

LE NON RECOURS AUX PRESTATIONS EN SANTE

L'EXEMPLE DES INDEMNITES JOURNALIERES (IJ) POUR SYNDROME CORONARIEN AIGU AU RSI ¹

F.Latil ; C.Lechien ; JX. Pietri ; C. Saumon ; P.Perrot.

La lutte contre la fraude et les abus de prestations est une mission des organismes sociaux. Elle consiste à rechercher les prestations sociales payées sans justification. Mais l'attention est aussi attirée sur l'autre aspect de la question : les prestations qui sont justifiées mais qui ne sont pas demandées par les bénéficiaires qui auraient pu y prétendre. C'est l'envers de la fraude sociale. L'ouvrage que publie l'Observatoire des non recours aux droits et services (Odenore) aboutit au constat que la fraude aux prestations sociales est bien inférieure aux allocations non demandées [¹]. Enfin le Comité d'Action Stratégique, [²] fait plusieurs préconisations concernant les fraudes, mais aussi concernant le non recours aux prestations sociales : « mieux évaluer et analyser le non recours aux principales prestations ; à partir de ces évaluations, identifier les causes et les solutions au non recours par l'interrogation des bénéficiaires potentiels concernés et des agents ». C'est à cet exercice que nous nous sommes livrés. Pour cela nous sommes partis d'une prestation sociale précise : les indemnités journalières justifiées par l'apparition d' un syndrome coronarien aigu (SCA) dont font partie l'infarctus du myocarde, et l'angine de poitrine. Il s'agit d'un état dont le début peut être fixé avec certitude et ou la justification de l'arrêt de travail lié, au minimum, à l'hospitalisation, n'est pas contestée. Par ailleurs nous avons remarqué que des patients présentant cette pathologie et en âge de travailler ne présentaient pas d'arrêt de travail. Ce phénomène était connu de nos services mais inexploré.

Ce travail s'inscrit également dans l'axe 4 de la Convention d'Objectifs et de Gestion Etat-RSI : « mieux informer les assurés ; améliorer la gestion des prestations maladie et en espèces » et dans l'axe 7 : « développer la connaissance de la population des travailleurs indépendants pour construire une politique d'offre de service et de gestion adaptée ». C'est à notre connaissance la première fois qu'on étudie le non recours à une prestation directement liée à l'état de santé. Ceci peut s'expliquer par le fait que le contrôle des indemnités journalières requiert la connaissance d'éléments couverts par le secret médical.

Ce travail cherche à répondre aux questions suivantes :

- Quelle est la fréquence du non recours aux prestations ici les indemnités journalières (IJ) ?
- Quels sont les motifs du non recours ?

¹ Régime Social des Indépendants

- Y a-t-il préjudice pour l'assuré et si oui lequel ?
- Y a-t-il un profil du « non demandeur » de prestation ?
- La suppression ou correction du phénomène de non recours aux IJ est-elle soutenable financièrement pour la caisse ?

METHODOLOGIE

Population source: Assurés en cours d'immatriculation au RSI comme artisans ou commerçants, non retraités, hospitalisés pour cardiopathie ischémique aigue inaugurale ayant bénéficié d'une coronarographie en urgence, d'un traitement médical à visée coronarienne et/ou d'un geste cardiaque interventionnel.

Individu statistique : le patient ; était artisan ou commerçant, immatriculé au RSI Ile de France .

Critères d'inclusion :

- Assurés et retraités actifs présentant un 1^{er} arrêt de travail avec hospitalisation pour cardiopathie ischémique. Diagnostics correspondant aux Codes CIM10 I25 ; I 20 ;I21, Z 955.
- Cet arrêt de travail devait avoir débuté entre le 1.9.2011 et le 30.4.2012.
- Les assurés résidaient dans les départements de la région parisienne.
- En cas d'arrêts de travail successifs, seul le premier était investigué

Critères d'exclusion

- les patients ayant présenté un déficit de leurs fonctions cognitives liées à une pathologie cérébrale.
- les patients maîtrisant trop mal le français pour répondre de façon fiable ou incapable de répondre au téléphone.
- les cardiopathies associées pré-existantes à l'accident sous forme d'une affection de longue durée déjà accordée.
- les co-morbidités associées mobilisant l'essentiel des soins et justifiant à titre principal l'arrêt de travail .
- patients ayant eu un épisode ischémique coronarien antérieur au 1.9.2011.

Mode opératoire :

Les deux bras de l'enquête étaient constitués à partir de la population source

* **Groupe1 : IJ** - :44 patients. Sélection par requête informatique des patients de la population incluse n'ayant pas eu de prescription d'arrêt de travail. C'est sur ce groupe qu'a porté la présente enquête. La sélection a été faite sur le diagnostic de SCA à partir des demandes d'affections de longue durée chez des patients en âge de travailler, et de moins

de 65 ans. Un interrogatoire téléphonique a permis de recueillir les données portant sur le motif et la durée d'interruption de travail.

* **Groupe 2 : IJ+** :Groupe témoin 81 patients. La population ayant eu des indemnités journalières a servi de groupe témoin. Elle a été constituée au fil de l'eau par la saisie des arrêts de travail mentionnant un épisode coronarien (SCA). Ces patients ont été convoqués à 90 jours, ce qui correspond à la fin de la date limite maximum d'arrêt dans le référentiel HAS pour les cas les plus graves (pontage coronarien). Les deux populations ont été comparées rétrospectivement .

Le terme arrêt de travail désigne donc une suspension de l'activité professionnelle, qu'elle ait été indemnisée (IJ+) ou pas (IJ-) .

Les paramètres analysés étaient : l'âge, le sexe, la durée de l'arrêt, la CMU, les revenus déclarés, le statut professionnel : artisan, commerçant - auto-entrepreneur.

Les décès. Le système d'information du RSI ne permet pas de détecter les décès précoces, avant le déclenchement des prestations qui seules permettent d'identifier les pathologies. Le chiffre a donc été extrapolé des dernières données de mortalité extraites du registre des USIC (4,4% à 30 jours en 2010)³.

RESULTATS

1°) Quelle est la fréquence du non recours aux IJ ?

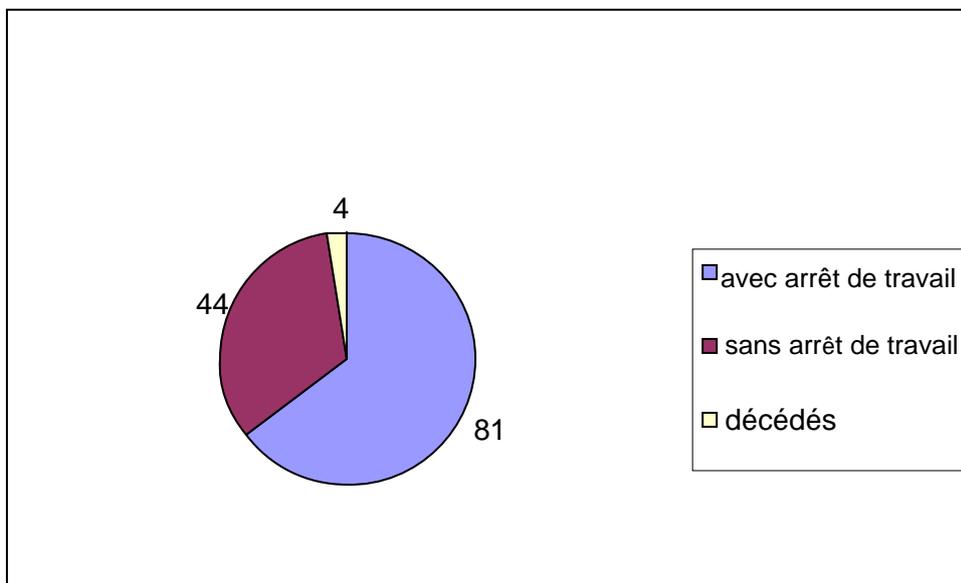


Fig1 Répartition des patients de la population source

Sur les 129 patients de la population source suivis pendant la période test, 81 seulement soit 65,8 % présentaient un arrêt de travail, 44 n'en avaient pas présenté, 4 étaient décédés. Le non recours aux IJ se situait à 35.2%

2°) Quel est le motif du non recours aux Indemnités Journalières ?

L'enquête téléphonique s'est montrée exploitable chez 30 patients sur 44. Le motif cité en premier, 12 fois, est l'ignorance de l'existence de la prestation par le patient, et 18 fois l'absence de recours aux IJ assumée, du fait du bon état de santé, ou de la nécessité de reprendre le travail. Il est arrivé fréquemment que deux raisons soient invoquées et la totalité des réponses figure au tableau 1. Par ailleurs les indemnités sont comprises entre 20 et 50€ par jour, ce qui peut passer pour négligeable aux hauts revenus et même face à des charges élevées.

Motif invoqué par le patient de l'absence de prescription d'IJ	Fréquence du motif
Absence de demande (sans précision)	20
Inutilité du fait du bon état de santé	16
Ignorance de la prestation (sans précision)	7
Absence de prescription par le médecin	6
Pensait ne pas avoir droit aux IJ	5
Activité saisonnière	2
Désinformation par l'entourage	1

Tableau 1 : Ventilation des motifs de non recours aux soins. Deux réponses possibles par patient. On constate que la non demande (en jaune) l'emporte sur la non information

L'enquête téléphonique s'est révélée non contributive 14 fois, soit pour cause d'impossibilité de joindre le patient, soit pour cause de difficultés d'interrogatoire : réaction hostile, difficultés d'expression ou linguistiques .

3°) Ya t-il eu préjudice pour les patients du fait du non recours aux IJ ?

Ce renseignement nous est donné par la durée moyenne de l'arrêt de travail. Dans le groupe des patients IJ+, la durée moyenne de l'arrêt de travail est de 102,4 jours alors que dans le groupe IJ- la durée estimée par le patient lui-même, n'était que de 12,2 jours. La durée la plus longue dans ce dernier groupe étant de 6 semaines. Il n'y a donc pas eu de préjudice majeur pour les patients qui n'ont pas fait valoir leur droit à l'arrêt de travail.

Nous avons posé une troisième question aux patients du groupe renoncement aux IJ : « Quelle est la durée moyenne d'arrêt de travail telle que vous l'auriez souhaitée, si vous aviez été informé de vos droits ? » La réponse moyenne est de 12.4 jours, ce qui est presque identique à la durée observée. Ceci indique que les patients n'ont pas été contraints à reprendre plus tôt du fait de la méconnaissance de leurs droits. Ceci établit également qu'il n'y a pas d'inflation à craindre en terme de durée d'arrêt au cas où la prestation serait restaurée. (cf§ 5).

4°) Y a-t-il un profil du « non demandeur » de prestation ?

Le fait de ne pas recourir aux indemnités journalières était corrélé avec une durée de l'arrêt d'activité plus courte : 12,23 jours \pm 15 (n=30), contre 102,47 \pm 103,9 (n= 81), un niveau de ressources annuelles, 35292€ \pm 54696 plus élevé que le groupe témoin, (16945€ \pm 20923).

A l'inverse l'âge, 53ans dans les deux groupes, le sexe, le fait d'être auto-entrepreneurs, d'avoir la CMUc, ne jouaient aucun rôle. Ces données évoquent un non recours aux IJ en raison de plus hauts revenus, mais on ne peut l'affirmer en l'absence de données sur la structure de l'entreprise.(cf tableau2) .

	SANS IJ (n=44)	TEMOINS=AVEC IJ (n=81)	p	Test
Auto-entrepreneurs	4 (9,1%)	9 (11,1%)	1	Test exact de Fisher
CMU-CS	1 (2,3%)	8 (9,9%)	0,158	Test exact de Fisher
Artisans/Commerçants	13 (29,5%) / 31 (70,5%)	40 (49,4%) / 41 (50,6%)	0,032	Test du Chi2
Revenus	35292 \pm 54696	16945 \pm 20923	0,008	Analyse de variance
Hommes/Femmes	38 (86,4%) / 6 (13,6%)	77 (95,1%) / 4 (4,9%)	0,163	Test exact de Fisher
Âge	53,36 \pm 7,28	53,18 \pm 8,01	0,902	Analyse de variance
Durée arrêt de travail	12,23 \pm 15 (n=30)	102,47 \pm 103,9 (n=81)	<0,0001	Analyse de variance

Tableau 2 : Différence entre consommateurs et non consommateurs selon des critères sociaux et de revenus. Les critères montrant des différences significatives figurent en rosé.

5°) La suppression ou correction du phénomène de non recours aux IJ serait –elle soutenable financièrement pour la caisse ?

Il faut, pour répondre à cela, et approcher le cout, savoir quelle serait la durée des arrêts et la probabilité de consommation des nouveaux consommateurs.

La durée moyenne d'arrêt de travail chez les patients qui n'avaient pas eu recours aux IJ était, on l'a vu, de 12, 2 jours .

le nombre de patient concerné est donné par le questionnaire. Seuls 13 patients ont renoncé aux prestations pour cause de mauvaise information soit 10% de la population globale incluse. Les autres n'en demanderaient sans doute pas plus puisqu'ils y avaient

renoncé en toute connaissance de cause. Le nombre de jours d'IJ que nécessiterait la correction du phénomène serait de 13 fois 12.2 jours soit 158 jours ce qui correspond à 1.7% du nombre total d'IJ attribué pendant la période de référence à l'ensemble de la population source. Ceci est de l'ordre de la variation saisonnière et donc soutenable par la caisse

DISCUSSION

Notre méthode était opportuniste. Il s'agissait d'un sous produit d'une étude mère portant sur les paramètres de la durée d'arrêt de travail chez les coronariens et leur prise en charge.

Le travailleur indépendant : un travailleur fragile devant le risque santé

Le non recours aux prestations en espèces, pour la partie défaut d'information, toucherait selon nos résultats 10% des sujets atteints de SCA. Ce phénomène de non recours aux prestations est connu des services médicaux ; n'est pas considéré comme un dysfonctionnement, mais plutôt comme une économie. Or, même si on se positionne d'un point de vue comptable, le non accès à un secours peut précipiter le travailleur indépendant dans la précarité. Le coût pour le régime, FASS (Fond d'Action Sanitaire et Social) et/ou la collectivité (RSA, AAH) peut alors devenir beaucoup plus élevé.

En effet quand il est malade le travailleur indépendant est exposé à un redoutable effet de ciseaux entre les charges fixes qui demeurent et les ressources taries. Quelques amortisseurs sociaux existent cependant. Le fait d'avoir des salariés ou un conjoint capable d'assumer la tâche, réduit le risque. Les assurances privées supplémentaires existent pour doubler la protection obligatoire ; une suspension des cotisations d'un trimestre peut être accordée à partir de 90 jours d'arrêt, et enfin le FASS qui intervient en dernier recours.

Et l'information ?

L'information aux assurés du RSI est-elle défectueuse, ce qui expliquerait le non recours ? Les assurés sont informés avant leur inscription au régime par la brochure « objectif entreprise », puis lors de leur inscription au RSI par deux brochures, « le guide de votre protection sociale », et « l'auto-entrepreneur ». Ces 3 documents contiennent chacun un chapitre d'information dédié à l'assurance maladie-maternité qui couvre les prestations en espèces. De plus il existe des stages d'information aux nouveaux entrants au RSI au cours desquels la question des arrêts de travail est abordée. Le RSI applique donc bien la loi du 4 mars 2002 qui en son article 76 donne pour mission aux caisses de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale.

On peut évoquer pour expliquer la non information le fait que certains assurés sont entrés dans le régime il y a plus de 10 ans, avant l'apparition de la prestation, et peuvent se trouver, de ce fait, en déficit d'information.

Pourquoi de telles différences entre les groupes ?

Comment expliquer de telles différences de durée d'arrêt entre patients IJ+ et IJ- qui présentent la même pathologie ? Pas par la gravité de la maladie: tous les patients ont eu au moins un *stent* ou un pontage coronarien attesté sur le protocole de soins ou vérifié par téléphone, aussi bien dans le groupe avec IJ que sans IJ. Toutes les publications qui ont étudié cet aspect vont dans le même sens : il n'y a pas de relation entre la gravité des lésions cardiaques et la durée de l'arrêt [4 5 6].

Le taux de 35.2 % de non recours aux IJ est-il cohérent ?

L'enquête quantitative conduite fin 2010, par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) dans le cadre de l'évaluation du RSA montre que notre taux de non recours, 35.2% est dans la moyenne de la fréquence du non recours aux prestations sociales en France [7] (tableau 3). Les explications du non recours qu'elles soient par non information ou non demande sont : la complexité des dispositifs, le temps mis à obtenir l'argent, la sous estimation de leur degré de pauvreté personnelle par les intéressés. Ce dernier phénomène se voit chez les travailleurs pauvres qui ont encore un emploi et les retraités, surtout âgés, qui ont connu parfois pire.[8]

RSA Activité	68% *
RSA Socle	36 % *
Couverture maladie Universelle (CMU)	24% **
Allocation Personnalisée d'autonomie (APA)	20% **
Allocation de parent isolé	17% **
Allocation logement	9% **
Bouclier fiscal	70% ***

Tableau3. Taux de non recours de diverses prestations sociales sources :* Dares

** Observatoire des non recours des droits et services 2012

*** Rapport assemblée nationale voir référence 9.

Des mécanismes complexes

A l'origine du non recours, l'isolement, la pauvreté, l'illétrisme, au moins relatif, l'absence de centre de proximité sont des causes habituellement avancées pour expliquer le déficit d'accès aux prestations. Pourtant l'étude du bouclier fiscal va à l'encontre de ces notions puisque : « Sur les 6 450 redevables de l'ISF plafonnés en 2007, seuls 30 % d'entre eux environ (moins de 2 000) ont bénéficié en 2008 du bouclier fiscal. Comme pour l'ensemble des bénéficiaires potentiels, ce sont les contribuables acquittant un gros ISF et pouvant bénéficier d'une restitution importante qui ont le plus activé le bouclier fiscal ». [9] Donc même des personnes peu suspectes d'illétrisme ou de ne pas savoir compter peuvent renoncer (?) en masse à un avantage.

On peut retirer de cet exemple deux points forts.

Le premier est la complexité des motivations d'activation des prestations financières

Le second est que le recours est d'autant plus élevé qu'on a plus intérêt à obtenir la prestation. Ceci est démontré au moins pour le RSA, le bouclier fiscal et dans notre étude.

Conclusion

Un tiers des malades n'a pas eu recours à une prescription d'arrêt de travail. Alors que le non recours aux prestations est universellement présenté comme un préjudice social majeur, ce n'était pas le cas dans notre étude où les patients ont rapidement repris le travail.

De ce fait les indemnités journalières ne peuvent pas être utilisées comme un indicateur de morbidité, du moins au RSI, et avec des pathologies devenues peu invalidantes.

Au vu de certaines observations paradoxales, telles que celles du bouclier fiscal, Il est souhaitable de multiplier ce genre d'études relativement simples à mettre en place, pour détecter des domaines de pathologie ou des groupes de patients qui subiraient des préjudices plus sévères que ceux que nous avons exposés afin de mieux connaître les situations à risque de désinsertion sociale. On pense en particulier aux cancers, aux maladies neurologiques, aux traumatismes graves, ou le patient n'est pas toujours en état d'accomplir les formalités.

Références

¹ ODENORE : *L'envers de la fraude sociale* ; le scandale du non recours aux droits sociaux. 2012 Editions La découverte

² Fraude, indus, non-recours : comment faciliter le juste paiement des prestations sociales ? Centre d'analyse stratégique ; 2012 ; 306.

³ Illustration des progrès spectaculaires de la cardiologie. Le concours médical Décembre 2012 ; 10 ; 778.

⁴ Yuval R, Halon DA, Lewis BS. Perceived disability and lifestyle modification following hospitalisation for non-st elevation versus ST elevation acute coronary syndromes : the patients' point of view. Eur J Cardiovasc Nurs 2007; 6(4):287-92

⁵ Sellier P, Varillac P, Chatelier G et al Factors influencing return to work at one year after coronary bay pass graft surgery : results of the periscop study. Eur J Cardiovasc prevention 2003; 10 :469-475

⁶ Isaaq K, Coudrot M, Sabry M, Return to work after acute ST-segment elevation myocardial infarction. Archives of cardiovascular dis 2010; 103, 310-316.

⁷ Cour des comptes. Rapport public annuel 2013. Tome I les observations. Vol-1 les finances publiques :223.

⁸ Helfter C. Lutter contre le non recours aux droits sociaux, un impératif social et économique. Actualités sociales hebdomadaires 7 juin 2013 ; 2813 :2831.

⁹ Rapport CARREZ G. Rapport à l'assemblée nationale par la commission des finances sur l'application des mesures fiscales. N°1794 , 2 juillet 2009.

Remerciements

Christine Guimond . Directrice du service médical du RSI D'île de France

Elsa Conesa . Journaliste ; « Les Echos »