

CIRCULAIRE

CIR-46/2008

Document consultable dans Médi@m

Date :

29/08/2008

Domaine(s) :

gestion du risque

gestion revenus de substitution

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Article 103 LFSS 2008 - Mise en œuvre de l'expérimentation de la procédure de suspension des IJ suite à un contrôle employeur et évaluation du dispositif

Liens :

Plan de classement :

P10-05 P07-0101

Emetteurs :

DDO DDGOS

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> CRAM | <input type="checkbox"/> URCAM |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input type="checkbox"/> CGSS | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input type="checkbox"/> Agents Comptables | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service | |

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La présente circulaire précise les conditions de la mise en œuvre et de l'évaluation de l'expérimentation prévue à l'article 103 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2008 qui introduit une nouvelle procédure de suspension du versement des indemnités journalières maladie suite à la réception par le service médical près la caisse primaire d'un avis du médecin contrôleur mandaté par l'employeur.

Mots clés :

contrôle employeur, article 103

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 46/2008

Date : 29/08/2008

Objet : Article 103 LFSS 2008 - Mise en œuvre de l'expérimentation de la procédure de suspension des IJ suite à un contrôleur employeur et évaluation du nouveau dispositif

Affaire suivie par :

Isabelle BOUILLE-AMBROSINI pour les aspects réglementaires

Jean-Jacques DAMONNEVILLE pour les parties concernant le service administratif

Bernadette MARCHAL pour les parties concernant le service médical

Bruno NOURY pour le processus IJ

Christiane RAME pour le pilotage de l'expérimentation et l'évaluation du dispositif

1 – RAPPEL DU CONTEXTE

1.1 – Une nouvelle procédure expérimentale

Les actions conduites par la CNAMTS, le réseau des caisses et le service médical ont permis, dans le cadre des orientations fixées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, d'obtenir des résultats très significatifs en matière de dépenses d'indemnités journalières. Celles-ci ont en effet vu leur nombre décroître de plus de 3 % par an sur les exercices 2004, 2005 et 2006.

Afin de prolonger ces évolutions, il est apparu nécessaire aux pouvoirs publics de renforcer la coordination des actions du service du contrôle médical de l'assurance maladie avec les prérogatives propres des employeurs en la matière (pouvoir de contre-visite issu de la loi n°78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle).

Dans ce but, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008 instaure dans son article 103, une procédure expérimentale qui sera appliquée, pour le Régime Général par les caisses primaires d'Amiens, Avignon, Carcassonne, Evreux, Reims et Vannes et pour le Régime Agricole, dans les caisses de Gironde, du Finistère, des Côtes d'Armor, de Paris et du Val de Marne.

Le décret n° 2008-552 du 11 juin 2008 publié au Jo du 13 juin 2008 est venu préciser les délais prévus par l'article 103.

Cette expérimentation devra faire l'objet d'un rapport d'évaluation établi par le Ministère chargé de la sécurité sociale et remis au parlement avant le 30 juin 2009. En vue de l'élaboration de ce rapport, le directeur général de l'UNCAM devra transmettre au plus tard le 31 mars 2009 les éléments statistiques et les observations recueillis auprès des caisses expérimentatrices. Aussi, pour permettre à la CNAMTS de consolider toutes ces informations, les organismes devront transmettre à la CNAMTS leurs données au 31 décembre 2008, pour le 31 janvier 2009.

1.2 – Rappel du dispositif existant

L'article L.315-1 II du code de la sécurité sociale dispose que, lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur* (en application du dernier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n°78-49 du 19 janvier 1978, c'est-à-dire pour les cas où l'employeur maintient le salaire en cas d'arrêt ainsi qu'en cas de complément d'indemnités journalières dans le cadre d'un contrat de prévoyance prévu par la convention collective), conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail, ce médecin transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse. Si ce dernier, au vu de cet avis, conclut de la même façon, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré.

Les modalités d'application de ces dispositions, introduites par l'article 42 de la LFSS pour 2004, ont été définies par la circulaire 111/2004 du 21 septembre 2004 aux termes de laquelle la convocation de l'assuré par le médecin conseil est prévue dans les cinq jours suivant la réception de l'avis du médecin contrôleur, afin de tenir compte des délais postaux.

En cas de non présentation de l'assuré à la convocation, le médecin conseil rend un avis technique impossible et la caisse notifie une suspension de l'indemnité journalière. La voie de recours est alors la CRA puis le TASS.

Lorsque l'assuré se présente à la convocation et que le médecin conseil confirme la décision du médecin contrôleur, le médecin conseil en informe l'assuré et lui communique une date de fin de versement des indemnités journalières.

La caisse notifie cette date à l'assuré qui peut alors requérir une expertise médicale dans le délai d'un mois à compter de la date de cette décision, conformément aux dispositions des articles L.141-1 et R.141-2 du code de la sécurité sociale.

** Le médecin mandaté par l'employeur sera désigné dans la suite de ce document, médecin contrôleur.*

1.3 – Les grands principes du nouveau dispositif

L'article 103 de la LFSS instaure, à titre expérimental, un dispositif dérogatoire au II de l'article L.315-1 du code de la sécurité sociale.

La nouvelle procédure qui fait l'objet de l'expérimentation concerne deux situations :

- Article 103 1° :

En premier lieu, le constat de l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail, établi par le médecin mandaté par l'employeur au titre de son pouvoir de contre-visite, entraînera une suspension des indemnités journalières après confirmation par le service médical. La caisse devra, alors, informer l'assuré et son employeur. A compter de la notification de la suspension

des IJ, l'assuré disposera de 10 jours pour contester cette décision. Le service médical devra se prononcer dans un délai de 4 jours suivant la contestation.

- Article 103 2° :

En second lieu, afin de lutter contre les arrêts de travail injustifiés de façon répétée, en cas de prescription d'un arrêt de travail consécutive à une décision de suspension des IJ, la caisse suspendra le versement des indemnités journalières dans l'attente de l'avis du service médical. Celui-ci devra rendre son avis dans les 4 jours.

2 – ARTICLE 103 1° : PRISE EN COMPTE DE L'AVIS DU MEDECIN CONTROLEUR

L'article 103 1° précise que « *lorsque le service du contrôle médical reçoit l'avis [du médecin contrôleur], 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 [10 jours], l'assuré peut demander à la caisse de saisir le service du contrôle médical qui se prononce dans un délai fixé par décret [4 jours].*

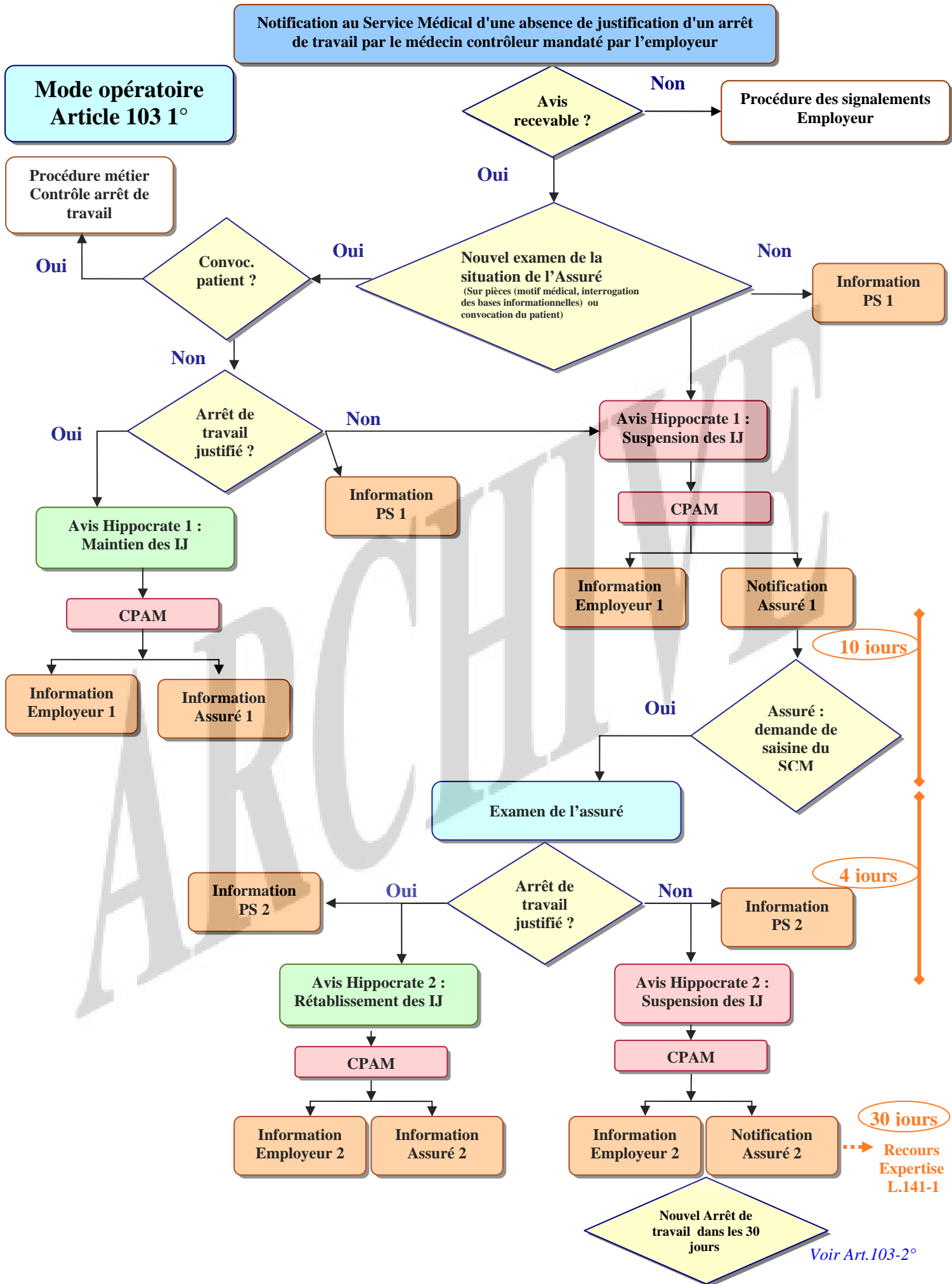
Lorsque le service du contrôle médical, saisi ou non par l'assuré, estime que l'arrêt est médicalement justifié, la caisse maintient ou rétablit le service des prestations. La décision de maintien ou de rétablissement des indemnités journalières est communiquée, par l'organisme de prise en charge, à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

L'esprit du texte est d'expérimenter un circuit où le patient n'est pas d'emblée convoqué par le service médical (comme c'est le cas aujourd'hui), la présente circulaire décrit cette procédure.

Cependant, le médecin conseil reste juge de la nécessité ou non de convoquer le patient. Si le médecin conseil décide de convoquer le patient, c'est la procédure métier pour le contrôle des arrêts de travail qui s'applique et la saisie dans l'outil Hippocrate s'effectue en utilisant une précision de question différente de « suite à contrôle médecin pour employeur ». En revanche, ces cas doivent être saisis dans le tableau de reporting de l'expérimentation joint à cette circulaire.

2.1 – La procédure de l'article 103 1°

Cette procédure nouvelle de prise en compte de l'avis du médecin contrôleur peut être présentée sous la forme du logigramme suivant :



2.2 – Les différentes étapes de la procédure

1^{ère} étape :

A réception de l'avis du médecin contrôleur, le médecin conseil en vérifie sa validité au regard des préconisations émises par le CNOM par circulaire du 20 juin 2008 aux présidents des conseils départementaux de l'ordre des médecins :

« ...qu'en aucun cas le médecin contrôleur mandaté par l'employeur (directement ou par l'intermédiaire d'une société spécialisée) ne pourrait communiquer ses conclusions au service médical de l'assurance maladie, s'il n'avait pas procédé à un examen médical de la personne contrôlée.

En effet, la loi évoque la transmission d'un avis par le médecin contrôleur ; or, sans examen du patient permettant de s'assurer de la justification médicale de l'arrêt de travail, il n'y a pas d'avis possible pour le médecin dont le rôle n'est pas de délivrer des constats de présence ou d'absence du patient à son domicile... »

Ainsi, l'avis du médecin contrôleur doit préciser qu'il s'appuie sur un examen médical du patient.

A défaut, cet avis devra être considéré par le service du contrôle médical comme non recevable et sera compté comme tel dans le tableau de reporting.

En conséquence, il sera exclu de la procédure mise en œuvre dans l'expérimentation et sera traité par le service du contrôle médical selon le dispositif existant.

2^{ème} étape :

L'esprit du texte est d'expérimenter un circuit où le patient n'est pas d'emblée convoqué (comme c'est le cas aujourd'hui) mais seulement dans un deuxième temps s'il le demande.

Ainsi, 2 modalités sont offertes au médecin conseil :

- *Soit le médecin conseil « procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré ».*

Dans cette hypothèse, il s'agit d'un examen sur dossier.

- *Soit le médecin conseil confirme l'avis du médecin contrôleur « sans qu'il soit besoin d'un contrôle supplémentaire »*

L'avis du médecin contrôleur s'est appuyé sur un examen médical du patient puisque l'avis est recevable, le médecin conseil peut le confirmer sans effectuer un autre contrôle.

L'avis émis par le médecin conseil est nommé « **Avis Hippocrate 1** » dans le logigramme.

Saisie dans l'outil Hippocrate : cet avis doit être saisi dans Hippocrate à l'aide de la question 3B arrêt de travail avec précision de question « suite à contrôle médecin pour employeur ».

Cet avis est très rapidement transmis à la caisse et peut être soit :

- Favorable médical (l'arrêt de travail est justifié)

Dans ce cas, la caisse informera par courrier l'assuré « **Information Assuré 1 maintien** » et l'employeur « **Information Employeur 1 maintien** » de la décision de maintien des indemnités journalières.

- Défavorable médical (l'arrêt de travail n'est pas justifié)

Dans ce cas, on distinguera dans Hippocrate, la date de la signature de l'avis Hippocrate1 qui correspond au jour où le médecin conseil s'est prononcé sur le dossier, de la date d'effet de décision (date avis Hippocrate1) qui correspond à la date de suspension des indemnités journalières qui sera notifiée par la caisse à l'assuré. En effet, celle-ci doit tenir compte des délais postaux (2 ou 3 jours) afin que l'assuré ait reçu le courrier avant que la suspension des IJ ne soit effective.

Le médecin conseil informe par courrier « **Information PS 1** » le médecin prescripteur de la suspension des indemnités journalières de son patient.

A réception de l'avis Hippocrate1, la caisse effectue les opérations suivantes :

Saisie dans l'outil Progrès :

La date de l'avis Hippocrate 1 correspond à la date de suspension du versement des IJ et se traduit dans Progrès par la date de Reprise de Travail Notifiée (RTN)

- Saisir le code « **RTN** » en rubrique BDO / AVI
- Saisir « **RTN du (JJ/MM/AA) = Article 103** » en zone correspondance

Envoi des courriers :

- A l'assuré : courrier (en recommandé avec accusé de réception) de notification « **Notification Assuré 1 suspension** » de la suspension du versement des indemnités journalières à compter de la date de reprise de travail notifiée. La période antérieure est indemnisée quelle que soit la date de l'avis du médecin contrôleur.
Le courrier précise à l'assuré qu'il peut demander la saisine du service du contrôle médical dans le délai de 10 jours à compter de la réception de cette notification.
- A l'employeur : courrier d'information « **Information Employeur 1 suspension** »

3^{ème} étape (en cas de contestation de l'assuré):

L'assuré demande la saisine du service du contrôle médical dans le délai de 10 jours à réception de la notification de suspension des IJ.

Le médecin conseil dispose alors de 4 jours pour se prononcer : convoquer et examiner le patient afin d'émettre un avis nommé « **Avis Hippocrate 2** » dans le logigramme.

Saisie dans l'outil Hippocrate : cet avis doit être saisi dans Hippocrate par un fait nouveau « modification à l'initiative du SM »

Cet avis est très rapidement transmis à la caisse et peut être soit :

➤ Favorable médical (l'arrêt de travail est justifié)

Le médecin conseil informe par courrier « **Information PS 2 rétablissement** » le médecin prescripteur que la suspension des indemnités journalières de son patient dont il avait été informé par courrier « information PS 1 », n'a pas été confirmée après examen du patient, et que le versement des IJ est rétabli.

La caisse informe par courrier l'assuré « **Information Assuré 2 rétablissement** » et l'employeur « **Information Employeur 2 rétablissement** » de la décision de rétablissement des indemnités journalières.

La période antérieure à l'avis Hippocrate 2 est alors validée rétroactivement et les indemnités journalières sont dues.

➤ Défavorable médical (l'arrêt de travail n'est pas justifié)

Le médecin conseil informe par courrier « **Information PS 2 suspension** » le médecin prescripteur, que la suspension des indemnités journalières de son patient dont il avait été informé par courrier « information PS 1 » est confirmée après examen du patient.

La caisse envoie les courriers :

- A l'assuré : courrier (avec accusé de réception) de notification « **Notification Assuré 2 suspension** » de la suspension du versement des indemnités journalières.
Ce courrier précise à l'assuré que, s'il le souhaite, il peut recourir à la demande d'expertise.
- A l'employeur : courrier d'information « **Information Employeur 2 suspension** »

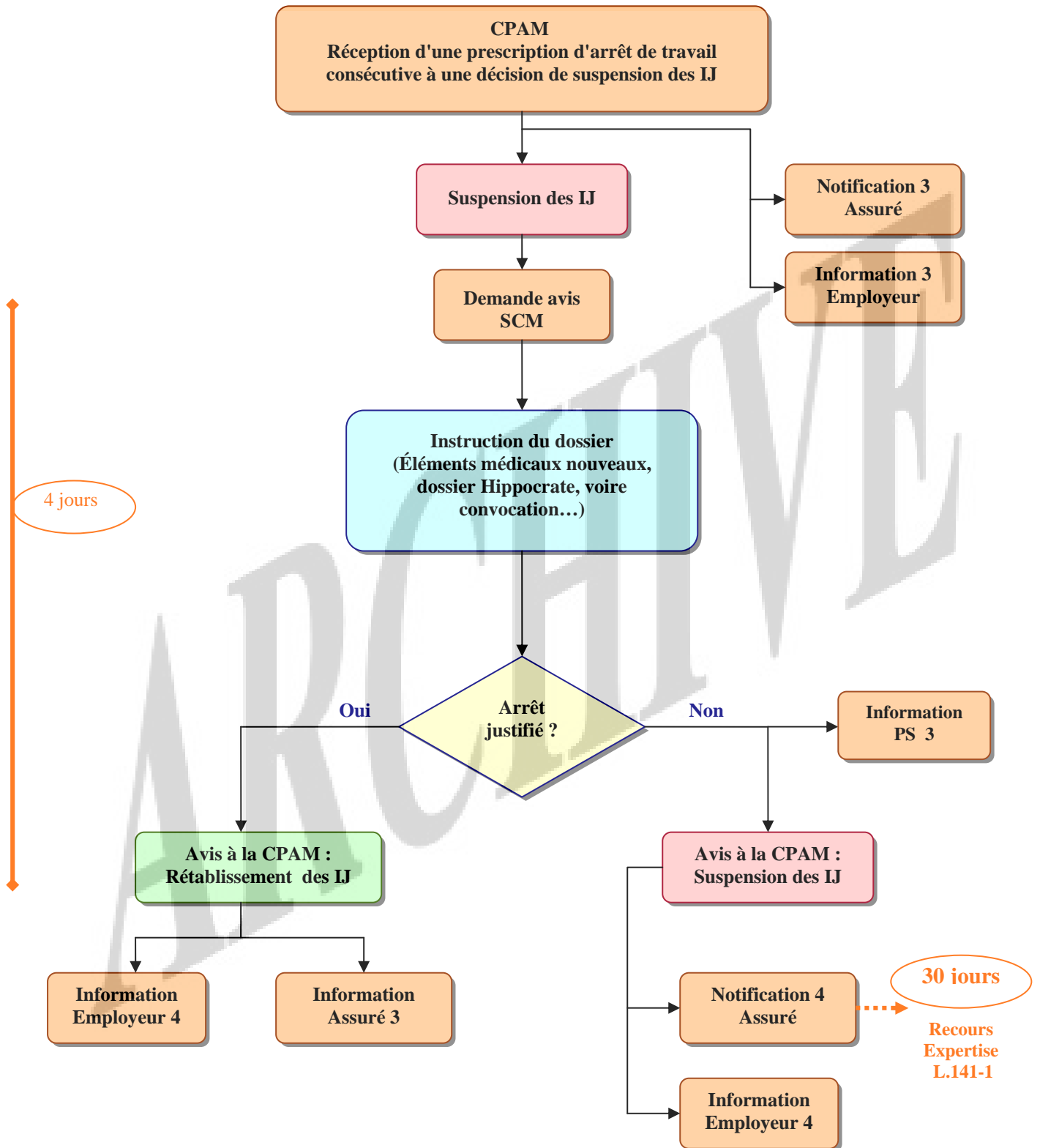
3 – ARTICLE 103 2° : PRISE EN COMPTE D'UN ARRET DE TRAVAIL CONSECUTIF A UNE DECISION DE SUSPENSION DES INDEMNITES JOURNALIERES

Aux termes de l'article 103 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 [4 jours].* »

3.1 - La procédure de l'article 103 2°

Cette procédure nouvelle de suspension du service des prestations pour arrêt consécutif à une décision de suspension des indemnités journalières peut être présentée sous la forme du logigramme suivant :

Mode opératoire de l'article 103 2°



3.2 – Les différentes étapes de la procédure

1^{ère} étape :

Le terme « consécutif » cité dans l'article 103 2° «... lorsque la prescription d'un arrêt de travail est consécutive à une décision de suspension des indemnités journalières... » peut être interprété de 2 façons :

- Soit il s'agit de la prolongation de l'arrêt ayant conduit à la suspension de l'indemnité journalière
Dans ce cas, il n'y a pas de difficulté particulière, cette situation existe aujourd'hui.
- Soit il s'agit d'une nouvelle prescription
Dans ce cas, un délai maximal entre les deux prescriptions doit être fixé. Il est apparu qu'il ne pouvait excéder 1 mois c'est-à-dire le délai de demande d'expertise.

La caisse, dès réception d'une prescription de repos, doit effectuer les opérations suivantes :

Saisie dans l'outil Progrès :

- Saisir la prescription de repos (initiale ou prolongation) en rubrique BDO / PRN
- Vérifier la présence d'une RTN en rubrique BDO / AVI
- En cas présence d'une RTN :
- Vérifier en zone correspondance s'il s'agit d'un article 103

S'il s'agit d'un article 103, la caisse doit très rapidement :

- Suspendre le versement des IJ et saisir le service du contrôle médical pour avis
- Envoyer à l'assuré un courrier (avec accusé de réception) de notification de suspension immédiate des IJ dans l'attente de l'avis du service du contrôle médical « **Notification Assuré 3 suspension** »
- Envoyer un courrier d'information à l'employeur « **Information Employeur 3 suspension** »

2^{ème} étape :

Le service du contrôle médical dispose alors de 4 jours pour se prononcer et émettre l'avis nommé « Avis Hippocrate 3 » dans le logigramme : son avis peut être émis sur dossier (éléments médicaux nouveaux indiqués dans le nouvel arrêt de travail, consultation des bases informationnelles) ou sur convocation du patient.

Saisie dans l'outil Hippocrate :

- Pour une nouvelle prescription après suspension des IJ, saisir une nouvelle demande question 3B arrêt de travail avec en précision de question celle qui

correspond au contexte de cette nouvelle prescription d'arrêt de travail (Avis Hippocrate 3).

- Ne pas utiliser dans ce cas la précision de question « suite à contrôle médecin pour employeur » sauf si le médecin contrôleur de l'employeur a de nouveau adressé un avis.

Cet « **Avis Hippocrate 3** » est transmis à la caisse dans les 4 jours qui suivent la date de saisine du service du contrôle médical

3^{ème} étape :

Cet avis « **Avis Hippocrate 3** » peut être soit :

- Favorable médical (l'arrêt de travail est justifié)

La caisse informe par courrier l'assuré « **Information Assuré 3 rétablissement** » et l'employeur « **Information Employeur 4 rétablissement** » de la décision de rétablissement des indemnités journalières. La période antérieure à l'avis Hippocrate 3 est alors validée rétroactivement et les indemnités journalières sont dues.

- Défavorable médical (l'arrêt de travail n'est pas justifié)

Le médecin conseil informe par courrier « **Information PS 3 suspension** » le médecin prescripteur, de la suspension des indemnités journalières de son patient.

La caisse envoie les courriers :

- A l'assuré : courrier (avec accusé de réception) de notification « **Notification Assuré 4 suspension** » de la suspension du versement des indemnités journalières. Ce courrier précise à l'assuré que, s'il le souhaite, il peut recourir à la demande d'expertise.
- A l'employeur : courrier d'information « **Information Employeur 4 suspension** »

4 – ÉVALUATION DE L'EXPERIMENTATION

Cette expérimentation devant faire l'objet d'une évaluation établie par le ministère en charge de la sécurité sociale à l'intention du parlement, les sites expérimentaux devront particulièrement suivre le déroulement de cette nouvelle procédure, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif.

A cette fin, un fichier Excel composé de 2 onglets « Tableau de suivi Art.103 1° » et « Tableau de suivi Art.103 2° », permettra la remontée des données nécessaires à l'évaluation du dispositif. Il devra être renseigné conjointement par la caisse et le service du contrôle médical.

L'acquisition de ces données est manuelle en l'absence d'évolution du système d'information durant la phase d'expérimentation. L'intitulé des colonnes est à mettre en parallèle avec les logigrammes, des consignes de remplissage sont précisées dans un onglet spécifique intitulé « données ».

Ce fichier Excel devra être transmis par mail pour le 31 janvier 2009 à christiane.rame@cnamts.fr.

Le message d'envoi de ce fichier ainsi que le fichier devront être nommés ainsi : Art 103 - nom de la caisse (exemple : Art 103 – Avignon).

Par ailleurs, les caisses et services médicaux des sites expérimentaux sont invités à transmettre également un document d'analyse commun sur la mise en œuvre du dispositif dans leur circonscription.

Dans ce document seront notamment évoqués : les avantages et les difficultés de mise en œuvre de cette expérimentation, les éventuelles propositions d'aménagement de la procédure et/ou évolutions réglementaires nécessaires dans les perspectives d'une généralisation.

Ces éléments seront synthétisés et contribueront à enrichir le rapport final de l'UNCAM sur l'expérimentation.

5 – INFORMATION ET COMMUNICATION RELATIVES A L'EXPERIMENTATION

La mise en œuvre de l'expérimentation devra faire l'objet d'une information lors d'une prochaine réunion :

- des conseils
- des instances représentatives du personnel
- des commissions paritaires locales médecins

A l'égard de la presse, vous n'avez pas de communication à faire. En revanche, si vous êtes sollicités, un argumentaire est mis à votre disposition pour répondre.

6– LES ANNEXES ET PIECES JOINTES

Cette circulaire est complétée par :

- des annexes :
 - Annexe 1 : circulaire du CNOM aux conseils départementaux, courrier aux sociétés prestataires de contrôle médical patronal et liste actualisée des recommandations du CNOM
 - Annexe 2 : argumentaire en réponse à la presse
- des fichiers joints :
 - le fichier Excel des tableaux de reporting
 - les fichiers Word des modèles de courriers

Mesdames et Messieurs les Président(e)s
des conseils départementaux

Circulaire n° 2008.045
Section Exercice Professionnel
WV/FJ/cp
Francisco JORNET - ☎ : 01.53.89.32.71
Mots-clés : Arrêts de travail/Contrôle patronal

Paris, le 20 juin 2008

Madame, Monsieur le Président et cher Collègue,

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 permet, à titre expérimental, aux organismes d'assurance maladie obligatoires de suspendre le versement des indemnités journalières sur la seule base de la transmission par le médecin contrôleur de son avis au médecin-conseil de l'Assurance maladie.

Compte tenu de la récente parution de son décret d'application (décret 2008-552 du 11 juin 2008), la loi va pouvoir entrer en vigueur dans 12 sites expérimentaux : l'Aude, les Côtes d'Armor, l'Eure, le Finistère, le Gard, la Gironde, la Marne, le Morbihan, la Somme, le Vaucluse, la Ville de Paris et le Val-de-Marne.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins avait exprimé de fortes réserves sur ce texte pour deux raisons majeures.

Il permet au service médical de l'assurance maladie de demander la suspension du versement des indemnités journalières, sans s'être assuré par ses propres moyens de l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail. Comment un médecin peut-il procéder de la sorte sans examen de l'assuré ni même de son dossier ?

Il apparaît également anormal que lorsqu'un nouvel arrêt de travail est prescrit à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières, il ne produise pas effet, dans l'attente de l'avis du service médical. Cette disposition jette une suspicion inacceptable sur la justification médicale de l'arrêt de travail prescrit et remet en cause la validité d'une prescription, alors même qu'elle n'a pas fait l'objet d'un contrôle médical.

Pour être complet, il faut cependant observer que la loi et son décret d'application offrent à l'assuré social des voies de recours.

A notre demande, nous avons rencontré les services de la CNAMTS en charge de ce dossier. Il est ressorti de ces échanges, qu'en aucun cas le médecin contrôleur mandaté par l'employeur (directement ou par l'intermédiaire d'une société spécialisée) ne pourrait communiquer ses conclusions au service médical de l'assurance maladie, s'il n'avait pas procédé à un examen médical de la personne contrôlée.

En effet, la loi évoque la transmission d'un avis par le médecin contrôleur ; or, sans examen du patient permettant de s'assurer de la justification médicale de l'arrêt de travail, il n'y a pas d'avis possible pour le médecin dont le rôle n'est pas de délivrer des constats de présence ou d'absence du patient à son domicile.

A cet effet, nous avons complété les recommandations émises en 2000 par un point 7 (*pièce jointe*) et avons fait connaître aux sociétés spécialisées la nécessité de compléter dans le même sens, les contrats qu'ils ont conclus avec les médecins contrôleurs.

Nous souhaitons attirer votre vigilance sur ce point compte tenu du rôle qui vous incombe dans l'examen des contrats passés par les médecins et de leurs avenants.

Veillez agréer, Madame, Monsieur le Président et cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Docteur Walter VORHAUER
Secrétaire général

PJ : recommandations actualisées

Recommandations à l'usage des médecins effectuant, à la demande d'un employeur ou d'une société mandatée par l'employeur, un contrôle de l'arrêt de travail dans le cadre de la loi sur la mensualisation

1. Le médecin contrôleur doit exiger un contrat de l'employeur ou de la société mandataire et le communiquer au conseil départemental en application des articles L.462 du code de la santé publique et 83 du code de déontologie médicale.
2. Ce contrat doit préciser la nature des missions du médecin, rappeler les articles du code de déontologie médicale relatifs au contrôle médical et préciser les moyens mis en oeuvre pour assurer le respect de la déontologie médicale.
3. Le contrat doit limiter la mission du médecin contrôleur à la seule appréciation de justification médicale de l'arrêt de travail au jour du contrôle.
4. Il n'entre pas dans les missions du médecin contrôleur de se prononcer sur l'absence du patient lors d'un contrôle, mais uniquement de consigner, à l'attention de la société qui l'a mandaté, les circonstances qui ne l'ont pas rendu possible.
5. En cas de conclusions contraires à celles du médecin qui a prescrit l'arrêt, le médecin contrôleur doit entrer en contact avec le médecin traitant, de préférence avant la communication des conclusions au patient.
6. Le médecin contrôleur doit signaler au patient que ses conclusions, si elles sont contraires à celles du médecin prescripteur de l'arrêt de travail, permettent à l'employeur de suspendre le versement des indemnités complémentaires, mais laissent au patient la possibilité de s'en tenir aux prescriptions du médecin traitant sans commettre une faute vis-à-vis de son employeur.
7. **Lorsque le médecin contrôleur conclut, après examen du patient, à l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail et uniquement dans cette hypothèse, il doit transmettre cet avis au service médical de la Caisse. Le médecin contrôleur en informe le patient.**
8. Le médecin contrôleur doit se borner à faire état de ses conclusions administratives à l'organisme qui l'a mandaté.
9. La durée du contrat et la rémunération du médecin contrôleur doivent être sans rapport avec le sens de ses conclusions.
10. Le médecin contrôleur ne devrait pas accepter une mission de contrôle s'il n'a pas une expérience certaine de la profession médicale.
11. Le médecin contrôleur devra se récuser chaque fois qu'il estimera, en raison de circonstances particulières, que ses conclusions peuvent être suspectées de partialité.

Paris, le 18 juin 2008

Nos références à rappeler sur tout
échange de correspondance
JFK/FJ/cp/Exercice professionnel
D 08 170 002 (1)
Contact ☎ Mme C. PLASSART - 01.53.89.33.32 -
Objet : Arrêts de travail

Madame le Directeur Général,

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 permet, à titre expérimental, aux organismes d'Assurance maladie obligatoire de suspendre le versement des indemnités journalières sur la seule base de la transmission par le médecin contrôleur de son avis au médecin conseil de l'Assurance maladie obligatoire.

Compte tenu de la récente parution de son décret d'application (décret 2000-552 du 11 juin 2008), la loi va pouvoir entrer en vigueur dans les 12 sites expérimentaux : l'Aude, les Côtes d'Armor, l'Eure, le Finistère, le Gard, la Gironde, la Marne, le Morbihan, la Somme, le Vaucluse, la Ville de Paris et le Val-de-Marne.

A cette occasion, et après avoir rencontré la CNAMTS, il me paraît nécessaire de vous adresser les recommandations actualisées formulées par le Conseil national de l'Ordre des médecins, applicables en toutes circonstances et indépendamment même de l'expérimentation en cours.

Afin de garantir le respect de la loi et de la déontologie médicale, nous vous demandons de bien vouloir en conséquence compléter les contrats que vous avez conclus avec les médecins contrôleurs par un avenant contenant la mention suivante : « *Lorsque le médecin contrôleur conclut, après examen du patient, à l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail et uniquement dans cette hypothèse, il doit transmettre cet avis au service médical de la Caisse. Le médecin contrôleur en informe le patient.* »

Ne doutant pas de votre compréhension et de votre collaboration, je vous prie d'agréer, Madame le Directeur Général, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Docteur Jean-François KNOPF
Président de la Section Exercice professionnel

PJ : Recommandations actualisées

Caisse nationale de l'Assurance Maladie
Direction de la communication

Expérimentation des nouvelles procédures entre médecins conseils et médecins contrôleurs intervenant pour le compte des entreprises dans le contrôle des arrêts de travail
Argumentaire pour répondre aux journalistes

1 – Qu'est ce que ce nouveau dispositif ?

Ce dispositif a été proposé par le Gouvernement puis voté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. La publication du décret d'application au JO du 13 juin 2008 donne le signal de départ de l'expérimentation qui est lancée dans notre département (comme dans 6 autres).

L'objectif est de renforcer la coordination des actions conduites par le service du contrôle médical en matière de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières pour arrêt de travail et celles menées par les employeurs en vertu des dispositions de la loi dite de mensualisation de 1978 : il s'agit de simplifier et d'accélérer les procédures entre les médecins conseils de l'Assurance Maladie et les médecins contrôleurs intervenant pour le compte des entreprises.

Cette méthode est conduite en concertation avec le conseil national de l'ordre des médecins dans le respect du secret médical et des droits des assurés.

2 – Concrètement comment cela va se passer ?

Un employeur peut mandater un médecin pour contrôler un de ses employés lorsqu'il a des doutes sur le bien fondé médical de son arrêt de travail. Lorsque le médecin contrôleur, après examen de cette personne en arrêt, estime que l'arrêt n'est pas justifié médicalement, il en avise en parallèle l'entreprise et le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie.

Si, au vu des informations qui lui sont transmises, le médecin conseil estime lui aussi que l'arrêt de travail n'est pas justifié médicalement, la caisse d'assurance maladie suspend le paiement des indemnités journalières sans avoir à convoquer systématiquement l'assuré comme c'est le cas actuellement.

3 – Est-ce parce que les médecins conseils ne contrôlent pas assez ?

Non, les chiffres prouvent le contraire.

L'Assurance Maladie a considérablement renforcé son action de contrôles des arrêts de travail abusifs depuis plusieurs années et notamment depuis 2005.

Au total l'Assurance Maladie réalise 800 000 contrôles d'arrêts de travail (maladie) par an.

Elle contrôle systématiquement les arrêts de travail de longue durée à partir de 45 jours contre 90 jours auparavant

Elle cible mieux ses contrôles notamment sur les arrêts de travail courts répétitifs Les assurés sont alors convoqués par le service médical qui évalue leur situation.

Cette politique de contrôle a permis de diminuer le nombre de jours d'arrêt de travail de manière importante :

Evolution du nombre de journées d'arrêts de travail indemnisées de 2000 à 2006

Année	Dénombrement d'indemnités journalières	Taux d'évolution en %
2000	219 320 579	
2001	234 921 666	7,1
2002	259 110 419	10,3
2003	265 398 535	2,4
2004	256 926 175	- 3,2
2005	246 379 665	- 4,1
2006	237 017 238	- 3,8
2007		

4 - Est-ce que cette mesure ne risque pas de créer des abus, les entreprises vont pouvoir obliger des personnes malades à retravailler ou avoir la possibilité d'arrêter de payer leur part d'indemnités journalières

Les contrôles réalisés par des médecins contrôleurs pour le compte des entreprises existent depuis 1978, mais dans la pratique ces contrôles sont très peu nombreux. La quasi-totalité des contrôles d'arrêts de travail sont réalisés par l'Assurance Maladie(800 000 par an).

De plus, dans cette expérimentation, le médecin conseil de l'Assurance Maladie garde toute sa faculté d'appréciation, et peut à tout moment, sur simple constatation médicale de l'état de santé de l'assuré, revenir sur la suspension des indemnités journalières.

En outre, l'assuré a la possibilité de demander un nouvel examen de sa situation par le médecin conseil.

5 - Si les contrôles privés existent depuis 1978, qu'est ce qui change ?

Ce qui change principalement, c'est la faculté dont dispose le contrôle médical de l'assurance maladie d'utiliser le constat médical de l'aptitude d'un salarié dans le cadre d'une contre-visite demandée par l'employeur, pour faire suspendre par la caisse le versement des indemnités journalières.

En accord avec l'ordre des médecins, consulté sur ce point notamment, il est convenu que le médecin-conseil puisse utiliser le constat du médecin contrôleur à la condition que ce dernier ait effectivement pu examiner la personne en arrêt de travail (et non pas seulement constater son absence à domicile, par ex.).

6 - Quelle économie attendez vous de cette mesure ?

Cette mesure est un nouvel outil qui complète le dispositif de lutte contre les abus et les fraudes. L'expérimentation va servir à tester l'efficacité de la simplification des procédures et le raccourcissement des délais de décision.

Une évaluation du dispositif est expressément demandée dans la loi et doit être transmise au parlement par le ministre chargé de la sécurité sociale avant le 30 juin 2009.

7 - Pourquoi ce dispositif est-il expérimenté dans notre département.

Ce choix a été fait en raison du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés par patient susceptible d'en percevoir, supérieur à moyenne nationale.

8 - Quels sont les autres départements concernés ?

Pour le régime général il s'agit de la Somme, du Vaucluse, de l'Aude, de l'Eure, de la Marne, et du Morbihan. Pour le régime agricole il s'agit des Côtes d'Armor, du Finistère, de la Gironde, de Paris et du Val de Marne.

9 - Quand ce dispositif sera-t-il généralisé ?

La décision de généraliser ou non ce dispositif interviendra à l'issue de l'évaluation que recevra le Parlement fin juin 2009. Elle est de la responsabilité du Parlement et relèvera donc de la loi.