la profession.

(**) La CARGE a été absorbée par la CIPAV au 1^{er} janvier 2000.

C) La protection complémentaire

1) Caractéristiques des contrats

- Le régime concerne les travailleurs non salariés (TNS) soumis à l'impôt sur les BIC ou BNC ;
- Ils peuvent déduire leurs cotisations de prévoyance (soins, incapacité, invalidité, décès) de leur bénéfice dans une limite assez élevée (3,75% du bénéfice imposable majoré de 7% du plafond de la sécurité sociale, le tout dans la limite de 24% du plafond, soit 7 725 euros).

2) Chiffres clés

a) Les travaux menés au RSI

- Le taux de pénétration est de 51 % en 2006 (860 000 assurés ayant déclaré une prime Madelin pour 1,7M d'assurés actifs)
- Il a progressé depuis 2000 de 13 %
- Il est plus important pour les artisans (60 %) que pour les commerçants (44%) et les professions libérales (50%).
- Il augmente avec l'âge (20% pour les moins de 25 ans) jusqu'à 60 ans (56 %) pour diminuer ensuite (39 %).
- La prime moyenne est de 2 887 euros (prévoyance / retraite).

b) L'étude de la FFSA

Les chiffres ci-dessous proviennent de l'étude de la FFSA d'avril 2007 sur l'année 2006 et portent sur les contrats gérés par des sociétés relevant du code des assurances (on estime couramment qu'elles concentrent une très grande majorité des contrats Madelin) :

- nombre de contrats de prévoyance : 1,1M ;
- taux d'équipement : 75% en 2006 ; un TNS pouvant avoir plusieurs contrats prévoyance, ce chiffre n'est donc pas incohérent avec celui du RSI ;
- le taux d'équipement est en progression régulière ;
- la cotisation moyenne est de 771€ (prévoyance) ;
- 56% des cotisations collectées le sont au titre des soins de santé ; 38% pour l'incapacité/invalidité et 6% pour le décès ;
- sur l'échantillon étudié, 56% des contrats en cours prévoient la garantie « frais de soins », 42% la garantie incapacité/invalidité et seulement 17% la garantie décès (la somme des pourcentages est supérieure à 100%, certains contrats pouvant prévoir plusieurs garanties) ;
- s'agissant du risque incapacité/invalidité, la cotisation moyenne est de 678€.

Section IV - La MSA

Seuls les salariés agricoles sont éligibles, soit 670 000 assurés. Les exploitants agricoles, leurs conjoints collaborateurs, ou les aides familiaux ne disposent pas d'indemnités journalières servies par leur régime de base.

	Personnes protégées	dont actifs
Salariés agricoles	1 955 752	669 143
Exploitants agricoles	2 035 692	517 578
Total	3 991 444	1 186 721

1) Chiffres clés

- Nombre d'IJ payées : en 2006, 7,4 millions, soit 11,1 jours indemnisés par actif.
- Les dépenses sont d'environ 200 M€ en 2006.
- IJ moyenne : 26,5€.

Année	Montants d'IJ versées (en milliers d'euros)	Nombre d'IJ indemnisées (en milliers)
2000	163 241	7 844
2001	174 426	8 715
2002	198 409	8 657
2003	208 936	8 733
2004	208 472	8 333
2005	200 981	7 780
2006	196 959	7 420

Source: CCMSA/DERS

- Distribution des IJ et des bénéficiaires selon le montant d'IJ :

Cout unitaire d'IJ	% de bénéficiaires	% d'IJ
moins de 10 euros	4,6%	2,9%
10 à 19,9 euros	15,2%	17,1%
20 à 29,9 euros	45,4%	46,5%
30 à 39,9 euros	24,4%	23,0%

Source: CCMSA/DERS

- Nombre d'arrêts de travail en 2006 : 202 974 ; le nombre moyen d'IJ par arrêt de travail est de 36,7.
- **Nombre de bénéficiaires d'IJ** : 169 173 (soit 24,3% des salariés agricoles en ETP)
- Il y a en moyenne 1,2 arrêt et 44 jours indemnisés par bénéficiaire d'IJ
- 13,2% des bénéficiaires d'IJ sont en ALD

2) Le système de prise en charge

a) Conditions d'ouverture de droit et règles d'indemnisation dans le régime de base

Ce sont les règles du régime général qui s'appliquent.

Bien que la réglementation prévoit des dérogations aux conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces pour certaines professions à caractère saisonnier ou discontinu, la définition de ces professions retenue par la jurisprudence ne permet pas à l'ensemble des salariés relevant des assurances sociales agricoles de bénéficier de ces conditions dérogatoires (ex : les personnes exerçant une activité salariée à temps réduit, les agents de pesées du contrôle laitier...). La MSA préconise soit d'abaisser les seuils fixés par les articles R 313-3 et suivants du code de la sécurité sociale, exprimés en montant de cotisations ou d'heures de travail soit de prévoir une disposition spécifique pour l'ouverture des droits des travailleurs à temps partiel.

b) Depuis la loi du 30 décembre 1988, l'application de l'accord du 10 décembre 1977 sur la mensualisation a été étendue aux salariés de l'agriculture

c) Protection complémentaire

c1) *Les salariés non cadres*, bénéficient de conventions collectives nationales, régionales ou départementales des entreprises de la production agricole qui prévoient la couverture des risques liés à l'incapacité de travail. Les garanties incapacité invalidité varient selon les dispositions des conventions collectives qui définissent :

- les catégories de personnel bénéficiaire,
- le délai de franchise,
- le pourcentage de salaire brut à maintenir,
- la durée d'indemnisation.

c2) *Les cadres agricoles* bénéficient d'un régime conventionnel des cadres de la production agricole (défini par le Convention collective nationale de 1952) qui comprend une garantie incapacité et invalidité. Cette garantie incapacité invalidité prévoit le versement des indemnités journalières complémentaires dès le 21ème jour d'arrêt pour la maladie ou accident de la vie privée. Ces indemnités sont versées au maximum jusqu'à la mise en invalidité du bénéficiaire, c'est à dire au maximum pendant 3 ans. L'entreprise peut souscrire une option qui permet de réduire le délai de franchise.

Indemnités journalières en cas d'incapacité de travail temporaire	
Tranche A partie du salaire brut inférieure au plafond des Assurances Sociales	Tranche B/C partie du salaire brut supérieure au plafond des Assurances Sociales
25% dans la limite du salaire net	70% dans la limite du salaire net

3) La politique de contrôle

La MSA a élaboré un plan de contrôles en 2005 concernant les arrêts de travail de plus de deux mois, les arrêts répétitifs, le motif médical, les prescripteurs de prolongations et le respect du délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail. Il inclut également une action de concertation entre le médecin conseil et le médecin du travail dans le cadre d'un arrêt de plus de trois mois. Au-delà des contrôles de la MSA, des contrôles sont également demandés par les entreprises agricoles, ce qui peut dans certains cas orienter le contrôle des médecins conseils.

Section V - Synthèse

1) C'est très volontairement qu'on ne procède pas à des comparaisons sur le volume des arrêts maladie entre les régimes, même pour le « noyau dur » commun des arrêts supérieurs à 3/7 jours (durée de la franchise dans le RSI qui est le régime où elle est la plus élevée). Les taux de congés (par exemple le nombre d'IJ par actif) qu'on serait amené à suivre à cette fin sont en effet des données très partielles dès lors que, on l'a vu, la fréquence et la durée des arrêts dépendent très largement des caractéristiques socio-économiques de la population assurée (âge, sexe, CSP) ou de l'employeur. La comparaison « à plat » des taux n'aurait donc qu'un sens extrêmement limité.

2) On peut plus facilement comparer les régimes de prise en charge à partir de leurs principales caractéristiques

a) L'arrêt maladie fait l'objet d'une prise en charge par un régime obligatoire pour l'ensemble des actifs à l'exception des exploitants agricoles et de quelques professions libérales.

b) Des conditions d'ouverture des droits excluent les assurés dont les références d'activité antérieure sont trop ténues.

c) Les durées de bénéfice de la prise en charge sont relativement étendues (plus « longues » pour les fonctions publiques)

d) Les règles d'indemnisation sont plus ou moins « généreuses » sur les items suivants

d1) Délais de franchise.

Ils varient de façon sensible : aucun dans les fonctions publiques ; trois jours dans le régime général et les salariés agricoles ; sept jours pour les commerçants et artisans ; plus longues dans les professions libérales où elles peuvent atteindre trois mois.

Au regard de ce qui prévaut dans les pays européens l'intervention de la sécurité sociale est très précoce (dans la plupart des pays étudiés, c'est l'employeur qui « porte » l'indemnisation pendant une durée initiale qui peut être relativement longue)

d2) Taux de remplacement : niveau et profil calendaire

d21) Comme dans la plupart des pays européens, l'indemnisation est proportionnelle au revenu antérieur, sauf dans certaines professions libérales. Elle est, en France, le plus souvent encadrée par des règles de minima et de plafonnement (mais il n'y a pas de plafond pour les fonctions publiques).

d22) Le taux de référence dans le régime général et pour les salariés agricoles est de 60% du net. Il est stable sur toute la durée de service.

Le taux est stable et un peu inférieur au RSI.

Il est plus élevé dans les fonctions publique (égal au [ou proche du] salaire antérieur) pendant une durée assez longue ; un peu inférieur à 50% ensuite.

d3) Pour apprécier la situation particulière des fonctionnaires, il faut tenir compte de ce que le maintien de salaire dans leurs régimes « consolidate » en fait les différents dispositifs qui se complètent dans le régime général. Il est donc logique que le régime des fonctions publiques soit plus favorable que le seul premier étage du secteur privé.

e) La prise en charge par des couvertures complémentaires

e1) Elle vient très souvent compléter la protection par les régimes de base ou l'employeur public pour couvrir les franchises et/ou compléter l'indemnisation de base et/ou « effacer » le plafonnement.

e2) Elle est :

- pour partie obligatoire (2^{ème} étage dans le régime général avec la loi de mensualisation) ; dans ce cas à la charge de l'entreprise ;
- pour partie encouragée par des financements publics (prévoyance en entreprise⁴⁶ – et dans ce cas, très souvent financée par l'employeur ; contrats Madelin) ;
- pour partie facultative et à la charge de l'assuré (c'est le cas actuellement dans les fonctions publiques ; c'est le cas des salariés du secteur privé faute d'accord de branche ou d'entreprise).

e3) Elle a tendance à se développer (cf. fonction publique ; pression des pouvoirs publics pour la promouvoir dans les PME).

Ainsi, se dessine un système de très forte protection.

Mais il reste inégalitaire, notamment 1) parce que un petit nombre d'assurés sont « exclus » par les conditions d'ouverture du droit et 2) parce que la protection complémentaire n'est ni générale ni homogène.

f) La politique de contrôle est très inégale

Il convient de souligner l'effort déployé dans les régimes de base, notamment dans le régime général.

⁴⁶ Uniquement pour des contrats collectifs obligatoires.

Chapitre II - Invalidité

La présente note est centrée sur le régime général stricto sensu. Elle ne traite pas des droits dérivés (pensions de veuvage).

A) Bien que l'invalidité concerne un nombre significatif d'assurés (près de 600 000 pour le seul régime général, hors sections mutualistes), la situation de ces ménages est très mal connue.

L'effort devrait porter principalement sur deux sujets principaux :

* l'exploitation des avis d'imposition des pensionnés. Elle fournirait des renseignements précieux sur leur situation familiale (le pensionné vit-il seul ou en couple ?), leur revenu, les rentes de prévoyance et le nombre de parts fiscales du ménage.

* l'état des lieux en matière de prévoyance.

B) L'invalidité concerne des personnes dont l'état de santé – profondément dégradé - ne leur permet plus de participer à une activité professionnelle susceptible de leur permettre de couvrir leurs moyens d'existence

La maladie ou l'usure de l'organisme liées à un accident du travail ou une maladie professionnelle sont couvertes par un dispositif spécifique de rente AT qui n'est pas étudié dans cette note.

Une personne est invalide lorsqu'elle ne peut plus se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale correspondant à l'emploi qu'elle occupait avant l'arrêt de travail ayant entraîné l'invalidité.

Cette définition explique les caractéristiques majeures de l'invalidité.

- le flux d'entrée est – heureusement - modeste, mais pas insignifiant : 73 331 personnes en 2006⁴⁷ soit 0,37% de la population active du régime général.

- l'invalidité est le fait de personnes plutôt âgées : l'âge moyen à l'entrée est de 49 ans

Age d'entrée	< 30 ans	30/39 ans	40/49 ans	50/59 ans
Part de la classe d'âge	2%	9%	27%	62%
Sex ratio H/F	1,5	0,82	0,82	1

En 2002, 93% ont des pensionnés ont plus de 40 ans. Le taux de prévalence parmi les actifs de plus de 55 ans est d'environ 8% en 2005.

- Les invalides en ALD mobilisent 64% des dépenses de pensions⁴⁸. Ce chiffre confirme une étude de l'IRDES « un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou

⁴⁷ Chiffre plus élevé que le tendanciel (voir infra 4)

⁴⁸ Il est peu plausible que l'effectif des ALD s'éloigne de façon sensible du ratio de 64% observé sur les dépenses de pensions.

inactif» et l'étude de la CNAMTS (janvier 2008) qui montre que 10 ans après leur entrée en ALD, plus de 10% des patients sont en invalidité pour 12 des 17 ALD suivies.

- Le taux de prévalence est plus élevé pour les femmes (elles font 50% de l'effectif des pensionnés alors qu'elles ne représentent que 45,2% de la population active dans le régime général). Le sex ratio varie selon les âges d'entrée comme indiqué ci-dessus

- La plupart des pensionnés d'invalidité vivent en couple (estimation actuelle, de l'ordre de 80%).

- L'invalidité concerne des personnes dont la CSP et le salaire (précédant l'arrêt de travail) sont plutôt modestes. Ainsi à la CRAMIF on ne compte que 30 pensions plafonnées sur 68 000 pensions alors qu'on estime que 30% des salariés du régime ont un salaire supérieur au plafond de la sécurité sociale.

- C'est pour l'essentiel (83% des motifs de suppression des pensions) le passage à la retraite – à 60 ans – qui borne la durée de service de la pension d'invalidité ; 17 % des fins de pension sont dues au décès (11,5% à la CRAMIF).

- Sans être négligeable, le retour au travail est faible, notamment en catégorie 2⁴⁹ ; le plus souvent, il ne procure pas un revenu qui permette à l'invalidé de retrouver un revenu égal ou supérieur à celui qu'il avait avant son arrêt maladie.

- La durée de service est forte (de l'ordre de 11 ans ; sorties 06/stock au 31/12/05 = 9%). A la CRAMIF où la durée de service pour les fins de droit à 60 ans (passage à la retraite) en 2007 est de 9,92 ans, on compte 67% de pensionnés avec une durée comprise entre 1 et 10 ans, 33% une durée supérieure à 10 ans (pour 12,5% la durée est supérieure à 20 ans)

L'effectif des pensionnés est de 578 857 au 31/12/2006 soit 2,9% de la population active du régime général (hors sections mutualistes).

C) Les invalides sont classés en trois catégories en fonction de l'état de santé et de la capacité professionnelle.

Ce classement va définir le niveau de leur protection financière.

- Niveau 1 : les invalides sont capables d'exercer une activité rémunérée. Ils comptent pour 26% de l'effectif.

- Niveau 2 : les invalides sont incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque (69% de l'effectif).

- Niveau 3 : les invalides ont besoin du concours d'une tierce personne (3% de l'effectif).

D) Processus d'entrée

a) Le caractère contributif du régime explique qu'il ne soit accessible qu'aux personnes ayant eu un minimum d'activité professionnelle ayant donné lieu à cotisation (immatriculation et durée du travail)

- Immatriculation.

L'assuré social doit avoir été immatriculé depuis douze mois au moins avant l'arrêt de travail qui a précédé l'invalidité.

- Durée ou gain précédent l'arrêt de travail. Ce minimum – logiquement calé sur l'arrêt maladie de longue durée – n'exclut vraisemblablement qu'un nombre réduit de salariés.

⁴⁹ Parmi les sorties du régime de l'invalidité, on compte 0,35% de retours à la validité.

Les « exclus » qui appartiennent à un ménage dont les revenus sont au dessus des minima sociaux ne perçoivent aucun revenu de remplacement. Pour les autres, le revenu de remplacement est le fait de ces minima.

b) Situation de santé des assurés à l'admission : les motifs médicaux d'admission

Les affections psychiatriques (28,1%), les maladies du système ostéo-articulaire (23,8%) et les tumeurs (13,2%) représentaient en 2006 65% des causes médicales d'admission.

c) L'admission et le classement

- Le processus est enclenché le plus souvent par le contrôle médical qui connaît la situation des assurés en longue maladie et la suit à intervalles « normés » (sur l'accélération du passage en invalidité, voir ci-dessus dans le chapitre consacré aux arrêts maladie). Il débute :

- * soit après la consolidation de la blessure en cas d'accident,
- * soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié d'IJ maladie,
- * soit à la stabilisation de son état intervenue avant le l'expiration du délai de bénéfice des IJ,
- * soit au moment de la constatation de l'usure prématurée de l'organisme.

- L'admission et le classement sont décidés par les caisses sur avis des médecins du service médical. Les décisions sont rarement contestées et sont le plus souvent confirmées.

L'état d'invalidité est apprécié globalement et non comme la conséquence directe de telle maladie ou accident. L'incapacité est appréciée en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales de l'assuré ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle.

- L'admission est un processus lourd bien que la situation des assurés soit connue des caisses (ne serait-ce qu'à cause de la reconstitution de la référence salariale des dix meilleures années).

E) Les dépenses d'invalidité ont connu une forte progression entre 1990 et 2004 (37% avec une progression de 25% des effectifs).

Cette progression est liée notamment :

- au vieillissement de la population active (ce motif explique plus des 2/3 de l'accroissement), en partie liée à la baisse des préretraites.

- à l'accélération du passage des IJ maladie à l'invalidité (il n'y a plus que 14% des entrées qui proviennent de la forclusion). Cette tendance est signalée dans l'ensemble des travaux disponibles (notamment le rapport précité de l'IGAS). On a une illustration précise pour la CRAMIF pour laquelle on peut comparer les calendriers de passage en invalidité de 2002 figurant dans ce rapport et les données homologues calculées sur les nouvelles pensions de 2007 calculées pour le secrétariat du Conseil : le pourcentage des pensions ouvertes moins de deux ans après le début de l'arrêt maladie précédant le passage en invalidité est actuellement de 57% en progression de plus de 12 points sur les cinq dernières années.

- à une très légère déformation de la structure de la population des pensionnés (croissance relative des pensionnés de deuxième catégorie).

- à l'augmentation de la valeur moyenne de la pension déflatée des prix, ce qui traduit – effet de noria – le fait que les entrants ont une pension plus élevée que les sortants. Si cet effet est particulièrement sensible en période de croissance des effectifs, il est structurel (comme la

pension du stock évolue comme les prix, la pension des « sortants » est plus faible que celle des entrants, calée sur une référence salariale relativement proche de la décision d'admission).

Ainsi à la CRAMIF, le montant des pensions nouvelles liquidées en est supérieur de 17% à la valeur moyenne du stock des pensions (très vraisemblablement, l'essentiel de cet écart est lié à cet effet de noria ; les changements dans les caractéristiques économiques des pensionnés – notamment leurs références salariales – ne jouent probablement qu'un rôle secondaire).

F) Indemnisation par la pension d'invalidité

L'indemnisation cumule souvent la pension servie par le régime de base et des rentes servies au titre de la prévoyance.

Comme on le verra ci-dessous au K), certains pensionnés d'invalidité bénéficient depuis 2007 de suppléments analogues à ceux perçus par les personnes handicapées.

1) Les deux étages obligatoires

A la différence des arrêts maladie il n'y a pas d'obligation légale pesant sur les entreprises (analogue au dispositif de la loi de mensualisation). L'écart entre les salariés couverts en prévoyance et ceux qui ne le sont pas est donc, toutes choses égales par ailleurs, plus important en invalidité.

a) La pension d'invalidité servie par le régime général

a1) Principes

- La pension est proportionnelle au salaire antérieur (sous la réserve de l'application du plancher et du plafond) comme c'est le cas pour les arrêts maladie.

- Le taux le plus fréquent – 50% de l'assiette brute- en catégories 2 et 3 est « dans la continuité » de l'IJ maladie. Il est plus faible - 30% - pour la catégorie 1 ce qui est logique puisque l'invalidité est théoriquement en état de travailler.

- On ne prend pas en compte la durée de la carrière de travail. Ce principe qui est logique pour les arrêts maladie qui sont vécus comme une suspension momentanée d'un statut salarial, est parfois contesté par l'IGAS au motif qu'il serait inéquitable que la pension d'une personne jeune disposant d'un salaire confortable soit supérieure à celle d'un salarié plus modestes mais qui a travaillé pendant plusieurs dizaines d'années. Ils estiment qu'il conviendrait « d'accroître le caractère contributif du régime d'invalidité » en modulant la pension avec l'ancienneté du salarié. Cette approche poserait des problèmes difficiles. Sauf à abaisser les taux de 30/50% pour les invalides jeunes (sans abaisser le minimum de pension ?), la réforme serait coûteuse si le coefficient de majoration avec l'ancienneté était significatif (comme la plupart des invalides ont entre 50 et 60 ans, ils seraient très nombreux à bénéficier de la majoration). C'est pour ces raisons qu'on évoque parfois de limiter ce système de majoration aux pensions portées au minimum (le minimum – actuellement de - augmenterait avec l'ancienneté⁵⁰.

⁵⁰ ce système ne concernerait que les pensionnés au dessus de l'ASI

a2) Modalités de calcul

a21) La pension d'invalidité est calculée sur une référence salariale « du type retraite ». On se réfère au salaire brut des dix meilleures années⁵¹ parmi celles ayant précédé l'arrêt de travail dans la limite du plafond de la sécurité sociale.

L'adoption de cette règle appelle deux remarques :

- en termes de gestion, il pourrait sembler logique, puisque l'essentiel des « entrants » était en arrêt maladie, de retenir le salaire de référence qui avait été retenu pour le calcul des IJ maladie
- l'assiette utilisée pour le calcul de la pension est en moyenne nettement inférieure à celle qui a été retenue pour le calcul des IJ.

Sur un échantillon de 500 pensionnés, la CRAMIF a, sur notre demande, comparé le salaire annuel moyen de base (SAMB) avec le salaire trimestriel moyen revalorisé (STMR) calculé à l'entrée en jouissance de la pension et servant le cas échéant de référence à la comparaison de ressources en cas de reprise de l'activité salariée. Ce salaire trimestriel est, sauf exception, celui de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité. On a les résultats suivants :

* le SAMB moyen est inférieur de 22% au STMR. C'est le solde entre des situations de sens inverse.

* dans 85% des cas, le SAMB est inférieur au STMR. L'écart s'explique notamment par le fait « qu'aller chercher » des années lointaines (au mieux la durée de l'arrêt maladie plus dix ans) va gommer l'effet de carrière d'une part et par la technique de revalorisation des salaires portés au compte (indexation sur les prix, soit une référence plus basse que le salaire moyen) d'autre part.

On a une mesure de ce décalage avec les ratios : « moins bonne des dix meilleures années/SAMB » qui est de 71% et « moins bonne des dix meilleures années/plus élevée des dix meilleures » qui est de 58%.

* dans 15% des cas, le SAMB est supérieur au STMR. Il s'agit d'assurés dont le salaire antérieur à l'arrêt de maladie était plus faible que les années précédentes.

Ces données devraient être comparées à celles homologues d'autres caisses pour voir si les résultats de la CRAMF se retrouvent ailleurs.

Il faut donc prendre ces premiers résultats avec prudence.

On en tire à ce stade trois conclusions.

Le taux « nominal » de calcul des pensions en catégorie 2 (50%) qui est égal à celui utilisé pour les IJ maladie doit être interprété à la lumière de l'écart d'assiette. En moyenne la pension est environ inférieure de 20% à l'IJ avec de fortes variations autour de cette moyenne. Le passage en invalidité se traduit donc par un net décrochage du revenu de remplacement (on verra plus loin que ce décrochage est accentué pour les pensionnés en ALD par la baisse de leur allocation de logement).

Pour les pensionnés de catégorie 1, le taux nominal de 30% du SAMB correspond en moyenne à environ 23% de la valeur des IJ. Il est vrai qu'une partie de ces pensionnés cumulera cette petite pension avec un revenu professionnel. Mais pour ceux qui n'ont pas d'activité de ce type, la pension d'invalidité est très faible.

⁵¹ Référence plus favorable que celle retenue pour la retraite : 25 meilleures années

L'adoption de la référence salariale des IJ accroîtrait la dépense de la branche maladie de façon considérable. Cette dépense serait en partie compensée par la rétraction de la prévoyance (pour un montant inconnu mais important) et des dépenses supportées par l'état au titre de l'ASI.

a22) *Compte tenu du régime préférentiel de CSG/CRDS ⁵², les taux de 30 et 50% du SAMB brut débouchent sur des taux « nets » plus élevés.*

Taux de remplacement net/net de la pension d'invalidité

	Pension à 30%	Pension à 50%
CSG à 0%	38,2%	63,7%
CSG à 3,8% et CRDS à 0,5%	36,6%	60,9%
CSG à 6,6% et CRDS à 0,5%	35,5%	59,1%

a23) *Le montant de la pension est compris entre un minimum et un maximum*

- le minimum de pension est au 1/1/200 de 255€, correspondant à un salaire de référence de 850€ en catégorie 1 et 510€ en catégorie 2. A la CRAMIF, 6 % des pensions sont portées au minimum : 14% en catégorie 2 ; 3% en catégorie 1 (vérifier).
- le montant maximum de la pension brute est déterminé en fonction du plafond de la sécurité sociale (soit 804€ en catégorie 1 et 1 341€ en catégorie 2)
- en catégorie 3, la pension est majorée de 40% sans que cette majoration soit inférieure au minimum de 999,83€ par mois au 1/1/2007. Compte tenu du plafond des pensions, c'est le minimum qui est systématiquement retenu (formule cohérente avec le fait que les charges à couvrir par la majoration ne sont pas liées au montant de la pension elle-même)

a3) *Indexation de la pension liquidée*

Elle se fait, comme en matière de retraite, sur les prix (on « casse » avec la logique de l'arrêt maladie où les IJ au-delà de trois mois sont revalorisées si une augmentation générale des salaires est constatée par un arrêté interministériel ou si une augmentation intervient en application d'une convention collective ; il est vrai que cette règle ne s'applique que sur une durée courte). Au total, le revenu du pensionné sera celui de ses dix meilleures années précédant l'entrée en invalidité ; ce montant sera servi pendant en gros une dizaine d'années avec une indexation sur les prix, période qui sera suivie par une retraite calculée sur les vingt cinq meilleures années mais complétée par les retraites complémentaires obligatoires.

a4) *Niveau moyen et dispersion des pensions d'invalidité*

Le taux moyen (hors majoration) est de 44,6% du SAMB.

La dispersion est encadrée par les règles de minimum et de plafond (le ratio plafond/minimum est de 3,15 en catégorie 1 et 5,25 en catégorie 2)

⁵² Si l'impôt sur le revenu du pensionné est inférieur ou égal à 61€, la CSG est prélevée au taux préférentiel de 6,6% ; s'il est inférieur à 61€, le taux est de 3,8% si le revenu fiscal de référence est supérieur aux seuils de l'article 1417 du code général des Impôts ; il y a exonération de la CSG et de la CRDS au dessous de ces seuils.

A la CRAMIF on a la dispersion suivante (stock)

	1 ^{ère} catégorie	2 ^{ème} catégorie
20% des pensions sont <	272€	449€
50%	454€	739€
70%	578€	934€
90%	714€	1 159€

Deux remarques sur ce tableau :

- * le niveau des pensions à la CRAMIF est un peu supérieur à la moyenne nationale
- * rappel du plafond de pension : 801 et 1341€. 90% des pensions sont inférieures à 89% du plafond en catégorie 1 ; 86% en catégorie 2

a5) Dépenses 2006 :

- Les pensions d'invalidité ne font pas l'objet de recette affectée et sont donc financées sur les « recettes ordinaires ». Il n'y a pas de lien (à la différence des AT/MP) entre la cotisation et la sinistralité de l'entreprise ou de la branche).
- Les dépenses du régime général sont de 4,2Md€ en 2006. Elles se décomposent en :
 - * pensions « de base » stricto sensu : près de 90%
 - * majorations en catégorie III : 4,7%
 - * minimum d'invalidité : 5,3%
- La pension moyenne « de base » est de 550€/mois.

b) Le revenu des ménages de pensionnés est complété lorsqu'il est très faible par un système de minimum d'invalidité.

L'ASI, d'un montant maximum de 306€, est servie sous condition de ressources dans la limite d'un plafond de 640€ pour une personne isolée et 1 115€ pour un couple
15,8% des allocataires du régime général perçoivent l'ASI (12,38% en catégorie 1 ; 19,1% en catégorie 2 ; 25% en catégorie 3).

Compte tenu du niveau du plafond, il est logique que

- le taux de pensionnés au régime de l'ASI soit modeste.

Comme le plafond de l'ASI est très proche de la somme [pension minimum+ASI], l'ASI est servie pour un montant différentiel dès que les ressources autres du pensionné dépassent 79€/mois.

Dans le cas d'un couple, le plafond de 1 115€ laisse un peu plus de place pour les autres ressources, qu'elles soient le fait du conjoint ou pas. L'ASI est servie sous forme d'une différentielle au dessus de ces chiffres.

- l'essentiel des bénéficiaires sont des personnes isolées (la plupart des conjoints/concubins ont en effet des revenus suffisamment substantiels pour passer au dessus du plafond.

La dépense est de 234M (pour 222€/mois).

L'ASI est financièrement à la charge de l'Etat.

2) La prévoyance

Comme pour les arrêts maladie, la pension d'invalidité est souvent complétée par une rente servie au titre de la prévoyance.

La minceur des informations disponibles appelle les mêmes critiques que pour les arrêts maladie.

a) On a une estimation de l'importance de la prévoyance en invalidité dans le compte du handicap.

Les « régimes privés » serviraient 1,5Md€ de rentes à comparer aux 7,9Md€ de pensions servies par les régimes de sécurité sociale (estimation tous régimes, hors militaires). Le ratio serait ainsi de 84/16 contre un ratio estimé de 65/35 en maladie.

Le ratio prévoyance/base de % est nettement plus faible que pour les arrêts maladie. Cette infériorité peut provenir de l'importance de la population salariée couverte et/ou d'un degré moindre de protection complémentaire.

Au-delà des écarts mentionnés dans le chapitre I en fonction du niveau hiérarchique (différence entre les cadres et les autres personnels), de la taille de l'entreprise et du secteur économique, on peut avancer items qui contribuent à la modération de la place de la prévoyance :

- * moindre couverture en catégorie 1
- * taux de remplacement cumulé (base + prévoyance) plus faible qu'en maladie avec des taux différenciés selon la tranche de salaire

b) La prise en charge complémentaire

Les éléments ci-dessous sont tirés du rapport IGAS précité.

b1) Diffusion de la prise en charge complémentaire

Selon une enquête de l'IRDES (2003), 50% des établissements interrogés proposaient une prévoyance (incapacité, invalidité et décès).

Selon la Direction générale du travail (DGT) du ministère du travail, une branche sur cinq a conclu à un accord de prévoyance de retraite ou de maladie et le thème de la prévoyance occupe le 4^{ème} rang des thèmes de négociation collective. Par ailleurs, selon l'IGAS, seuls 92 accords collectifs nationaux sont répertoriés avec des branches importantes (BTP, industrie/commerce pharmaceutique, assurances, sécurité sociale, travail temporaire, aide à domicile, enseignement privé ou imprimeries de lauriers), et parmi eux, une dizaine correspondent à des accords récents (depuis 2001) pour une prévoyance des risques incapacité, invalidité, décès. Un seul accord a eu pour objet de créer un réel régime de prévoyance au sein d'une branche professionnelle (bijouterie).

b2) Modalités de prise en charge

- Les contrats proposés suivent en général les catégories juridiques du code de la sécurité sociale (en termes de définition de l'invalidité, de reconnaissance et de contrôle, de découpage des catégories - la catégorie 1 n'étant pas toujours prise en charge - de durée de versement jusqu'à

60 ans...) avec une prise en compte du risque incapacité-invalidité comme un risque unique (incapacité permanente).

- Même si les conditions d'accès aux prestations diffèrent ainsi que les modalités de calcul de la rente, il existe parfois des conditions d'ancienneté (2 ans le plus souvent), des différences de garanties et cotisations selon les cadres et les non-cadres, selon les contrats, des contrôles spécifiques de la part de l'employeur sur l'état d'incapacité du salarié voire contre-expertises médicales, des indemnités différenciées selon les tranches de salaire (cf. garanties AG2R) ou encore selon les causes de l'invalidité.

- La rente d'invalidité complémentaire est versée tant que la pension SS est versée. Elle cesse également à la date de liquidation de la pension vieillesse de la SS, au dernier jour du mois du 60^{ième} anniversaire ou à la date du décès.

b3) Exemples de régimes de prévoyance - Source : IGAS, 2006

Les garanties AG2R

L'invalidité du participant correspond à la catégorie d'invalidité souscrite aux conditions particulières et justifiées par une notification de classement dans la même catégorie d'invalidité de la sécurité sociale.

Les catégories d'invalidités garanties sont souscrites aux conditions particulières parmi les catégories suivantes :

- invalidité 1^{ère} catégorie : participant invalide capable d'exercer une activité rémunérée ;
- invalidité 2^{ème} catégorie : participant invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession ou une activité lui procurant gain ou profit ;
- invalidité 3^{ème} catégorie : participant invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ;

Le prestation de l'institution est une rente d'invalidité dont le montant est déterminé sous déduction de la pension d'invalidité de la sécurité sociale et de toute autre ressource de remplacement (notamment allocation ASSÉDIC, pension de retraite), dans la limite du salaire net d'activité du participant.

En cas d'activité réduite du participant, le montant de la rente est calculé comme précédemment avec prise en compte du salaire temps partiel qu'il reçoit. La rente est versée tant que le participant perçoit une pension d'invalidité de même catégorie de la sécurité sociale. Elle est suspendue en cas de suspension de la pension de la sécurité sociale. Elle cesse lorsque la sécurité sociale cesse le versement de sa propre pension et également lors de la survenance de l'un des événements suivants : date de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale, dernier jour du mois du soixantième anniversaire du participant, date du décès du participant.

Garanties prévues par l'accord collectif de branche dans la CCN de la répartition pharmaceutique

Pour les non cadres, pour une cotisation de 2% payée 50/50, l'incapacité est couverte en distinguant les durées d'arrêts de travail : à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail : 20 % du salaire plafond (T1) et 70 % (T2) puis à partir du 31^{ème} jour : 25 % T1 et 75 % T2. La durée de service des prestations ne doit pas excéder 3 ans. L'invalidité permanente qui prend le relais de l'incapacité est définie comme en matière de sécurité sociale. Elle donne droit à une rente égale à ¼ du salaire T1+T2, dans la limite, une fois cumulée avec la rente de la sécurité sociale, de ne pas

dépasser 70 % du salaire de référence pour seconde catégorie. La rente est réduite de 25 % pour la première catégorie. La rente est versée par trimestre à terme échu et cesse d'être versée au plus tard à 60 ans.

Pour les cadres, la cotisation minimum est fixée à 1,41 %. Elle garantit pour les salariés ayant un an de présence l'indemnisation de l'incapacité selon les modalités suivantes : à partir du 4^{ème} jour jusqu'au 90^{ème} jour : 30 % T1 et 70 % T2, du 91^{ème} jour au 274^{ème} jour : 30 % T1 et 85 % T2, à partir du 275^{ème} jour : 30 % T1 et 90 % T2 ; l'invalidité permanente est couverte selon les mêmes termes, 30%T1 et 90 % T2 réduite de 25% en 1^{ère} catégorie.

b4) Autre exemple de prévoyance : la prévoyance chez Pro-BTP

La prévoyance chez Pro-BTP – Source : Pro BTP / SG du HCAAM

Les conventions collectives du BTP prévoient le versement d'une rente en cas d'incapacité ou d'invalidité reconnue et indemnisée par la Sécurité sociale (voir chapitre 1 page XX). Pour les Etam et les cadres, la rente BTP-Prévoyance est plafonnée pour que le cumul des ressources du salarié (pension du régime général + salaire d'activité + indemnisation ASSEDIC + rente de BTP-Prévoyance) n'excède pas 85 % du salaire brut.

Les obligations conventionnelles en cas d'invalidité

	Ouvriers du bâtiment	Ouvriers des TP	Etam	Cadres
Invalidité				
Catégorie 1	30 % du salaire brut	30 % du salaire brut	60 % de l'indemnisation de la catégorie 2	60 % de l'indemnisation de la catégorie 2
Catégorie 2	60 % du salaire brut	60 % du salaire brut	80 % du salaire brut	65 % du salaire brut
Catégorie 3	60 % du salaire brut	60 % du salaire brut	80 % du salaire brut	85 % du salaire brut
Majoration si 1 ou plusieurs enfants	5 % du salaire brut	5 % du salaire brut	5 % du salaire brut	1 enfant : 5 % du salaire brut 2 enfants ou + : 10 % du salaire brut

Nombre de salariés couverts et nombre d'entreprises cotisantes en 2006

	Nombre de salariés couverts				Nombre d'entreprises cotisantes		
	Ouvriers	Etam	Cadres	Total	Ouvriers	Etam	Cadres
Prévoyance	1 067 458	262 702	122 974	1 453 134	191 135	77 051	42 703

Prestations versées en 2006 (en M€)

	Ouvriers	Etam	Cadres	Total
Invalidité obligatoire	71,76	29,79	23,30	124,86
Invalidité supplémentaire	2,32	3,39	9,66	15,37

c) Lorsque le pensionné d'invalidité bénéficie d'une AAH différentielle ou d'une carte d'invalidité, il peut percevoir l'un des deux compléments de l'AAH.

On revient sur ce point ci-dessous au H).

G) Inégalités dans le système d'indemnisation et le revenu des invalides.

a) Une partie des invalides ont des revenus très faibles.

C'est bien entendu le cas des pensionnés bénéficiant du minimum d'invalidité

L'ASI est au dessous du seuil de pauvreté⁵³ lorsque le pensionné vit seul et ne perçoit pas de prestation logement (640€ vs 788€ soit 81% du seuil de pauvreté). Elle est voisine du seuil de pauvreté pour le couple.

La perception d'une aide au logement améliore sensiblement la situation des pensionnés d'invalidité.

b) On trouve des ménages très modestes au-delà des populations précitées au a)

C'est le cas des pensionnés qui ne sont pas couverts en prévoyance et dont le conjoint/concubin a de petits revenus propres.

c) On retrouve des ménages plus aisés lorsque

- le pensionné cumule un revenu professionnel et sa pension,
- son conjoint à un revenu « moyen »,
- le pensionné est couvert par un accord de prévoyance.

d) L'exploitation des avis d'imposition permettrait de mieux connaître la dispersion des revenus des ménages.

Ces avis sont nécessaires pour déterminer quel taux de CSG doit être appliqué aux pensions.

Mais les informations disponibles risquent de ne pas être suffisantes à en juger par la situation à la CRAMIF où on ne saisit que les informations utiles à la détermination du taux de CSG et où on ne conserve pas dans le dossier des pensionnés les avis de ceux qui ont un taux de CSG de droit commun.

L'analyse faite par la CRAMIF (dont la population de pensionnés perçoit des pensions supérieures à la moyenne nationale) sur cette information limitée donne les résultats suivants

* pensionnés exonérés (le revenu fiscal de référence des ménages est inférieur à 9 271€ pour les pensionnés ayant une part de quotient ; 11 747€ avec 1,5 part ; 14 223€ avec deux parts et 16 699€ avec 2,5 parts) : 35%

* pensionnés au taux réduit (le revenu fiscal de référence est supérieur aux plafonds précités et l'IR est inférieur à 61€) : 5%

* pensionnés au taux « normal » de CSG : 60%. Mais comme de nombreux pensionnés d'invalidité n'envoient pas leur avis d'imposition, on ne peut exclure qu'une partie d'entre eux aient des revenus qui leur donneraient le bénéfice de l'exonération ou du taux réduit de CSG. Le taux de 60% précité est donc surestimé.

⁵³ Le seuil de pauvreté dans la définition européenne est de 60% du revenu médian, prestations sociales comprises, soit 788€ pour une personne isolée et 1 182€ pour un couple. Dans la population générale des ménages de 50 à 60 ans, on en compte 26 % dont le revenu est inférieur au seuil précité. Il faut par ailleurs tenir compte que la population des pensionnés de la CRAMIF a des revenus supérieurs à la moyenne nationale.

Malgré les incertitudes de cette analyse, on peut conclure qu'un pourcentage important de ménages de pensionnés a des revenus très modestes.

Indépendamment de l'usage qu'on peut faire de l'avis d'imposition en régime de croisière (voir ci-dessous au K), il conviendrait que les caisses fassent de façon ponctuelle une opération de croisement de fichier avec les services fiscaux sur un échantillon raisonné de pensionnés afin d'enrichir la connaissance de la population des invalides (sur le niveau et les composantes de leur revenu, le nombre de parts fiscales et le statut civil) et de mesurer si le passage à une gestion systématique et annuelle des croisements de fichier est intéressant (ce serait le cas si l'enquête initiale révélait des fraudes fréquentes ou des taux erronés de CVSG).

H) Cohérence entre le statut des pensionnés d'invalidité et d'autres dispositifs sociaux

a) Comparaison avec l'AAH

Le régime de l'invalidité, pourtant contributif, est moins avantageux que le statut de la personne handicapée bénéficiant de l'AAH.

Pour une bonne compréhension de la comparaison de ces statuts, il faut avoir en mémoire les caractéristiques propres de la population des personnes handicapées : plus jeune, vivant moins en couple, souvent plus « aux marges » de la vie sociale...

a1) Le « revenu courant »

L'AAH et l'ASI ont des parentés : toutes deux sont des prestations sous conditions de ressources du ménage ; leurs plafonds sont « facialement » voisins ; leurs montants sont identiques ou voisins.

Mais l'AAH assure une meilleure protection :

- le plafond est meilleur. Le voisinage apparent des plafonds masque des différences sensibles

* le plafond AAH est plus élevé ⁵⁴ pour les couples (15 074 € au 1/1/08 contre 13 521 pour l'ASI soit un ratio de 111,5%) et pour les ménages avec personnes à charge (il n'y a pas de majoration pour l'invalidité)

* les ressources prises en compte dans la comparaison avec le plafond sont très différentes. Pour l'AAH, la prestation n'est pas comptée dans le plafond ; on retient les revenus nets catégoriels avec un abattement de 20% ; les revenus du travail ne sont comptés que pour partie (cf. infra). Pour l'ASI, la prestation est comptée dans le plafond et on retient les pensions sans abattement. Le montant des ressources qu'on peut détenir tout en restant sous le plafond est donc très supérieur pour les couples dans l'AAH.

- l'AAH est, le cas échéant, complétée depuis la loi du 11/2/2005

* soit par la garantie de ressources aux conditions suivantes : capacité de travail inférieure à 5%, pas de revenu professionnel depuis un an ; logement indépendant ; perception de l'AAH à taux plein. Le montant est de 179€ par mois.

⁵⁴ Un peu plus faible pour la personne célibataire (7 537€ vs 7 719€, soit un ratio de 97,6%)

* soit une majoration pour vie autonome de 104€ aux conditions suivantes : logement indépendant avec une aide au logement (ce qui exclut les propriétaires sans charge d'accession), pas de revenu professionnel propre ; perception de l'AAH à taux plein.

a2) Les aides au logement.

Toutes choses égales par ailleurs, les aides au logement des personnes handicapées sont plus élevées (l'AAH et ses compléments n'étant pas imposables n'entrent pas dans la base ressources alors que la pension d'invalidité – mais pas l'ASI – est imposable et fait partie de la base ressources).

Voir annexe 2.

a3) Les aides fiscales

Cf. infra I)

b) La carte d'invalidité

La carte d'invalidité est délivrée aux personnes ayant une incapacité d'au moins 80% selon le barème en annexe 4 au Code de l'action sociale et de la famille. Les invalides de troisième catégorie sont éligibles de plein droit ; pour les autres, il faut une reconnaissance expresse d'une incapacité au taux précité.

La détention de la carte d'invalidité donne accès aux avantages fiscaux (cf. infra I)

c) Compte tenu des avantages attachés à ce statut, les pensionnés d'invalidité ont intérêt à en bénéficier.

Or on peut être pensionné d'invalidité et

c1) bénéficiaire d'une AAH différentielle. C'est le cas

- lorsque la somme de la pension et de l'allocation du FSI est inférieure à l'AAH

- et que le pensionné se voit reconnaître un taux d'incapacité d'au moins 80% (avec de façon dérogatoire un taux de 50% lorsque l'intéressé n'a pas occupé d'emploi depuis au moins un an et qu'il est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de se procurer un emploi).

c2) être titulaire d'une carte d'invalidité. C'est le cas lorsque l'intéressé se voit reconnaître un taux d'incapacité d'au moins 80%.

On comprend dans ces conditions que des pensionnés d'invalidité aient intérêt à demander une différentielle d'AAH. Encore faut-il qu'on leur reconnaisse dans les procédures ad hoc les taux d'incapacité de 80% ou 50% requis.

Ainsi (source DSS), sur 144 000 allocataires du FSI (tous régimes) 30% ont une AAH différentielle.

I) Autres éléments qui contribuent au niveau de vie

a) Le statut fiscal⁵⁵

Ce n'est que si le pensionné d'invalidité a une différentielle d'AAH ou est titulaire de la carte d'invalidité qu'il bénéficie de dépenses fiscales significatives.

Les avantages fiscaux ne sont pas négligeables. Citons notamment :

- le bénéfice d'une demi part supplémentaire (diminue de façon directe l'IR des ménages les plus aisés ; rétroagit sur la taxe d'habitation)

- le bénéfice d'un abattement sur le revenu (rétroagit sur le taux de CSG, et les aides au logement)

C'est dire l'intérêt pour les pensionnés de solliciter la carte d'invalidité lorsqu'ils peuvent y prétendre. On ignore le nombre d'invalides titulaires d'une carte d'invalidité.

Dans les réunions organisées à la CRAMIF pour les nouveaux pensionnés, on attire leur attention sur la carte d'invalidité (voir aussi « mon guide d'invalidité ») et cette information peut être relayée en entretien individuel.

b) L'exonération du ticket modérateur

Elle est générale (que l'invalidé soit en ALD ou non) et s'applique sur la totalité de la dépense reconnue (notamment sur les soins sans rapport des assurés en ALD). Elle est maintenue de plein droit au retraité.

Dans ce régime les pensionnés n'ont qu'un intérêt le plus souvent marginal à garder ou acquérir une couverture complémentaire qui pèse sur leur budget (certes une partie d'entre eux est éligible à l'ACS ; mais même dans ce cas le coût de la cotisation nette de l'aide publique est élevé au regard de leur revenu⁵⁶).

On ne connaît actuellement ni le taux de détention d'un contrat de complémentaire par les pensionnés d'invalidité ni la nature des garanties souscrites. Si l'analyse montrait que ce taux est élevé et que l'essentiel des garanties porte sur la dépense « couverte » par l'exonération, on devrait en conclure que l'existence d'un contrat de complémentaire est « de faible rentabilité » pour les assurés.

Comment sortir de cette contradiction ?

Il ne semble guère pertinent de dissuader les pensionnés de souscrire un contrat de complémentaire. Peut être faudrait-il alors étudier l'alternative consistant à augmenter les pensions d'invalidité et à supprimer le régime d'exonération spécifique des pensionnés d'invalidité. L'opération serait bénéfique pour les pensionnés qui verraient leur pension augmenter. Elle serait neutre pour l'assurance maladie (économie en prise en charge des prestations en nature et dépenses en pension d'invalidité). Elle conduirait à une charge pour les OC qui auraient à prendre en charge un niveau plus élevé de ticket modérateur.

⁵⁵ La carte d'invalidité reste valable au-delà de 60 ans. Un pensionné qui a une carte d'invalidité bénéficiera du statut fiscal qui lui est attaché après la conversion à 60 ans de sa pension d'invalidité en pension de retraite.

⁵⁶ Ainsi, pour le niveau moyen de garanties des contrats des bénéficiaires de l'ACS (source : fonds CMU), la cotisation pour une personne seule est de 531€ entre 50 et 59 ans ; 725€ au dessus de 60 ans.

c) L'assurance des emprunteurs

Cf. chapitre I

J) Activité professionnelle ; cumul activité/pension

a) Les invalides bénéficient des dispositifs prévus pour favoriser l'emploi des personnes handicapées

Selon l'AGEFIPH, 32 000 travailleurs éligibles pour le calcul de l'obligation d'emploi à laquelle sont soumises les entreprises de plus de 20 salariés sont des pensionnés d'invalidité (soit 13 % de l'effectif total).

Ce chiffre appelle deux remarques :

- il ne donne que des indications partielles sur le taux de salariat des pensionnés

* le champ étudié est limité (on ne recense ni les entreprises < 20 salariés, ni les travailleurs indépendants ni les fonctions publiques)

* il est possible qu'une partie des pensionnés soit recensée sous la rubrique « COTOREP » dans les motifs de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

- on ne sait pas si tous les pensionnés d'invalidité « valorisent » ce statut dans leur recherche d'emploi.

b) Niveau d'activité et cumul pension/revenu d'activité

- Selon les données reprises du rapport IGAS de 2006 sur les pensionnés de la CRAMIF, 20% des pensionnés avaient une activité professionnelle. Bien entendu, ce taux est beaucoup plus élevé en catégorie 1 (58%) qu'en catégories 2 (6,75%) et 3 (1,2%).

Les conditions de cumul entre salaire et pension sont spécifiques. Lorsque pendant deux trimestres consécutifs, le cumul salaire pension dépasse le salaire trimestriel moyen revalorisé (STMR), il y a suspension partielle de la pension (si, en catégorie 1, le salaire est compris entre la pension et le STMR) ou suspension totale (le salaire est au moins égal à la référence).

Le faible nombre de suspensions confirme que rares sont les pensionnés qui retrouvent un salaire proche de leur salaire antérieur : 2,2% de l'effectif des pensionnés en suspension partielle, 3,1% en suspension totale (pourcentages un peu meilleurs à la CRAMIF : 83% des pensionnés en activité salariée sont en cumul intégral ; 8% en suspension partielle et 9% en suspension totale)

- ces règles de cumul diffèrent

* de celles – récemment réformées par la loi du 23 mars 2006 - pour l'ASS, le RMI et l'API. Ainsi pour le RMI et API, le cumul est intégral pendant trois mois ; puis pendant neuf mois, l'allocataire

◦ perçoit une prime forfaitaire mensuelle – 150€ pour une personne isolée, 225€ pour deux personnes ou plus si la durée d'activité est supérieure ou égale à 78 heures

◦ est « intéressé par un abattement de 50% sur le revenu d'activité

◦ perçoit une prime de retour à l'emploi de 1000€ si son activité est supérieure à 78 heures pendant au moins 4 mois consécutifs (cette prime est attribuée une seule fois par délai de 18 mois)

* de celles retenues en AAH : cumul intégral jusqu'à l'échéance de renouvellement des droits ; puis intégration du revenu professionnel dans la base ressources avec un abattement décroissant de 40 à 10% en fonction de ce revenu.

K) Gestion des droits

Il serait souhaitable que les Caisses s'engagent dans des échanges informatisés avec les services fiscaux. Cela permettrait de contrôler que les pensionnés déclarent correctement leurs ressources et de fiabiliser le taux d'application de la CSG.

On devrait vérifier que dans leurs réunions qu'ils organisent et dans les documents qu'ils diffusent, les Caisses sensibilisent les pensionnés sur des sujets complexes : opportunité d'acquiescer un contrat de complémentaire maladie, lien entre le statut d'invalidité et des statuts connexes comme l'AAH et la carte d'invalidité, la portée de la reconnaissance comme travailleur handicapé.

L) Incidence de l'invalidité sur les retraites

- La pension de retraite à 60 ans se fait au taux plein (de ce fait, les pensions ARRCO et AGIRC sont liquidées à cet âge sans abattement).
- Les périodes d'invalidité sont validées dans le régime de base.
- Dans les régimes complémentaires. Les périodes d'incapacité donnent lieu à validation quelle que soit la durée d'affiliation préalable ou la durée de présence de l'intéressé dans l'entreprise, dès lors que les périodes en cause excèdent 60 jours consécutifs. Les périodes de maladie et d'invalidité doivent être validées sur la base de la moyenne journalière des droits inscrits au compte du participant au titre de l'année n-1 précédant l'année n au cours de laquelle se situe l'arrêt de travail.

M) Comparaison avec les pays étrangers (Annexe 8)

ANNEXE 1 - ETUDES A ENTREPRENDRE

1) situation de la protection complémentaire

- a) étendue de la population protégée ; déterminants des écarts de couverture (secteur économique, région, taille...)
- b) nature des garanties en assurance maladie
 - prise en charge des franchises (des régimes de base et de la loi de mensualisation)
 - durée de la protection en prévoyance (date d'accès ; date de fin de la protection complémentaire en fonction du butoir de durée de service des IJ)
 - taux de remplacement final en fonction
 - * de la durée d'ancienneté dans l'entreprise
 - * de la durée de l'arrêt
- c) nature des garanties en invalidité
 - référence ou pas aux catégories du régime général en matière de classement
 - taux de remplacement par catégorie

2) analyse des salariés exclus par la condition d'activité antérieure : dénombrement, % couverts par une convention collective (type IRCEM), caractéristiques (CSP, salaires)

3) chiffrages

- a) incidence du statut fiscal des IJ des assurés en ALD
 - sur les impôts (IR, taxe d'habitation)
 - sur les aides au logement
- b) incidence de l'abattement de 30% sur les IJ à compter du septième mois sur les aides au logement
- c) simulation du lissage du taux de remplacement au-delà de la période de franchises
- d) incidences d'un transfert sur l'employeur de l'indemnisation des premières semaines d'arrêts maladie

4) pour la fonction publique de l'état

- études sur les congés maladie (notamment sur le taux réel de remplacement, les écarts de taux d'absentéisme et leurs déterminants, la politique de suivi et de contrôle)
- consolidation des dépenses dans un état spécifique

5) invalidité

a) éléments sur l'activité professionnelle des invalides (fréquence et montant des revenus professionnels ; ratio pension+revenu professionnel/STMR ; dispersion de ce ratio ; éléments explicatifs de ces dispersions (région, secteur économique, CSP...)

b) calendrier de passage en invalidité : étude des pratiques des caisses primaires pour le traitement des arrêts de longue durée ; étude du taux de retour à l'emploi dans la 3^{ème} année d'arrêt.

c) exploitation des déclarations fiscales des ménages comptant un (ou plus) invalides, notamment sur les items suivants :

- statut civil
- nombre de parts
- rentes servies au titre de la prévoyance
- ressources du conjoint/concubin
- abattements pour personnes modestes
- revenu fiscal de référence ; variations

d) détention par les invalides de la carte d'invalidité ; déterminants des écarts selon les CPAM/départements.

e) AAH différentielles : dénombrement ; déterminants des écarts selon les départements.

f) étude de la couverture en contrat de complémentaire santé

- diffusion
- nature des garanties
- RAC en dépense reconnue ; en dépassements

ANNEXE 2 - AIDES AU LOGEMENT (ALF, APL, ALS) ET PRESTATIONS EN ESPECES

Elles varient de façon sensible avec les ressources : en gros quand le revenu annuel varie de 1€, la prestation varie de 0,3€.

La baisse du revenu liée à la maladie ou l'invalidité va entraîner une augmentation de la prestation (ou l'ouverture de la prestation pour les assurés dont les ressources initiales étaient supérieures au plafond d'exclusion)

1) Techniques retenues

a) L'abattement sur les ressources de l'année de référence. On n'attend pas l'échéance du 1^{er} janvier pour tirer les conséquences d'une diminution des ressources. Dans certaines circonstances, on procèdera à un abattement de 30% sur les ressources (le gain en aide au logement est donc de l'ordre de 10% du revenu d'origine).

b) Très normalement, la prestation calculée le 1^{er} janvier sur des ressources qui ont diminué est augmentée.

c) Certains types de revenu (le minimum vieillesse ou l'AAH et ses compléments par exemple) ne sont pas considérés comme des ressources pour le calcul de l'allocation de logement et sont donc comptés pour zéro. L'allocation est alors calculée sur une base inférieure au revenu réel.

2) Application aux situations de maladie et d'invalidité

a) Les congés maladie

- Lorsque l'arrêt dépasse six mois, on procède à l'abattement précité. L'avantage est concomitant au congé. Le bénéficiaire de cet abattement est supprimé à la reprise du travail.

- Les IJ maladie des assurés en ALD, non imposables, ne sont pas intégrées dans la base ressources. Le gain en AL est de l'ordre de 30% des IJ. Il intervient lors de la révision du 1^{er} janvier, de façon décalée par rapport à la période de congé (voir postérieurement à la reprise du travail).

L'invalidité

- La pension d'invalidité est imposable. Dans l'hypothèse fréquente où l'invalidité concerne un assuré en ALD, son aide au logement va diminuer (les IJ étaient comptés pour zéro) alors que son revenu peut ne pas avoir varié de façon sensible (invalide en catégorie 1).

- L'ASI non imposable n'entre pas dans la base ressources (un invalide juste au dessus de l'ASI aura une aide au logement inférieure d'environ 90€/mois).

3) Conséquences pour les intéressés et pour les finances publiques

a) On ne peut juger de la pertinence des gains des intéressés sans traiter l'ensemble de leurs revenus ni ignorer que l'ajustement de l'aide au logement cible l'avantage sur des ménages modestes (cela corrige le caractère général et indifférencié des prestations, par exemple le taux uniforme de 50% des IJ, indépendant du revenu).

Mais dans ce jugement d'ensemble il faut prendre en considération

- les disparités liées à l'hétérogénéité des règles déterminant si les prestations sont ou non intégrées dans la base ressources (ce qui peut provoquer des écarts significatifs pour des revenus voisins)
- la lisibilité des dispositifs
- la déconnection dans le temps entre le moment où les revenus du ménage varient et la variation de l'aide au logement.

b) Conséquences pour les finances publiques

On n'a, au stade actuel de nos travaux, qu'une première approche de l'incidence sur les aides au logement du statut non imposable des IJ des assurés en ALD.

On estime à près de 2Md€ les IJ de ces assurés. On ignore le nombre de ménages disposant d'une aide au logement. On sait que 23% des ménages ont une aide au logement.

Mais il est hasardeux de retenir ce % comme base de calcul :

* la population en ALD est plus âgée que la moyenne avec un nombre moyen de personnes dans le ménage plus bas (forte fréquence des couples sans enfant). De ce fait, les plafonds d'exclusion limitent le champ personnel des aides pour un niveau de revenu donné. Cela dégraderait le taux de perception de l'aide au logement

* la population en ALD a des caractéristiques socio-économiques particulières et un niveau de revenu déprimé du fait de la baisse du revenu liée à la maladie (ce qui « pousserait » vers le haut le taux de familles percevant l'aide).

Faute d'analyses sur ces points, on a fait l'hypothèse que le taux de détention d'aides est de 23% pour une assiette de 460M€. Le coût en AL serait de l'ordre de 140M€.

Mais il s'agit ici d'un chiffrage très rudimentaire

ANNEXE 3 - TAUX DE REMPLACEMENT NET/NET DANS LE REGIME DE BASE

Année 2007

Plafond SS = 2 682 € au 1/01/07

SMIC brut = 1 280,07 € du 1/07/07 au 31/12/07 2,5 SMIC = 3 200,18 € 3 SMIC = 3 840,21 € 5 SMIC = 6 400,35 €

**1er cas : assuré ayant 1 an d'ancienneté, quelque soit le nombre d'enfants à charge
arrêt de travail égal à 8 jours**

Prestations en espèces	SMIC	Plafond	2,5 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
Gain journalier brut	42,67 €	89,40 €	106,67 €	128,01 €	213,35 €
1 - IJ versées par la sécurité sociale	13,33 €	27,94 €	27,94 €	27,94 €	27,94 €
du 1er au 3ème jour d'arrêt : 0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
du 4ème au 8ème jour d'arrêt : 50% SP	21,33 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €
2 - IJ versées par l'employeur	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
2 - Total IJ	13,33 €	27,94 €	27,94 €	27,94 €	27,94 €
TAUX DE REMPLACEMENT MOYEN	31,3%	31,3%	26,2%	21,8%	13,1%
Salaire brut pendant 8 jours	341,35 €	715,20 €	853,38 €	1 024,06 €	1 706,76 €
Salaire net pendant 8 jours	268,10 €	561,72 €	671,66 €	808,60 €	1 356,38 €
IJ brut pendant 8 jours	106,67 €	223,50 €	223,50 €	223,50 €	223,50 €
CSG : 6,2 %	6,61 €	13,86 €	13,86 €	13,86 €	13,86 €
CRDS : 0,5 %	0,53 €	1,12 €	1,12 €	1,12 €	1,12 €
IJ net pendant 8 jours	99,53 €	208,53 €	208,53 €	208,53 €	208,53 €
Perte de salaire pour l'assuré	168,57 €	353,19 €	463,13 €	600,08 €	1 147,85 €
Taux de remplacement net	37,1%	37,1%	31,0%	25,8%	15,4%

**2ème cas : assuré ayant 1 an d'ancienneté, quelque soit le nombre d'enfants à charge
arrêt de travail égal à 14 jours**

Prestations en espèces	SMIC	Plafond	2,5 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
Gain journalier brut	42,67 €	89,40 €	106,67 €	128,01 €	213,35 €
1 - IJ versées par la sécurité sociale	16,76 €	35,12 €	35,12 €	35,12 €	35,12 €
du 1er au 3ème jour d'arrêt : 0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
du 4ème au 14ème jour d'arrêt : 50% SP	21,33 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €
2 - IJ versées par l'employeur	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3 - Total IJ	16,76 €	35,12 €	35,12 €	35,12 €	35,12 €
TAUX DE REMPLACEMENT MOYEN	39,3%	39,3%	32,9%	27,4%	16,5%
Salaire brut pendant 14 jours	597,37 €	1 251,60 €	1 493,42 €	1 792,10 €	2 986,83 €
Salaire net pendant 14 jours	469,17 €	983,01 €	1 175,40 €	1 415,05 €	2 373,66 €
IJ brut pendant 14 jours	234,68 €	491,70 €	491,70 €	491,70 €	491,70 €
CSG : 6,2 %	14,55 €	30,49 €	30,49 €	30,49 €	30,49 €
CRDS : 0,5 %	1,17 €	2,46 €	2,46 €	2,46 €	2,46 €
IJ net pendant 14 jours	218,96 €	458,76 €	458,76 €	458,76 €	458,76 €
Perte de salaire pour l'assuré	250,22 €	524,25 €	716,65 €	956,30 €	1 914,90 €
Taux de remplacement net	46,7%	46,7%	39,0%	32,4%	19,3%

**3ème cas : assuré ayant 1 an d'ancienneté, quelque soit le nombre d'enfants à charge
arrêt de travail égal à 1 mois**

Prestations en espèces	SMIC	Plafond	2,5 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
Gain journalier brut	42,67 €	89,40 €	106,67 €	128,01 €	213,35 €
1 - IJ versées par la sécurité sociale	19,20 €	40,23 €	40,23 €	40,23 €	40,23 €
du 1er au 3ème jour d'arrêt : 0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
du 4ème au 30ème jour d'arrêt : 50% SP	21,33 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €
2 - IJ versées par l'employeur	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3 - Total IJ	19,20 €	40,23 €	40,23 €	40,23 €	40,23 €
TAUX DE REMPLACEMENT MOYEN	45,0%	45,0%	37,7%	31,4%	18,9%
Salaire brut pendant 30 jours	1 280,07 €	2 682,00 €	3 200,18 €	3 840,21 €	6 400,35 €
Salaire net pendant 30 jours	1 005,37 €	2 106,44 €	2 518,72 €	3 032,26 €	5 086,41 €
IJ brut pendant 30 jours	576,03 €	1 206,90 €	1 206,90 €	1 206,90 €	1 206,90 €
CSG : 6,2 %	35,71 €	74,83 €	74,83 €	74,83 €	74,83 €
CRDS : 0,5 %	2,88 €	6,03 €	6,03 €	6,03 €	6,03 €
IJ net pendant 30 jours	537,44 €	1 126,04 €	1 126,04 €	1 126,04 €	1 126,04 €
Perte de salaire pour l'assuré	467,93 €	980,41 €	1 392,68 €	1 906,22 €	3 960,37 €
Taux de remplacement net	53,5%	53,5%	44,7%	37,1%	22,1%

**4ème cas : assuré ayant 1 an d'ancienneté et 0, 1 ou 2 enfants à charge
arrêt de travail égal à 2 mois**

Prestations en espèces	SMIC	Plafond	2,5 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
Gain journalier brut	42,67 €	89,40 €	106,67 €	128,01 €	213,35 €
1 - IJ versées par la sécurité sociale	20,27 €	42,47 €	42,47 €	42,47 €	42,47 €
du 1er au 3ème jour d'arrêt : 0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
du 4ème au 60ème jour d'arrêt : 50% SP	21,33 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €
2 - IJ versées par l'employeur	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3 - Total IJ	20,27 €	42,47 €	42,47 €	42,47 €	42,47 €
TAUX DE REMPLACEMENT MOYEN	47,5%	47,5%	39,8%	33,2%	19,9%
Salaire brut pendant 60 jours	2 560,14 €	5 364,00 €	6 400,35 €	7 680,42 €	12 800,70 €
Salaire net pendant 60 jours	2 010,73 €	4 212,89 €	5 037,44 €	6 064,52 €	10 172,82 €
IJ brut pendant 60 jours	1 216,07 €	2 547,90 €	2 547,90 €	2 547,90 €	2 547,90 €
CSG : 6,2 %	75,40 €	157,97 €	157,97 €	157,97 €	157,97 €
CRDS : 0,5 %	6,08 €	12,74 €	12,74 €	12,74 €	12,74 €
IJ net pendant 60 jours	1 134,59 €	2 377,19 €	2 377,19 €	2 377,19 €	2 377,19 €
Perte de salaire pour l'assuré	876,14 €	1 835,69 €	2 660,25 €	3 687,32 €	7 795,63 €
Taux de remplacement net	56,4%	56,4%	47,2%	39,2%	23,4%

5ème cas : assuré ayant 1 an d'ancienneté et 0, 1 ou 2 enfants à charge
arrêt de travail égal à 3 mois

Prestations en espèces	SMIC	Plafond	2,5 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
Gain journalier brut	42,67 €	89,40 €	106,67 €	128,01 €	213,35 €
1 - IJ versées par la sécurité sociale	20,62 €	43,21 €	43,21 €	43,21 €	43,21 €
du 1er au 3ème jour d'arrêt : 0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
du 4ème au 90ème jour d'arrêt : 50% SP	21,33 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €
2 - IJ versées par l'employeur	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3 - Total IJ	20,62 €	43,21 €	43,21 €	43,21 €	43,21 €
TAUX DE REMPLACEMENT MOYEN	48,3%	48,3%	40,5%	33,8%	20,3%
Salaire brut pendant 90 jours	3 840,21 €	8 046,00 €	9 600,53 €	11 520,63 €	19 201,05 €
Salaire net pendant 90 jours	3 016,10 €	6 319,33 €	7 556,16 €	9 096,77 €	15 259,23 €
IJ brut pendant 90 jours	1 856,10 €	3 888,90 €	3 888,90 €	3 888,90 €	3 888,90 €
CSG : 6,2 %	115,08 €	241,11 €	241,11 €	241,11 €	241,11 €
CRDS : 0,5 %	9,28 €	19,44 €	19,44 €	19,44 €	19,44 €
IJ net pendant 90 jours	1 731,74 €	3 628,34 €	3 628,34 €	3 628,34 €	3 628,34 €
Perte de salaire pour l'assuré	1 284,36 €	2 690,98 €	3 927,81 €	5 468,43 €	11 630,89 €
Taux de remplacement net	57,4%	57,4%	48,0%	39,9%	23,8%

6ème cas : assuré ayant 1 an d'ancienneté et 0, 1 ou 2 enfants à charge
arrêt de travail égal à 6 mois

Prestations en espèces	SMIC	Plafond	2,5 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
Gain journalier brut	42,67 €	89,40 €	106,67 €	128,01 €	213,35 €
1 - IJ versées par la sécurité sociale	20,98 €	43,96 €	43,96 €	43,96 €	43,96 €
du 1er au 3ème jour d'arrêt : 0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
du 4ème au 180ème jour d'arrêt : 50% SP	21,33 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €
2 - IJ versées par l'employeur	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3 - Total IJ	20,98 €	43,96 €	43,96 €	43,96 €	43,96 €
TAUX DE REMPLACEMENT MOYEN	49,2%	49,2%	41,2%	34,3%	20,6%
Salaire brut pendant 180 jours	7 680,42 €	16 092,00 €	19 201,05 €	23 041,26 €	38 402,10 €
Salaire net pendant 180 jours	6 032,20 €	12 638,66 €	15 112,31 €	18 193,55 €	30 518,47 €
IJ brut pendant 180 jours	3 776,21 €	7 911,90 €	7 911,90 €	7 911,90 €	7 911,90 €
CSG : 6,2 %	234,12 €	490,54 €	490,54 €	490,54 €	490,54 €
CRDS : 0,5 %	18,88 €	39,56 €	39,56 €	39,56 €	39,56 €
IJ net pendant 180 jours	3 523,20 €	7 381,80 €	7 381,80 €	7 381,80 €	7 381,80 €
Perte de salaire pour l'assuré	2 509,00 €	5 256,85 €	7 730,51 €	10 811,74 €	23 136,67 €
Taux de remplacement net	58,4%	58,4%	48,8%	40,6%	24,2%

7ème cas : assuré ayant 1 an d'ancienneté et 0, 1 ou 2 enfants à charge
arrêt de travail égal à 1 an

Prestations en espèces	SMIC	Plafond	2,5 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
Gain journalier brut	42,67 €	89,40 €	106,67 €	128,01 €	213,35 €
1 - IJ versées par la sécurité sociale	21,16 €	44,33 €	44,33 €	44,33 €	44,33 €
du 1er au 3ème jour d'arrêt : 0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
du 4ème au 360ème jour d'arrêt : 50% SP	21,33 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €	44,70 €
2 - IJ versées par l'employeur	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3 - Total IJ	21,16 €	44,33 €	44,33 €	44,33 €	44,33 €
TAUX DE REMPLACEMENT MOYEN	49,6%	49,6%	41,6%	34,6%	20,8%
Salaire brut pendant 360 jours	15 360,84 €	32 184,00 €	38 402,10 €	46 082,52 €	76 804,20 €
Salaire net pendant 360 jours	12 064,40 €	25 277,31 €	30 224,63 €	36 387,09 €	61 036,94 €
IJ brut pendant 360 jours	7 616,42 €	15 957,90 €	15 957,90 €	15 957,90 €	15 957,90 €
CSG : 6,2 %	472,22 €	989,39 €	989,39 €	989,39 €	989,39 €
CRDS : 0,5 %	38,08 €	79,79 €	79,79 €	79,79 €	79,79 €
IJ net pendant 360 jours	7 106,12 €	14 888,72 €	14 888,72 €	14 888,72 €	14 888,72 €
Perte de salaire pour l'assuré	4 958,29 €	10 388,59 €	15 335,91 €	21 498,37 €	46 148,22 €
Taux de remplacement net	58,9%	58,9%	49,3%	40,9%	24,4%

ANNEXE 4 - TAUX DE REMPLACEMENT DU SALARIE EN FONCTION DE SON ANCIENNETE DANS L'ENTREPRISE

Taux de remplacement du gain journalier brut en fonction de la durée de l'arrêt de travail, de l'ancienneté du salarié dans l'entreprise et de son niveau du salaire et pour des salariés ayant moins de 3 enfants à charge

En % du gain journalier brut

Durée de l'arrêt de travail	Durée d'ancienneté	Salaire inférieur au plafond	2,5 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
8 jours	1 an	31,3 %	26,2 %	21,8 %	13,1 %
14 jours	- entre 3 mois et 3 ans	39,3 %	32,9 %	27,4 %	16,5 %
	- 3 ans ou plus	50,7 %	46,7 %	43,2 %	36,2 %
1 mois	- entre 3 mois et 3 ans	45,0 %	37,7 %	31,4 %	18,9 %
	- 3 ans ou plus	71,7 %	69,8 %	68,1 %	64,9 %
2 mois	- entre 3 mois et 3 ans	47,5 %	39,8 %	33,2 %	19,9 %
	- 3 ans	73,1 %	72,1 %	71,3 %	69,7 %
	- 8 ans	76,9 %	76,0 %	75,2 %	73,6 %
	- 13 ans ou plus	80,8 %	79,9 %	79,1 %	77,4 %
3 mois	- entre 3 mois et 3 ans	48,3 %	40,5 %	33,8 %	20,3 %
	- 3 ans	67,2 %	64,8 %	62,7 %	58,5 %
	- 8 ans	73,5 %	72,9 %	72,3 %	71,3 %
	- 13 ans	76,1 %	75,5 %	74,9 %	73,9 %
	- 18 ans	78,7 %	78,1 %	77,5 %	76,4 %
	- 23 ans	81,3 %	80,7 %	80,1 %	79,0 %
	- 28 ans ou plus	83,9 %	83,3 %	82,7 %	81,6 %
4 mois	- entre 3 mois et 3 ans	48,8 %	40,9 %	34,0 %	20,4 %
	- 3 ans	62,9 %	59,1 %	55,8 %	49,1 %
	- 8 ans	67,6 %	65,1 %	63,0 %	58,7 %
	- 13 ans	72,4 %	71,2 %	70,2 %	68,2 %
	- 18 ans	75,7 %	75,2 %	74,8 %	74,0 %
	- 23 ans	77,6 %	77,2 %	76,8 %	75,9 %
	- 28 ans ou plus	79,6 %	79,1 %	78,7 %	77,9 %
6 mois	- entre 3 mois et 3 ans	49,2 %	41,2 %	34,3 %	20,6 %
	- 3 ans	58,6 %	53,3 %	48,8 %	39,7 %
	- 8 ans	61,8 %	57,4 %	53,6 %	46,1 %
	- 13 ans	64,9 %	61,4 %	58,5 %	52,5 %
	- 18 ans	68,1 %	65,5 %	63,3 %	58,9 %
	- 23 ans	71,2 %	69,5 %	68,1 %	65,2 %
	- 28 ans ou plus	74,4 %	73,6 %	72,9 %	71,6 %
1 an	- entre 3 mois et 3 ans	49,6 %	41,6 %	34,6 %	20,8 %
	- 3 ans	54,3 %	47,6 %	41,9 %	30,3 %
	- 8 ans	55,9 %	49,7 %	44,3 %	33,5 %
	- 13 ans	57,5 %	51,7 %	46,7 %	36,7 %
	- 18 ans	59,0 %	53,7 %	49,1 %	39,9 %
	- 23 ans	60,6 %	55,7 %	51,5 %	43,1 %
	- 28 ans ou plus	62,2 %	57,7 %	53,9 %	46,3 %
	- 33 ans ou plus	63,8 %	59,8 %	56,3 %	49,5 %

Source : HCAAM, calcul des taux de remplacement

Taux de remplacement du gain journalier net en fonction de la durée de l'arrêt de travail, de l'ancienneté du salarié dans l'entreprise et de son niveau du salaire et pour des salariés ayant moins de 3 enfants à charge

En % du gain journalier net

Durée de l'arrêt de travail	Durée d'ancienneté	Salaire inférieur au plafond	2,5 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
8 jours	1 an	37,1 %	31,0 %	25,8 %	15,4 %
14 jours	- entre 3 mois et 3 ans	46,7 %	39,0 %	32,4 %	19,3 %
	- 3 ans ou plus	58,1 %	52,8 %	48,2 %	39,1 %
1 mois	- entre 3 mois et 3 ans	53,5 %	44,7 %	37,1 %	22,1 %
	- 3 ans ou plus	80,1 %	76,8 %	73,9 %	68,2 %
2 mois	- entre 3 mois et 3 ans	56,4 %	47,2 %	39,2 %	23,4 %
	- 3 ans	82,0 %	79,5 %	77,3 %	73,1 %
	- 8 ans	85,9 %	83,4 %	81,2 %	77,0 %
	- 13 ans ou plus	89,8 %	87,3 %	85,1 %	80,9 %
3 mois	- entre 3 mois et 3 ans	57,4 %	48,0 %	39,9 %	23,8 %
	- 3 ans	76,3 %	72,3 %	68,8 %	62,0 %
	- 8 ans	82,6 %	80,4 %	78,5 %	74,8 %
	- 13 ans	85,2 %	83,0 %	81,1 %	77,4 %
	- 18 ans	87,8 %	85,6 %	83,7 %	80,0 %
	- 23 ans	90,4 %	88,2 %	86,3 %	82,6 %
	- 28 ans ou plus	93,0 %	90,8 %	88,8 %	85,2 %
4 mois	- entre 3 mois et 3 ans	57,9 %	48,4 %	40,2 %	24,0 %
	- 3 ans	72,1 %	66,6 %	61,9 %	52,7 %
	- 8 ans	76,8 %	72,7 %	69,2 %	62,2 %
	- 13 ans	81,5 %	78,8 %	76,4 %	71,8 %
	- 18 ans	84,9 %	82,8 %	81,0 %	77,6 %
	- 23 ans	86,8 %	84,7 %	82,9 %	79,5 %
	- 28 ans	88,7 %	86,7 %	84,9 %	81,4 %
	- 33 ans ou plus	90,7 %	88,6 %	86,8 %	83,4 %
6 mois	- entre 3 mois et 3 ans	58,4 %	48,8 %	40,6 %	24,2 %
	- 3 ans	67,9 %	61,0 %	55,0 %	43,3 %
	- 8 ans	71,0 %	65,0 %	59,9 %	49,7 %
	- 13 ans	74,1 %	69,1 %	64,7 %	56,1 %
	- 18 ans	77,3 %	73,1 %	69,5 %	62,4 %
	- 23 ans	80,4 %	77,2 %	74,3 %	68,8 %
	- 28 ans	83,6 %	81,2 %	79,2 %	75,2 %
	- 33 ans ou plus	85,8 %	83,9 %	82,2 %	79,0 %
1 an	- entre 3 mois et 3 ans	58,9 %	49,3 %	40,9 %	24,4 %
	- 3 ans	63,6 %	55,3 %	48,2 %	34,0 %
	- 8 ans	65,2 %	57,4 %	50,6 %	37,1 %
	- 13 ans	66,8 %	59,4 %	53,0 %	40,3 %
	- 18 ans	68,3 %	61,4 %	55,4 %	43,5 %
	- 23 ans	69,9 %	63,4 %	57,8 %	46,7 %
	- 28 ans	71,5 %	65,5 %	60,2 %	49,9 %
	- 33 ans ou plus	73,1 %	67,5 %	62,6 %	53,1 %

ANNEXE 5 - COMPARAISONS INTERNATIONALES SUR LES CONGES MALADIE

SALARIES DU SECTEUR PRIVE

(Document en cours de validation par les conseillers sociaux de nos postes diplomatiques)

1) Date d'intervention des régimes de sécurité sociale

France : à partir du quatrième jour

Autres pays : à partir de quelques semaines ou mois (c'est à l'employeur qu'incombe l'obligation d'indemniser l'arrêt de travail)

- * Allemagne : six semaines
- * Royaume-Uni : aucune intervention (participation publique oblique par le financement)
- * Belgique : 2 semaines pour les ouvriers et un mois pour les employés
- * Espagne : jusqu'au 15^{ème} jour d'arrêt
- * Italie : après 6 mois ?

2) Barrière d'entrée

- * Belgique : 6 mois dont 120 jours travaillés ; plancher de cotisations
- * Allemagne : pas de condition d'activité préalable mais plancher de cotisations
- * Espagne : 180 jours dans les cinq ans
- * Italie : non
- * Pays-Bas : non

3) Franchises

France : trois jours pour la Sécurité sociale ; 10 jours pour l'entreprise dans le cadre de la loi de mensualisation ; franchises couvrables par l'entreprise (pas de franchise d'ordre public).

- * Allemagne : pas de délai de carence
- * Italie : trois jours (parfois prise en charge par l'employeur)
- * Royaume-Uni : trois jours
- * Belgique : un jour
- * Espagne : trois jours
- * Pays-Bas : non

4) Durée de bénéfice

France : un an dans les trois ans ; trois ans de date à date pour les assurés en ALD

* Allemagne : pas de limitation de durée sauf 1,5 ans sur une période de trois ans s'il s'agit de la même maladie

- * Italie : six mois par an
- * Belgique : un an
- * Espagne : un an ; prolongation possible si perspective de retour au travail
- * Pays-Bas : deux ans
- * Royaume-Uni : un an

5) Taux de remplacement ; profil calendaire

France : 60% du salaire net ; très souvent complété soit par l'entreprise (loi de mensualisation ou convention collective, accord de branche ou décision de l'employeur) et souvent à hauteur du salaire net

* Royaume Uni : indemnisation forfaitaire par la sécurité sociale (107€ par semaine versé au regard du nombre de jours « à travailler » ; l'employeur est partiellement remboursé de ses dépenses ; compléments possibles par l'employeur (sans privilège social ou fiscal)

* Allemagne : 100% pendant les six premières semaines ; puis la SS verse 70% du brut dans la limite du plafond de SS (avec plafonnement à 90% du net)

* Italie : 50% du brut du 4^{ème} au 20^{ème} jour ; puis 66,66% ; taux plus faible en cas d'hospitalisation

* Belgique (ouvriers) : 7 jours à 100% du salaire ; 7 à 60% par l'employeur puis 60% par la sécurité sociale

* Espagne : 60% jusqu'au 20^{ème} jour puis 75%

* Pays-Bas : 70%

5a) Plafond

* Belgique 110€/jour (comme base ou comme valeur de l'IJ ?)

* Pays-Bas : assiette 174,64

5b) Prise en compte de la composition du foyer

*Royaume-Uni : supplément pour les ménages où le conjoint a plus de 60 ans et où adulte s'occupe d'un enfant ; supplément pour enfant

5c) Statut fiscal de l'indemnisation

* Allemagne : imposable pour la période couverte par l'entreprise ; non imposable ensuite (mais réforme en cours avec réintégration progressive dans le revenu imposable)

* Espagne : imposable

* Italie : imposable

* Pays-Bas : imposable

ANNEXE 6 - ARRETS MALADIE : ETAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DES PRATIQUES

SEPTEMBRE 2004 – ANAES

AVANT-PROPOS

La médecine connaît un développement accéléré de nouvelles technologies, à visée préventive, diagnostique et thérapeutique, qui conduisent les décideurs de santé et les praticiens à faire des choix et à établir des stratégies, en fonction de critères de sécurité, d'efficacité et d'utilité.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) évalue ces différentes stratégies, réalise une synthèse des informations disponibles et diffuse ses conclusions à l'ensemble des partenaires de santé. Son rôle consiste à apporter une aide à la décision, qu'elle soit individuelle ou collective, pour :

- éclairer les pouvoirs publics sur l'état des connaissances scientifiques, leur implication médicale, organisationnelle ou économique et leur incidence en matière de santé publique ;
- aider les établissements de soins à répondre au mieux aux besoins des patients dans le but d'améliorer la qualité des soins ;
- aider les professionnels de santé à élaborer et à mettre en pratique les meilleures stratégies préventives, diagnostiques et thérapeutiques selon les critères requis.

Ce document répond à cette mission. Les informations qui y sont contenues ont été élaborées dans un souci de rigueur, en toute indépendance, et sont issues tant de la revue de la littérature internationale que de la consultation d'experts dans le cadre d'une étude d'évaluation des technologies.

Alain COULOMB
Directeur général

SYNTHESE ET PERSPECTIVES

Contexte

L'année 2002 a connu un taux de croissance sans précédent des prestations versées par la branche maladie du régime général au titre des indemnités journalières. Le montant versé s'élève à 5 milliards d'euros, soit une progression de 10,1 % par rapport à 2001.

Dans ce contexte, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a saisi l'Anaes pour préparer un argumentaire à utiliser dans le cadre d'un accord de bon usage de soins (AcBUS) concernant la prescription des arrêts de travail pris en charge par la branche maladie.

Objectifs

Deux objectifs ont été fixés à ce travail :

- faire un état des lieux de la situation concernant les arrêts maladie, à partir d'une revue de la littérature ;
- établir des propositions pour améliorer la pratique de prescription des arrêts maladie, à partir d'une étude qualitative.

Méthode

La revue de la littérature a été effectuée en orientant la recherche sur les 3 thèmes suivants :

- l'analyse des dépenses liées aux arrêts maladie (analyse de l'évolution des dépenses, recherche des principaux déterminants de croissance des indemnités journalières) ;
- l'étude de la prescription d'un arrêt maladie (étude du processus, identification des problèmes posés, recherche des principaux déterminants individuels, évaluation externe du caractère justifié de la prescription d'un arrêt maladie) ;
- l'étude des outils de régulation et d'aide à la prescription.

En l'absence de données de la littérature et de critères de références à utiliser pour la prescription des arrêts maladie, une étude de type qualitative fondée sur l'interrogation des différents acteurs impliqués a été menée pour permettre d'élaborer des propositions pour l'amélioration des pratiques. La méthode d'interrogation et de recueil des informations utilisée a été adaptée de la méthode des focus groups. Un groupe de pilotage (8 membres, choisis en fonction de leur expérience sur le sujet ou pour ce type d'étude) a été constitué et impliqué dans le choix de la méthode, l'élaboration du questionnaire et le suivi de l'étude. L'étude a comporté 3 étapes, le recueil d'information, l'élaboration des propositions et la validation des propositions. Au total, 43 personnes représentant plusieurs spécialités ou points de vue (18 médecins généralistes, 2 psychiatres, 1 médecin urgentiste, 2 rhumatologues, 1 chirurgien orthopédiste, 5 médecins du travail, 4 médecins-conseils, 1 psychologue du travail, 1 sociologue et 8 représentants d'usagers) ont contribué à cette étude. L'analyse des informations recueillies lors des deux premiers groupes de discussion, ainsi que des entretiens individuels réalisés auprès de médecins généralistes, a permis d'élaborer certaines propositions qui ont été ensuite soumises pour avis et validation à un troisième groupe de discussion.

La version finale du rapport a été adressée à un groupe de lecture comprenant 8 médecins généralistes, également sollicités pour évaluer la pertinence des propositions faites, à partir d'une échelle de cotation allant de 1 à 9. Cette méthode permet de dégager les propositions qui sont jugées comme non appropriées (cotation 1, 2 ou 3), appropriées (cotation 7, 8 ou 9), les cotations 4, 5 et 6 correspondant à la zone d'indécision.

Résultats

Analyse des dépenses liées aux arrêts maladie.

Le montant des indemnités pour arrêt maladie du régime général a connu un pic de croissance en 2002 (+ 10,1 %) avec un ralentissement en 2003 (+ 6,3 %) qui s'est poursuivi en 2004.

Les analyses dynamiques sur le moyen terme montrent que les facteurs démographiques et économiques ont un impact sur l'évolution du volume global des indemnités versées (structure de la population active, marché de l'emploi, croissance économique). Par ailleurs, les pays dont le calcul des indemnités est le plus favorable sont également les pays qui ont les plus forts taux d'absentéisme pour maladie. L'impact, parfois évoqué, d'autres réformes sociales n'est pas démontré (réforme du chômage, réforme du système de préretraite). Selon les travaux de l'Irdes, c'est l'évolution de la structure de la population active qui permet le mieux d'expliquer les tendances de long terme.

L'existence de macro-facteurs pose évidemment la question de la part évitable dans la croissance des dépenses, c'est-à-dire dues à des stratégies comportementales des acteurs (patients et médecins) et des outils à mobiliser.

Étude de la prescription d'un arrêt maladie, processus de prescription et problèmes posés.

La décision de prescrire un arrêt de travail est soumise à un processus d'évaluation complexe de l'aptitude au travail, des bénéfices et des risques liés à l'arrêt du travail. Le repos doit être envisagé et prescrit comme une mesure thérapeutique car le maintien au travail peut être responsable de l'aggravation de l'état du patient. Mais l'interruption de travail peut aussi être à l'origine de la survenue de troubles psychologiques et d'une désocialisation du patient. L'analyse de la littérature révèle qu'il n'existe pas d'outils d'aide à la prescription, en particulier pas de critères de références validés, utiles pour évaluer l'aptitude au travail, et que les médecins peuvent se sentir en difficulté dans leur pratique quotidienne.

Les déterminants individuels de la prescription d'un arrêt maladie

Cet espace non consensuel de décision peut expliquer l'influence de certaines caractéristiques individuelles du patient ou du médecin. L'influence des variables individuelles du médecin est mal connue, mais les études montrent que l'âge, le sexe, le niveau d'études et les conditions de travail du patient ont un impact sur la prescription d'un arrêt ou sur sa durée, à état de santé équivalent.

L'évaluation externe du caractère justifié de la prescription d'un arrêt maladie

Au final, un certain pourcentage d'arrêts de travail sont jugés inadaptés lors des contrôles et études conduits par les organismes d'assurance maladie. La Cnamts estime que 6 % des arrêts sont inadaptés, mais ce pourcentage peut atteindre plus de 20 % en ciblant certaines pathologies, certains prescripteurs, ou lorsque la prescription est la prolongation d'un arrêt en cours ou l'itération d'un arrêt récent.

Outils de régulation et d'aide à la prescription

La variété des déterminants possibles, pour expliquer tant l'évolution globale des indemnités journalières que la prescription individuelle d'un arrêt maladie, implique que l'on envisage une variété toute aussi large d'outils de régulation et d'aide à la prescription.

L'outil de régulation le plus fréquemment utilisé dans les pays étudiés est le copaiement des indemnités par le système d'assurance sociale et par les entreprises selon des modalités diverses. Plus rarement, certains pays ont initié ou envisagent un système de cogestion du risque (Grande-Bretagne, Norvège, projet en Suède). L'autorisation pour les entreprises françaises de réaliser des contrôles au domicile de leurs employés relève de cette démarche, mais les actions de contrôle restent principalement le fait de l'assurance maladie.

L'analyse de la littérature a mis en évidence le poids de déterminants individuels qui ne relèvent pas d'un comportement individuel stratégique, ce qui incite à explorer des voies complémentaires aux actions de contrôle. Les deux principaux éléments ainsi établis sont l'influence des conditions de travail et les difficultés liées à la prescription d'un arrêt de

travail. Le premier renvoie plus au monde de l'entreprise qu'au monde médical. Plusieurs pays ont mis en place des incitations pour amener les entreprises à améliorer les conditions de travail ou le retour au travail (Suède, Danemark, Norvège). La Suède propose une mesure plus innovante en adaptant l'arrêt de travail à l'aptitude au travail grâce à des arrêts initiaux à temps partiel. Le second aborde le champ de la prescription et peut faire l'objet d'actions diverses, tant auprès des prescripteurs que des bénéficiaires : actions de sensibilisation et d'information, actions de formation professionnelle, recommandations de pratiques et outils conventionnels. L'étude qualitative de l'Anaes porte plus spécifiquement sur ce champ, et les propositions concrètes qui en découlent visent à améliorer les pratiques de prescription des arrêts maladie.

Étude qualitative et propositions d'amélioration des pratiques de prescription

Six propositions pour l'amélioration des pratiques de prescriptions ont été identifiées à l'issue de cette étude. L'accord sur ces propositions a aussi été testé par la cotation de celles-ci par les membres du groupe de lecture, également sollicités pour justifier leurs réserves et leurs commentaires.

Proposition 1 : - Faire définir par les sociétés savantes concernées les écarts de durée d'arrêts de travail pour certaines pathologies.

Précisions : les pathologies ciblées sont les pathologies fréquentes et ne posant pas de problème diagnostique. Toutefois, la nécessité de prendre en compte la situation personnelle du patient, les contraintes du poste de travail et les déplacements professionnels pourrait aboutir au développement d'un outil complexe, difficile à utiliser. La liste devra faire l'objet de révisions régulières.

Consensus : médiane = 7 (minimum 3, maximum 9).

Commentaires du groupe de lecture : en dépit de l'accord prononcé sur cette proposition (médiane des cotations : 7), certaines réserves sont émises :

- difficultés d'obtention de consensus professionnel sur ce thème, compte tenu du manque d'études ;
- difficultés anticipées pour déterminer la liste des pathologies concernées (il est précisé qu'en médecine générale on soigne des symptômes, pas des maladies identifiées) ;
- difficultés rencontrées pour motiver les sociétés savantes sur ce thème ;
- risque de développer un outil complexe à utiliser en pratique (nécessité de tenir compte du poste de travail et des déplacements professionnels du patient en plus de la pathologie) ;
- nécessité d'impliquer dans ce travail les médecins du travail et les médecins-conseils.

Proposition 2 : - Améliorer la formation professionnelle des médecins prescripteurs en créant un module prescription des arrêts de travail dans la formation initiale des médecins et en proposant ce thème dans la formation continue.

Précisions : deux axes sont évoqués. La formation aux réponses aux demandes abusives ou à dire non. La formation et l'information sur les maladies professionnelles, les contraintes des postes de travail, la santé au travail et la réglementation.

Consensus : médiane = 8 (minimum 5, maximum 9).

Commentaires du groupe de lecture : les formations devront nécessairement être multidisciplinaires en impliquant les médecins du travail et les médecins-conseils. Pour la formation initiale, il faudrait aussi inclure ce thème dans les objectifs d'enseignement, par exemple par le biais de la conférence des doyens. Il reste à faire définir concrètement les programmes pédagogiques.

Cette proposition soulève des problèmes d'organisation et de financement.

Proposition 3 : - Développer et favoriser la communication entre professionnels.

Précisions : ces échanges doivent se faire impérativement en présence et avec l'accord du patient (ou avec l'accord du patient lorsque l'échange pour des raisons de disponibilité ne

peut se faire en sa présence). L'identification du médecin du travail dans les petites entreprises est une réelle difficulté.

Consensus : médiane = 8,5 (minimum 1, maximum 9).

Commentaires du groupe de lecture : tous les médecins interrogés sont d'accord pour améliorer la communication entre professionnels et surtout avec les médecins du travail. Les difficultés pratiques sont soulignées et rendent nécessaire le développement d'outils informatiques (attendre aussi que soit mis à disposition le dossier médical partagé).

Proposition 4 : - Définir un projet thérapeutique et favoriser la prise en charge pluridisciplinaire des arrêts de plus de 3 semaines ou des prolongations d'arrêts après 3 semaines (à l'exclusion des arrêts définis dans la proposition 1 ou des arrêts ayant fait l'objet d'un protocole).

Précisions : le projet thérapeutique comporte les traitements prescrits médicamenteux et non médicamenteux ainsi que les objectifs attendus, et la planification du suivi. L'adhésion du patient doit être obtenue. Il peut être nécessaire d'impliquer le médecin du travail, le médecin-conseil, les travailleurs sociaux et/ou certaines professions paramédicales (psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes).

Consensus : médiane = 8 (minimum 1, maximum 9).

Commentaires du groupe de lecture : l'augmentation de la charge de travail et la complexité de mise en œuvre sont notées. Certains médecins suggèrent, à partir de cette proposition, que soit transférée la responsabilité de prolongation d'arrêts de travail aux médecins-conseils et médecins du travail après concertation avec le médecin praticien, lequel ne conserverait que la responsabilité des arrêts initiaux.

Proposition 5 : - Faciliter le contrôle par la télétransmission des feuilles d'arrêts maladie et par la modification des formulaires d'avis d'arrêts de travail.

Consensus : médiane = 6 (minimum 1, maximum 8).

Commentaires du groupe de lecture : cette proposition est jugée technique et plutôt sans grand intérêt. Les réserves concernent essentiellement la télétransmission à laquelle les médecins sont plutôt opposés.

Proposition 6 :- Sensibiliser les acteurs

Précisions : la sensibilisation devrait se faire au travers de plusieurs campagnes ciblées sur les patients, les médecins prescripteurs, les employeurs.

Consensus : médiane = 8 (minimum 6, maximum 9).

Commentaires du groupe de lecture : cette proposition est très consensuelle du fait de son contenu très général. Il est nécessaire de sensibiliser le public au mésusage des arrêts de travail mais l'impact à long terme de ce type de campagne est estimé faible.

Conclusions et perspectives

La croissance des dépenses liées aux arrêts maladie est constante depuis 1998, mais selon des taux variables. Les différentes études françaises ou étrangères permettent d'identifier un certain nombre de déterminants individuels de la prescription ou de facteurs conjoncturels qui permettent d'expliquer cette variabilité. Cela incite à envisager une palette large d'outils de régulation ou d'aide à la prescription. Il reste cependant que l'on ignore le poids respectif des facteurs individuels et des facteurs conjoncturels dans la croissance des dépenses et qu'il est donc difficile de préjuger de l'impact des différentes mesures possibles.

En l'absence de données de la littérature et de critères de références à utiliser pour la prescription des arrêts maladie, l'obtention d'un consensus sur des propositions d'améliorations constituait une première étape indispensable à franchir et cet objectif peut être considéré comme atteint. Il reste maintenant à rendre chacune de ces propositions plus concrète et pratique pour être opérationnelle. Ce travail complémentaire devra impérativement associer l'ensemble des professionnels concernés.

ANNEXE 7 - LES CONTRE-VISITES, SOURCE : SECUREX

La société Securex a réalisé en 2006 36 000 contre-visites pour 20 000 entreprises (dont les fonctions publiques territoriales et hospitalières). Pour effectuer les contre-visites, Securex est dotée d'un réseau de 1800 médecins indépendants qui interviennent sur toute la France métropolitaine, la Corse les départements d'outre-mer et à l'étranger. Le délai d'intervention est de 1 à 3 jours maximum ; les arrêts courts sont traités en priorité. Les contre-visites sont effectuées pendant les heures de présence légales (9h00-11h00 / 14h00-16h00), mais peuvent également dans certains cas être effectuées en dehors des plages de sorties libres.

Le reporting fait à l'entreprise comporte les informations suivantes :

- jour et heure de la contre-visite
- personne présente/absente du domicile
- arrêt médicalement justifié ce jour / médicalement non justifié ce jour
- refus de contrôle ou d'examen clinique par l'assuré
- possibilité ou non de prolongation ; cette mention permet à l'employeur de prévoir éventuellement le déclenchement d'une 2^{ème} contre-visite

Si l'arrêté n'était pas à son domicile, l'employeur demande une explication au salarié, à la suite de laquelle l'employeur peut suspendre l'indemnisation des IJ ; dans la fonction publique, l'absence du domicile ou le refus de contrôle est sanctionnée immédiatement d'une suspension voire suppression de l'indemnisation.

Les résultats globaux des contre-visites sur 2006 effectuées en région parisienne toutes options de contrôles confondues indiquent que :

- dans 28,5% des contre-visites effectuées, on constate une absence du domicile,
- pour 54% des contre-visites, les arrêts sont justifiés,
- 0,8% des contre-visites se heurtent à un refus de contrôle,
- respectivement 6,3% et 6,6% des contre-visites se heurtent à un problème d'adresse ou de code d'accès,
- 3,8% des contre-visites sont injustifiées (soit 6,9% des contre-visites pour lesquelles les personnes contrôlées étaient présentes au domicile).

Pour la province, les absences et problèmes de code ou d'adresse sont nettement moins importants ; les personnes sont donc plus nombreuses à être contrôlées mais la part des arrêts injustifiés est sensiblement la même (7,2% contre 6,9% en région parisienne).

ANNEXE 8 - LE REGIME D'INVALIDITE EN EUROPE

1) contexte général

a) de nombreux pays ont eu une politique très « ouverte » d'admission en invalidité, conduisant à une dépense élevée. Dans une certaine mesure, cette option leur a permis d'avoir, toutes choses égales par ailleurs, des départs en préretraite et des admissions au chômage moins élevées qu'en France.

Beaucoup d'entre eux reviennent sur cette approche en resserrant les critères d'admission et la générosité de leur système d'invalidité.

Les assurés dont la capacité de travail est limitée (mais pas nulle) sont basculés dans certains pays sur la législation du chômage, avec les disciplines qui y sont associées^{57 58}

b) la situation française est différente : un régime d'invalidité moins dense en effectifs et stable dans sa prise en charge.

2) le système de prise en charge

a) définition du risque

- dans la plupart des pays, on distingue incapacités totale et partielle (par exemple en Allemagne, on est en incapacité partielle si on peut travailler entre 3 et 6 heures par jour ; en incapacité totale si on ne peut travailler plus de trois heures). La référence à une perte de capacité des 2/3 se retrouve, par exemple en Belgique et en Italie.

Au Royaume Uni, il n'y a de prise en charge que pour incapacité totale

- la révision de la capacité de travail est possible, à des intervalles de temps différents (en Allemagne, la pension est attribuée pour trois ans renouvelable ; en Italie on peut procéder à révision trois fois tous les trois ans ; en Espagne, la pension est révisable à tout moment). Mais ce n'est pas le cas en Belgique.

b) durée de service

- date d'admission

Voir l'annexe sur la durée de service des indemnités maladie (puisque l'invalidité succède généralement à la maladie). Dans certains pays, il y a un délai de carence entre l'arrêt maladie et l'admission en invalidité (c'est le cas par exemple en Allemagne)

- le passage à la retraite est le mode normal de fin de service de la pension d'invalidité.

c) conditions d'activité antérieure.

On a trois types de pays :

- ceux où il n'y a pas de condition d'activité antérieure (Pays Bas)

- ceux avec des conditions liées à la durée de travail mais qui diffèrent dans le degré d'exigence : Belgique : six mois avec au moins 120 jours de travail. Allemagne : 60 mois et en principe 36 mois dans les cinq dernières années⁵⁹. Italie : cinq ans dont au moins trois ans dans les cinq dernières années

⁵⁷ Voir sur ce point la note de l'OCDE « nouvelles approches concernant la capacité de travail partielle » d'avril 2007

⁵⁸ le terme de personnes à « capacité de travail partielle » est préféré à celui « d'invalidité (incapacité) partielle »

⁵⁹ Mais la caisse vieillesse peut apprécier l'existence de circonstances dans lesquelles la période minimale d'assurance n'est pas requise

- ceux comme le Royaume Uni où n'y a pas d'indemnisation pour les salariés dont le gain est inférieur au salaire minimum

Rappelons qu'en France, la condition se réfère à la durée du travail ou au niveau du salaire

On peut signaler la situation en Espagne où les durées d'activité requises varient avec l'âge.

d) critères d'indemnisation

- en règle générale, l'indemnisation est plus ou moins proportionnelle au salaire antérieur. Sauf au Royaume Uni (où elle est forfaitaire),

- le plus souvent, on ne tient pas compte de la composition du foyer (une exception notable pour la Belgique où le taux de remplacement varie de 45 à 65% en fonction de la taille de la famille ; en Espagne, on en tient compte uniquement pour les pensions minimales ; au Royaume uni, on tient compte de l'existence d'un conjoint âgé ou qui s'occupe des enfants)

- on tient compte de l'âge/ancienneté du salarié selon des formules très variables dans leur logique

* augmentation du taux de remplacement avec l'âge (c'est le cas en Espagne où le taux pour l'incapacité partielle de 55% est majoré de 20 points au dessus de 55 ans. En Allemagne, la pension est calculée comme une pension de retraite en fonction du nombre de points acquis par les cotisations)

* au Royaume uni, le forfait est majoré de 25% si l'admission en incapacité intervient avant 35 ans et de 11% si elle intervient entre 35 et 44 ans

e) l'assiette

Rappel France : dix meilleures années reportées au compte avant l'arrêt maladie qui précède l'admission en invalidité

A signaler la situation en Allemagne où on tient compte des gains sur l'ensemble de la carrière

f) les pays diffèrent sur l'existence d'une pension minimale. Ainsi il existe un minimum en Belgique et en Espagne (tenant compte d'ailleurs dans ces deux pays du statut familial, par exemple un conjoint à charge). Il n'en existe pas en Allemagne et aux Pays Bas

g) on trouve des systèmes de plafonnement dans de nombreux pays (à signaler l'option appliquée aux Pays Bas où le plafond est plus dur passée la phase initiale de prise en charge)

h) on combine – mais rarement semble t-il, rente et attribution du capital (c'est le cas en Belgique et en Espagne)

h) indexation

La situation la plus fréquente est celle d'une indexation sur les prix (Belgique, Espagne, Italie, Royaume uni).

Mais on a des options différentes (indexation sur les salaires aux Pays bas)

i) statut fiscal

La norme est l'intégration dans l'assiette de l'impôt (mais ce n'est pas le cas en Espagne ; en Allemagne on procède à l'intégration progressive de la pension qui n'était pas imposable à l'origine)