



Service de Santé Publique

Optimisation du traitement des arrêts de travail en Nouvelle- Calédonie

Synthèse du rapport de stage d'Etienne Monier

(Magistère 2ème année au sein du CERDI Centre d'Etudes et de

Recherches sur le Développement International -UMR CNRS -

Université d'auvergne)

Juillet – Août 2015

Table des matières

Sigles et abréviations	2
Introduction.....	3
1. Gestion des arrêts de travail pour maladie en NC	4
1.1. Généralités.....	4
1.2. Processus de gestion des arrêts de travail.....	4
1.2.1. Certificat médical.....	4
1.2.2. Délais de carence	5
1.2.3. Indemnisation des arrêts de travail.....	5
1.2.4. Régimes Spécifiques.....	8
1.2.5. Contrôle médical	10
1.2.6. Exemple applicatif	12
1.3. Spécificités des arrêts maladie suspects.....	13
2. Analyse statistique	15
2.1. Statistiques des arrêts de travail en Nouvelle-Calédonie	16
2.2. Analyse des arrêts de travail en Europe et comparaison avec la NC.....	18
2.3. Définitions et proposition d'estimations	20
3. Préconisations pour l'optimisation des arrêts de travail....	26
3.1. Les propositions informatiques.....	27
3.2. Les propositions réglementaires	29
3.3. Les propositions préventives	30
Conclusion.....	32
Bibliographie.....	33
Annexes.....	34

Sigles et abréviations

AIT	Accord Interprofessionnel Territorial
AT	Arrêt de Travail
CAFAT	Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prevoyance des travailleurs salariés de Nouvelle-Caledonie
CDD	Contrat à durée indéterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CGPME	Confédération générale des petites et moyennes entreprises
CHT	Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle-Calédonie
DASS-NC	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Caledonie
FCFP	Franc Pacifique
IJ	Indemnités journalières
ISEE	Institut de la Statistique et des Etudes Economiques
LM	Longue Maladie
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
OCEF	Office de Commercialisation et d'Entreposage
OPT	Office des Postes et Télécommunications
PIB	Produit Interieur Brut
RUAMM	Régime Unifié d'Assurance Maladie et Maternité
SSP	Service de Santé Publique

Introduction

L'optimisation du traitement des arrêts de travail s'inscrit dans un contexte bien particulier.

Les déficits croissants observés au sein de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie (CAFAT-NC), ont amené le gouvernement à mettre en place un plan de maîtrise des dépenses de santé.

Ce plan a permis de réduire ce déficit sans pour autant le faire disparaître.

En 2014, les organismes de protection sociale de Nouvelle-Calédonie ont financé environ 65% des dépenses de santé.

22% étaient à la charge des pouvoirs publics, 9% des organismes complémentaires de protection sociale et 5% à la charge des ménages, soient environ 4 000 millions Francs Pacifique (FCFP).

Concernant les prestations en espèces versées par les organismes de protection sociale (indemnités journalières de maladie et maternité), elles représentent 5% des dépenses de santé.

Le poids des arrêts de travail à la charge de l'employeur et de la protection sociale est sensiblement différent de celui établi en métropole.

En Nouvelle-Calédonie, l'intervention des employeurs dans les arrêts de courte durée est plus importante.

Le régime unifié d'assurance maladie/maternité (RUAMM) qui est géré par la CAFAT, constitue le régime de base qui couvre 250 432 personnes à hauteur de 40 % pour « le petit risque » et 100% pour le gros risque (certaines affections dites « longues maladies »).

L'année dernière, le RUAMM a été déficitaire de 4.087 millions de FCFP.

L'objectif général de cette étude sur les arrêts de travail est donc de déterminer précisément les sources de dépenses afin de faciliter leur rationalisation.

La première partie définit les termes généraux et dresse un état des lieux du traitement des arrêts de travail (AT) en Nouvelle-Calédonie, la deuxième partie se compose d'une analyse statistique de la situation actuelle en Nouvelle-Calédonie, l'objectif étant de quantifier les arrêts de travail. Enfin la dernière partie propose des solutions quantitatives et qualitatives pour améliorer la gestion des arrêts de travail avec l'objectif affiché de réduire le nombre d'arrêts de travail considérés comme suspects.

1. Gestion des arrêts de travail pour maladie en NC

1.1. Généralités

Un **arrêt de travail** pour maladie signifie qu'un arrêt est délivré par un médecin, suite à la constatation d'un état de santé incompatible avec la pratique du travail du patient.

Il y a différentes étapes dans le traitement d'un arrêt de travail :

- Le salarié en incapacité de travailler va chez son médecin qui lui prescrit un **certificat médical** d'arrêt de travail.
- L'employé envoie son arrêt de travail à son employeur dans un délai contraint.
- L'employé est **indemnisé** par son employeur et la CAFAT selon des **délais de carence** (A noter que le délai de carence n'existe pas pour les fonctionnaires).
- A tout moment, l'employeur peut demander un **contrôle médical** pour vérifier la validité de l'arrêt.
- Lorsque le certificat d'arrêt de travail arrive à son terme, l'employé reprend le travail ou fait l'objet d'une prolongation suite à une consultation auprès du médecin prescripteur de l'arrêt initial si son état de santé ne lui permet pas de reprendre la travail.

1.2. Processus de gestion des arrêts de travail

1.2.1. Certificat médical

Les arrêts de travail en Nouvelle-Calédonie sont gérés de façon totalement différente et indépendante des arrêts de travail en métropole : le délai exigible pour présenter le certificat médical à l'employeur est différent tout comme le délai de carence ou d'indemnisation de l'arrêt.

En Nouvelle-Calédonie, l'employé absent pour maladie a un délai de 48 heures pour fournir le certificat médical d'arrêt de travail prescrit par le médecin et le présenter à son employeur.

Ce certificat précise si l'arrêt de travail est initial ou s'il s'agit d'une prolongation.

Il se décline en 3 volets :

- Volet 1 : à transmettre à la CAFAT si l'arrêt de travail entraîne une perte de salaire, accompagné de l'imprimé « attestation de perte de salaire » rempli par l'employeur.
- Volet 2 : à adresser à l'employeur
- Volet 3 : à conserver par l'employé

Selon l'ancienneté du salarié et la fréquence de ses arrêts de travail, l'employeur est tenu légalement (Art 76 de l'Accord Interprofessionnel Territorial (AIT) du 27 juillet 1994) ou conventionnellement (cf. convention collective) de maintenir tout ou partie du salaire de l'employé pendant une certaine période.

Une fois ces conditions remplies, si l'assuré justifie d'une perte de salaire effective, il peut demander à bénéficier d'indemnités journalières auprès de la CAFAT.

1.2.2. Délais de carence

Le "délai de carence" est la période de temps qui court entre le jour du début de l'arrêt pour maladie et le jour à compter duquel les indemnités journalières sont payées par l'organisme de sécurité sociale.

Contrairement à la métropole qui compte 3 jours de carence dans tous les cas, la durée du délai de carence en Nouvelle-Calédonie est progressive selon le nombre d'arrêts de travail sur une année glissante.

Lors de chaque arrêt, les délais d'indemnisation commenceront à courir à compter du :

- 1^{er} jour pour la première absence,
- 3^{ème} jour pour la deuxième absence,
- 4^{ème} jour pour la troisième absence,
- 5^{ème} jour à partir de la quatrième absence.

L'absence s'appréciant à chaque fois sur les douze derniers mois antérieurs au premier jour de l'incapacité.

En cas d'hospitalisation, le délai de carence est supprimé.

1.2.3. Indemnisation des arrêts de travail

Les prestations en espèces versées par les organismes de protection sociale représentent 5% des dépenses de santé.

Cette proportion relativement plus faible qu'en métropole s'explique notamment par l'intervention plus importante des employeurs dans les arrêts de courte durée sur la base d'un accord interprofessionnel. Le taux de progression des prestations en espèces reste cependant élevé.

L'assuré perçoit des indemnités journalières (IJ) dès le premier jour de son absence à condition qu'il respecte certaines conditions :

- La prolongation d'un arrêt de travail doit être établie par le médecin qui a prescrit l'arrêt initial (ou son remplaçant ou son associé).
- Si l'arrêt de travail est en rapport avec une Longue Maladie, cet arrêt doit être établi ou prolongé par le médecin référent (ou son remplaçant ou par un autre médecin en cas d'urgence).
- Concernant les sorties autorisées, la plage horaire doit être obligatoirement renseignée par le médecin et respectée par le patient ; elle est de 3 heures consécutives au maximum par jour (pour raisons médicales).

Les indemnités journalières sont versées par l'employeur et par la CAFAT (pour les employés du secteur privé).

Lorsqu'il est en arrêt au titre d'une maladie, un salarié peut percevoir des indemnités journalières destinées à compenser sa perte de salaire. Leur montant est calculé à partir de son salaire brut et varie au fil du temps, selon la durée de l'arrêt.

Le calcul des indemnités versées par la CAFAT est le suivant :

- **Cas général :**

50% de la perte de salaire dans le cas général [dans la limite d'un plafond mensuel de prestation (5.073.500 F.CFP au 01.01.2013)].

66,66% de la perte de salaire si l'assuré à 3 enfants à charge ou plus.

Le montant de ces indemnités journalières est donc calculé d'après les salaires que l'individu a perçus au cours des derniers mois.

C'est pourquoi ce montant varie d'un assuré à un autre.

L'assuré peut bénéficier des indemnités CAFAT pendant 360 jours au total (consécutifs ou non) sur une période de 3 années, après avis du médecin conseil de la CAFAT.

- **Cas particulier :**

Si l'arrêt de travail est en rapport avec une affection prise en charge en « Longue Maladie », les indemnités journalières sont versées pendant 3 ans (au maximum), après avis du médecin conseil de la CAFAT.

Il y a 2 phases dans un arrêt de travail :

- La première phase commence le premier jour de l'arrêt et continue jusqu'au dernier jour du délai de carence. Pendant cette période, l'employeur ne verse pas de salaire mais la CAFAT indemnise, comme mentionné ci-dessus, à 50% de la perte de salaire donc 50% du salaire normal de l'employé.
- La seconde phase commence le jour suivant la fin du délai de carence jusqu'à la reprise du travail par l'assuré. Pendant cette seconde phase, l'employeur verse des indemnités dont le montant varie en fonction du type de contrat du salarié, de son ancienneté, du secteur d'activité dans lequel il travaille ainsi que du nombre d'arrêt de travail déjà pris par le salarié au cours des 12 derniers mois.

La CAFAT complète comme lors de la première phase à 50% de la perte de salaire.

Le calcul des indemnités par l'employeur est le suivant :

- Dans le **cas le plus général**, d'un salarié embauché par contrat à durée indéterminée ou par contrat à durée déterminée d'une durée supérieure à 6 mois :

- Pendant les 30 premiers jours de son arrêt de travail (hors délai de carence) le salarié reçoit 90% de la rémunération brute qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler. (La CAFAT comble à hauteur de 50% de la perte de salaire soit 5% du salaire mensuel).
- Pendant les 30 jours suivants, le salarié ne reçoit que les deux-tiers de son salaire par son employeur (et la moitié de la perte de salaire par la CAFAT soit environ 17% du salaire mensuel)

S'il n'y a pas eu d'absence sur la période des douze mois antérieurs au premier jour de l'incapacité, l'indemnité est portée à 100 % (par l'employeur) pour la durée de l'arrêt dans la limite de 30 jours.

- Pour les **cas particuliers** il faut se référer à l'article 76 de l'accord interprofessionnel territorial :

Salariés embauchés par contrat à durée déterminée d'une durée inférieure ou égale à six mois :

Pendant un jour par semaine de contrat, dans la limite de 15 jours, en fonction de la durée du contrat, les salariés recevront 90 % de la rémunération brute qu'ils auraient perçue s'ils avaient continué à travailler.

Pendant les 15 jours suivants, ils recevront les deux tiers de cette même rémunération.

S'il n'y a pas eu d'absence sur la période antérieure au premier jour de l'incapacité, l'indemnité est portée à 100 % pour la durée de l'arrêt dans la limite de 15 jours.

Ces durées d'indemnisation sont accordées au personnel à compter de la fin de la période d'essai jusqu'à 5 ans d'ancienneté. Ils seront augmentés de dix jours par période entière de cinq ans d'ancienneté sans que chacun d'eux puisse dépasser 90 jours.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au premier jour de l'incapacité.

Durée d'ancienneté dans l'entreprise	Durée maximum de versement des indemnités au cours d'une période de 12 mois
de 1 à 5 ans	60 jours (30 jours à 90% et 30 jours à 66,66%)
de 6 à 10 ans	80 jours (40 jours à 90% et 40 jours à 66,66%)
de 11 à 15 ans	100 jours (50 jours à 90% et 50 jours à 66,66%)
de 16 à 20 ans	120 jours (60 jours à 90% et 60 jours à 66,66%)
de 21 à 25 ans	140 jours (70 jours à 90% et 70 jours à 66,66%)
de 26 à 30 ans	160 jours (80 jours à 90% et 80 jours à 66,66%)
31 ans et plus	180 jours (90 jours à 90% et 90 jours à 66,66%)

Tableau 1 : droit d'indemnisation en fonction de l'ancienneté

Arrêts successifs :

Pour le calcul des indemnités dues au titre d'une période de paye, il est tenu compte des indemnités déjà perçues par l'intéressé durant les douze mois antérieurs au premier jour de l'incapacité, de telle sorte que, si plusieurs absences pour maladie ou accident ont été indemnisées au cours de ces douze mois, la durée totale d'indemnisation ne dépasse pas celle applicable citée ci-dessus.

Fonctionnement du système d'indemnisation dans le secteur public :

D'une manière générale, les textes des fonctionnaires prévoient pour l'arrêt maladie ordinaire (arrêté 1066 du 22/8/1953)

- 3 mois d'arrêt de travail pour maladie à plein traitement
- 9 mois d'arrêt de travail pour maladie à demi-traitement

Il s'agit d'année glissante et non d'année civile.

Aucune indemnisation n'est prévue en cas de perte de salaire.

S'il s'agit de 90 jours consécutifs, le dossier est présenté devant le conseil de santé qui donne son avis sur un congé longue maladie, longue durée, convalescence...

Dans ce cas-là, on ne parle plus de maladie simple donc le régime de rémunération est différent.

Il n'y a toujours pas d'indemnisation en cas de perte de salaire.

1.2.4. Régimes Spécifiques

Il existe 3 régimes spécifiques en Nouvelle Calédonie.

a) Secteur hôtels, bars, cafés, restaurants

L'article 76 de l'Accord Interprofessionnel Territorial (AIT) prévoit que les délais de carence sont fixés par accord de branche.

Lors de chaque arrêt, les délais d'indemnisation commenceront à courir à compter du :

- 1^{er} jour pour la première absence,
- 5^{ième} jour à partir de la deuxième absence.

L'absence s'appréciant à chaque fois sur les douze mois antérieurs au premier jour de l'incapacité.

b) Secteur employés de maison

Pour les employés de maison, l'AIT s'applique à l'exception de certaines dispositions et notamment de l'article 76.

Ci-dessous un extrait de l'article 22 de la convention et de l'article 8 de l'avenant 19 de ladite convention :

Maladie et accident non professionnels :

En cas d'absence au travail justifié par l'incapacité résultant de maladies ou d'accidents dûment constatés par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu et à condition :

- D'avoir justifié dans les 48 heures, sauf cas de force majeure, de cette incapacité.
- D'être pris en charge par la CAFAT et soignés sur le territoire de Nouvelle-Calédonie, sauf dérogations acceptées par la CAFAT,

Les employés de maison bénéficieront des dispositions particulières.

Au-delà de la période d'essai ou au-delà d'un mois calendaire pour le personnel embauché sans période d'essai et jusqu'à 5 ans d'ancienneté :

- 15 jours calendaires de maintien de son salaire habituel.
- Après cinq ans d'ancienneté : 30 jours calendaires de maintien de son salaire habituel.

Les quotas ci-dessus (15 jours et 30 jours) représentent la totalité des indemnités maladie qui peuvent être payées à l'employé au cours des 12 mois antérieurs au premier jour de l'incapacité.

Délais de carence :

Lors de chaque arrêt de travail, les délais d'indemnisation commenceront à courir à compter du :

- 1^{er} jour pour la première absence
- 3^{ème} jour pour la seconde absence et les absences suivantes.

L'absence s'apprécie à chaque fois sur les 12 mois précédents le premier jour d'incapacité.

c) Secteur agricole

La convention « exploitation agricole » prévoit également des dispositions particulières.

Ancienneté inférieure ou égale à 2 ans :

- ⇒ Le travailleur recevra pendant 15 jours, 100% de la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait travaillé.

Ancienneté supérieure à 2 ans et inférieure à 5 ans :

- ⇒ Il recevra pendant 15 jours, 100% de la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait travaillé et les 15 jours suivants, 50% de cette même rémunération.

Les périodes indemnisées seront ensuite augmentées de 15 jours par période de 5 ans avec un taux d'indemnisation correspondant à 50% de la rémunération habituellement perçue par l'intéressé et sans pouvoir dépasser 3 mois d'indemnisation.

Lors de l'arrêt de travail, la date d'indemnisation commencent à courir à partir du quatrième jour qui suit le départ de l'incapacité de travail jusqu'au jour où l'assuré est reconnu apte à reprendre le travail.

1.2.5. Contrôle médical

Si l'employeur veut vérifier la légitimité médicale de l'arrêt, il peut soit faire part de ses doutes concernant l'employé à la CAFAT qui décidera si le contrôle est nécessaire ou non, soit demander une contre-visite patronale à un organisme privé comme « Medical Partner Control » par exemple.

Contrôle de la CAFAT :

Comme mentionné plus haut, la CAFAT indemnise la moitié du salaire de l'assuré pendant la carence et la moitié de la différence de salaire pour la période post carence.

Néanmoins, elle n'intervient pas lorsque l'employé prend son premier arrêt de travail depuis 12 mois, c'est-à-dire quand il est indemnisé à 100% par l'employeur sans jour de carence pendant 30 jours maximum.

La CAFAT effectuera la contre-visite si et seulement si 2 conditions sont respectées :

- 1) l'arrêt de travail dont le contrôle fait l'objet est toujours en cours au moment du contrôle,
- 2) l'arrêt de travail dont le contrôle fait l'objet est bien indemnisé par la CAFAT.

La condition 1) est particulièrement restrictive dans la mesure où elle ne permet donc pas d'avoir de la visibilité sur les arrêts de très courte durée d'un jour ou deux.

En effet, l'assuré disposant d'un délai légal de 48 heures pour transmettre son certificat médical à l'employeur, le certificat parviendra souvent (surtout si l'employé est mal intentionné) à la fin de ce délai autorisé alors même que son arrêt de travail sera déjà terminé donc non contrôlable.

Les arrêts de travail de courte durée sont donc difficilement contrôlables.

L'employeur peut cependant demander à la CAFAT de réaliser un contrôle si l'employé est suspecté d'abus mais toujours à condition que la CAFAT indemnise cet arrêt.

Concernant les maladies de longue durée, le service « indemnités » de la CAFAT transmet au contrôle médical unifié l'ensemble des arrêts de travail dont la durée est supérieure à 3 mois, lesquels feront l'objet d'un contrôle systématique.

Dans le cas où la CAFAT n'indemnise pas directement le salarié, l'employeur peut faire appel à une société privée (Medical Partner Control,...).

Contre-visite Patronale :

Des organismes comme Medical Partner Control vont, à la demande de l'employeur réaliser des contre-visites médicales, auxquelles ils rendent compte généralement dans les 5 à 48 heures. Le contrôle peut porter sur 1 ou plusieurs salariés.

La contre-visite ne peut s'effectuer que si l'employeur est redevable du maintien de salaire de son employeur. Elle ne pourra donc pas être effectuée pendant le délai de carence avant l'indemnisation.

Après le contrôle effectué, Medical Partner Control est tenu de communiquer les informations sur les mesures légales à envisager.

Medical Partner Control a établi la liste des issues possibles après contrôle :

- **Cas n°1** : le salarié refuse le contrôle médical : il accepte implicitement et du même coup de ne plus percevoir ses indemnités de salaire. Il n'a aucune possibilité de recours.
- **Cas n°2** : le salarié est absent du lieu de visite : le salarié perd le bénéfice des indemnités complémentaires si, absent de son domicile, il n'a pu se soumettre à une contre-visite ou justifier médicalement cette absence.
- **Cas n°3** : le salarié fournit une adresse erronée ou incomplète : le salarié doit fournir à son employeur des données suffisantes pour permettre la réalisation du contrôle. Une adresse imprécise, incomplète, un digicode non transmis, l'absence de nom sur la porte, la boîte aux lettres, l'interphone n'autorisant pas la concrétisation du contrôle incombent au salarié qui en supporte les conséquences, à savoir la suspension du salaire.
- **Cas n°4** : l'arrêt est non médicalement justifié : la validité de l'arrêt initial n'est pas juridiquement remise en cause mais la portée de la contre-visite a pour effet de permettre à l'employeur de suspendre le versement du salaire pendant la période restant à courir ou de demander au salarié de reprendre le travail le lendemain du contrôle.
- **Cas n°5** : l'arrêt est médicalement justifié : pas de conséquence.

Une précision s'impose : tous autres usages de la contre-visite médicale, en particulier à des fins disciplinaires (Avertissement, mise à pied, licenciement) sont condamnés par la loi (jurisprudence).

Au niveau des tarifs, Medical Partner Control facture ses interventions 28700 XPF (240 euros) ce qui peut dissuader certains employeurs lorsque l'arrêt à contrôler est de courte durée.

1.2.6. Exemple applicatif

L'exemple ci-dessous, directement tiré de l'accord interprofessionnel territorial apporte un éclaircissement au principe de calcul du délai de carence et de l'indemnisation:

Monsieur DENIS a 8 ans d'ancienneté.

Il tombe malade le 26 mars 1992 et est arrêté durant 50 jours. Ses droits s'établissent ainsi :

- *Du 26 mars au 24 avril 1992 inclus : 30 jours à 100 % ;*
- *Du 25 avril au 4 mai 1992 inclus : 10 jours à 90 % (quota épuisé) ;*
- *Du 5 mai au 14 mai 1992 inclus : 10 jours à 66,66 %.*

Le 8 novembre 1992, Monsieur DENIS est à nouveau malade et est admis à l'hôpital. Il est arrêté 35 jours.

Considérant qu'il faut remonter au 8 novembre 1991, il y a une absence : celle du 26 mars 1992.

- *Pas d'indemnisation à 100 % ;*
- *Pas de délai de carence car il est hospitalisé ;*
- *Le quota de 40 jours (en raison de son ancienneté) à 90 % a été épuisé ;*
- *Le quota de 40 jours (en raison de son ancienneté) à 66,66 % a été utilisé à hauteur de 10 jours : il reste donc 30 jours.*

Son indemnisation est donc la suivante :

- *Du 8 novembre au 7 décembre 1992 inclus : 30 jours à 66,66 % ;*
- *Du 8 décembre au 12 décembre 1992 inclus : 5 jours non indemnisés.*

Le 1^{er} mai 1993, Monsieur DENIS est de nouveau malade et arrêté pendant 47 jours.

Considérant qu'il faut remonter au 1^{er} mai 1992, il y a eu une absence celle du 8 novembre 1992.

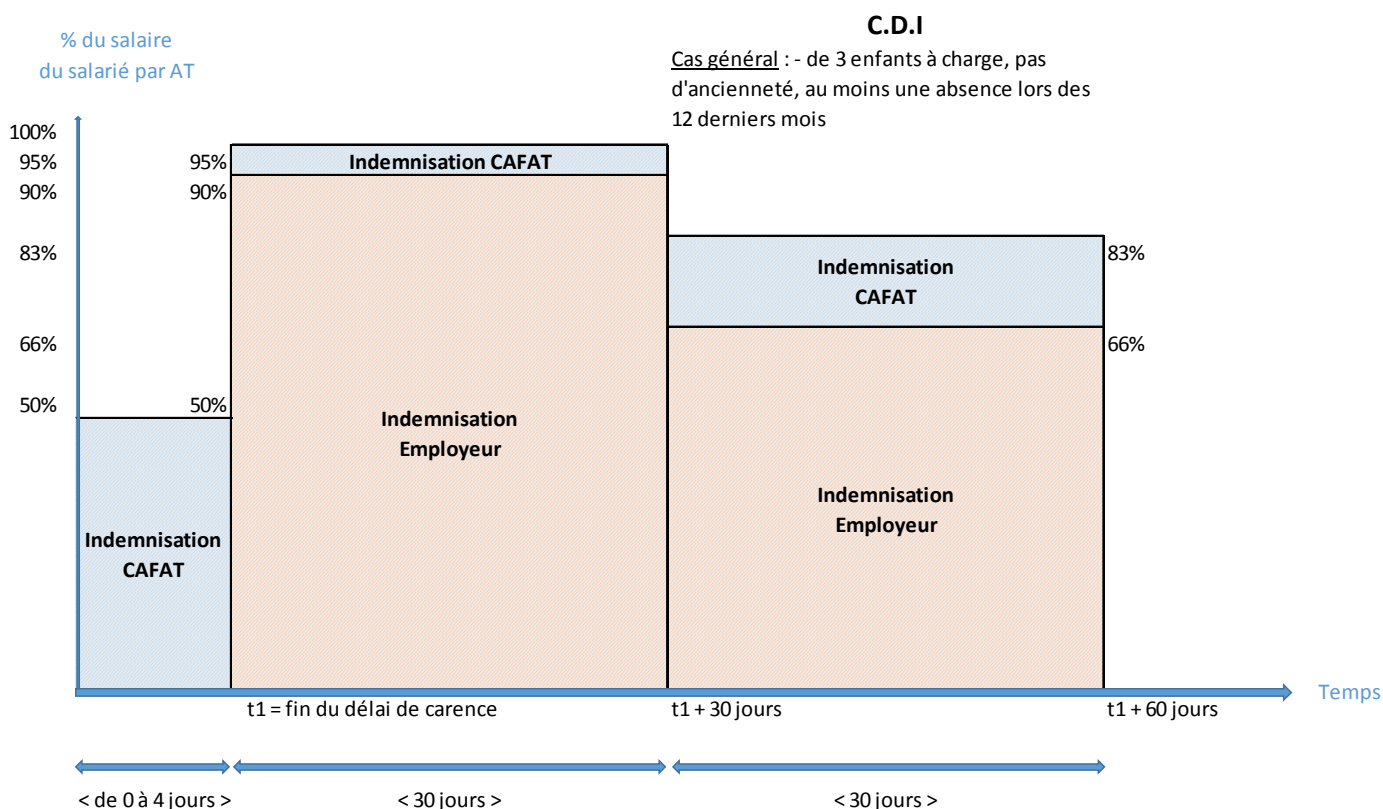
Le quota de 40 jours à 90 % a été utilisé à hauteur de 0 jour, il reste donc 40 jours à 90 % (compteur remis à 0) ;

Le quota de 40 jours à 66,66 % a été utilisé à hauteur de 30 jours à 66,66 %, les 5 jours restant sont indemnisés à 66,66 %

Son indemnisation est donc la suivante :

- Du 1er au 2 mai 1993 inclus : 2 jours de carence non indemnisés ;
- Du 3 mai au 11 juin 1993 : 40 jours à 90 % ;
- Du 12 juin au 16 juin 1993 : 5 jours à 66,66 %. »

Le tableau suivant schématise les différentes prises en charge en fonction des périodes d'arrêt maladie.



Graphique 1 : prises en charge selon les périodes d'arrêt maladie

1.3. Spécificités des arrêts pour maladie suspects

Un arrêt de travail suspect est une situation dans laquelle l'arrêt de travail est perçu, selon des critères subjectifs, comme non justifié.

La fraude, selon la définition donnée par l'assurance maladie, est une action de mauvaise foi dans le but de tromper ou de nuire aux intérêts des autres.

Pour l'Office européen de lutte anti-fraude, la fraude peut être définie comme un acte intentionnel visant à obtenir un avantage injustifié ou illégal.

Le dictionnaire juridique précise que la fraude est un acte qui a été réalisé en utilisant des moyens déloyaux destinés à surprendre un consentement, à obtenir un avantage matériel ou moral indu ou réalisé avec l'intention d'échapper à l'exécution des Lois.

Concernant les arrêts de travail, cela peut être transposable dans des situations où l'individu n'est pas malade et obtient un arrêt de travail en imaginant une pathologie pour par exemple pratiquer une activité de loisir pendant son arrêt de travail.

(Ex : la personne va à la pêche, à la chasse, repeint son salon, rénove sa maison secondaire...).

Les termes de fautes et d'abus peuvent être utilisés dans certaines situations.

2. Analyse statistique

L'analyse statistique ci-dessous a été construite de la façon suivante :

- après chaque réunion organisée par la DASS, des pistes de réflexion ont été évoquées et il a fallu réunir des données pour permettre de quantifier l'impact des arrêts de travail ;
- des demandes de données ont ainsi été envoyées à chacun des participants de la réunion qui les a transmis aux entreprises qu'il représentait ;
- l'exploitation de ces retours d'informations par mail a permis d'élaborer cette section et d'estimer les arrêts de travail potentiellement suspects.

Une des principales difficultés rencontrées réside dans le manque d'informations chiffrées et de données statistiques qui empêchent d'établir des descriptions de manière précise.

Certaines études ont été conduites en métropole mais les arrêts de travail sont gérés de manière différente en Nouvelle-Calédonie, ce qui nécessite une grande prudence dans l'interprétation et l'extrapolation des résultats.

Les tableaux, les estimations et plus généralement les calculs établis dans ce chapitre sont le résultat d'une analyse des données collectées :

- d'une part auprès des participants aux réunions qui se sont impliqués dans ce projet des arrêts de travail en interrogeant les entreprises et administrations calédoniennes :
 - o Mme GIRAUD Juriste en charge de la protection sociale au MEDEF-NC
 - o Dr BEDON Médecin chef du contrôle médical de la CAFAT
 - o Dr DES MOUTIS Représentant du Conseil de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie
 - o Dr QAEZE Médecin de prévention à la mairie de Nouméa
 - o M. FAURE Secrétaire général de la CGPME
 - o Mme BONNET Représentante de la CGPME
 - o Mme BALSSA Représentante de la DRH-OPT
 - o Mme KONG A SIOU Représentant contrôleur RH-CHT
 - o M. CHABANIS Représentant CHT
 - o Mme ROCH Chef de section assurance maladie, CAFAT
 - o Mmes VALENT et FOSTUR Chefs de service Mutuel des fonctionnaires
 - o Mme SALEM Chef de bureau Gestion administrative OPT
 - o Mme SAND Directrice des Ressources Humaines OCEF
- d'autre part en consultant la revue de littérature existant à ce sujet : revues scientifiques (CAIRN, PERSEE).

2.1. Statistiques des arrêts de travail en Nouvelle-Calédonie

Selon les dernières statistiques de l'ISEE, le nombre de salariés en Nouvelle-Calédonie est de 92 000.

72% travaillent dans le secteur privé dont 65% dans le secteur du commerce et des services, 13% dans la construction, 20% dans l'industrie et 2% dans l'agriculture.

28% des salariés travaillent dans le secteur public.

Après avoir présenté la gestion des arrêts de travail en Nouvelle-Calédonie, il semble intéressant d'établir, à l'aide de données concrètes, des moyennes et des ratios sur lesquels s'appuyer pour les estimations futures.

Le tableau 1, rempli par l'intermédiaire des partenaires, présente la situation en 2014 de 6 986 personnes, travaillant dans les entreprises et administrations publiques calédoniennes.

C'est un échantillon qui est peut être considéré comme relativement représentatif de la diversité des salariés puisque les données proviennent de plusieurs milliers d'individus, des secteurs public et privé, concernant des employés en CDI, en CDD et fonctionnaires, et représentent une dizaine de secteurs d'activité différent ; il s'agit ainsi d'un échantillon présentant une diversité importante.

Le tableau fait la distinction entre les arrêts de moins de 5 jours et les autres.

Il s'agit effectivement de ceux qui pourraient plus facilement faire l'objet d'une fraude plus importante et dont le coût mérite d'être relevé.

Une fois complété, le tableau 1 permet de dégager 3 ratios :

- i) La part des arrêts de travail de moins de 5 jours parmi le nombre total d'arrêts. **64%** des arrêts de travail sont des arrêts de moins de 5 jours.
- ii) Le pourcentage de salariés ayant déjà eu au moins un arrêt de travail au cours de l'année 2014. **61 %** d'entre eux sont concernés.
- iii) La part que représente le coût de l'indemnisation des arrêts de moins de cinq jours dans le coût total engendré par tous les arrêts de travail.

D'après l'étude, **22%** du coût total de l'indemnisation des arrêts est en rapport avec les arrêts dont la durée est inférieure à 5 jours.

Les 2 dernières lignes du tableau 1 présentent le coût d'indemnisation moyen engendré par une journée d'arrêt de travail et le coût d'indemnisation moyen d'un arrêt de travail dont la durée moyenne est de 8 jours.

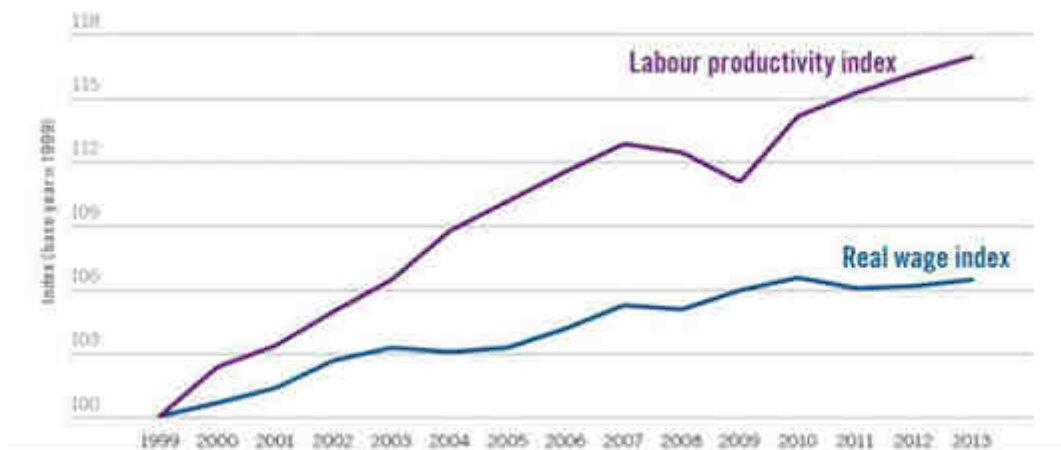
D'après les résultats obtenus, chaque journée d'arrêt de travail coûterait en moyenne **12 420** francs à l'employeur et à l'organisme indemnisant l'arrêt comme la CAFAT dans le cas du secteur privé.

Ce coût peut être qualifié de coût de direct ; il faut bien sûr majorer l'impact d'un arrêt de travail en ajoutant les coûts indirects comme la non-productivité de l'employé absent ou encore le coût lié aux externalités négatives affectant les autres employés qui continuent de travailler (sentiment d'injustice, remplacement partiel, mauvaise ambiance, perte d'efficacité ...)

Et puis dans le cas où l'employé absent est remplacé, il convient d'ajouter le salaire du remplaçant ou « du pool de remplaçants » payé à l'année quand l'entreprise ou l'administration ne peut pas se permettre d'avoir le poste inoccupé. (Ex : guichet à l'OPT).

En théorie, la productivité du salarié étant forcément supérieure (en terme d'utilité) au salaire qu'il obtient (sinon l'employeur ne le garderait pas), le coût indirect est au minimum aussi important que le coût direct.

Le graphique ci-dessous, met en exergue que les salaires augmentent moins vite que la productivité dans les pays riches, la productivité étant égale à 1,1 fois le salaire en 2013 :



Graphique 2 : évolution de la productivité et des salaires réels dans les économies développées. Source OIT.

En ajoutant le coût des externalités négatives mentionnées ci-dessus, le coût initial de **12 420** francs peut être multiplié par 2, 2,5 ou 3... selon les situations.

Quant aux pools de remplaçants, il est difficile de quantifier la part financière consacrée aux arrêts de travail puisqu'ils sont aussi utilisés pour des motifs de remplacements autres que la maladie (congrés,...).

Le nombre moyen de jours d'arrêt de travail par salarié qui est de **12 jours**, ce qui en fait, d'après le tableau 3 ci-après, le plus élevé d'Europe.

Données sur l'année 2014	A	B	C	D	E	F	G	Total
Nombre de salariés Cdi/Cdd	156	1 210	2 111	135	1 145	787	1 442	6 986
Nombre total d'arrêt de travail	217	3 673	3 161	94	1 418	1 016	3 085	12 664
Nombre d'arrêts de travail < 5 jours	169	2 262	2 173	66	1 005	621	1 777	8 073
part des arrêts < 5 jours	78%	62%	69%	70%	71%	61%	58%	64%
Nombre de journées d'arrêt de travail	1 982	24 744	19 946	902	7 983	10 160	18 333	84 050
Nombre de salariés ayant eu au moins un arrêt de travail	129	918	1 244	67	744	413	756	4 271
Nombre de salariés ayant eu au moins un arrêt de travail < 5 jours	92	-	-	-	-	-	-	-
% de salariés ayant eu au moins un arrêt de travail	83%	76%	59%	50%	65%	52%	52%	61%
Durée moyenne des arrêts de travail	9	7	6	6	6	10	9	8
Nombre moyen de jours d'arrêt maladie par salariés	13	20	9	7	7	13	13	12
Nombre de Contrôles réalisés	0	8	12	4	0	8	3	35
nombre de contrôles positifs	0	2		3		4	2	11
Coût total d'indemnisation des arrêts de travail (en CFP)	17 183 638	320 000 000	404 620 000	10 731 897	68 879 808	140 517 448	81 985 455	1 043 918 246
coût de l'indemnisation des arrêts de travail de moins de 5 jours	3 261 939	80 000 000	80 515 000	1 481 614	12 398 365	24 559 142	25 161 930	227 377 990
part du coût des arrêts de moins de 5 jours dans le coût totale	19%	25%	20%	14%	18%	17%	31%	22%
Coût moyen journalier de l'indemnisation d'un arrêt de travail	8 670	12 932	20 286	11 898	29 855	13 830	4 472	12 420
Coût moyen de l'indemnisation d'un arrêt de travail	79 187	87 122	114 140	250 083	168 081	138 305	35 776	94 163

Tableau 2 : statistiques arrêts de travail Nouvelle-Calédonie

2.2. Analyse des arrêts de travail en Europe et comparaison avec la NC

La prise en compte de la gestion des arrêts de travail dans d'autres pays permet de situer et comparer la Nouvelle-Calédonie à l'échelle internationale et s'inspirer éventuellement de ce qui est appliqué ailleurs.

Le tableau 3 donne une vision globale des caractéristiques des arrêts de travail en Europe, classée selon le niveau de générosité (décroissant).

Ce classement a été établi selon une étude de l'ECHP. Il s'agit d'un organisme qui traite les études et les enquêtes de panel au cours desquelles un échantillon de ménage est interrogé.

La générosité a été établie en fonction de 4 éléments :

- 1) la durée du champ d'application des indemnités journalières pour arrêt maladie,
- 2) le délai de carence,
- 3) la durée maximale d'indemnisation,
- 4) le taux de remplacement.

La situation de la Nouvelle-Calédonie a été incorporée à partir des informations du tableau 2 en se basant sur les caractéristiques de son propre fonctionnement.

L'Allemagne est donc le pays d'Europe où le système des arrêts de travail est le plus généreux à l'inverse de l'Irlande où le système semble le plus strict.

La Nouvelle-Calédonie a été classée en 2ème position, au même titre que le Luxembourg.

Cela pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, le système calédonien n'oblige pas à avertir l'employeur dès le premier jour, le délai étant de 48 heures.

Ensuite, il n'y a pas de carence lors du premier arrêt survenant au cours des 12 derniers mois avec un maintien de salaire à 100% pendant 30 jours ce qui est relativement généreux par rapport aux autres pays.

Au niveau de la protection sociale, la CAFAT indemnise à hauteur de 50% de la perte de salaire pendant 52 semaines.

La dernière colonne correspond au nombre moyen de jours d'absence par salarié.

La Nouvelle-Calédonie occupe la première position avec 12 jours suivie de la France avec 11 jours, en moyenne, d'arrêt de travail par salarié.

En ce qui concerne la Nouvelle-Calédonie, ce résultat coïncide avec son fort degré de générosité d'indemnisation.

Différentes solutions peuvent être préconisées pour essayer de diminuer le nombre moyen de jours d'absence par salarié.

Rang selon l'indice de générosité du régime d'indemnisation des arrêts maladie	Pays de l'UE à 15	Certificat médical exigible au premier jour	Délais de carence au premier arrêt (en jours)	Maintien intégral du salaire par l'employeur au premier arrêt	Prestations de la protection sociale		Nombre moyen de jours d'absence par salarié (données 2010)
					Montant (cas général)	Durée maximale d'indemnisation	
1	Allemagne	non	0	oui (6 semaines)	70% du salaire	78 semaines	9
2	Luxembourg	non	0	oui (14 semaines)	100% du salaire	52 semaines	9
2 bis	Nouvelle Calédonie	non	0	oui (4 semaines)	50% de la perte de salaire	52 semaines	12
3	Suède	non	1	non	80% du salaire	pas de limite	-
4	Pays-Bas	oui	0	non	70% du salaire	52 semaines	7
5	Belgique	non	1	oui (4 semaines)	60% du salaire	52 semaines	9
6	Danemark	non	0	Selon convention	60% du salaire	52 semaines	5
7	Espagne	non	3	non	60% du salaire	52 semaines	8
8	Portugal	oui	3	non	65% du salaire	1095 jours	7
9	Autriche	non	3	oui (9 semaines)	50% du salaire	52 semaines	8
10	France	oui	3	Selon convention	50% du salaire	52 semaines	11
11	Finlande	oui	0	oui (2semaines)	60% du salaire	52 semaines	6
12	Grèce	oui	3	non	forfaitaire	52 semaines	8
13	Royaume-Uni	non	3	non	forfaitaire	52 semaines	5
14	Italie	oui	3	selon la convention-co	50% du salaire	25 semaines	9
15	Irlande	oui	3	non	forfaitaire	52 semaines	4

Tableau 3 : arrêts de travail en Europe/Nouvelle-Calédonie

2.3. Définitions et proposition d'estimations

Définitions :

La faute caractérise un manquement aux obligations par négligence, par imprudence, par erreur ou encore par omission.

(Ex : le non-respect de la prescription par le patient, une prescription faite à distance, à priori ou à posteriori par le médecin).

Ce type de faute est particulièrement difficile à estimer, le chapitre suivant propose des méthodes pour limiter ces fautes.

L'abus est l'usage excessif d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique au-delà de niveaux acceptables, par incompétence, complaisance ou négligence.

(Ex : le nomadisme médical pour obtenir des prescriptions ou des arrêts, les prescriptions à posteriori, la délivrance de médicaments au-delà de la quantité prescrite...)

Propositions d'estimations :

Parmi les arrêts contestés, figurent également les personnes qui manquent de volonté et de motivation dans leur travail. Ces personnes exagèrent les effets d'une pathologie déjà existante. Elles sont plus nombreuses que celles qui inventent une pathologie ; les médecins que j'ai pu interroger estiment entre **5 et 10 %** cette catégorie de personnes. Les obliger à reprendre le travail peut néanmoins entraîner l'apparition de réelles pathologies.

En consultant le site du conseil national de l'ordre des médecins, les chiffres concernant les arrêts non médicalement justifiés sont plus variables : la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés évoque un chiffre de **6 %** tandis que les sociétés spécialisées dans le contrôle médical patronal peuvent présenter des valeurs allant jusqu'à **50%** des contrôles.

La forte disparité entre ces estimations est due à différentes raisons.

Tout d'abord, les données ne sont pas recueillies dans les mêmes conditions, au même moment ni dans les mêmes proportions. Il n'existe pas de base de données officiellement établie.

Ensuite chaque salarié peut avoir une perception différente de ce qu'il considère comme suffisamment sérieux pour s'arrêter de travailler ou non.

Les sociétés spécialisées qui évaluent à 50% le pourcentage d'arrêts non médicalement justifiés doivent baser leurs estimations selon des critères beaucoup plus stricts que la CNAMTS...

La suite de ce rapport développe des méthodes d'estimation élaborées à partir des données récoltées; les termes de fraude, faute ou abus pourront être évoqués mais il s'agit surtout d'estimer un pourcentage d' « individus à risque » c'est-à-dire ceux pour lesquels une attention particulière devrait être portée...

- Estimation à partir du tableau 2

En ce qui concerne l'estimation des arrêts injustifiés et bien qu'aucune étude scientifique n'ait été faite à ce jour, une solution pourrait consister à calculer la part de contre-visites positives (celles donnant lieu à un retour au travail prématuré du salarié) effectuées par les organismes de contrôle médical.

Il faudrait alors associer ce pourcentage au pourcentage de contrôles réalisés par rapport au nombre total d'arrêts de travail.

Dans l'étude des 6 986 personnes qui a été réalisée, **61** contrôles ont été réalisés à la demande des employeurs, dont **27** contrôlés « positifs » (c'est-à-dire, pour des arrêts non médicalement justifiés).

Cela signifie que 44% des contrôles effectués ont donné lieu à un retour positif.

Sur 12 664 arrêts de travail, 61 ont été considérés comme suffisamment suspects et coûteux pour l'employeur pour mettre en place une contre-visite par un organisme privé (Medical Partner Control).

D'après l'étude menée, il y a donc $61/12664 = \mathbf{0.5\%}$ des arrêts considérés comme fortement suspects, au point que l'employeur soit prêt à dépenser 30 000 francs pour contrôler un employé.

0.2% des arrêts de travail auraient finalement été officiellement injustifiés dans cette étude.

En réalité cette méthode est facilement critiquable car elle ne prend pas en compte, entre autre, les arrêts de courte durée pour lesquels le contrôle médical n'est pas réalisable dans les délais.

Or d'après les chiffres de cette étude, 64% des arrêts de travail sont des arrêts de moins de 5 jours donc la plupart échappe au contrôle.

En faisant l'hypothèse que les arrêts de travail de moins de 5 jours sont ceux qui concentrent le plus de fraude et en fixant de façon arbitraire à 5% (environ comme les estimations de la CNAMTS) le pourcentage de fraude pour les arrêts de moins de 5 jours, cela donnerait une moyenne pondérée de :

(1) **64%*5%** (fraude de CT) + **36%*0.2%** (fraude détectée par le contrôle médical)=**3.3%** d'arrêts maladie injustifiés.

Ce chiffre découle de l'étude réalisée, qui ne prend en compte qu'un échantillon de la population des employés calédoniens et d'après les hypothèses fixées au départ qui nécessitent d'être validées par des études scientifiques.

Considérons maintenant que les **0.2%** des arrêts de travail officiellement injustifiés par le contrôle médical soient sous-estimés, il convient de rajouter les arrêts contrôlés et jugés justifiés mais qui ne l'étaient pas en réalité. Posons donc l'hypothèse que l'employeur dispose de plus d'informations sur la santé de son salarié que le médecin contrôleur qui ne peut dresser un diagnostic qu'au moment de la visite...

Le chiffre de **0.2%** se transforme en **0.5%** en considérant qu'à chaque fois que l'employeur a demandé une contre-visite, l'arrêt était réellement injustifié. Gardons l'hypothèse des **5%** d'arrêts de moins de 5 jours injustifiés :

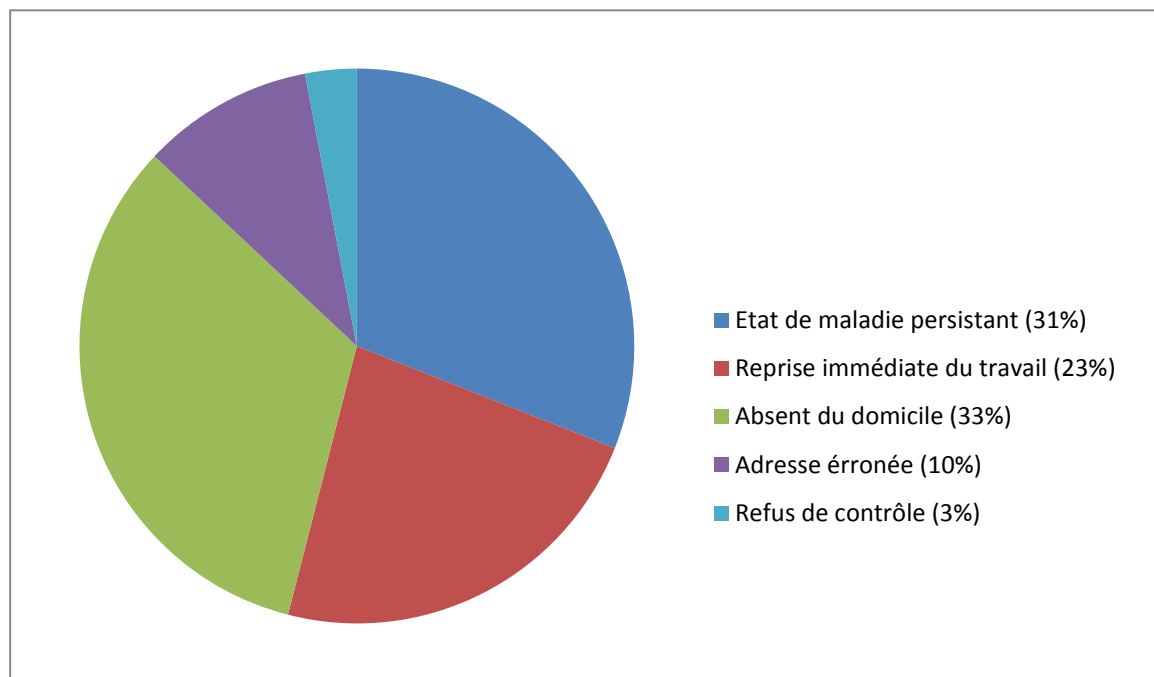
(2) **64%*5%**(fraude de CT) + **36%*0.5%**(fraude perçue par l'employeur)=**3.4%** d'arrêts maladie injustifiés au total.

La différence entre (1) et (2) est très faible, le résultat de l'estimation est impacté principalement par les arrêts de courte durée.

En consultant directement des personnes travaillant à Médical Partner Control, des statistiques un peu plus précises ont été obtenues:

Pour les **1300 arrêts contrôlés** en 3 ans, seulement 31% sont en règle, c'est-à-dire en état de maladie persistant.

Pour les autres 69%, la contre-visite donne raison à l'employeur (adresse erronée, absent du domicile, refus de contrôle) et dans 23% des cas, il y a reprise immédiate du travail ou perte de salaire si le salarié n'obtempère pas.



Graphique 3 : résultats des contrôles effectués sur trois années par Medical Partner Control.

- Estimation à partir du tableau 4

Le tableau 3 ci-dessous permet de faire une autre estimation.

Les représentants des groupes des entreprises ou administrations, nommées A, B et C, sont ceux ayant participé aux réunions à la DASS.

Nombre d'arrêts de travail au cours des 12 derniers mois	Nombre d'employés Entreprise A	Nombre d'employés Entreprise B	Nombre d'employés Entreprise C	TOTAL d'employés	Pourcentage %	Pourcentage Cumulé
0	867	526	681	2074	38%	38%
1	546	349	428	1323	24%	62%
2	291	183	381	855	16%	78%
3	162	96	237	495	9%	87%
4	81	44	187	312	6%	93%
5	49	21	70	140	3%	96%
6 ou plus	115	28	94	237	4%	100%
TOTAL	2111	1247	2078	5436	100%	100%

Tableau 4 : nombre d'arrêt de travail par catégorie

Ce tableau apporte des informations plus précises que le tableau 1 et renseigne véritablement sur **l'ampleur des arrêts itératifs mais ne prend pas en compte la durée de chaque arrêt !**

Ce tableau a été rempli par les mêmes entreprises et administrations calédoniennes que celles qui avaient déjà participé à l'élaboration du tableau 2.

Les lettres A, B et C représentent les réponses de trois entreprises ou groupement d'entreprises concernant le nombre d'arrêts de travail pris par chaque salarié au cours des 12 derniers mois.

L'échantillon constitué de 5 436 personnes, est moins important que celui du tableau 2 car certaines entreprises ont rempli le tableau 2 mais pas le tableau 4. Un total a été fait en colonne 5 et le pourcentage d'individus concernés en fonction du nombre d'arrêts a été calculé en colonne 6.

Il est à noter que 38% des individus n'ont pas eu d'arrêt de travail au cours des 12 derniers mois, ce qui est cohérent par rapport au 2^{ième} ratio calculé dans le tableau 2, à savoir 61% des salariés ont déjà pris au moins 1 arrêt de travail au cours de l'année.

Les pourcentages intéressants dans ce tableau sont ceux correspondants aux pourcentages de salariés ayant eu au moins 5 au cours des 12 derniers mois.

3% des salariés des entreprises interrogées ont eu au moins **5 arrêts** et **4%** ont pris **6 arrêts ou plus**.

La suspicion d'arrêts de travail non justifiés augmente au fur et à mesure que le nombre d'arrêts de travail pris par l'individu augmente.

Là encore, estimer la fraude semble difficile puisque ce qui sera considéré comme de la fraude sera propre à chacun.

Néanmoins, en considérant un seuil au-dessus duquel la situation est propice à de la fraude, faute ou abus et en attribuant de façon arbitraire un pourcentage

d'individus suspects au-dessus de ce seuil, il devient possible d'estimer le pourcentage d'arrêts perçus comme injustifiés.

Prenons les données obtenues grâce à la dernière colonne et découpons l'échantillon en 3 catégories :

Catégorie 1 : 78% de l'échantillon a eu **2 arrêts de travail ou moins** au cours des 12 derniers mois mais les situations à problèmes ne se concentrent probablement pas dans cette catégorie.

Catégorie 2 : 15% de l'échantillon a eu **3 ou 4 arrêts** au cours des 12 derniers mois ; il est possible de considérer qu'une santé fragile justifie 3 ou 4 arrêts dans une année mais certaines personnes dans cette catégorie peuvent avoir recours aux arrêts sans réelle nécessité.

Fixons à un quart le nombre d'arrêts non justifiés dans la catégorie 2 ; cela porte à **4%** environ le nombre de personnes à risque.

Catégorie 3 : 7% de l'échantillon a eu **au moins 5 arrêts** de travail dans la période de temps considérée.

Le terme d'arrêt itératif peut commencer à être employé, la suspicion concernant cette catégorie 3 est plus élevée que pour les catégories 1 et 2 donc forcément le pourcentage de situation à risque sera plus élevé.

Fixons à la moitié, le nombre d'arrêts non justifiés dans cette catégorie 3 ; ce qui donne un taux de **3.5%** de personnes à risque.

Au total un pourcentage de **7.5%** de personnes ayant potentiellement un comportement déviant à l'égard des arrêts de travail peut être proposé.

Cette méthode présente l'**avantage** de découper l'échantillon en strates donc à limiter certains biais qui pourrait atténuer ou gonfler le résultat obtenu.

Par contre la **limite** de cette estimation est de ne pas prendre en considération la durée de chaque arrêt de travail qui peut également être considérée comme un facteur à risque.

- Estimation à partir des arrêts de travail secteur public/privé

Une autre estimation pourrait être basée sur la comparaison entre secteurs public et privé.

Les données disponibles dans cette étude ne sont malheureusement pas suffisamment précises pour en faire la distinction.

La comparaison des 2 secteurs, à poste équivalent, pourrait permettre de mettre en avant le pourcentage d'arrêt sans réelle justification.

L'hypothèse de départ serait que le pourcentage d'arrêts de travail dans le privé est au moins aussi important que dans le public, les motifs d'arrêts de travail y

étant plus nombreux (moins de sécurité de maintien de l'emploi, cadences imposées...)

Si les résultats obtenus n'allaient pas dans ce sens, la différence de pourcentage entre arrêt des secteurs publics et privé ne serait due qu'au système d'indemnisation et de délais de carence plus favorable dans le secteur public donc non justifié d'un point de vue purement médical...

3. Préconisations pour l'optimisation des arrêts de travail

En l'absence d'étude scientifique détaillée, la lutte contre les arrêts de travail injustifiés est extrêmement complexe.

Les avis défavorables donnés par les médecins conseils sont utilisés pour quantifier la fraude mais cela peut être contestable et sujet à des résultats biaisés comme exposé dans l'analyse statistique lors de la première estimation.

Le contrôle médical perd en efficacité tant que c'est la politique du chiffre qui domine.

Le problème des arrêts de travail est également administratif ; développer les contrôles administratifs semble essentiel mais ceux-ci tendent à être diminués et ceux qui sont en place actuellement ne semblent pas tout à fait adaptés...

Il est possible d'établir des estimations concernant le coût et l'impact financier de la fraude sur la société mais les chiffres avancés restent subjectifs sans réelle valeur.

Un certain nombre de déclarations se basent sur la rumeur ou sur l'expérience personnelle de chacun ce qui est subjectif et limité et ne permet pas d'avoir un support sur lequel construire ces analyses.

Une enquête de plus grande ampleur que celle réalisée dans ce rapport et faisant l'objet d'une analyse descriptive scientifique rigoureuse est une condition sine qua non à une lutte efficace contre des arrêts irréguliers dans un contexte frauduleux ou abusif.

Une technique utilisée pour renforcer la détection de la fraude à partir de données pertinentes est le **data mining**.

Il s'agit d'une démarche permettant de mettre en valeur des corrélations significatives entre des groupes de données observées dans le but d'améliorer la connaissance des phénomènes étudiés.

Cette méthode a déjà fait ses preuves dans des projets de lutte contre la fraude aux prestations servies par la branche famille, contre la fraude administrative des transporteurs sanitaires, contre la fraude en matière de TVA ou encore contre la fraude en matière de travail dissimulé.

Un projet de data mining peut être envisagé tout en respectant sa structure classique mais en l'adaptant aux problématiques des arrêts de travail en Nouvelle-Calédonie :

- 1- **Définition des objectifs** : repérer les situations et les personnes propices à la fraude aux arrêts de travail en Nouvelle-Calédonie afin de les quantifier et d'agir de façon concentrée et efficace.

- 2- **Mobilisation des compétences** : des compétences en économie, en économétrie, en statistiques, en informatique, en technique d'enquête sont essentielles pour ce projet.
La possibilité d'obtenir toutes les informations souhaitées concernant les entreprises est également déterminante.
- 3- **Sélection des données à utiliser** : une étude plus complète que celle qui a été conduite dans ce rapport pourrait être envisagée ; regroupant plusieurs dizaines de milliers d'individus de Nouvelle-Calédonie.
- 4- **Choix des modèles statistiques et/ou économétriques** : selon le type de données collectées à l'étape 3, un ou plusieurs économistes et/ou économètres pourraient développer des modèles économétriques, à l'aide de logiciel spécialisé (Eviews, Stata...) afin de mettre en évidence les corrélations entre arrêt de travail et caractéristiques sociale, professionnelle, temporelle...
- 5- **Phase d'expérimentation** : adapter les contrôles et les mesures actuelles aux résultats obtenus lors de l'étape 4.
- 6- **Evaluation de l'efficacité du modèle** : reconduire une étude post expérimentation et comparer les résultats avec ceux de l'étape 3.
- 7- **Conduite du changement** si l'étape 6 se révèle concluante et **adaptation des modèles** de l'étape 4 le cas échéant.

Hormis la méthode du data mining, les 3 réunions tenues au cours de cette étude sur les arrêts de travail ont permis de dégager différentes propositions pouvant participer dans le même temps à l'amélioration de la gestion des arrêts de travail et entraîner à terme une baisse des arrêts injustifiés.

Les principales propositions sont listées dans la partie qui suit selon 3 catégories.


3.1. Les propositions informatiques

- **Télétransmission**


Bien qu'il ne s'agisse pas de la proposition principale, celle-ci a été évoquée pendant les réunions.


Sa mise en place permettrait une amélioration des délais pour la gestion administrative des documents plus qu'un moyen de lutter contre les arrêts injustifiés.

Les avantages de la télétransmission sont multiples :

 Cela représenterait à terme des économies non négligeables ; le coût moyen pour la gestion d'une feuille de soins électronique est évalué à 27 centimes d'euro en métropole contre 1.74 euros pour la gestion d'une feuille de soins papier.


En ce qui concerne les patients, la télécommunication apporterait une relation plus simple avec le RUAMM (moins de papier à remplir et pas de frais d'affranchissement).

 Cela permettrait un remboursement plus rapide du malade grâce aux délais de transmission réduits.

 La télétransmission a déjà été évoquée en Nouvelle-Calédonie mais sa mise en fonctionnement n'a pas abouti.


- **E-Service**


Le E-service est une des meilleures pistes évoquées jusqu'à maintenant.

 Il s'agit d'un service internet dont l'objectif global serait d'augmenter la transparence du processus des arrêts de travail dans son ensemble. Il représente un intérêt pour le médecin (historique des arrêts), le patient et l'employeur (visibilité, remplacement, organisation,...).

Plus élaboré que la seule télétransmission, il permettrait d'améliorer la gestion des arrêts de travail non seulement d'un point de vue quantitatif mais aussi qualitatif.


Comme le précise la CAFAT dans son rapport « Contrôle Des Prestations Arrêt de Travail » de 2013, la création de ce service en ligne avec transmission immédiate par le prescripteur d'une part des dates d'arrêt de travail à l'employeur et d'autre part, des motifs médicaux de l'arrêt au CMU (avec l'accord du patient) permettrait de pallier aux difficultés actuelles. Ce système permettrait aux employeurs d'engager un remplaçant dans les plus brefs délais. Cela éviterait également les arrêts de travail antidatés et le nomadisme médical.


 Le E-service apporterait une meilleure traçabilité des statistiques précises permettant de cibler les contrôles et ce sans engendrer de coûts spécifiques à la CAFAT.

 L'horodatage lors de l'enregistrement de l'arrêt empêcherait l'assuré de consulter différents médecins le même jour pour essayer d'obtenir un arrêt de travail de plus longue durée.

Il améliorerait la lisibilité avec un suivi précis des maladies antérieures du patient et du nombre de jours de chaque arrêt.

Cela permettrait de cibler précisément ce qui pose problème, une base de données beaucoup plus fournie que celle actuellement disponible.


 La validation du respect de la réglementation est à conduire (confidentialité, respect du secret médical, CNIL...).


 L'estimation du coût mise en place et de fonctionnement de ce E-service dépendra du prestataire qui en aura la charge ainsi que le coût lié à la maintenance, la sauvegarde des données...

Concernant son coût de fonctionnement à minima, si l'hypothèse retenue est un contrôle organisé à partir des données recueillies provenant du E-service, par un département spécifique du contrôle médical unifié, reposant sur le contrôle des malades à leur domicile, il faut compter le temps de déplacement des médecins, le temps d'examen, le temps de rédaction des rapports, il n'est guère possible de réaliser plus de cinq contrôles médicalisés par jour ouvrable, le coût de fonctionnement médical pour un médecin et un poste administratif à temps partiel serait de l'ordre de 1.2 millions CFP pour 100 contrôles par mois. Ceci représente un coût moyen par contrôle de 12000f. L'intérêt d'un E service est surtout la réactivité du contrôle qui entraîne une très rapide reprise d'activité pour les employés contrôlés en défaut et la possibilité de cibler les contrôles ce qui les rend beaucoup plus efficaces.


3.2. Les propositions réglementaires


- **La question des délais de carence**

 Le tableau 3 montre la générosité assez prononcée du régime d'indemnisation en Nouvelle-Calédonie. Cela peut être lié entre autre à l'absence de délais de carence au premier arrêt.


 La mise en place d'un jour de carence au premier arrêt est contestable mais pourrait peut-être induire une baisse des arrêts de travail courts.

- **Modifier le délai pour fournir le certificat médical**

 Le fait que le certificat médical ne soit pas exigible au premier jour empêche les contrôles d'être réactifs et efficaces et ne permet pas aux employeurs de s'organiser en au plus tôt.


 Exiger au niveau réglementaire le certificat plus rapidement constitue une contrainte supplémentaire qui peut décourager certains arrêts abusifs.

- **Harmonisation du système d'indemnisation**

 Le système d'indemnisation et de délais de carence n'est pas le même pour tous les travailleurs de Nouvelle-Calédonie. Quelques secteurs d'activités ont des régimes spécifiques fixés par l'accord de branche.

Le secteur Hôtel, Bars, Cafés, Restaurants est par exemple beaucoup plus strict en terme de jours de carence.


 Les professionnels de santé ont souligné lors des réunions qu'une égalité des personnes au niveau de l'accès aux services de santé est souhaitable.

 Une étude du climat social et professionnel des entreprises est à conduire. Une concertation avec les syndicats est nécessaire.

- **Renforcement des contrôles et sanctions**


Le renforcement des contrôles et des sanctions est la mesure naturelle qui apparaît quand on souhaite réduire le nombre d'arrêts injustifiés.


Mais plus de contrôles demandent plus de moyens financiers et dans une logique de rationalisation des dépenses de santé, la mise en place de contrôles supplémentaires n'est pas forcément la solution adaptée.

 Certaines caisses d'assurances maladies métropolitaines ont commencé à contrôler davantage les médecins prescrivant le plus d'arrêt de travail.

Leurs prescriptions font l'objet d'un contrôle systématique avant que les prestations ne soient versées.

Les avantages du E-service seraient de repérer beaucoup plus facilement les médecins déviants et leurs profils transmis à l'ordre des médecins. Les règles de bonnes pratiques seraient alors rappelées.


 En cas de contre-visites dont le résultat confirme l'abus à l'employé, une sanction pourrait être appliquée de façon systématique.


 A l'heure actuelle, seule une suspension du versement des indemnités si l'employé en tort ne reprend pas le travail est appliquée.


Comme souligné dans les parties précédentes, un des problèmes est l'absence de contrôles du contrôle médical unifié lorsque la CAFAT n'indemnise pas directement l'arrêt.


3.3. Les propositions préventives

Les programmes de préventions ou d'éducation des médecins et des patients ne sont pas forcément onéreux et présentent de nombreux avantages :


 Pour les **dirigeants**, prendre part à ce type de programmes leur permet d'exprimer leur reconnaissance à l'égard des employés pour l'accomplissement de leurs missions organisationnelles. Les salariés sont valorisés. En outre cela maximise la productivité de leurs effectifs.

 Du côté des **salariés**, de tels programmes permettent de s'approprier leur santé et leur bien-être, moins subir les conséquences de salariés absents sur leur propre travail, se sentir reconnus et appréciés.

 Sensibiliser les **praticiens** aux règles de bonne pratique concernant la prescription des arrêts de travail semble essentiel.

 Mettre à disposition des médecins des statistiques sur ses prescriptions par âge, sexe, nombre de jours,...

Plusieurs possibilités existent pour développer les programmes de prévention et de sensibilisation à l'égard des salariés.

 Une campagne avec des spots, un reportage télé ou la rédaction d'une tribune dans un journal rappelant le coût des arrêts de travail de complaisance pour l'ensemble de la société seraient bénéfiques.

Conclusion

Bien que le nombre et le coût des arrêts de travail frauduleux ne soient actuellement pas chiffrés faute de données complètes suffisantes, il est indéniable que ceux-ci induisent chaque année un coût financier et économique considérable à la Nouvelle-Calédonie.

Il conviendrait de développer le E-service ce qui permettrait d'enrichir la base de données existante, puis de cibler les employés ayant des arrêts de travail suspects afin d'orienter la prévention, les contrôles et les sanctions, ainsi que pour les médecins ayant un taux élevé de prescriptions d'arrêts de travail.

Pour que ces mesures puissent voir le jour, il est essentiel d'analyser et d'évaluer la faisabilité technique et juridique, l'acceptation par les différents acteurs, les délais et coûts de mise en place.

L'étude de la possibilité et de l'intérêt financier d'un système dans lequel la CAFAT prendrait en charge le contrôle des arrêts de travail non indemnisés est jugée nécessaire.

De plus, le conseil d'administration de la CAFAT doit être le moteur de ce projet si l'on veut qu'il se concrétise.

Pour finir, il faut garder en mémoire que les préconisations issues de ce rapport sont un début de réflexion et nécessitent pour chacune d'entre elles des études complémentaires bien plus détaillées.

Bibliographie

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/>

<http://www.gouv.nc/portal/page/portal/gouv/>

<https://www.cafat.nc/>

<http://www.fdn.fr/~amagnouat/metge/spip.php?rubrique125>

http://www.dtenc.gouv.nc/portal/page/portal/dte/documentation/conventions_accords_collectifs/accords_interprofessionnels/ait.pdf

<http://www.ameli.fr/>

https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9lai_de_carence

http://www.lemonde.fr/politique/article/2011/11/14/que-represente-la-fraude-aux-arrets-maladies_1603272_823448.html

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/la-teletransmission/les-avantages-de-la-teletransmission.php>

http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SChaupain-Guillot_OGuillot-2.pdf

<https://www.cafat.nc/documents/11301/2038818/CAFAT+Chiffres+cles+2014.pdf/840595f6-f03f-46de-b450-5b341b22ea6f>

Campagne sur les arrêts de travail CAFAT, Contrôle des prestations, Programme Annuel 2013.

<https://www.cafat.nc/documents/11301/127333/depliant+arret+de+travail+2013.pdf/2fd36511-3981-4316-bb77-700da38f6386>

<http://www.mpc.nc/Fonctionnement>

<http://www.lefigaro.fr/emploi/2014/12/05/09005-20141205ARTFIG00286-les-salaires-augmentent-moins-vite-que-la-productivite-dans-les-pays-riches.php>

<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/04/07/20002-20140407ARTFIG00026-arrets-maladie-les-salaries-absents-35-jours-par-an-en-moyenne.php>

<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/01/07/20002-20150107ARTFIG00013-la-prise-en-charge-du-delai-de-carence-reduit-la-duree-des-arrets-de-travail.php>

<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/12/12/20002-20141212ARTFIG00128-les-arrets-maladie-sont-plus-nombreux-les-lundis-et-mardis.php>

<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2012/09/13/20002-20120913ARTFIG00589-contrôle-inefficace-des-arrets-maladie.php>

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F3053.xhtml>

Annexes

Annexe 1 : Liste des partenaires

Annexe 2 : Compte rendu de la réunion du 30 juin 2015

Annexe 3 : Compte rendu de la réunion du 29 juillet 2015

Annexe 4 : Compte rendu de la réunion du 19 août 2015