ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

indemnités journalières

Question écrite n° 5075

Texte de la question

M. Jean Grellier attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la situation des assurés, victimes d'une rupture d'indemnisation, lorsque ceux-ci ne remplissent pas les conditions de salariat nécessaires pour percevoir les indemnités journalières au-delà de six mois. Le code de la sécurité sociale prévoit que, pour avoir droit aux indemnités journalières au-delà de six mois d'arrêt, l'assuré doit justifier d'un salariat de 800 heures dans l'année précédant l'arrêt, dont 200 heures dans les trois premiers mois. Toutefois, la crise économique que subit notre pays, depuis plusieurs années à présent, fragilise le marché de l'emploi avec le constat d'une hausse du travail précaire et du temps partiel non choisi, ne permettant plus d'assurer pour l'ensemble des salariés une garantie de prise en charge en indemnités journalières au-delà de six mois. Aussi, compte tenu que les populations les plus défavorisées vis-à-vis de l'emploi sont aussi celles qui sont pénalisées par le code de la sécurité sociale pour le droit aux indemnités journalières au-delà de six mois, il lui demande de bien vouloir modifier les conditions afin que les plus précaires qui cotisent au titre de leur activité n'en soient pas exclus.

Texte de la réponse

Pour percevoir les indemnités journalières au titre de l'assurance maladie et maternité, l'assuré doit justifier d'un montant de cotisations ou d'une durée minimale d'activité au cours d'une période de référence donnée. Ainsi, pour les indemnités journalières de moins de six mois, l'assuré doit justifier, à la date de l'interruption de travail, soit d'un montant minimal de cotisations au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations perçues pendant les six mois civils précédents ; soit d'au moins deux cents heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois mois civils ou des quatre-vingt-dix jours précédents. Pour ouvrir droit aux indemnités journalières de plus de six mois, l'assuré doit justifier, à la date d'interruption de travail, de douze mois d'immatriculation en tant qu'assuré social, de huit cents heures travaillées au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail, dont deux cents heures pendant les trois premiers mois, ou d'un montant minimal de cotisations au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations perçues pendant les six premiers mois. La législation actuelle subordonne donc le droit aux indemnités journalières maladie à la justification d'une activité professionnelle suffisante. S'agissant d'un droit contributif qui ouvre des avantages pour une période d'au moins six mois, le principe d'une condition minimale de travail avant ouverture des droits n'apparaît pas illégitime. Toutefois la question se pose aujourd'hui d'une éventuelle adaptation de ces conditions d'ouverture de droit pour tenir compte de la précarisation du marché du travail. Cependant, une telle réflexion ne peut être menée sans tenir compte de la contrainte budgétaire qui s'impose aujourd'hui à l'ensemble des dépenses publiques. C'est pourquoi la ministre des affaires sociales et de la santé a demandé à ses services de faire des propositions en ce sens et d'en mesurer l'impact financier. Il faut en outre rappeler que ces règles sont d'ores et déjà aménagées pour les salariés exerçant une profession à caractère saisonnier ou discontinu de façon à leur donner la possibilité de valider les conditions de salaire ou d'activité sur une période plus longue (douze mois). Un décret en Conseil d'Etat du 22 octobre 2008 a permis d'étendre ces dispositions aux salariés rémunérés par chèque emploi-service universel, leur condition d'emploi ne garantissant pas une

activité régulière sur l'ensemble de l'année. Enfin, la loi permet la totalisation des périodes travaillées ou des cotisations versées au titre des différents régimes obligatoires d'assurance maladie maternité auxquels un assuré a été affilié au cours de sa carrière professionnelle. Ainsi, un assuré qui change de régime d'affiliation n'est plus pénalisé en arrivant dans un nouveau régime : pour le calcul de l'ouverture du droit aux prestations, il est pris en compte les périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de travail effectuées dans le cadre d'un régime différent.

Données clés

Auteur : M. Jean Grellier
Circonscription : Deux-Sèvres (3e circonscription) - Socialiste, écologiste et républicain
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 5075
Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations
Ministère interrogé : Affaires sociales et santé
Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clée(s)

Question publiée au JO le : 25 septembre 2012, page 5169
Réponse publiée au JO le : 6 novembre 2012, page 6286