

Connaissance de l'emploi

Le 4 pages du Centre d'études de l'emploi et du travail
Décembre 2019

153 le **cnam**
ceet

QUEL EST L'IMPACT DE L'ÉLARGISSEMENT DE L'INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE DES ARRÊTS MALADIE DANS LE SECTEUR PRIVÉ?

Mohamed Ali Ben Halima (CEET),
Malik Koubi (DARES, CEET)

La réforme issue de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 vise à améliorer le niveau conventionnel de l'indemnité complémentaire des arrêts maladie versée par l'employeur. Scindée en deux volets, cette réforme réduit, d'une part, le délai de carence de l'indemnité complémentaire de 10 jours à 7 jours et, d'autre part, le critère de l'ancienneté minimale (de 3 ans à 1 an) pour bénéficier de l'indemnité complémentaire.

À partir d'un panel des données administratives Hygie de 2006 à 2010 enrichi par une nouvelle base de conventions collectives qui recueille les paramètres d'indemnisation complémentaire des arrêts maladie, ce numéro de Connaissance de l'emploi examine indépendamment les deux volets de la réforme. Pour l'ensemble des salariés du secteur privé, la réforme a un impact positif et significatif sur les absences, mesurées en termes de nombre annuel de jours d'absences ou de probabilité annuelle d'absence pour cause de maladie.

L'indemnisation des arrêts maladie constitue une assurance visant à remplacer au moins partiellement la rémunération du salarié lorsque celui-ci est dans l'impossibilité de travailler pour des raisons de santé. Comme pour toute politique publique, l'efficacité du système d'indemnités journalières se mesure à sa capacité à concilier son objectif d'une couverture universelle des absences maladie et son coût. Or, les remboursements des indemnités journalières de maladie de la Sécurité sociale, qui se sont élevés à 11 milliards d'euros en 2007, enregistrent une accélération inquiétante : 12,6 milliards d'euros en 2010 et 14,4 milliards d'euros en 2017. Or, suivant la littérature économique, on peut faire l'hypothèse du lien entre le niveau d'indemnisation perçu par les salariés et leur comportement d'absence.

En France, l'indemnisation des arrêts maladie comporte un socle commun et universel financé par la Sécurité sociale auquel s'ajoute une part prise en charge par l'employeur. Il s'agit des indemnités complémentaires des arrêts maladie, fixées par les conventions collectives et versées par les employeurs, qui ne sont pas officiellement chiffrées, mais qui représentent des sommes importantes. Ces indemnités varient selon les employeurs et notamment la convention collective dont ils dépendent.

Dans un contexte social de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, mais aussi d'innovations managériales bousculant l'organisation des entreprises et les façons de travailler pour mieux répondre aux impératifs de la concurrence, il est fondamental pour les pouvoirs publics de répondre à la

croissance récente de l'absentéisme au travail, mais aussi de soutenir les enjeux de santé et bien-être à partir des mesures de prévention préconisées dans les Plans Santé-Travail.

Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet Absentéisme : pratiques d'entreprises et politiques publiques (APEPP), soutenu par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR¹), et analyse, dans le cas français, le lien entre le niveau d'indemnisation des arrêts maladie et l'absence des salariés (fréquence et durée), en prenant en compte à la fois l'indemnisation de la Sécurité sociale et l'indemnité complémentaire versée par l'employeur.

L'étude cherche à évaluer les deux dispositions de l'Accord national interprofessionnel (ANI) de 2008 qui ont élargi les droits à l'indemnisation des arrêts maladie des salariés du secteur privé et qui sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2008. La première mesure a réduit de 10 à 7 jours le délai de carence pour toucher l'indemnité complémentaire versée par l'employeur, qui correspond au «volet carence» de la réforme. La seconde mesure a ramené de 3 à 1 an l'ancienneté minimale requise pour percevoir l'indemnité complémentaire, que nous appellerons ici le «volet ancienneté» de la réforme² (cf. encadré 1).

Encadré 1

SYSTÈME D'INDEMNISATION DES ARRÊTS MALADIE

En France, pour des raisons historiques, le système d'indemnisation des arrêts maladie est financé conjointement par la Sécurité sociale et l'employeur. Ce système d'indemnisation comprend plusieurs composantes qui peuvent être regroupées schématiquement en trois étages (cf. graphique 1).

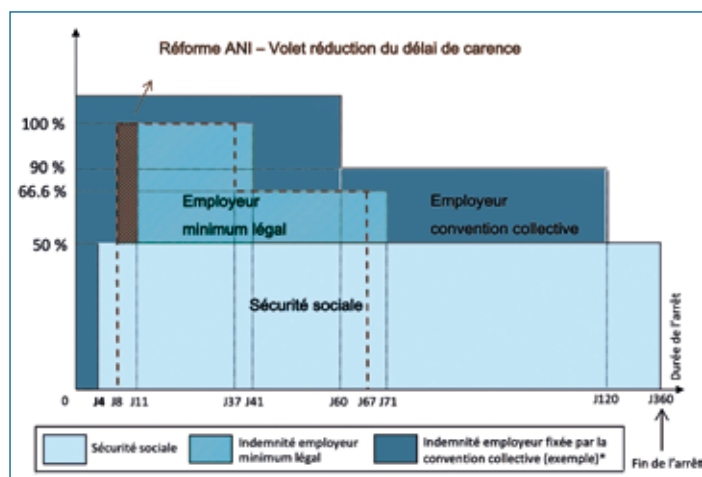
Le premier étage, obligatoire et uniforme, constitue une garantie minimale universelle. La Sécurité sociale verse une prestation de base dont l'accès est assez large et qui assure un taux de remplacement de 50 % du plafond annuel à partir du 4^e jour et jusqu'au 360^e jour d'arrêt maladie.

Se place au deuxième étage l'indemnité complémentaire versée par l'employeur qui est plus restrictive et hétérogène d'une entreprise à l'autre. Une première composante, obligatoire, de l'indemnité complémentaire minimum doit assurer un taux de remplacement de 90 % pendant 30 jours au moins et un taux de 66 % pendant les 30 jours suivants. Elle s'applique aux salariés ayant une ancienneté suffisante et à la suite d'un délai de carence (qui était de 10 jours avant la réforme). Ce schéma est une exigence minimale qui sera complété par une deuxième composante de l'indemnité complémentaire employeur et fixée par la convention collective. Ces indemnités peuvent prévoir des dispositions plus généreuses en jouant sur le délai de carence, les taux d'indemnisation et les durées de remplacement.

Un troisième étage, facultatif et hétérogène, négocié au niveau de l'entreprise peut faire partie des prestations d'un éventuel régime complémentaire de prévoyance souscrit par l'employeur. Ce troisième étage n'est pas traité dans cette étude, faute de données adéquates.

La littérature économique récente met en évidence le rôle très important que joue le système d'indemnisation entourant les arrêts maladie sur les absences des salariés. L'effet de la générosité de cette assurance sur le coût de l'absence pour le salarié justifie l'existence d'un lien entre cette couverture assurantielle et l'absentéisme dans un cadre théorique (Allen, 1981). Dans une perspective empirique, une première évaluation de la réforme de 1996 en Allemagne réduisant le taux d'indemnisation des arrêts maladie de 100 % à 80 %

Graphique 1 : Exemple de schémas d'indemnisation des arrêts maladie et réforme arrêt maladie du secteur privé³



pour l'ensemble des salariés du secteur privé montre qu'elle a pour effet de réduire de 0,4 jour le nombre moyen de jours d'arrêts maladie par salarié (Ziebarth et Karlsson, 2010). Ziebarth et Karlsson (2014) s'intéressent à une deuxième réforme allemande qui a, entre autres mesures, rétabli les prestations d'absence maladie obligatoires de 80 % à 100 % du salaire et montrent que l'extension de la générosité augmente la fréquence et la durée des périodes d'absence.

● Données utilisées pour l'évaluation des deux volets de la réforme des arrêts maladie

Notre évaluation s'appuie sur les données médico-administratives Hygie du secteur privé, enrichies d'une base administrative construite à partir de la lecture des principales conventions collectives et couvrant la majorité des salariés de la base Hygie sur les années 2006-2010 (Cf. encadré 2). La méthode retenue pour identifier l'impact causal de la réforme est la méthode de différence de différences (DID) avec appariement (*Kernel Matching*), permettant d'évaluer l'effet de la réforme sur le groupe des individus affectés par les changements de règles (groupe traité), en comparant l'évolution de leurs comportements vis-à-vis de l'arrêt maladie avant et après la réforme, avec celle que l'on observe pour le groupe des salariés pour lesquels la réforme n'a pas modifié le remboursement du salaire en cas d'absence (groupe de contrôle). Nous différencions l'impact de la réforme selon le genre.

Les variables mobilisées dans les estimations et dans l'appariement entre les deux groupes sont : l'âge, le département de résidence, la région, la catégorie socio-professionnelle, le salaire et des indicateurs de santé de l'année précédente du salarié (nombre de visites chez un généraliste, chez un spécialiste et nombre de jours d'hospitalisation), la taille et le secteur de l'entreprise, le taux de chômage régional. Les effets mesurés portent sur le nombre annuel de jours d'absences et la probabilité annuelle d'absence pour cause de maladie⁴.

¹ ANR-18-CE26-0014-01

² Dans la suite du texte, le terme «réforme» fait référence à la réforme arrêt maladie du secteur privé issue de l'Accord national interprofessionnel (ANI) de 2008.

³ Lecture : schéma d'indemnisation d'un cadre ayant une ancienneté de un an au 1^{er} jour de son arrêt de travail d'origine non professionnelle et relevant de la convention collective IDCC 493 (Convention collective nationale des vins, cidres, jus de fruits, sirops, spiritueux et liqueurs de France).

⁴ Nous nous restreignons aux arrêts de moins de 90 jours en raison du contrôle systématique exercé par la Sécurité sociale au-delà de cette durée.

Pour le «volet carence» de la réforme, nous ne conservons que les employés avec 3 ans d'ancienneté ou plus, de sorte qu'ils ne soient pas affectés par les changements de règles d'ancienneté. Le groupe traité par le volet carence sont les employés avec un délai de carence de 8 à 10 jours. Le groupe de contrôle retenu est composé de salariés ayant un délai de carence compris entre 3 et 7 jours.

Pour le «volet ancienneté» de la réforme, nous conservons uniquement les employés dans les entreprises relevant des conventions collectives dans lesquelles l'ancienneté minimale requise pour percevoir l'indemnité complémentaire était de 3 ans avant la réforme. Le groupe traité est constitué des employés avec un ou deux ans d'ancienneté. Le groupe de contrôle comprend les employés ayant 3 ans d'ancienneté ou plus. En raison même du critère de sélection sur l'ancienneté dans l'établissement, les groupes de traités et de contrôles ne peuvent être constitués des mêmes salariés avant et après la réforme (l'ancienneté augmentant de manière systématique si les salariés ne changent pas d'établissement). Le groupe traité doit en effet contenir les salariés ayant un ou deux ans d'ancienneté en 2006-2007 (avant la réforme) et 2009-2010 (après la réforme). Pour ce volet, nous adoptons donc une approche en pseudo-panel.

Encadré 2

PANEL DES DONNÉES ADMINISTRATIVES HYGIE ET UNE NOUVELLE SOURCE DE DONNÉES DE CONVENTIONS COLLECTIVES

L'étude s'appuie sur une base de données administrative Hygie 2006-2010 construite par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). La base Hygie est un appariement de données issues des bases administratives de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnamts) se rapportant exclusivement au secteur privé.

Le Panel Hygie fournit par ailleurs une description détaillée des périodes de congés de maladie d'un échantillon représentatif d'employés fourni par l'Assurance maladie. Les données Hygie comprennent également des informations sur le poste occupé, l'entreprise et les données de consommation médicale de chaque employé inclus dans l'échantillon.

Ces données sont enrichies par une nouvelle source qui recueille les paramètres d'indemnisation des principales conventions collectives, en utilisant l'identifiant de l'employeur (SIRET) et celui de la convention collective (IDCC). Cette base de données a été construite à partir de l'analyse des parties du texte de la convention collective traitant des indemnités journalières maladie, en extrayant des informations sur le régime de l'indemnité complémentaires au sein de chaque convention collective, sous la forme de paramètres tels que la durée du délai de carence, le taux de remplacement jour par jour, etc. Nous avons analysé sur le site *LégiFrance 46* conventions collectives les plus représentées dans la base de données Hygie contenant 79 dispositions en matière d'indemnisation complémentaire, compte tenu de la déclinaison, au sein même d'une convention collective, des modalités d'indemnisation selon les catégories de salariés. Certaines entreprises n'ont pas été touchées par la réforme parce que leur convention collective présentait déjà avant la réforme un niveau d'indemnisation au moins équivalent à l'exigence minimale de la loi après la réforme. Ainsi, ces conventions collectives n'ont pas été modifiées à l'occasion de la réforme.

● Des effets hétérogènes de l'augmentation du niveau de générosité des arrêts maladie entre les femmes et les hommes

Les analyses évaluent successivement l'impact du volet «carence» et du volet «ancienneté» de la réforme.

Pour le volet «carence», les estimations montrent un impact positif et significatif sur le nombre de jours annuels d'arrêt maladie de 0,5 jour pour l'ensemble des salariés (cf. tableau 1). La comparaison des résultats selon le genre montre un effet significatif et plus important pour les hommes. En effet, la réforme augmente la probabilité annuelle d'absence pour maladie de 1,3 point de pourcentage, uniquement pour les hommes. À l'inverse, la réduction du délai de carence n'impacte pas le comportement des femmes en termes de prise d'arrêts maladie.

Le volet «ancienneté» de la réforme (cf. supra) a pour effet d'augmenter le nombre de jours annuels d'absence pour maladie de 0,6 jour en moyenne pour les salariés du secteur privé. L'effet est particulièrement marqué pour les femmes (1,7 jour) et non significatif pour les hommes. L'impact sur la probabilité d'arrêt maladie est légèrement positif pour l'ensemble des salariés (0,9 points de pourcentage), et plus important pour les femmes (3,4 points de pourcentage).

Tableau 1 : Résultats des estimations de l'impact des deux volets de la réforme arrêt maladie du secteur privé de 2008

Réforme arrêt maladie		Réduction du délai de carence (N=305 652)		Réduction de l'ancienneté minimale (N=111 273)	
		Effet	Ecart-type	Effet	Ecart-type
Nombre de jours d'arrêt maladie	Ensemble	0,482***^a	0,113	0,646***	0,154
	Homme	1,316***	0,148	0,116	0,174
	Femme	0,221	0,164	1,740***	0,214
Probabilité d'arrêt maladie	Ensemble	0,002	0,004	0,009*	0,005
	Homme	0,013**	0,005	-0,005	0,006
	Femme	0,001	0,005	0,034***	0,007

Note : Ce tableau présente les résultats des estimations DID avec appariement et les écart-type. Les coefficients significatifs sont en gras.

- Volet réduction du délai de carence : Traité (Carence > 7j), Contrôle (3j ≤ Carence ≤ 7j).

- Volet réduction de l'ancienneté : Traité (Ancienneté < 3j), Contrôle (Ancienneté ≥ 3j).

^a Exemple de lecture : le premier volet de la réforme, à savoir la réduction du délai de carence de 10 jours à 7 jours, a un impact significatif et positif sur le nombre de jours annuel d'arrêt maladie de 0,5 jour pour l'ensemble des salariés.

*, **, *** Significativité à 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

Source : Panel Hygie 2006-2010 (IRDES) apparié à une base des conventions collectives construites par les auteurs.

Ces résultats convergent avec d'autres études qui montrent également qu'une augmentation de la générosité du système d'assurance maladie augmente la fréquence et la durée des périodes d'absence maladie (Ziebarth et Karlsson, 2014; Ben Halima et Koubi, 2018).

De plus, l'impact causal de la réforme suite à l'augmentation du niveau de générosité des arrêts maladie apparaît ainsi hétérogène selon le genre et selon le volet de la réforme. Cette différenciation des effets selon le genre est classique dans les études traitant des arrêts maladie.

Le volet «carence» de la réforme augmente nettement le nombre annuel de jours d'absence pour maladie et la fréquence des arrêts pour les hommes tandis que le volet «ancienneté» présente des impacts significatifs principalement pour les femmes. Ce dernier résultat est fortement lié à la forte précarité et aux types des contrats de travail occupés par les femmes.

Une étude récente de l'Insee (Jauneau et Vidalenc, 2019) confirme que les femmes occupent des positions plus précaires que les hommes sur le marché du travail. Elles occupent 58 % des contrats à durée déterminée et des contrats d'intérim. Les salariés ayant ce type de contrat de travail présentent une faible ancienneté au sein de l'entreprise et sont de ce fait les principaux bénéficiaires du deuxième volet de la réforme.

● L'indemnisation complémentaire de l'employeur : un levier important de politique publique

L'étude présentée ici propose une évaluation complète des deux volets de la réforme des arrêts maladie du secteur privé visant à améliorer le niveau conventionnel de l'indemnité complémentaire versée par l'employeur. Son apport est double. Premièrement, ce travail comble une lacune importante du système statistique en donnant des informations sur les indemnités complémentaires versées par les employeurs appartenant aux cinquante plus importantes conventions collectives de branche analysées dans cette étude. À notre connaissance, aucune donnée n'existe pour l'instant sur le sujet, au moment de la rédaction de ce numéro. Pourtant, l'indemnité complémentaire constitue une partie importante du coût global des arrêts maladie, et un facteur de disparités de prise en charge des arrêts maladie entre les salariés. Ainsi, le niveau d'indemnisation complémentaire de chaque convention varie selon la durée de l'arrêt et selon un profil qui lui est propre : certaines d'entre elles sont par exemple généreuses après un certain délai de carence, alors que d'autres n'ont pas de délai de carence mais sont moins généreuses sur une plus longue durée (Ben Halima et Koubi, 2018).

Deuxièmement, nos analyses montrent que le niveau de l'indemnisation complémentaire a un impact réel sur la prise d'arrêt par les salariés. Ainsi, la réforme de 2008 améliorant le niveau de l'indemnité complémentaire versée par l'employeur dans le secteur privé a augmenté en moyenne le nombre annuel de jours d'arrêt maladie de l'ordre d'une demi-journée.

La réflexion sur une réforme du système de remboursement des arrêts maladie ne peut donc faire l'impasse sur la contribution de l'employeur qui se répercute sur le volume global d'arrêts maladie. De ce fait, une modification du système affecte simultanément le coût global des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et le coût du travail au sein des entreprises.

Ces disparités importantes de prise en charge des arrêts maladie entre les salariés du secteur privé soulèvent la question de l'égalité des indemnités complémentaires des arrêts maladie versées par l'employeur. La réforme des arrêts maladie est venue combler ce déficit d'égalité pour la partie correspondant au minimum légal versé par l'employeur, mais le

niveau d'indemnisation complémentaire pour certains salariés reste assez faible, car ils dépendent de la générosité de leurs conventions collectives respectives et restent fortement exposés au risque maladie de courte durée.

Ce phénomène favorise le présentisme au travail, où le salarié sera obligé de venir travailler alors qu'il est malade, et entraîne des pertes de productivité ainsi qu'une éventuelle contagion au sein de l'organisation. Le présentisme pourra engendrer des maladies plus graves de types accidents de travail ou maladies professionnelles plus coûteuses au niveau de la sécurité sociale.

● Arrêts maladie : arbitrage entre performance économique et préservation de la santé des salariés

La question de la prise en charge des arrêts maladie influençant l'offre de travail doit être étudiée du point de vue de la performance économique, comme cette étude le fait en partie mais également de la préservation de la santé des salariés, ce que nos données ne permettent pas de faire. Il existe un arbitrage entre les deux objectifs. Le premier consiste en une incitation à l'effort dans le cadre du contrôle exercé par l'entreprise sur le salarié et tendrait à diminuer la générosité de la prise en charge. Le second, qui est à l'origine de la mise en place du système d'indemnisation des arrêts maladie, vise la préservation de la santé des salariés, et donc de leur productivité.

D'autres réformes visant à limiter les arrêts de travail pour maladie ont été engagées dans le secteur public, le but ultime étant de maîtriser les dépenses d'assurance maladie tout en promouvant l'équité sociale. Ainsi, un jour de carence a été instauré en 2012 dans la fonction publique, avant d'être supprimé en 2014 et rétabli en 2018.

RÉFÉRENCES

- Allen, S. G. (1981)**, Compensation, safety, and absenteeism: Evidence from the Paper Industry, *Industrial and Labor Relations Review*, 34 (2), 207-218.
- Ben Halima, M. A., Koubi M. & Regaert, C. (2015)**, « Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ? », Documents de travail INSEE (n° G2015/05). Publié dans *LABOUR : Review of Labour Economics and Industrial Relations (2018)*, Volume 32, Issue 3, 353-394.
- Jauneau et Vidalenc (2019)**, Une photographie du marché du travail en 2018, Insee première n° 1740.
- Ziebarth, N. R. & Karlsson, M. (2010)**, A natural experiment on sick pay cuts, sickness absence, and labor costs, *Journal of Public Economics*, 94, 11-12, 1108-1122.
- Ziebarth, N. R. & Karlsson, M. (2014)**, The effects of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system, *Journal of Applied Econometrics*, 29(2), 208-230.

Les actualités du Centre d'études de l'emploi et du travail (dernières publications, colloques et séminaires) sont en ligne sur le site : ceet.cnam.fr

Elles sont également disponibles via la lettre électronique **Flash**, ainsi que sur le compte Twitter  **@CeetEtudes**

Centre d'études de l'emploi et du travail

29, promenade Michel Simon – 93166 Noisy-le-Grand CEDEX – Téléphone : 01 45 92 68 00 – site : ceet.cnam.fr

Directrice de publication : Christine Erhel - Rédacteur en chef : Bilel Osmane

Mise-en-page : Ad Tatum - Dépôt légal : 1805-066 - Décembre 2019 - ISSN : 1767-335