



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

indemnités journalières

Question écrite n° 5633

Texte de la question

Mme Laurence Abeille attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur le mode de calcul des indemnités journalières de l'assurance maladie. Concernant un arrêt de travail de longue durée, supérieur à six mois, le calcul des indemnités journalières s'effectue selon les critères suivants : pouvoir, à la date de l'arrêt de travail, justifier de douze mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de l'assurance maladie ; avoir travaillé au moins 800 heures au cours des douze derniers mois, dont 200 heures durant les trois premiers mois. Une personne ayant cotisé plusieurs années et ayant exceptionnellement interrompu son activité professionnelle, durant une période inférieure à un an, par exemple pour une reprise d'études, ne peut justifier avoir travaillé le nombre d'heures nécessaires durant les douze derniers mois pour prétendre à ces indemnités. Or, si la personne avait récemment repris son activité, avant son arrêt maladie, elle ne peut pas non plus prétendre au régime réservé aux sans emploi. Ce système devrait être accompagné d'un mécanisme de cumul des années de cotisation et non se réduire à la situation des individus durant l'année précédente. Elle souhaite donc savoir si des dispositions sont envisagées pour mettre fin à ce flou juridique.

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 : [Mme Laurence Abeille](#)

Circonscription : Val-de-Marne (6^e circonscription) - Écologiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 5633

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [2 octobre 2012](#), page 5275

Réponse publiée au JO le : [6 novembre 2012](#), page 6286