



Hémisphère
Droit

ÉTUDE

AVRIL 2026

ARRÊTS MALADIE : L'ÉPIDÉMIE QUI SAIGNE LA SÉCURITÉ SOCIALE

12 solutions inspirées de nos voisins
pour moderniser le système des arrêts maladie.



Hémisphère Droit

Hémisphère Droit est un think tank d'une nouvelle génération, inspiré par le secteur privé, qui propose une vision ambitieuse et radicale pour la France, alors que les facteurs de déclin s'accumulent.

Convaincus que **la technologie et le progrès** sont essentiels, et que la recherche et l'innovation sont les moteurs du développement **économique** et humain, nous portons une perspective **optimiste** et tournée vers l'avenir, qui vise à rendre aux citoyens la maîtrise de leur destin. Notre engagement profond au service des Français s'accompagne d'une défense résolue des valeurs démocratiques, en particulier par **la construction d'une démocratie directe systématique et de services publics d'excellence, soutenables économiquement.**

Notre **ambition** est de contribuer activement à faire de la France une **nation puissante**, sur les plans économique, industriel, technologique, écologique et militaire, capable d'exercer un **leadership continental** et d'être à la hauteur de son destin et de ses responsabilités au cœur de l'Europe.

Inspirés par les méthodes ayant fait leur preuve dans le monde de l'entreprise, nous mettons au cœur de notre travail la clarté des propositions, la rigueur des analyses, et le recours aux meilleurs experts. Persuadés que l'idée seule ne suffit pas, nous couvrons **toute la chaîne de valeur de l'action publique, du diagnostic** à la proposition, incluant l'acceptabilité, la soutenabilité financière, la robustesse juridique, et jusqu'à la rédaction des textes législatifs et réglementaires, permettant la mise en œuvre concrète de nos idées.

Toutes nos propositions sont **élaborées de manière indépendante**, et s'inscrivent dans le cadre de l'intérêt national : HD est financé exclusivement par des fonds privés, entreprises et particuliers, sans subventions publiques et sans affiliation à un parti politique ou à un intérêt économique.



couverture : alexander-grey / p. 2 : © Jacques Paquier

NOTRE ANALYSE



Le système français d'indemnisation des arrêts maladie connaît **une dérive financière structurelle qui saigne la sécurité sociale**. Leur coût dépasse désormais 32 milliards d'euros par an, soit **la moitié du budget de l'Éducation nationale**. En dix ans, **les arrêts maladie du secteur privé ont augmenté de deux tiers**. Les facteurs démographiques ou économiques ne suffisent pas à expliquer cette hausse, qui résulte dans 40 % des cas de l'augmentation du recours aux arrêts et de leur durée, ce qui met en évidence des failles profondes de contrôle et un système très déresponsabilisant.

À elle seule, **la fonction publique concentre 36 % des dépenses d'indemnités journalières**, alors qu'elle ne représente que **22 % des emplois**. Au sein de la fonction publique, **les agents de la territoriale s'absentent trois fois plus que les agents de l'État**, et dans la fonction hospitalière, le personnel non-médical est quatre fois plus absent que le personnel médical, qui est pourtant le plus exposé, et qui s'absente encore moins que les agents de l'État. Ces données restent largement opaques en l'absence de publication annuelle consolidée, ce qui constitue un véritable angle mort démocratique.

Dans le **secteur privé**, le **financement partagé** entre l'Assurance-Maladie, les employeurs et les complémentaires **dilue les responsabilités**, car dans les faits, 7 salariés sur 10 ne subissent aucune perte de revenu en cas d'arrêt maladie. Cette situation incite aux abus : en 2023, sur 1,2 million de contrôles, **30 % des arrêts examinés ont été jugés injustifiés**.



NOS CHIFFRES

31,6 Mds€

le coût total estimé des indemnités journalières en 2023, soit 16 % de la branche maladie du budget de la sécurité sociale, en additionnant les dépenses du régime général (20,5 Mds€, 65 %) et celles de la fonction publique (11,1 Mds€, 35 %).

40 %

de l'augmentation des arrêts maladie sont dus à la hausse du taux de recours et à l'allongement de la durée des arrêts, et le rythme s'accélère : la croissance annuelle des indemnités journalières maladie a doublé entre 2019 et 2023 (passant de +2,9 % d'augmentation à +6,3 %).

35%

du coût global des arrêts pour le contribuable sont représentés par les fonctionnaires, alors qu'ils ne comptent que pour 22 % des salariés.

30 %

des arrêts contrôlés sont jugés injustifiés, sur une base de 1,2 M de contrôles effectués en 2023.

NOS SOLUTIONS

- Rapprocher le système français des modèles suédois et allemand en faisant **supporter à l'entreprise le coût des arrêts de moins de 7 jours** (14 jours en Suède, 6 semaines en Allemagne), en contrepartie d'une **baisse correspondante des cotisations sociales, soit 500M€**. Cette mesure permet une forte réduction de charge et fait bénéficier les entreprises des gains de productivité liés à la baisse du nombre d'arrêts.
- Mettre en place un **jour de carence «d'ordre public» et universel**, qu'il serait interdit de compenser par des mutuelles ou des accords d'entreprise, afin de restaurer son caractère dissuasif. Cette mesure nous aligne sur nos voisins (3 jours de carence en Espagne) et a prouvé son efficacité dans l'Éducation Nationale où le rétablissement d'un jour de carence a fait baisser la fréquence des arrêts de 23%.
- **Centraliser, croiser et piloter spécifiquement toutes les données des anté-liées aux arrêts maladie, et les analyser automatiquement par IA**, pour identifier et sanctionner automatiquement les fraudes et pratiques abusives, qu'elles aient lieu au niveau de l'assuré ou du prescripteur. A titre d'exemple, le suivi spécifique par l'Assurance Maladie de 1 000 prescripteurs "atypiques" en 2024 a fait baisser de 30% le nombre de jours d'arrêts de travail prescrits]



CPAM, Créteil, France

© E. wmat - wikimedia

SOMMAIRE

- p. 08 1. Le système français des arrêts maladie, dont le coût a augmenté de 66 % en 10 ans, est structurellement déresponsabilisant et désormais hors de contrôle financièrement
- p. 09 A. La dérive des arrêts maladie est le fruit d'une croissance structurelle, de facteurs sanitaires et d'une défaillance du système de contrôle
- p. 19 B. La dispersion du financement et l'opacité du système aboutissent à une déresponsabilisation des assurés
- p. 20 C. Les modèles étrangers nous montrent qu'un changement de paradigme est seulement possible mais souhaitable
- p. 22 2. 12 propositions pour bâtir un système plus juste, plus pérenne et mieux protégé contre les abus
- p. 24 A. Responsabiliser les employeurs devra pour limiter drastiquement les effets d'aubaine dans le privé et favoriser la prévention
- p. 26 B. Uniformiser les règles d'indemnisation avec l'introduction de la carence universelle et la dégressivité des indemnités en cas d'arrêts répétés pour responsabiliser les assurés et décourager les abus
- p. 28 C. Automatiser les contrôles des médecins prescripteurs comme des assurés pour limiter les abus
- p. 31 D. Unifier la gouvernance de la donnée des arrêts maladie en centralisant les bases de données et en les analysant en continu par intelligence artificielle

Le système français d'indemnisation des arrêts maladie est confronté à une triple impasse : **une inflation spectaculaire de ses coûts (+66 % ces dix dernières années)**, **une dilution des responsabilités et un manque de transparence du système et des données**. Ce constat, partagé dans de nombreux rapports publics (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES, Cour des Comptes, Caisse nationale d'Assurance Maladie - CNAM, etc.), interroge la soutenabilité même du modèle actuel et invite à étudier des exemples étrangers où la responsabilité individuelle occupe une place centrale au sein du système.

A. La dérive des arrêts maladie est le fruit d'une croissance structurelle, de facteurs sanitaires et d'une défaillance du système de contrôle.

Le régime français des arrêts de travail coûte selon notre estimation plus de 31,6 Mds€ aux contribuables chaque année, soit la moitié du budget alloué par l'Etat à l'Education nationale (63 Mds€)¹. Ce chiffre est inédit car le chiffrage des arrêts de travail rencontre plusieurs obstacles, principalement l'opacité des données de certains organismes et aussi le manque voire l'absence de coopération efficace. Tout cela rend difficile l'évaluation de ces mécanismes.

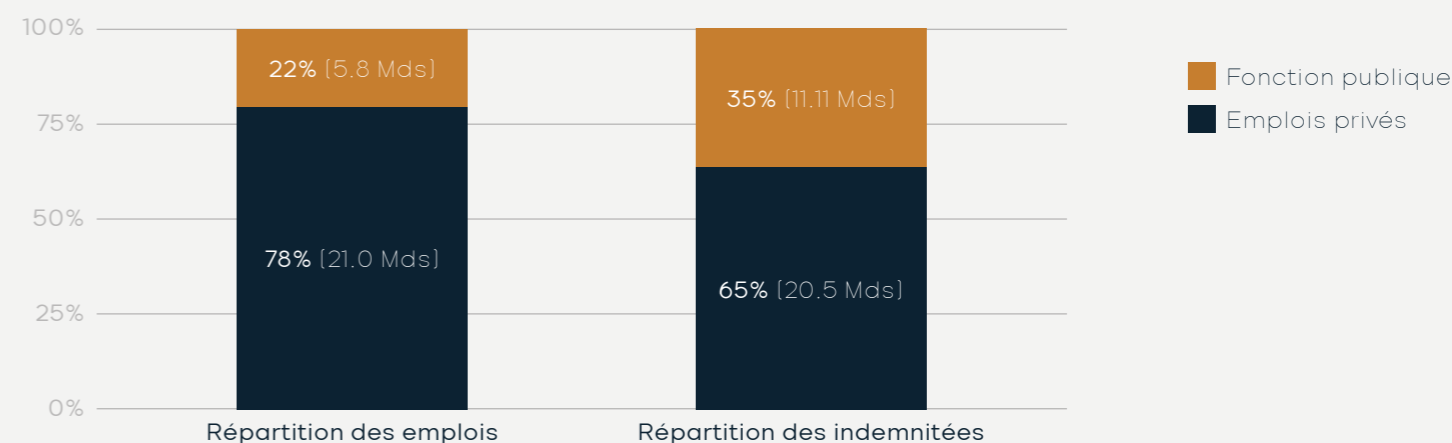
En premier lieu, il faut distinguer le régime général des arrêts de travail, géré par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et le régime de la fonction publique. Le coût des indemnités journalières versé au titre des arrêts de travail dans ces deux branches représente respectivement 20,5 Mds€ pour le privé et 11,1 Mds€ pour le public.

Ce chiffre de 11,1 Mds€ est issu d'une estimation du rapport de la Cour des Comptes de 2021 sur la base de chiffres de 2017. En effet, c'est bien l'Etat et non la Sécurité Sociale qui assure un maintien de salaire aux agents publics en arrêt².

01.

Le système français des arrêts maladie, dont le coût a augmenté de 66 % en 10 ans, est structurellement déresponsabilisant et désormais hors de contrôle financièrement.

FIGURE 01 : COMPARAISON DES MONTANTS D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ET DES EFFECTIFS BÉNÉFICIAIRES ENTRE SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ, EN MDS€



Source : La rémunération des agents publics en arrêt maladie, Cour des Comptes, 2021 et Les dépenses de santé en 2023, Fiche 23 : Les indemnités journalières, DREES, 2024

¹ Projet de loi de finances pour 2026 : Enseignement scolaire, Avis n° 144 [2025-2026], tome III, fascicule 1, Rapports législatifs du Sénat, 2025

² La rémunération des agents publics en arrêt maladie, Cour des Comptes, 2021



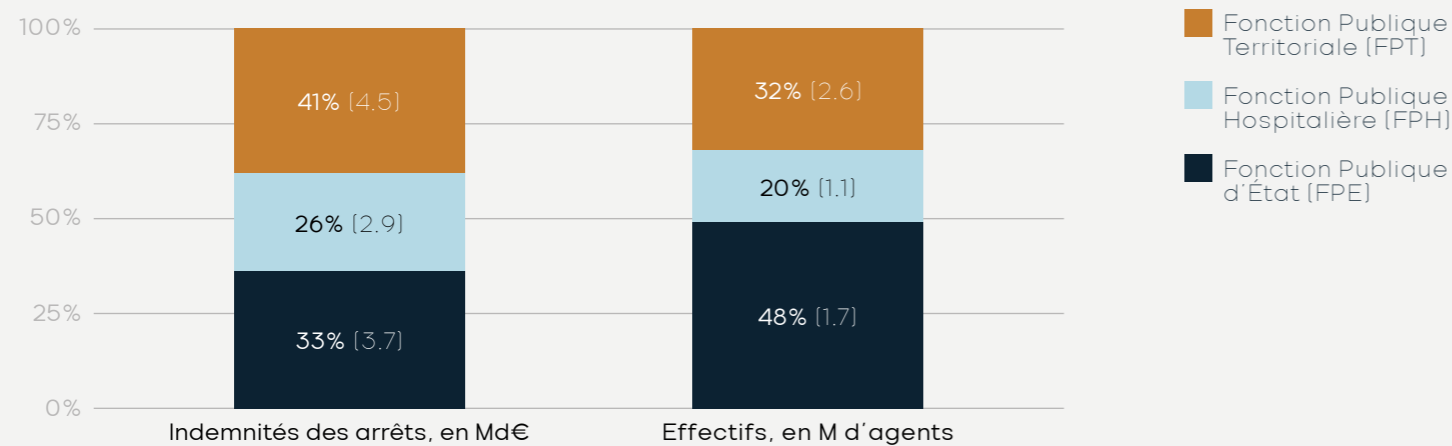
Si la fonction publique représente environ 22 % des emplois en France avec 5,8 millions d'agents³, elle représente 36 % des dépenses d'indemnités journalières. Les modalités d'indemnisation y sont souvent plus favorables que dans le privé et très hétérogènes selon les statuts (après une journée de carence, la rémunération est garantie à 90 % du salaire). Il est par ailleurs important de souligner que le manque de transparence dans les chiffres des arrêts de travail de la fonction publique révèle un véritable tabou. Aucun chiffre agrégé n'est publié annuellement pour créer de la transparence sur l'état des arrêts maladie du public, à la différence du privé où un rapport annuel de la CNAM publie ces données. Notre seule source est ainsi un rapport de la Cour des Comptes de 2021 sur des données de 2017. De surcroît, l'Etat étant à la fois l'assureur et l'employeur, un chiffrage propre à la fonction publique est opéré avec une nomenclature ne correspondant pas aux données de la CNAM. Ainsi, à titre d'exemple, le rapport de la Cour des comptes construit des estimations du coût des arrêts maladie et Accidents du Travail-Maladies Professionnelles (AT/MP), sans inclure les congés maternité. Il est très probable que ces chiffres aient augmenté depuis 2017, à l'instar des données du privé, et que la situation actuelle des arrêts de travail soit encore plus déplorable.



Sans remettre en cause la réalité des problèmes médicaux que peuvent connaître les agents de la fonction publique, les données fournies par la Cour des comptes révèlent des écarts significatifs qui interrogent la légitimité de certains recours aux arrêts maladie. Ainsi, dans la Fonction publique Territoriale, le ratio entre les indemnités versées (4,5 Mds€) et les effectifs concernés (1,7 M de fonctionnaire) est 2,6 fois plus élevé que dans la Fonction publique d'Etat, suggérant des arrêts potentiellement plus longs ou plus fréquents. De même, la Fonction publique d'Etat affiche un ratio indemnités/effectifs de 1,4, tandis que la Fonction publique Hospitalière, pourtant exposée à des conditions de travail particulièrement éprouvantes, présente le ratio le plus modéré (2,6). Ces disparités entre les trois fonctions publiques ne peuvent s'expliquer uniquement par des différences d'état de santé ou de pénibilité au travail.

Comme l'illustre la Figure 3, la Cour des comptes constate une forte disparité dans le nombre de jours d'absence moyen par agent selon le type de fonction publique. Les personnels de FPT déclarent 3 fois plus de jours d'arrêts que ceux de la FPE. L'écart est d'autant plus flagrant lorsqu'il s'agit du personnel de la FPH : les soignants déclarent 4,4 fois moins de jours que les personnels non-médicaux.

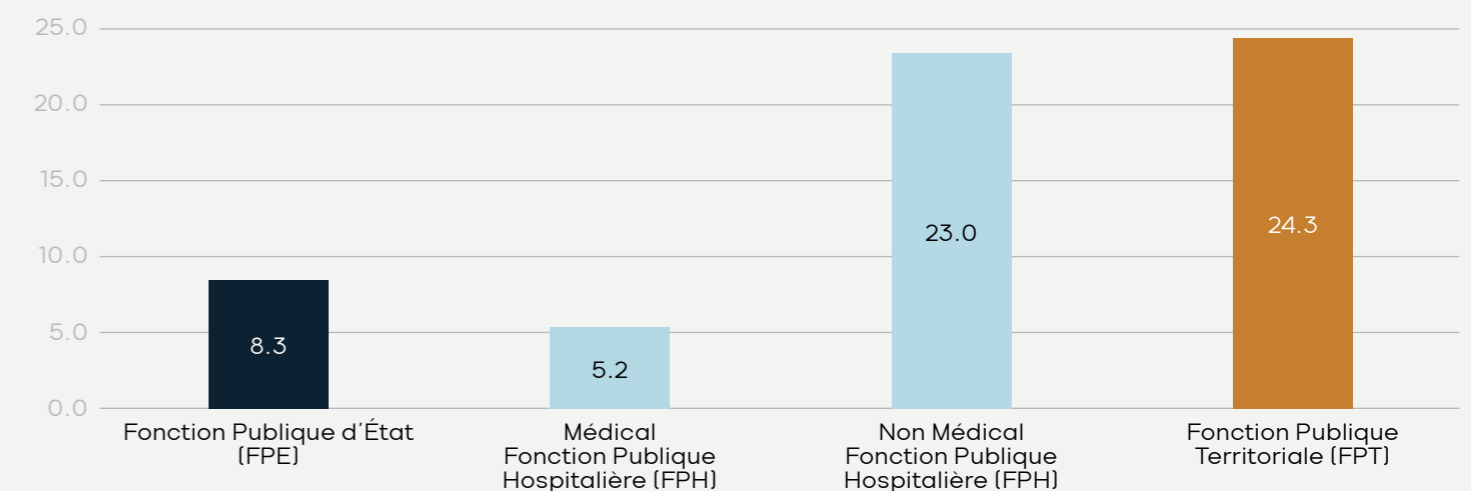
FIGURE 02 : RÉPARTITION DES ARRÊTS DE TRAVAIL (AT/MP ET ARRÊTS MALADIE), DES ARRÊTS MALADIE ET DES EFFECTIFS SELON LE TYPE DE FONCTION PUBLIQUE, 2017



Source : La rémunération des agents publics en arrêt maladie. Fascicule 2 : annexes, Cour des comptes, 2023

³Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, DGAFP-SDessi, 2025

FIGURE 03 : NOMBRE MOYEN DE JOURS D'ABSENCE POUR ARRÊT MALADIE PAR AGENT SELON LE TYPE DE FONCTION PUBLIQUE, 2017



Source : La rémunération des agents publics en arrêt maladie. Fascicule 2 : annexes, Cour des comptes, 2023

En se concentrant sur les arrêts de travail du privé, dont les chiffres sont publiés par la CNAM et la DREES (voir Graphe 1), on constate une augmentation globale du coût des indemnités journalières toutes causes confondues, passant de 13,1 Mds€ en 2013 à 20,5 Mds€ en 2023. Cependant, dans ce chiffre, il convient de différencier les trois types d'arrêts de travail (la maternité, les Accidents du travail - Maladies professionnelles et la maladie) qui ont chacun des causes ou des régimes indemnitaires différents.

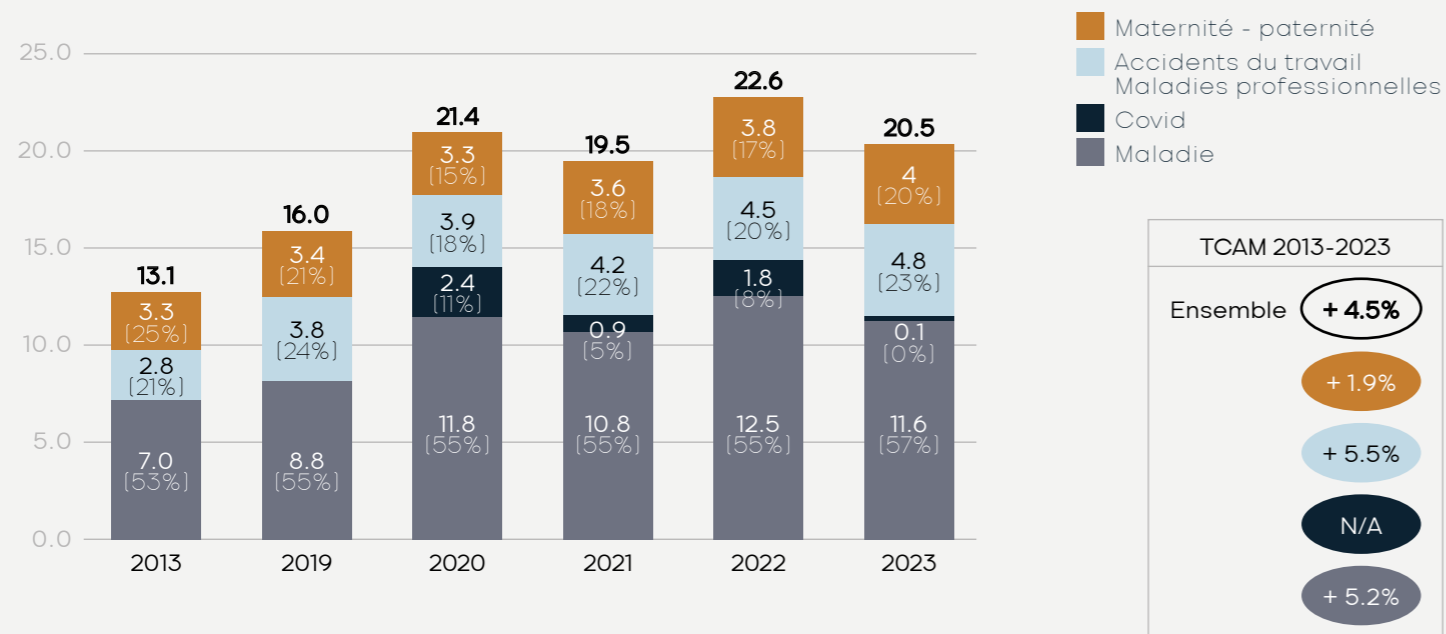
Il y a d'abord les arrêts pour cause de Maternité-Paternité, passés de 3,3 Mds€ en 2013 à 4 Mds€ en 2023⁴. Ces arrêts ne connaissent pas d'augmentation inquiétante, avec 1,9 % de Taux de croissance annuel moyen. Cela s'explique notamment par une hausse du congé paternité (passé de 14 jours à 28 jours sur cette période) modérée par la baisse des naissances, passée de 811 000 en 2013 à 667 000 en 2023 [-18 %]⁵.

Le cœur de l'augmentation des indemnités provient de la croissance des arrêts maladie, à hauteur d'environ 5 % par an. Ceux-ci se séparent en 2 catégories: les arrêts maladie et les d'accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Les premiers résultent d'une affection propre à l'assuré et extérieure à sa condition de travail quand les seconds résultent d'une affection en lien avec son travail. La conséquence est identique, c'est-à-dire que l'assuré est arrêté, mais le régime indemnitaire est différent.

En se concentrant uniquement sur les arrêts maladie 'normaux', on remarque que leur coût a connu une progression continue, avec une hausse de +66 % (11,6 Mds€ en 2023 contre 7,0 Mds€ en 2013) sur la décennie écoulée. Cela représente une augmentation de 4,6 Mds€ depuis 2013, dont 2,8 Mds€ depuis 2019. Cette augmentation est particulièrement marquée depuis la crise sanitaire de Covid-19, mais s'inscrit dans une tendance de fond : en 10 ans, le coût des arrêts maladie a augmenté de plus de 5 % en moyenne par an⁶.

Cette croissance du régime général des arrêts maladies s'explique d'abord par des facteurs structurels (progression de l'emploi, progression des salaires), mais aussi significativement par des facteurs comportementaux (hausse du taux de recours, allongement des arrêts). Selon la DREES, 60 % de la hausse des dépenses d'indemnités journalières maladie entre 2010 et 2023 sont liés à des facteurs économiques et démographiques (hausse de l'emploi, vieillissement, progression des salaires), et 40 % à l'augmentation du taux de recours et de la durée des arrêts. Alors qu'il est difficile d'influer sur les facteurs économiques et démographiques, il est cependant important d'étudier ce que l'on peut faire sur la hausse des taux de recours et de la durée des arrêts maladie.

FIGURE 04 : EVOLUTION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES, POUR L'ENSEMBLE DES RÉGIMES DE BASE D'ASSURANCE MALADIE, HORS FONCTION PUBLIQUE, EN MDS€, EN % DU TOTAL

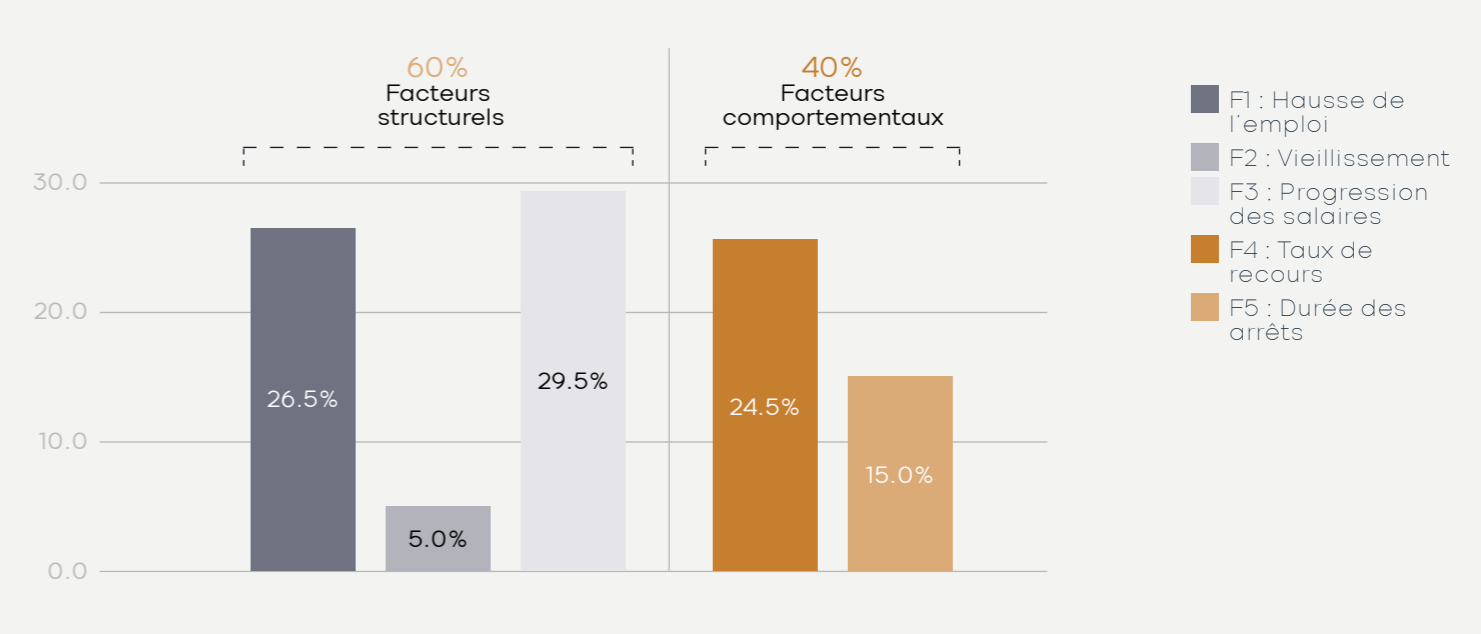


Source : Les dépenses de santé en 2023, Fiche 23 : Les indemnités journalières, DREES, 2024

⁴ Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026. CNAM, 2025

⁵ Les naissances en 2023, Une baisse d'une ampleur inédite depuis la fin du baby-boom, INSEE, 2024

FIGURE 05: FACTEURS EXPLICATIFS DE L'ÉVOLUTION DU MONTANT INDEMNISÉ DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE, EN 2010 ET 2023, EN %



Source : Études et Résultats, n° 1321, Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019, DREES, 2024

⁶ Les dépenses de santé en 2023, Fiche 23 : Les indemnités journalières, DREES, 2024



La multiplication des arrêts courts a particulièrement pesé sur le système : en 2023, ~50 % des arrêts délivrés sont des arrêts de courte durée (moins de 8 jours), dont la majorité échappe à tout contrôle médical réel de l'administration⁷.

Deux dynamiques distinctes mais complémentaires expliquent également l'évolution des dépenses d'arrêts maladie :

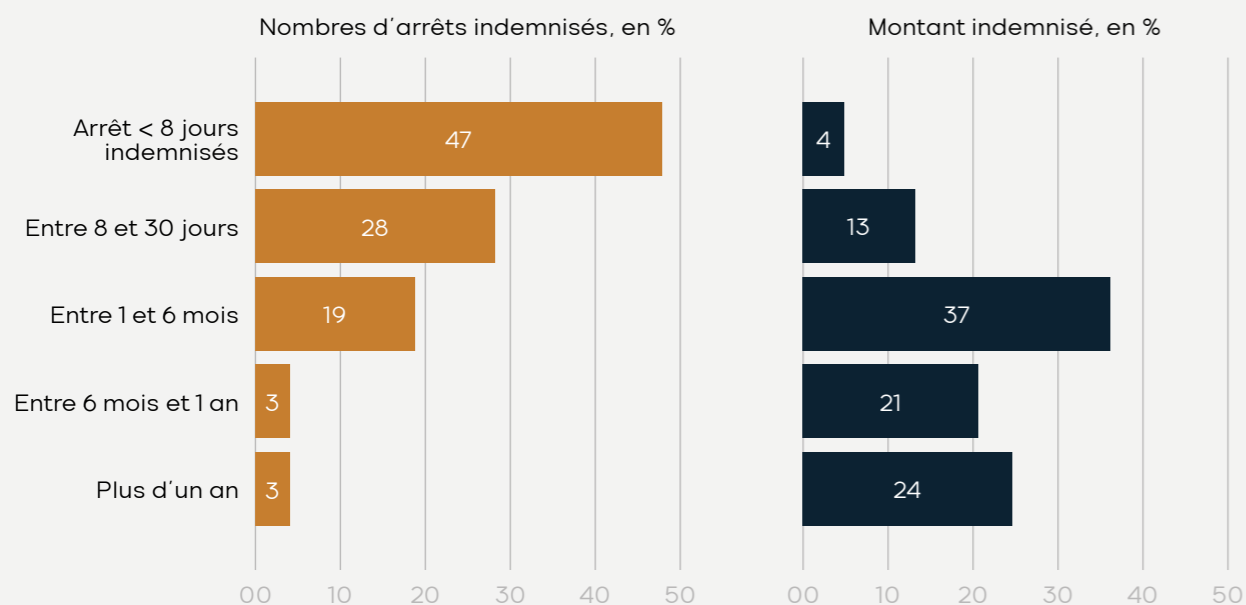
- Représentant près de 50 % des arrêts délivrés, les arrêts de courte durée (moins de 8 jours) échappent en grande partie au contrôle médical de l'administration. En effet, le manque de réactivité de l'administration rend impossible le contrôle lorsque l'arrêt ne dépasse pas quelques jours. En effet, il paraît irréaliste de contrôler l'ensemble des assurés déclarant une gastro-entérite ou la grippe saisonnière en novembre.
- À l'inverse, les arrêts de plus de 6 mois sont le véritable cœur de la dynamique financière. Bien que moins nombreux, avec seulement 6 % des arrêts (dont la moitié d'arrêts de 6 mois à

un an et l'autre moitié d'arrêts de plus d'un an), ils concentrent 45 % de la dépense [21 % pour les arrêts de 6 mois à un an +3 % pour les arrêts de plus d'un an] et connaissent, selon la CNAM, une « reprise significative » depuis 2024, ce qui en fait le principal facteur du coût des indemnités journalières.

Cette évolution est également celle du profil des arrêts maladie, de plus en plus tirée par la santé mentale. Selon ce même rapport de l'Assurance Maladie, les troubles psychiques tels que la dépression ou l'anxiété sont devenus le premier motif des arrêts maladie de longue durée.

Selon le baromètre de Malakoff Humanis, les arrêts maladie pour motif de santé mentale représentaient le premier motif d'arrêt en 2025 avec près de 16 % des cas, après les maladies ordinaires (comme la grippe, le rhume, etc.). Cette augmentation s'inscrit dans un contexte de dégradation de la santé mentale dans le monde professionnel depuis la crise sanitaire, où 1/4 des salariés se déclare en mauvaise santé mentale⁸. Les autres affections (hors maladies ordinaires et santé mentale) représentent quant à elles 44 % des motifs d'arrêts. Notons d'ailleurs que les troubles psychologiques grimpent à 25 % parmi les motifs d'arrêts longue durée (plus de 30 jours d'arrêt), juste derrière les traumatismes et accidents pour 30 % des cas et 19 % des arrêts moyens. Cette progression témoigne d'une dégradation des conditions de travail et de la santé mentale des salariés.

FIGURE 06 : RÉPARTITION DES ARRÊTS INDEMNISÉS SELON LA DURÉE, NOMBRE ET MONTANTS, EN %, 2024

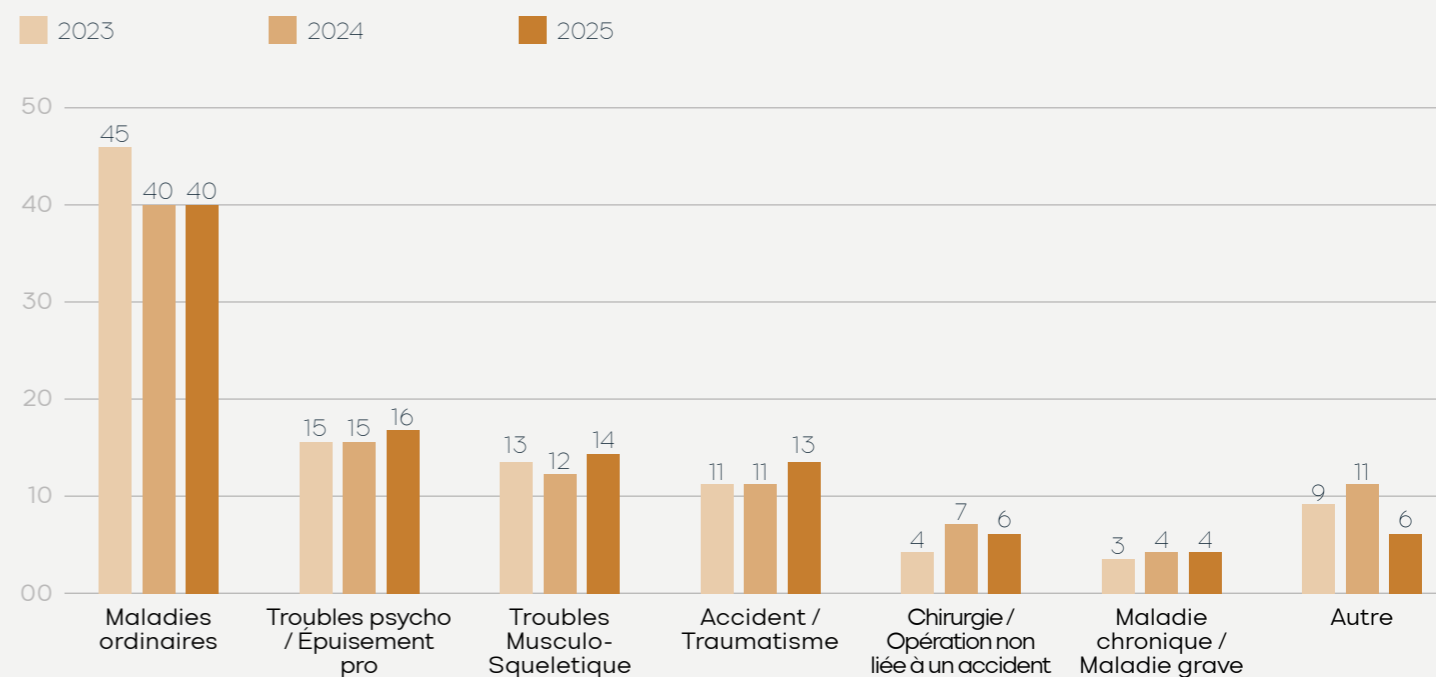


Note de lecture : Sur 100 arrêts indemnisés, 47 le sont pour des arrêts de moins de 8 jours

Source : Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019 Études et résultats, Nadine Colinot, Gonzague Debeugny (CNAM), Catherine Pollak (DREES), 2024

⁷ Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019, DREES, 2024

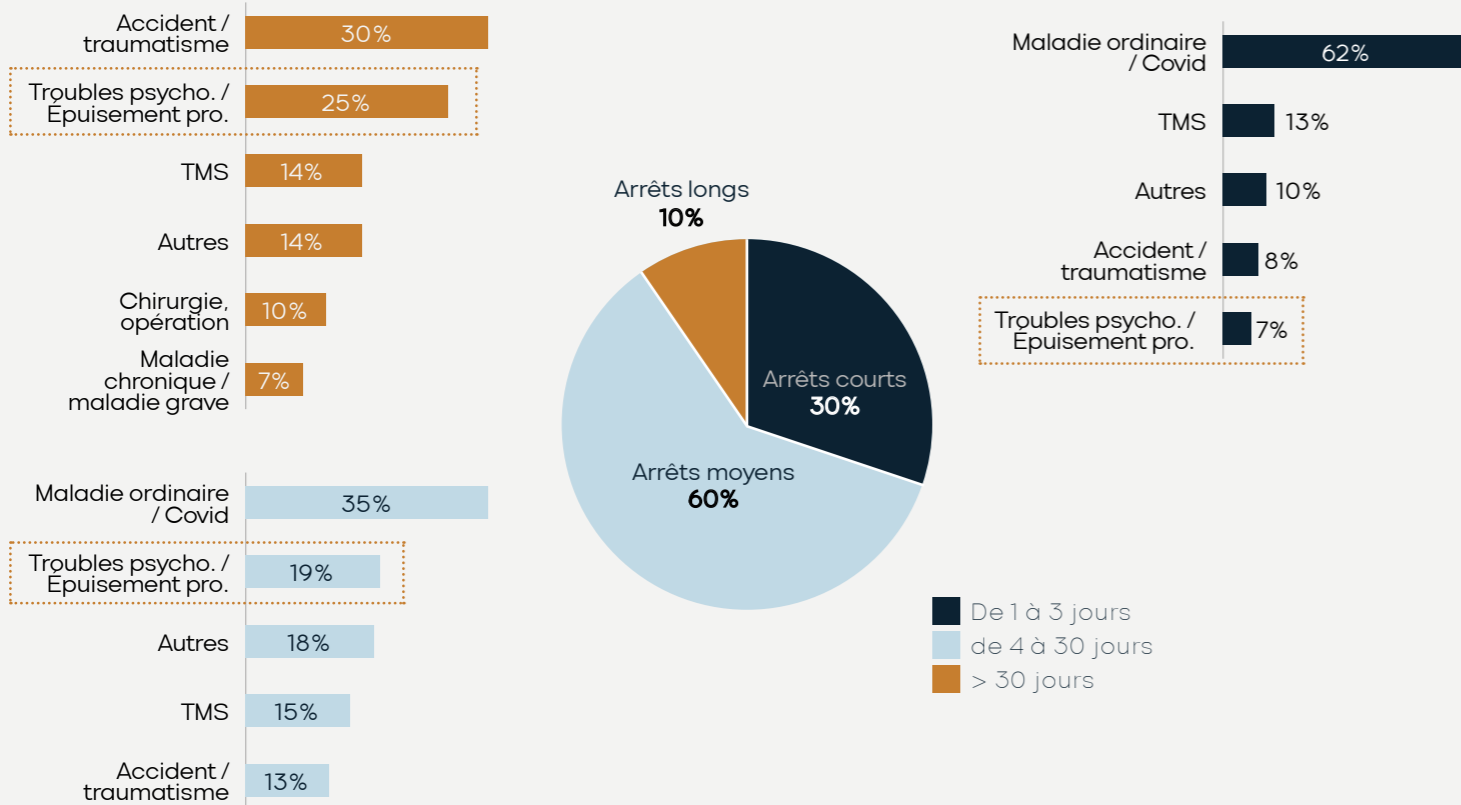
FIGURE 07: MOTIFS DES ARRÊTS DE TRAVAIL PRESCRITS PAR TYPE DE CAUSE, EN % DU TOTAL, 2023-2025



Source : Baromètre annuel Absentéisme - Les salariés & les dirigeants face à l'arrêt maladie, Malakoff Humanis 2025

⁸ Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026, CNAM, 2025

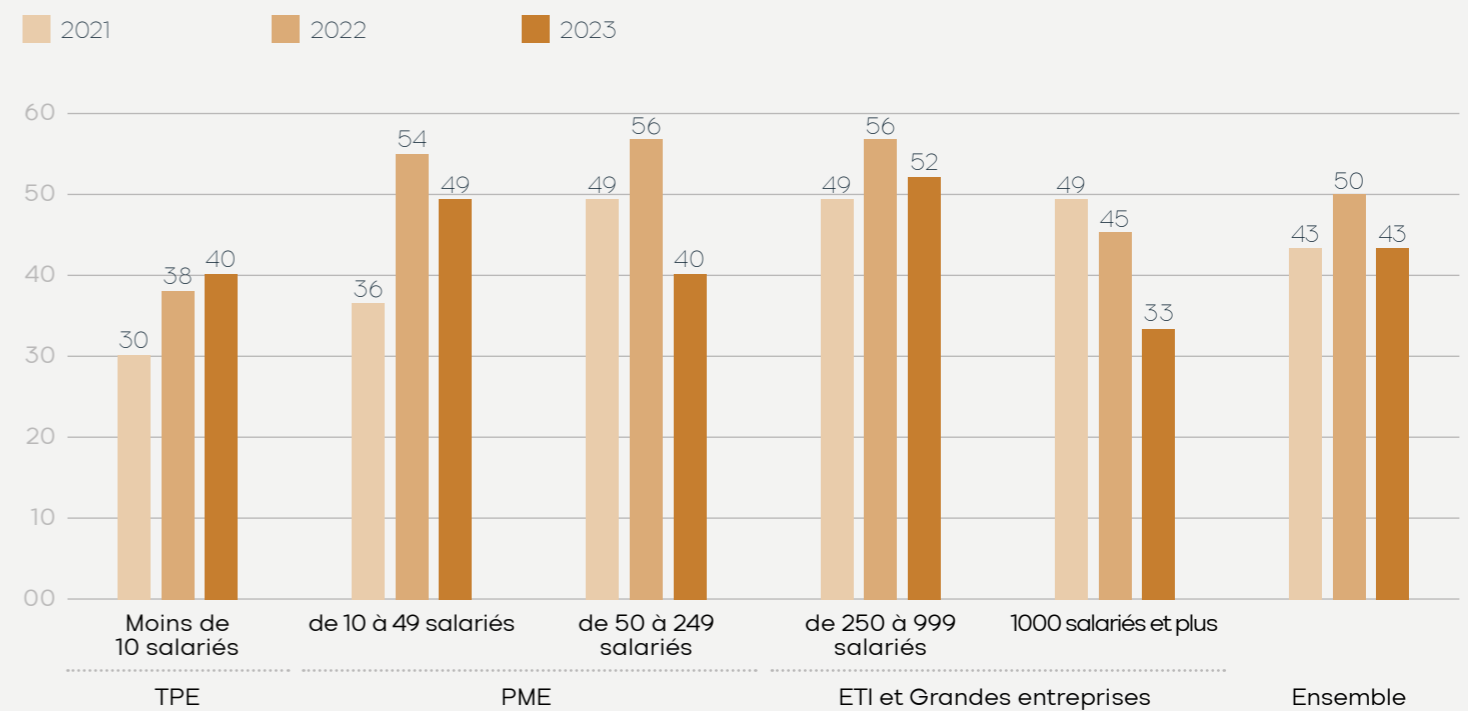
FIGURE 08 : DÉTAIL DES MOTIFS DES ARRÊTS DE TRAVAIL PRESCRITS PAR TYPE DE CAUSE ET SELON LA DURÉE, EN POURCENTAGE DU TOTAL, 2025



Source : Baromètre annuel Absentéisme - Les salariés & les dirigeants face à l'arrêt maladie, Malakoff Humanis 2025

Les TPE et PME subissent de plein fouet la montée de l'absentéisme maladie, avec une intensité plus marquée que dans les grandes structures. Le baromètre Malakoff Humanis de 2024 montre que la proportion de salariés ayant eu au moins un arrêt maladie dans l'année a fortement progressé dans les entreprises de moins de 50 salariés, près de 40 % dans les TPE de moins de 10 salariés (soit +10 points entre 2021 et 2023) et 1 salarié sur 2 dans les PME de 10 à 49 salariés. Dans le même temps, les ETI et les grandes entreprises, qui avaient un taux d'absentéisme supérieur, voient leurs chiffres se stabiliser voire baisser.

FIGURE 09: POURCENTAGE DE SALARIÉS ARRÊTÉS AU MOINS UNE FOIS DANS L'ANNÉE, 2021 À 2023



Source : Baromètre annuel Absentéisme - Malakoff Humanis, 2024

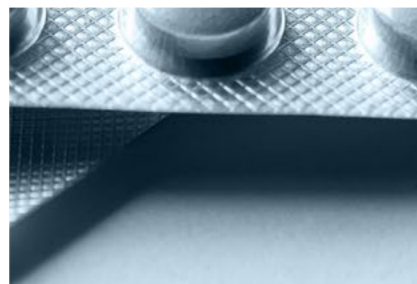
9 Des données et analyses : Absentéisme, Malakoff Humanis, 2024



Avec un taux de recours aux arrêts maladie grandissant, notamment pour les courtes durées, se pose la question de la fraude. D'après Thomas Fatôme, directeur de la CNAM, sur 1,2 millions de contrôles effectués en 2023, 30 % des arrêts de travail ont été jugés injustifiés, ce qui démontre l'ampleur des abus possibles et l'insuffisance des contrôles ciblés. Les règles d'indemnisation et de contrôle sont hétérogènes selon le statut du salarié, variables selon la branche, la taille de l'entreprise, la nature du contrat, la présence d'une complémentaire, etc. Cela crée des zones grises propices aux abus¹⁰.

Enfin, la lutte contre la fraude, bien qu'en progression, reste sous-exploitée et pas assez dissuasive. Par exemple, du côté des prescripteurs, les sanctions sont limitées : un professionnel de santé fraudeur ayant exercé dans un centre conventionné pour fraude peut demander à s'installer en libéral et être conventionné, sans que l'Assurance Maladie puisse s'y opposer, même s'il a été impliqué dans des pratiques frauduleuses¹¹. On note cependant des chiffres de fraudes décelées en progression, avec 68,6 millions d'euros en 2024 (en progression de 75 % depuis 2023). Cela ne représente que 0,6 % de l'ensemble du coût des arrêts maladie pour le contribuable. Dans le même temps, cette même année, 6 500 pénalités financières ont été prononcées contre des assurés fraudeurs, pour un total de 28 M€. Cependant, en 2022, seuls 31 médecins (sur 230 000) ont été radiés pour cause de fraude (tous types de fraudes confondus) et en 2024, seuls 79 professionnels de santé (médecins infirmiers, centres pluridisciplinaires, etc.) ont été déconventionnés.

À l'issue de cet état des lieux, il apparaît que le coût des indemnités journalières pour les arrêts de travail provient essentiellement d'un système opaque dans la fonction publique, et d'une augmentation des arrêts maladie dans le secteur privé. Cela pose la question du taux de recours et du manque de contrôle pour lutter contre la fraude des arrêts maladie.



B. La dispersion du financement et l'opacité du système aboutissent à une déresponsabilisation des assurés

Alors que les agents de la fonction publique bénéficient d'un système où l'Etat prend en charge les frais de l'arrêt maladie puisqu'il est à la fois l'assureur et employeur, le financement pour le secteur privé repose sur un empilement de trois financeurs distincts, la CPAM, l'employeur et la complémentaire. Ce système conduit à une perte de lisibilité et de responsabilités des assurés comme des employeurs et à une inégalité de traitement injustifiée entre public et privé.

La CPAM prend en charge le paiement des indemnités journalières à partir du 4 jour d'arrêt, qui couvrent environ 50 % du salaire brut (60 à 66 % du net) dans la limite de 50,58 €/jour (2024), pour un coût total de 11,6 Mds€ annuels en 2023. La Sécurité sociale assure donc la couverture principale du risque maladie, avec un coût élevé pour la collectivité¹².

Dans le secteur privé, la loi ou les conventions collectives imposent le maintien partiel ou total du salaire, souvent dès le premier jour, et environ 80 % des salariés bénéficient de cette protection, pour un coût estimé entre 3 et 4 milliards d'euros par an¹³. Dans le public, le maintien du traitement est encore plus favorable faisant grimper le coût des arrêts maladie pour la personne publique. Avec la réforme de Guillaume Kasbarian, l'indemnisation est passée de 100 à 90 % du salaire du fonctionnaire arrêté¹⁴.

Enfin, les complémentaires santé complètent la couverture et permettent d'assurer le maintien quasi intégral du revenu pour la plupart des salariés. Environ 70 % des salariés du privé disposent d'un contrat de prévoyance couvrant le risque d'incapacité/maladie et qui prend le relais après la Sécurité sociale et l'employeur, selon l'IRDES.

Ces complémentaires santé sont obligatoires pour la plupart des salariés du privé, elles complètent la prise en charge pour garantir jusqu'à 90 % ou même 100 % du salaire net, après intervention de la Sécu et de l'employeur. Les versements des complémentaires (prévoyance collective) au titre des arrêts maladie sont estimés entre 1,5 et 2 milliards d'euros par an¹⁵.

Cette répartition dilue les responsabilités. 7 salariés sur 10 ne subissent ainsi aucune perte de revenu en cas d'arrêt maladie, ce qui amoindrit substantiellement la dimension incitative du dispositif. La multiplication des statuts et des financeurs accroît la complexité, l'opacité, et donc l'inefficacité du système.



¹⁰ Maîtrise des dépenses de santé : « Il ne s'agit pas de jeter l'anathème ni sur les médecins, ni sur les assurés, ni sur les entreprises », assure le patron de la Cnam, FranceInfo, 2024

¹¹ Chapitre V : L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier, Rapport sur l'application de la LFSS 2024, Cour des Comptes, 2024

¹² Arrêt maladie : indemnités journalières versées au salarié, Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), 2026

¹³ Alerte sur le coût des arrêts maladies, IFRAP, 2025

¹⁴ Indemnisation des arrêts maladie : quels changements dans les secteurs public et privé ?, Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), 2026

¹⁵ L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017, IRDES, 2018

C. Les modèles étrangers nous montrent qu'un changement de paradigme est non seulement possible mais souhaitable

La comparaison internationale révèle que les pays ayant su associer responsabilisation financière de l'employeur, contrôle médical effectif et dialogue social abouti parviennent à **mieux maîtriser l'absentéisme et les coûts pour la collectivité**, tout en accompagnant mieux les salariés fragilisés. À l'inverse, le modèle français, par sa générosité et la dilution de la charge, souffre d'une moindre efficacité des contrôles et d'une prévention insuffisante, au prix d'un coût croissant pour la Sécurité sociale.

L'Allemagne : **responsabilisation maximale de l'employeur et contrôle renforcé**

En Allemagne, l'intégralité du coût des 6 premières semaines d'arrêt maladie est supportée par l'employeur ("*Entgeltfortzahlung*"). Passé ce délai, l'assurance maladie publique verse 70 % du salaire brut (jusqu'à un plafond), ce qui correspond environ à 90 % du salaire net. Un contrôle particulier est assuré en Allemagne : le salarié doit présenter à son employeur un certificat médical dès le 3^e jour d'absence, voire dès le 1^{er} jour si l'employeur l'exige. L'employeur peut demander une visite médicale de contrôle auprès du service médical d'assurance maladie (MDK)¹⁶.

Ce système responsabilise fortement les employeurs, qui ont tout intérêt à prévenir l'absentéisme abusif et à favoriser la réintégration rapide. Ainsi, les entreprises développent activement des politiques de prévention de la désinsertion professionnelle, avec des dispositifs spécifiques d'accompagnement au retour, des aménagements, et un dialogue social doublé d'un suivi individuel attentif.

La Suède : **co-paiement, suivi médical et plan de réinsertion**

En Suède, le modèle repose sur un partage très structuré de la responsabilité. Jusqu'à J+14, l'employeur indemnise le salarié à hauteur de 80 % du salaire. À partir du 15^e jour, l'assurance maladie (*Försäkringskassan*) prend le relais, toujours à 80 %, sous condition de certificat médical dès le 8^e jour. Une politique de contrôle et d'accompagnement est également mise en œuvre : chaque arrêt long s'accompagne d'un plan individualisé de réinsertion, suivi et adapté par les autorités sociales¹⁷.

La récurrence d'arrêts maladie déclenche automatiquement une réévaluation du poste de travail et un accompagnement coordonné (médecin, employeur, assurance maladie). Ainsi, malgré un nombre d'arrêts supérieurs à la moyenne européenne (notamment pour motifs psychiques), la Suède parvient à limiter leur durée moyenne, à accélérer le retour à l'emploi et à réduire les transitions vers l'invalidité.

L'Espagne : **carence et contrôle systématique**

L'Espagne applique une carence stricte de 3 jours non indemnisés pour chaque arrêt maladie. Dès le 4^e jour, l'indemnisation débute à 60 % du salaire brut, jusqu'au 20^e jour, puis 75 % ensuite. Les services de la Sécurité Sociale (INSS) convoquent systématiquement les salariés en arrêt maladie au 8^e jour, puis à intervalles réguliers. Les médecins sont soumis à une codification obligatoire de chaque arrêt, et les prescriptions sont systématiquement suivies et analysées. Ainsi, le taux d'absentéisme est parmi les plus faibles d'Europe du Sud, mais les syndicats dénoncent parfois une pression excessive pour limiter les arrêts justifiés¹⁸.

Les États-Unis : **un système libéral à l'inverse du modèle français**

Aux États-Unis, il n'existe aucun régime public fédéral d'indemnisation des arrêts maladie : chaque État ou employeur définit sa politique. La loi FMLA permet jusqu'à 12 semaines d'absence médicale non rémunérée sous conditions. Seuls quelques États (la Californie, New York et Rhode Island notamment) ont instauré des régimes publics partiels, mais dans la grande majorité des cas, l'indemnisation dépend du contrat de travail¹⁹.

Le modèle américain aboutit ainsi à de fortes inégalités d'accès à la protection et à un absentéisme de courte durée assez peu répandu, mais qui peut se faire au détriment d'une santé publique optimale²⁰.

¹⁶ « Krankengeld » de l'Allemagne, EURES-T Rhin Supérieur, 2025

¹⁷ Sick employee days 1-90, Försäkringskassan, 2025

¹⁸ Le régime espagnol de sécurité sociale (salariés), CLEISS, 2024

¹⁹ États-Unis : Des dispositifs de conciliation embryonnaires, Chronique internationale de l'IRES - n° 152, 2015

²⁰ Mandated sick pay: Coverage, Utilization and Crowding-in, Journal of the European Economic Association, 2025

À la lumière du diagnostic posé dans la première partie, il est désormais indispensable de repenser l'architecture de l'indemnisation des arrêts maladie pour en assurer la viabilité financière, garantir une équité de traitement entre assurés, et réduire massivement les comportements opportunistes et frauduleux. En s'inspirant de l'étude des modèles étrangers, de l'analyse des failles du modèle français et de la synthèse des rapports publics (Cour des Comptes, CNAM, DREES) il est permis de proposer un ensemble de recommandations potentielles, pragmatiques et ambitieuses, déclinées selon quatre principes directeurs :

- A. Responsabiliser les employeurs pour limiter drastiquement les effets d'aubaine dans le privé et favoriser la prévention
- B. Uniformiser les règles d'indemnisation avec l'introduction de la carence universelle et la dégressivité des indemnités en cas d'arrêts répétés pour responsabiliser les assurés et décourager les abus
- C. Automatiser les contrôles des médecins prescripteurs comme des assurés pour limiter les abus
- D. Unifier la gouvernance de la donnée des arrêts maladie en centralisant les bases de données et en les analysant en continu par intelligence artificielle

02.

12 propositions pour bâtir un système plus juste, plus pérenne et mieux protégé contre les abus



A. Responsabiliser les employeurs pour limiter drastiquement les effets d'aubaine dans le privé et favoriser la prévention

a) *Transférer à l'employeur le financement intégral des arrêts de moins de 7 jours, en échange d'un allègement des charges correspondantes (hors cas de force majeure médicale)*

Le parangonnage européen met en lumière le fait que la prise en charge intégrale des arrêts courts par l'employeur, comme en Allemagne (6 semaines) ou en Suède (14 jours), permet de limiter les effets d'aubaine et les recours opportunistes, de responsabiliser les entreprises, et de désengorger la Sécurité Sociale. La Cour des Comptes relève que la France est un des rares pays européens où la Sécurité Sociale prend en charge très tôt (après 3 jours) les arrêts maladie, et ce, de façon quasi-systématique, indépendamment de la durée de l'arrêt. Elle souligne que près de 60 % des arrêts délivrés sont des arrêts de moins de 7 jours, dont la grande majorité échappe à tout contrôle réel. Cela génère un fort effet d'aubaine : pour des motifs bénins ou peu documentés, le salarié bénéficie d'une indemnisation publique sans perte de revenu, dès le 4^{ème} jour (et dans de nombreux cas, la convention collective, l'employeur ou la mutuelle complète l'indemnisation dès le 1^{er} jour).

Cette mesure permettrait une réduction rapide du taux d'absentéisme de convenance et un alignement des conditions d'indemnisation sur la moyenne européenne. L'employeur a en effet une vision souvent circonstanciée des arrêts maladie demandés par le salarié. De manière complémentaire à cette mesure qui pèsera sur les entreprises, il s'agira de prévoir, pour les TPE/PME, un système de mutualisation du risque au bénéfice des employeurs (fonds de solidarité de branche, inspiration du modèle allemand du *Umlageverfahren*).

Les économies que pourraient permettre de telles adaptations pour la CNAM seraient d'au moins 470 M€ par an, selon la Cour des comptes²¹, captées principalement par les entreprises. L'employeur supporterait le coût de l'arrêt maladie entre le 4^{ème} et le 7^{ème} jour pour un coût oscillant entre 330 et 660 M€. Une baisse des cotisations sociales à hauteur de 500 M€ serait mise en place pour compenser le coût. Outre une plus grande vigilance des employeurs contre l'absentéisme, une incitation accrue à la prévention des risques en entreprise et à la gestion active de la santé au travail seraient permises par ces ajustements²².



b) *Généraliser les accords de branche pour accentuer la prévention sanitaire au travail et limiter les causes structurelles favorisant la survenance des arrêts maladie*

Renforcer la prévention apparaît comme un élément essentiel de la stratégie de lutte contre le recours aux arrêts maladie. Certaines branches professionnelles (BTP, métallurgie, secteur hospitalier) disposent d'accords de branche exemplaires en prévention et suivi santé, comme le souligne un rapport de l'IGAS de 2023²³. Mais de tels accords restent souvent marginaux et inégaux entre les branches.

En complément de ces accords construits entre partenaires sociaux, ces derniers devraient également définir de bonnes pratiques en matière de détection précoce, d'adaptation des postes, de dialogue social sur l'absentéisme. Ces mesures complémentaires, peu coûteuses et déléguées aux partenaires sociaux permettrait un renforcement du pilotage collectif de la santé au travail, évitant le recours systématique à l'arrêt de travail et favorisant un retour en poste plus rapide et adapté. Une réduction du nombre d'arrêts répétés et de longue durée peut résulter de ces adaptations.

Chaque secteur aurait ainsi une politique propre de prévention de l'absentéisme et aurait des mesures adaptées en fonction des pathologies observées, qu'elles soient physiques (troubles musculo-squelettiques par exemple), ou psychologiques (burnout, etc.).



²¹ Cela correspond au coût supporté par la CNAM pour les arrêts courts de moins de 8 jours.

²² Chapitre V : L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier, Rapport sur l'application de la LFSS 2024, Cour des Comptes, 2024

²³ Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail, IGAS, 2023

B. Uniformiser les règles d'indemnisation avec l'introduction de la carence universelle et la dégressivité des indemnités en cas d'arrêts répétés pour responsabiliser les assurés et décourager les abus

a) Instaurer un jour de carence universelle pour tout salarié du secteur public ou privé

Mettre en place un jour de carence pour tout salarié, quel que soit son statut (privé, public, contractuel, indépendant), non indemnisable, non compensable par un accord collectif ou une assurance complémentaire serait une mesure très efficace pour lutter contre les arrêts maladie de complaisance. La carence actuelle (1 jour dans le public, 3 jours dans le privé) est souvent compensée par les employeurs ou les complémentaires santé, ce qui en réduit l'effet incitatif. Des exceptions peuvent éventuellement être envisagées, mais uniquement pour les maladies de longue durée ou pour des hospitalisations. La liste des exceptions devra être stricte et modifiable par la loi.

À titre d'exemple, l'instauration d'un jour de carence dans la fonction publique a eu des effets massifs sur l'absentéisme des agents publics. L'INSEE révèle que dans l'Éducation nationale par exemple, le retour d'une journée de carence a diminué de 23 % la fréquence des arrêts maladie²⁴. Par ailleurs, l'universalité du jour de carence garantirait une équité de traitement entre salariés et agents publics.

b) Rendre la carence non contournable par l'employeur, les mutuelles ou les conventions collectives pour garantir l'effectivité de la mesure

Mesure complémentaire à l'instauration d'un jour de carence universel, la carence obligatoire devra être impossible à contourner. Aujourd'hui, nombre de conventions collectives et de contrats de prévoyance compensent la perte de revenu, ce qui neutralise la portée de la carence. Il conviendrait donc de modifier la législation (article L. 1226-1 du Code du travail) pour rendre illicite tout contournement du jour de carence par la complémentaire santé ou une convention collective. Le rétablissement effectif de l'effet incitatif de la carence et l'alignement avec les caractéristiques des autres modèles européens permettraient de rééquilibrer sensiblement les abus et les dérives liés aux arrêts de travail.

c) Introduire une dégressivité des indemnités journalières en cas d'arrêts répétés

Le système actuel indemnise chaque arrêt sur la même base, ce qui peut encourager la répétition d'arrêts courts (*effet « multi-arrêts »*). Il conviendrait de réduire progressivement le montant de l'indemnité journalière pour les arrêts successifs sur une même année civile (par exemple : 100 % du taux pour les 30 premiers jours cumulés, 80 % pour les 30 suivants, 60 % au-delà). L'information pourrait être affichée sur le bulletin de salaire pour rendre l'information transparente et intelligible. Des exemptions clairement limitées pourront néanmoins être possibles pour certaines pathologies. Cela permettrait une meilleure équité vis-à-vis des salariés atteints de maladies graves, et sanctionnerait les pratiques abusives de certains salariés ou fonctionnaires.



²⁴ Quel est l'effet du « jour de carence » sur les absences pour maladie des personnels de l'Éducation nationale ?, INSEE, 2024

C. Automatiser les contrôles des médecins prescripteurs comme des assurés pour limiter les abus

a) Mettre en place un tableau de bord anonymisé de suivi pour tous les prescripteurs

Certains médecins délivrent des volumes d'arrêts maladie bien supérieurs à la moyenne de leur territoire ou de leur spécialité, sans contrôle réel. En 2024, 1 000 médecins présentant des caractéristiques de prescriptions atypiques en matière d'arrêts de travail ont été inclus dans un programme de MSO-MSAP, Maladie.c'est-à-dire de Mise sous objectif ou, à défaut, de Mise sous accord préalable de leurs prescriptions d'arrêts de travail par l'Assurance. Cela a donné lieu à une baisse de près de 30 % du nombre de jours d'arrêt de travail prescrits par patient actif. L'Assurance Maladie peine à identifier et à traiter ces dérives faute d'outils de pilotage ciblés²⁵.

Il est nécessaire d'établir un tableau de bord anonymisé, rendu accessible aux ordres des médecins, aux ARS et à l'Assurance Maladie. Il recenserait, pour chaque prescripteur, le nombre, la durée et la répartition des arrêts délivrés par rapport à la moyenne régionale/nationale. Ce tableau de bord générerait des alertes automatiques : les praticiens au-delà d'un certain seuil seraient alors systématiquement contrôlés. Par exemple, franchir un seuil de 150-180 arrêts/an ou dépasser de plus de 25 ou 30 % la moyenne de la spécialité alerterait automatiquement l'Assurance Maladie.

b) Lancer des contrôles ciblés et systématisés sur les prescripteurs atypiques ou hors norme

La part des arrêts de complaisance reste difficile à chiffrer, mais la CNAM constate qu'environ 30 % des arrêts contrôlés sont jugés injustifiés, sur une base 1,2 millions de contrôles effectués en 2023.

Il est nécessaire de généraliser les contrôles a posteriori sur les prescripteurs hors norme : audit médical, convocation devant l'Ordre ou l'Assurance Maladie, suspension possible du droit de prescription d'arrêts en cas de récidive manifeste.²⁶ Pour suivre les dérives et les rendre publiques, une publication annuelle sur les volumes et les anomalies détectés devra devenir systématique, afin que cette transparence devienne davantage incitative. Cela permettra la réduction des prescriptions injustifiées, essor de la prévention des réseaux de fraude organisée, comme notamment les "usines à arrêts", ou les réseaux sur les plateformes en ligne.

c) Les abus spécifiques liés à la téléconsultation doivent faire l'objet de mesures spécifiques supplémentaires

Le développement rapide de la téléconsultation peut certes favoriser l'accès aux soins, mais a aussi ouvert la voie à de nombreux abus : multiplication d'arrêts maladie de complaisance, prescriptions sans véritable examen, recours à des plateformes anonymes permettant d'obtenir un arrêt en quelques minutes. Selon la CNAM, la part d'arrêts délivrés en téléconsultation a doublé en deux ans, et certains médecins délivrent un volume d'arrêts très supérieur à la moyenne, souvent sans connaître le patient. Cette dérive fragilise la crédibilité du dispositif, augmente les coûts pour la Sécurité sociale et favorise une banalisation de l'arrêt maladie. En mars 2025, après l'adoption du PLFSS 2025, les conditions de prescription d'arrêts en téléconsultation ont été modifiées. Ainsi, le médecin²⁷ ne peut plus prescrire plus de 3 jours d'arrêt et ne peut plus renouveler une prescription²⁸.

Au-delà de cette réforme, il faudrait développer un plan de lutte contre les fraudes liées à la téléconsultation en limitant les modalités de prescription, et en renforçant les contrôles et la prévention sur les prescripteurs. Un plan de lutte contre les fraudes liées à la téléconsultation pourrait se structurer autour de quelques mesures plus précises :

- Limiter la prescription d'arrêts maladie en téléconsultation aux seuls patients déjà connus du médecin (ayant consulté en présentiel dans les 24 derniers mois).
- Renforcer le contrôle statistique et les sanctions à l'encontre des médecins et plateformes délivrant un nombre anormal d'arrêts²⁹.
- Transmettre systématiquement les arrêts délivrés en téléconsultation au médecin traitant pour suivi et coordination.
- Sensibiliser et former les médecins aux bonnes pratiques de la téléconsultation et aux risques juridiques des abus.

²⁵ Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026. CNAM, 2025

²⁶ Trop d'arrêts de travail injustifiés : comment l'Assurance maladie va-t-elle accentuer les contrôles ?, Europe1, 2024

²⁷ Exception faite pour les médecins traitants ou les sage-femmes suivant la grossesse.

²⁸ Téléconsultations : les nouvelles règles concernant les arrêts maladie, Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), 2025

²⁹ Les téléconsultations : Une place limitée dans le système de santé, une stratégie à clarifier pour améliorer l'accès aux soins, Cour des comptes, 2025

d) Renforcer les contrôles à domicile et les sanctions pour non-présence injustifiée lors du contrôle

Les contrôles à domicile sont jugés peu dissuasifs car rares, programmés, et assortis de sanctions faibles. Pour rendre les contrôles à domicile plus dissuasifs, ceux-ci pourraient voir leur fréquence augmenter, notamment sur les arrêts courts répétés. De manière plus technique, la plage horaire de contrôle pourrait être élargie (par exemple, en matinée et l'après-midi), de même que les contrôles ne pourraient être qu'inopinés. De même, la suspension des indemnités journalières en cas d'absence injustifiée n'est aujourd'hui pas systématique³⁰.

En complément du caractère inopiné des contrôles, l'amende administrative pour fraude avérée pourrait être sensiblement augmentée (par exemple, de 150 à 500 € par infraction) en plus du caractère systématique de la suspension des indemnités journalières. L'objectif pourrait être de doubler le nombre de contrôles annuels dans les premiers mois. L'effet dissuasif des sanctions s'en trouverait alors renforcé pour les usagers et les médecins prescripteurs, limitant d'autant les abus.

D. Unifier la gouvernance de la donnée des arrêts maladie en centralisant les bases de données et en les analysant en continu par intelligence artificielle

a) Uniformiser et centraliser l'ensemble des données autour de la CNAM

Il convient de mettre en place une gouvernance simplifiée de la gestion de l'absentéisme au travail, qu'il importe la cause de l'arrêt (que ce soit pour des raisons de maternité d'AT-MP ou d'arrêts maladie) et qu'il importe le statut de l'assuré (salarié privé ou agent public). Il est nécessaire de regrouper l'ensemble des données mais également des prestations et responsabilités autour de la CNAM qui pourrait ainsi avoir une vision globale de l'état des arrêts en France.

b) Créer une plateforme nationale de suivi des arrêts, interopérable et accessible par tous les acteurs

L'absence de base de données unifiée, interconnectée entre la CNAM, les employeurs, les complémentaires santé et les ARS, génère de nombreuses « zones grises », empêche la détection des fraudes organisées et limite la gestion du risque. De même, l'ensemble des données de la fonction publique sont disséminées et ne sont pas publiées de manière récurrente. La Cour des comptes est contrainte de produire des estimations peu fiables. Il est incompréhensible que les études ne puissent prendre en considération les données de la fonction publique représentant plus du tiers de la dépense globale.

Il conviendrait donc de développer une plateforme nationale centralisée publique permettant de suivre en temps réel l'ensemble des arrêts de travail, accessible aux caisses, employeurs, complémentaires, ARS et organismes de contrôle et de dématérialiser totalement la prescription, la transmission et le traitement des arrêts maladie. Ces deux mesures permettraient une identification en temps réel des fraudes potentielles (arrêts multi-employeurs, arrêts consécutifs sans retour, doublons). Le pilotage statistique serait également renforcé et permettrait de disposer d'une capacité d'intervention plus rapide et optimisée.



³⁰ Chapitre V : L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier, Rapport sur l'application de la LFSS 2024, Cour des Comptes, 2024

c) Automatiser le croisement des données pour détecter les suspicions de fraude ou de redondance

Le croisement des données CPAM/URSSAF/Impôts/Complémentaires est encore largement manuel et lacunaire. Les plateformes de « *data mining* » permettent déjà à l'Assurance Maladie de détecter des incohérences, mais le potentiel de tels outils est encore largement inexploité³¹.

Il serait utile de déployer des algorithmes d'analyse automatisée pour identifier les situations individuelles présentant des risques de fraude. Les critères les plus analysés seraient la fréquence des arrêts, leur simultanéité ou leur chevauchement, de même que les incohérences des revenus. Le caractère automatique de ces outils faciliterait une détection plus précoce et plus large de la fraude, et limiterait les pertes pour la Sécurité sociale.

Le 18 novembre 2025, un projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, instaurant le partage accru des données entre administrations a été adopté au Sénat.

RÉFÉRENCES

- *Projet de loi de finances pour 2026 : Enseignement scolaire, Avis n° 144 (2025-2026), tome III, fascicule 1, Rapports législatifs du Sénat, 2025*
- *Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026, CNAM, 2025*
- *Les dépenses de santé en 2023, Fiche 23 : Les indemnités journalières, DREES, 2024*
- *La rémunération des agents publics en arrêt maladie, Cour des Comptes, 2021*
- *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, DGAFP-SDessi, 2025*
- *Les naissances en 2023, Une baisse d'une ampleur inédite depuis la fin du baby-boom, INSEE, 2024*
- *Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019, DREES, 2024*
- *Des données et analyses : Absentéisme, Malakoff Humanis, 2024*
- *Baromètre annuel Absentéisme - Les salariés & les dirigeants face à l'arrêt maladie, Malakoff Humanis 2025*
- *Maîtrise des dépenses de santé : "Il ne s'agit pas de jeter l'anathème ni sur les médecins, ni sur les assurés, ni sur les entreprises", assure le patron de la Cnam, FranceInfo, 2024*
- *Chapitre V : L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier, Rapport sur l'application de la LFSS 2024, Cour des Comptes, 2024*
- *Arrêt maladie : indemnités journalières versées au salarié, Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), 2026*
- *Alerte sur le coût des arrêts maladies, IFRAP, 2025*
- *Indemnisation des arrêts maladie : quels changements dans les secteurs public et privé ?, Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), 2026*
- *L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017, IRDES, 2018*
- *« Krankengeld » de l'Allemagne, EURES-T Rhin Supérieur, 2025*
- *Sick employee days 1-90, Forsakringskassan, 2025*
- *Le régime espagnol de sécurité sociale (salariés), CLEISS, 2024*
- *États-Unis : Des dispositifs de conciliation embryonnaires, Chronique internationale de l'IRES - n° 152, 2015*
- *Mandated sick pay: Coverage, Utilization and Crowding-in, Journal of the European Economic Association, 2025*
- *Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail, IGAS, 2023*
- *Quel est l'effet du « jour de carence » sur les absences pour maladie des personnels de l'Éducation nationale ?, INSEE, 2024*
- *Trop d'arrêts de travail injustifiés : comment l'Assurance maladie va-t-elle accentuer les contrôles ?, Europe 1, 2024*
- *Téléconsultations : les nouvelles règles concernant les arrêts maladie, Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), 2025*
- *Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2023 > 2027, CNAM, 2023*
- *Artificial Intelligence and the labour market, OECD Employment Outlook, 2023*

³¹ *Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2023 > 2027, CNAM, 2023*



Hémisphère
Droit

www.hemispheredroit.fr