

Arrêts de travail

Droits et obligations

L'Assurance Maladie garante de bonnes pratiques accompagne les assurés et les professionnels de santé.

Responsable projet

Laurent DUPLESSY 03 28 26 38 25

Médecin-Conseil Chef de service référent

Maryse HERBECQ 03 59 54 10 93 / 06 10 59 38 10



CONTACT PRESSE

Alain MAZEREEUW, responsable communication
Assurance Maladie

Direction Régionale du Service Médical Hauts-de-France

tél : 03 59 08 55 09 / 06 63 85 61 89

alain.mazereeuw@ersm-picardie.cnamts.fr



Une organisation efficace, responsable, engagée

L'Assurance Maladie évolue chaque jour. Elle adapte ses actions en fonction des besoins des assurés mais aussi en fonction du contexte politique et économique.

Les politiques de Gestion Du Risque (GDR) se sont fixées pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population et d'accroître l'efficacité du système de santé. Elles ont contribué à permettre à la France d'enregistrer ces six dernières années une évolution maîtrisée de ses dépenses de santé.

La Gestion Du Risque a pour ambition de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières en :

- incitant la population à recourir de manière pertinente à l'offre de soins et de prévention,
- diffusant auprès des Professionnels de Santé des bonnes pratiques,
- favorisant l'accès aux soins et à la prévention des personnes fragilisées,
- permettant aux assurés de mieux gérer leur santé.

Dans les Hauts-de-France, le Régime Général de l'Assurance Maladie, c'est :

- Neuf caisses primaires d'Assurance Maladie (Cpam), dont quatre dans le Nord, deux dans le Pas-de-Calais, une dans la Somme, une dans l'Aisne, une dans le département de l'Oise
- Une direction régionale du Service Médical (DRSM)
- Une Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (Carsat)

au service des 5,5 millions d'assurés sociaux.

Les caisses d'Assurance Maladie indemnisent les assurés en arrêt de travail au titre de la maladie ou du risque professionnel (accident du travail et maladie professionnelle) lorsque leur état de santé n'est pas compatible avec une activité professionnelle.

Les dépenses de santé liées aux prescriptions d'arrêts de travail et donc les indemnités journalières qui en découlent augmentent actuellement.

Pour la région Hauts-de-France

De janvier à novembre 2016, 29 millions de journées ont été indemnisées dont 23,5 millions au titre du risque maladie.

A fin décembre 2016, le poste a évolué de 3 %* :

+ 3,2 % en maladie,

+ 2,4 % pour les accidents de travail et les maladies professionnelles.

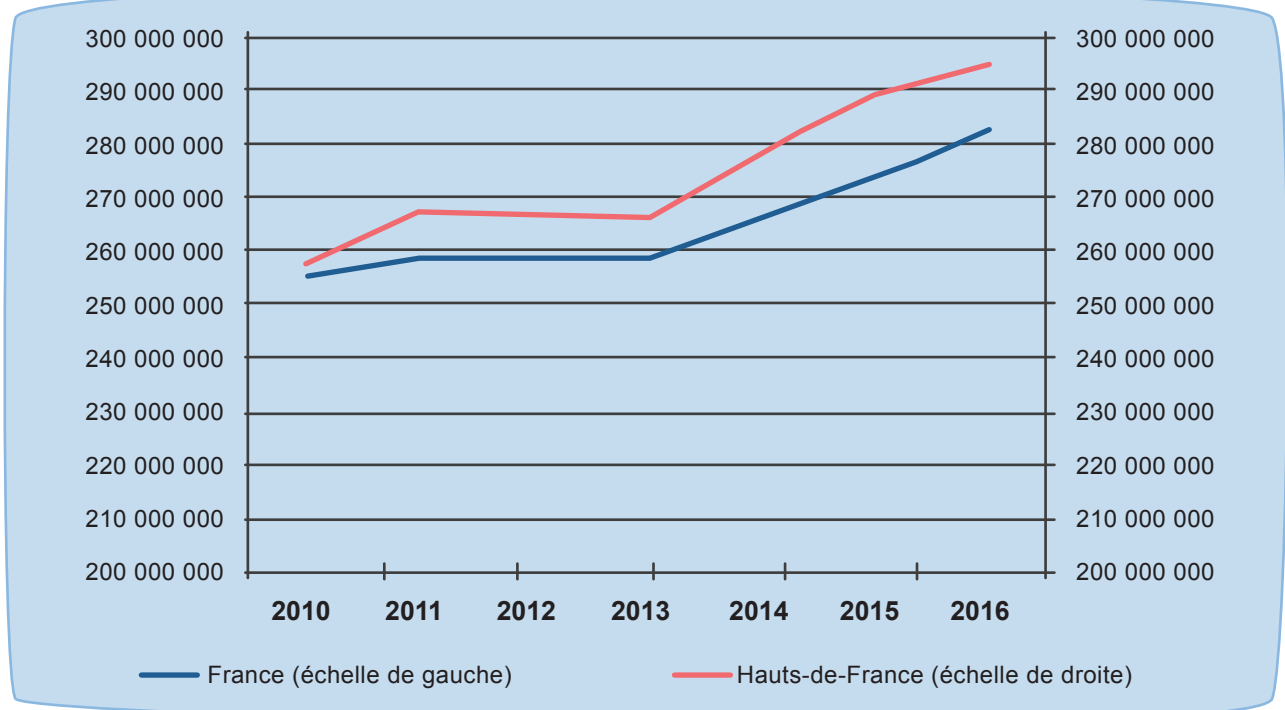
Données de remboursement du Régime Général (risque Maladie et AT), résultats cumulés en 2016 (et évolution par rapport à 2015) *

	Région Hauts-de-France		France Métropolitaine	
	Montants remboursés (en €)	Évolution (en%)	Montants remboursés (en €)	Évolution (en%)
<i>IJ Maladie de moins de 3 mois</i>	408 704 787	4,3%	4 151 649 824	5,7%
<i>IJ Maladie de plus de 3 mois</i>	323 995 541	1,9%	2 857 187 264	2,9%
Total IJ Maladie	732 700 328	3,2%	7 008 837 087	4,5%
Total IJ AT	272 919 212	2,4%	2 812 889 071	3,0%
TOTAL IJ	1 005 619 540	3,0%	9 821 726 158	4,1%

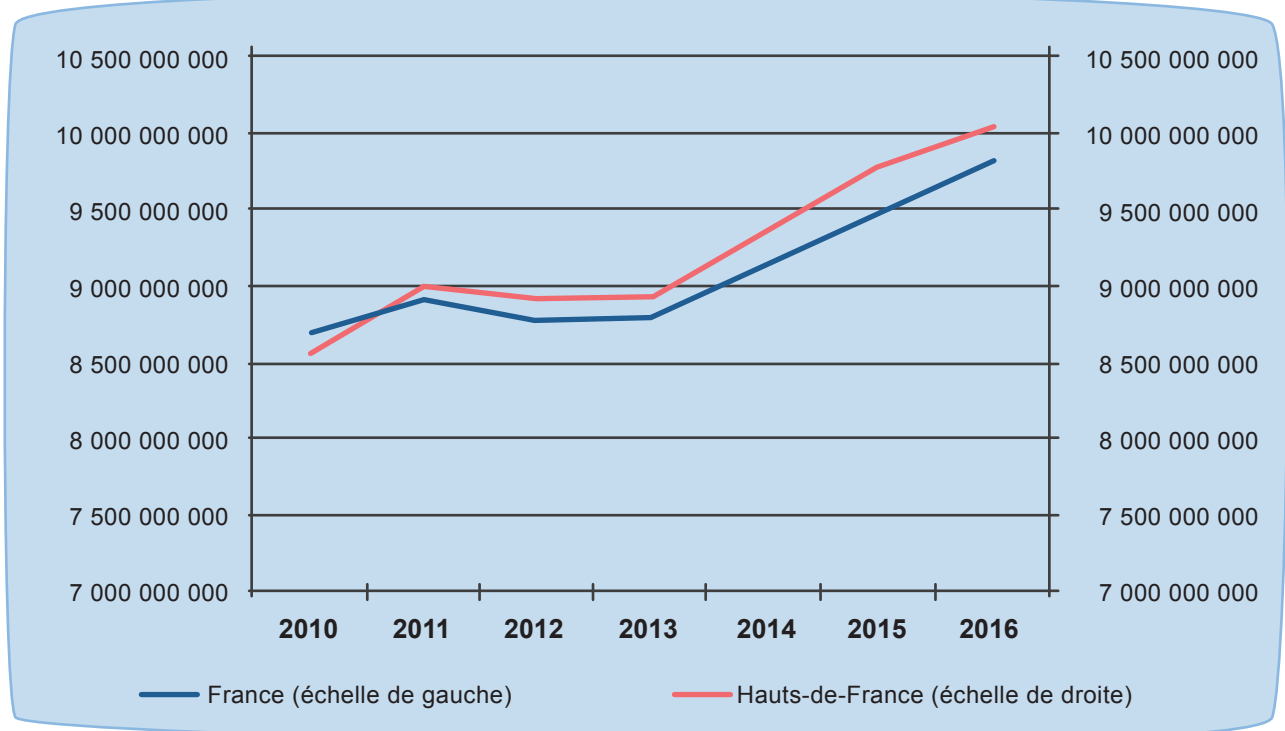
* Données provisoires - Chiffres définitifs disponibles mars 2017

Ce poste de dépenses évolue depuis 2010 en nombre et en montant des indemnités journalières remboursées.

Nombre d'IJ remboursées

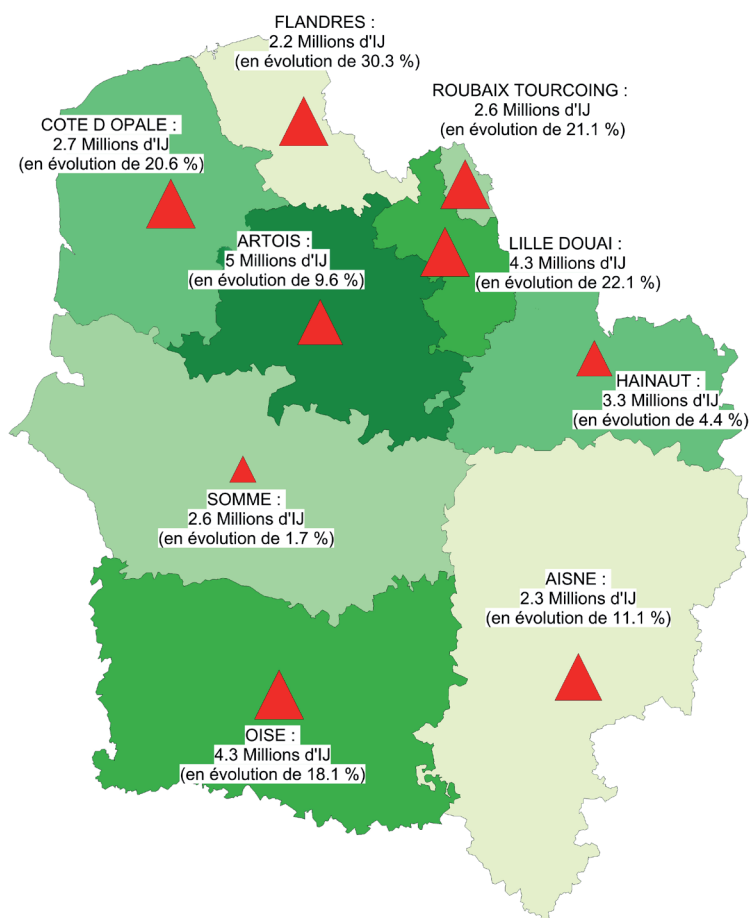


Montant d'IJ remboursées

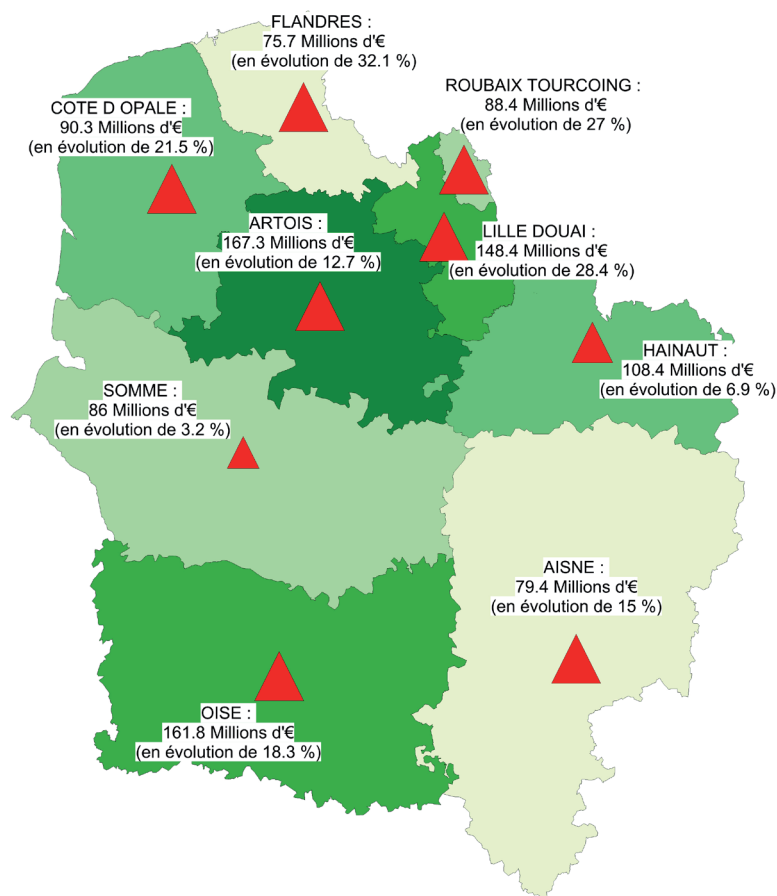




Nombre de journées indemnisées en 2016 et variation par rapport à 2010



Montants remboursés en 2016 et variation par rapport à 2010



L'Assurance Maladie se mobilise

L'Assurance Maladie se mobilise pour accompagner les assurés en situation de maladie, elle se mobilise aussi pour la maîtrise des dépenses et particulièrement, pour le poste indemnités journalières :

- Une démarche partenariale est poursuivie par l'Assurance Maladie et les médecins généralistes pour :
 - apporter un appui aux médecins généralistes dans le cadre de la prescription d'arrêts de travail
 - contribuer à la régulation du poste IJ prévue dans le Plan Ondam¹, dans le cadre de l'axe «Pertinence et bon usage des soins».
- Un accompagnement des assurés avec une campagne d'information sur les droits et les obligations en matière d'arrêt de travail.
- **Une campagne de contrôle accrue où différentes modalités de contrôle sont envisagées.**

• Les obligations de l'assuré en arrêt de travail

⇒ Envoi de l'arrêt de travail dans le délai imparti

En cas de non-respect d'envoi de l'arrêt de travail sous 48h et s'il s'agit de la première infraction, l'assuré reçoit un avertissement lui rappelant ses obligations.

Par contre, s'il récidive dans les 24 mois, la caisse d'Assurance Maladie peut supprimer 50 % de ses indemnités journalières si la prescription médicale est toujours en cours et 100 % si elle est terminée.

⇒ Respect des heures de sorties

Le médecin traitant est tenu d'indiquer sur l'avis d'arrêt de travail l'autorisation ou non de sortie du domicile durant l'arrêt de travail.

Si l'assuré est autorisé à sortir, il doit être présent à son domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux. Ces heures de présence au domicile doivent être respectées pendant toute la durée de l'arrêt de travail (y compris les samedi, dimanche et jours fériés).

1- Ondam : Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie

Si l'état de santé le justifie, le médecin peut autoriser des sorties totalement libres. Dans ce cas, il indique sur le volet 1 de l'avis d'arrêt de travail, destiné au Service Médical près de la caisse d'Assurance Maladie, les éléments d'ordre médical justifiant cette autorisation.

• Les contrôles

⇒ La visite du contrôleur

Quelle que soit la durée de l'arrêt de travail, tout assuré en arrêt peut être visité à son domicile, du lundi au dimanche inclus, par un contrôleur de l'Assurance Maladie pour vérification du respect des horaires de présence au domicile.

En cas d'absence ou de non réponse au domicile, si le motif avancé par l'assuré est jugé non recevable, la caisse d'Assurance Maladie est susceptible de supprimer tout ou partie des indemnités journalières du jour du contrôle à la fin de la prescription médicale en cours.

⇒ Le contrôle de la justification de l'arrêt par le Service Médical

L'assuré peut être convoqué par le médecin-conseil de l'Assurance Maladie que l'arrêt soit de courte durée ou de longue durée. Le médecin-conseil examine la situation du malade en le rencontrant et en prenant contact si nécessaire avec son médecin traitant. Le contrôle peut également se faire sur dossier.

Lorsque le médecin-conseil considère que l'arrêt n'est médicalement pas justifié, il transmet son avis à la caisse pour notification de sa décision.

En cas de non présentation à une convocation, la Cnam suspend les versements des indemnités journalières.

⇒ Les contrôles des demandes de départ hors circonscription pendant l'arrêt de travail

Lorsque cela se justifie médicalement, c'est-à-dire que le médecin estime que la guérison en sera favorisée, le malade peut quitter son domicile pendant son arrêt de travail, et séjourner en dehors de la circonscription de la caisse d'Assurance Maladie, à condition de faire une demande écrite **mentionnant les dates et l'adresse précise** et d'avoir obtenu l'autorisation préalable de la Cnam.

Sans accord écrit de la caisse d'Assurance Maladie, l'assuré risque une suppression du versement de ses indemnités journalières.

Pendant un arrêt de travail, la caisse d'Assurance Maladie peut donc contrôler l'assuré à son domicile ou le convoquer auprès du Service Médical.

L'assuré a obligation de se soumettre aux contrôles et de se rendre aux convocations.

Rappel

Le montant de ses indemnités journalières peut être réduit en tout ou partie :

- si l'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifié,
- si une activité non autorisée par son médecin est exercée,
- si l'assuré ne respecte pas les heures de sorties autorisées ou s'il quitte son département de résidence sans l'accord préalable de la caisse d'Assurance Maladie.



Arrêts de travail pour maladie : mode d'emploi

Définition et cadre juridique



En cas d'arrêt de travail, les indemnités journalières maladie constituent, pour l'assuré, un revenu de remplacement destiné à compenser, pour partie, la perte de revenu professionnel (Code de la Sécurité Sociale, article L.111-1).

L'arrêt de travail pour maladie est une absence motivée par la nécessité d'un arrêt d'un ou plusieurs jours de toute activité professionnelle, constatée par le médecin traitant de l'assuré. En aucun cas, un salarié ne peut seul se déclarer malade pour excuser son absence.

Les arrêts de travail sont transmis à l'employeur et à la caisse primaire d'Assurance Maladie, sous 48 heures. L'Assurance Maladie se charge de verser des indemnités journalières calculées sur la base du salaire brut.

Memo pratique pour assurer le bon traitement d'un arrêt de travail

- > Envoi du certificat d'arrêt de travail dans le délai de 48h
- > S'agissant du respect des obligations :
 - Se conformer aux prescriptions du médecin
 - Ne pas reprendre d'activité

«Ses obligations engagent l'assuré. En cas de non-respect de celles-ci, la caisse peut être amenée à prendre toute décision de sanction qui s'impose».

Les conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières maladie

Conditions administratives

«Le bénéfice des IJ est un droit ouvert sous réserve de répondre aux conditions administratives requises en termes de volume d'heures salariées effectué ou d'un montant de cotisations suffisant au cours d'une période de référence définie».

Les conditions d'ouverture de droit aux IJ diffèrent selon la durée de l'arrêt de travail.

Pour avoir droit aux IJ, pour un arrêt de travail inférieur à six mois (Code de la Sécurité Sociale, article R.313-3 [1°]), l'assuré doit :

- avoir cotisé sur une rémunération au moins égale à 1 015 fois le Smic horaire, au cours des 6 mois précédant l'interruption de travail ;
- ou avoir effectué au moins 150 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 3 mois ou des 90 jours précédant l'interruption de travail.

Pour avoir droit aux IJ d'un arrêt de travail supérieur à six mois (Code de la Sécurité Sociale, art. R.313-3 [2°]), l'assuré doit :

- être immatriculé depuis au moins 12 mois à la date d'interruption du travail ;
- avoir cotisé, pendant les 12 mois précédant l'arrêt de travail, sur une rémunération au moins égale à 2030 fois le Smic horaire OU avoir effectué au moins 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail.

Par ailleurs, le versement des IJ est soumis au respect d'un «délai de carence».

Le délai de carence

«Entre l'ouverture de vos droits et le premier versement des indemnités journalières, 3 jours de carence sont prévus».

Les IJ sont donc accordées à partir du 4ème jour suivant le point de départ de l'incapacité de travail constatée par un médecin (Code de la Sécurité Sociale, article L.323-1 et R.323-1).

Focus sur les démarches

> Les démarches liées à l'aspect médical

Un arrêt de travail correspond à la **constatation médicale** de l'incapacité physique du patient à continuer ou à reprendre le travail (Code de la Sécurité Sociale, article L. 321-1). Ainsi, la prescription doit mentionner les « éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail » (CSS, article L.162-4-1).

> «Le bénéfice d'indemnités journalières maladie doit, au préalable, être attesté par une prescription médicale démontrant une incapacité physique à reprendre le travail. Pour assurer un traitement rapide de votre dossier, il est impératif de communiquer le certificat d'arrêt de travail dans un délai de 48 heures».

> Les démarches administratives

L'assuré doit adresser, sous 48 heures :

- les volets 1 et 2 de l'avis d'arrêt de travail au Service Médical près de la caisse d'Assurance Maladie ;
- le volet 3 à son employeur ou, à l'agence Pôle emploi dont il dépend.

Pour prescrire un arrêt de travail, le professionnel de santé peut utiliser le service en ligne «AAT», ou remplir un formulaire d'avis d'arrêt de travail (www.ameli.fr). En effet dans le cadre de la simplification des relations, l'Assurance Maladie a mis en place un dispositif de dématérialisation sécurisée de l'envoi de l'avis d'arrêt de travail permettant de réduire les délais de transmission et donc, d'assurer le service des prestations plus rapidement.

Dès réception du volet 3 de l'avis d'arrêt de travail du salarié, l'employeur doit établir une attestation de salaire. Lorsque l'arrêt de travail se prolonge sans interruption au-delà de 6 mois, l'employeur doit établir une nouvelle attestation de salaire.

Dispositifs d'accompagnement prévus

Une possibilité de reprise progressive du travail (temps partiel thérapeutique)

Si son état de santé le justifie, l'assuré peut reprendre temporairement une activité à «temps partiel thérapeutique» en maladie ou un «travail léger» en AT/MP sous réserve d'une prescription par le médecin, d'un accord du médecin du travail et de son employeur.

La visite de pré-reprise en cas d'arrêt supérieur à 3 mois

Au cours de tout arrêt de travail dépassant 3 mois, le médecin-conseil de l'Assurance Maladie peut solliciter le médecin du travail pour préparer et étudier les conditions et modalités d'une reprise du travail ou envisager les démarches de formation (Code de la Sécurité Sociale, articles L.323-4-1 et D. 323-3). Aussi, le médecin du travail peut organiser une visite de pré-reprise à son initiative ou à la demande du médecin traitant, du médecin-conseil ou de l'assuré.

Cette visite a pour but d'anticiper les difficultés pour la reprise d'emploi et de réfléchir aux solutions possibles (aménagement/adaptation du poste de travail, reclassement ou formation professionnelle).

Un accès à des actions de formation professionnelle pendant l'arrêt

L'assuré peut demander, avec l'accord du médecin traitant, à accéder à des actions de formation professionnelle pendant son arrêt de travail, comme des actions de formation professionnelle continue (actions de prévention, conversion), ou des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la Cnam participe.

Le passage en invalidité

Lorsque l'assuré est dans l'incapacité de reprendre son travail après un accident non professionnel ou une maladie invalidante d'origine non professionnelle (incapacité d'au moins 2/3), il peut bénéficier d'une pension d'invalidité, sous réserve de remplir certaines conditions médicales, conditions d'âge et d'ouverture de droits.

Il existe 3 catégories d'invalidité selon que l'assuré soit en capacité de travailler (catégorie 1) ou non (catégorie 2), et nécessite l'aide d'une tierce personne pour l'assister dans les gestes essentiels du quotidien (catégorie 3).

Contrôles

2 types de contrôles sont prévus par les textes juridiques :

- le contrôle par l'Assurance Maladie : double contrôle, à la fois **administratif** (respect des obligations qui incombent à l'assuré) et **médical** (adéquation entre la pathologie de l'assuré et son arrêt).*
- le contrôle par l'employeur (par l'intermédiaire de prestataires privés), notamment en cas de versement d'IJ complémentaires. Contrôle qui consiste en une contre-visite médicale, effectuée par un médecin généraliste.*



Arrêts de travail pour maladie : mode d'emploi



5

départements

3 838

communes

1 Carsat

(Caisse de Retraite et de Santé au Travail)

1 DRSM

(Direction régionale du Service Médical)

9 Cnam

(Caisse primaire d'Assurance Maladie)

Les dépenses de santé :

18,1 milliards d'euros

soit 3 047€ par habitant

+1,80% en région par rapport à 2014

9,14% par rapport à la France entière

Nos publics :

5 503 602

bénéficiaires du régime général

Le paysage sanitaire :

Professions médicales et paramédicales

Omnipraticiens **5 438**

Spécialistes **3 704**

Total professions libérales 27 190

Offre de soins

Établissements MCO (médecine chirurgie obstétrique)

publics 64

privés 50

Établissements SSR (soins de suite et de réadaptation)

publics 104

privés 36

Données 2015



Je suis en arrêt de travail



J'envoie à ma CPAM
les volets 1 et 2
de mon arrêt
de travail
sous 48h



Je respecte
les horaires
de présence
à mon domicile :
**de 9h à 11h
et de 14h à 16h***



Je me sou mets
aux contrôles
organisés
par l'Assurance
Maladie

BON À SAVOIR : votre médecin traitant peut transmettre en ligne les volets 1 et 2 de votre avis d'arrêt de travail au service médical de votre CPAM. C'est rapide !