

QUESTIONNAIRE SUR LA PERCEPTION DES INDEMNITES JOURNALIERES : RESULTATS

Depuis le 1er juillet 2021, les professionnels de santé libéraux peuvent percevoir des indemnités journalières cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident. Plusieurs conditions sont à respecter pour pouvoir en bénéficier :

- 12 mois d'affiliation continue au titre de leur activité (une interruption de 3 jours entre deux activités libérales ou indépendantes dans les 12 mois d'affiliation est tolérée),
- arrêt de travail prescrit ou bulletin d'hospitalisation,
- suspension de toute activité (y compris en cas de poly activité).

Les indemnités journalières sont versées après application d'un délai de carence de 3 jours, pendant une durée totale de 90 jours.

L'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) a été alertée de divers dysfonctionnements dans la mise en place de ce nouveau système d'indemnités journalières et a élaboré un questionnaire pour recueillir les témoignages des professionnels concernés.

1- Réponses obtenues

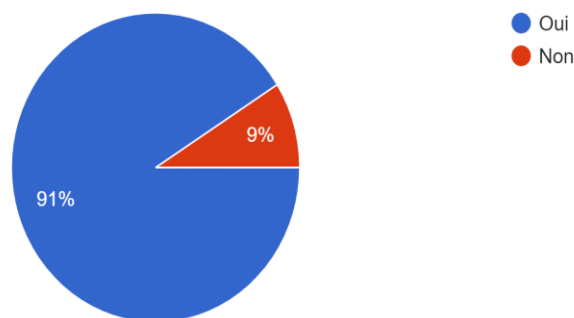
1 291 réponses ont été obtenues :

- 20 chirurgiens-dentistes
- 41 infirmières
- 647 masseurs-kinésithérapeutes
- 23 médecins
- 439 orthophonistes
- 40 orthoptistes
- 6 pédicures-podologues
- 2 pharmaciens
- 64 sages-femmes

2- Cessation d'activité de plus de 3 jours

Avez-vous fait l'objet d'une cessation d'activité de plus de 3 jours depuis le 1er juillet 2021 ?

1 285 réponses



Sur 1 291 réponses obtenues, 1 171 répondants indiquent avoir fait l'objet d'une cessation d'activité de plus de 3 jours depuis le 1^{er} juillet 2021.

3- Répartition des réponses par département d'exercice

- Ain (01) : 26 réponses
- Alpes-Maritimes (06) : 12 réponses
- Bouches du Rhône (13) : 62 réponses
- Calvados (14) : 13 réponses
- Charente-Maritime (17) : 14 réponses
- Côtes-d'Armor (22) : 9 réponses
- Drôme (26) : 19 réponses
- Finistère (29) : 20 réponses
- Haute-Garonne (31) : 25 réponses
- Gironde (33) : 21 réponses
- Hérault (34) : 19 réponses
- Ille-et-Vilaine (35) : 21 réponses
- Touraine (37) : 13 réponses
- Isère (38) : 41 réponses
- Loir-et-Cher (41) : 11 réponses
- Haute-Loire (43) : 13 réponses
- Loire-Atlantique (44) : 14 réponses
- Loiret (45) : 10 réponses
- Meurthe-et-Moselle (54) : 19 réponses
- Moselle (57) : 16 réponses
- Morbihan (56) : 15 réponses
- Nord (59) : 27 réponses
- Puy-de-Dôme (63) : 31 réponses
- Bas-Rhin (67) : 45 réponses
- Rhône (69) : 55 réponses
- Haute-Savoie (74) : 27 réponses
- Loire (42) : 27 réponses
- Savoie (73) : 14 réponses
- Paris (75) : 44 réponses
- Seine-Maritime (76) : 24 réponses
- Seine-et-Marne (77) : 24 réponses
- Yvelines (78) : 42 réponses
- Var (83) : 17 réponses
- Vaucluse (84) : 18 réponses

- Vendée (85) : 11 réponses
- Essonne (91) : 16 réponses
- Hauts-de-Seine (92) : 46 réponses
- Seine-Saint-Denis (93) : 17 réponses
- Val-de-Marne (94) : 31 réponses
- Val-d'Oise (95) : 18 réponses
- Réunion (974) : 29 réponses

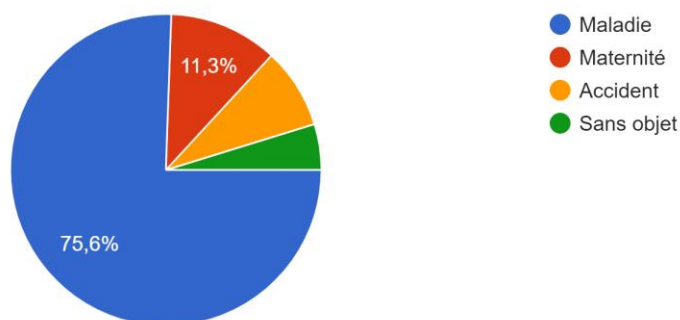
4- Durée de la cessation d'activité

- 104 répondants indiquent que leur cessation d'activité a duré entre 3 et 6 jours
- 518 répondants indiquent que leur cessation d'activité a duré entre 7 et 14 jours
- 75 répondants indiquent que leur cessation d'activité a duré entre 15 et 30 jours
- 70 répondants indiquent que leur cessation d'activité a duré entre 1 et 2 mois
- 122 répondants indiquent que leur cessation d'activité a duré entre 2 et 6 mois
- 74 répondants indiquent que leur cessation d'activité a duré plus de 6 mois

5- Raison de la cessation d'activité

Pour quelle raison avez-vous fait l'objet d'une cessation d'activité ?

1 219 réponses



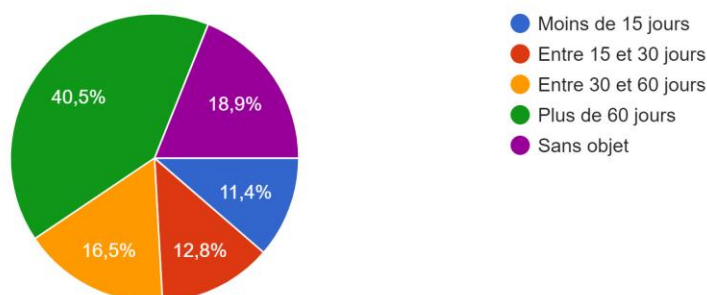
- 921 répondants ont fait l'objet d'une cessation d'activité pour cause de maladie
- 138 répondants ont fait l'objet d'une cessation d'activité pour cause de maternité
- 100 répondants ont fait l'objet d'une cessation d'activité pour cause d'accident
- Non concernés : 100 répondants ont coché la case « sans objet »

Plus des trois quarts des répondants ont fait l'objet d'une cessation d'activité pour cause de maladie.

6- Délai de traitement du dossier par les CPAM

Sous quel délai votre dossier a-t-il été traité par votre CPAM ?

1 215 réponses



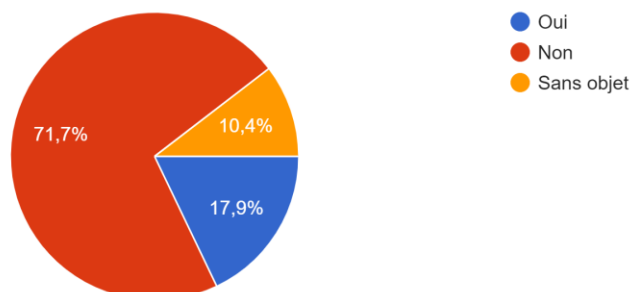
- 138 répondants indiquent que leur dossier a été traité en moins de 15 jours par leur CPAM
- 155 répondants indiquent que leur dossier a été traité entre 15 et 30 jours par leur CPAM
- 200 répondants indiquent que leur dossier a été traité entre 30 et 60 jours par leur CPAM
- 492 répondants indiquent que leur dossier a été en plus de 60 jours par leur CPAM
- Non concernés : 230 répondants ont coché la case « sans objet »

Dans 40,5 % des cas, la CPAM a mis plus de 60 jours pour traiter le dossier.

7- Demande d'informations complémentaires

Le traitement de votre dossier a-t-il fait l'objet d'une demande d'informations complémentaires par votre CPAM ?

1 218 réponses



- 218 répondants indiquent que le traitement de leur dossier a fait l'objet d'une demande d'informations complémentaires par leur CPAM
- 873 répondants indiquent que le traitement de leur dossier n'a pas fait l'objet d'une demande d'informations complémentaires par leur CPAM
- Non concernés : 127 répondants ont coché la case « sans objet »

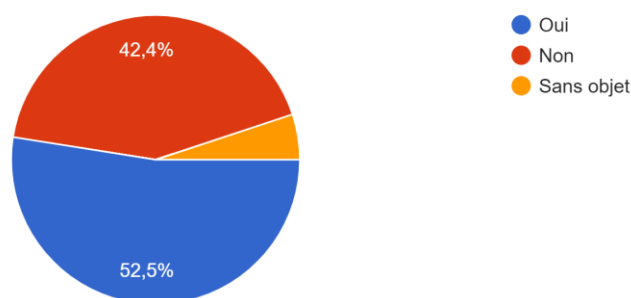
Les informations complémentaires demandées à 17,9 % des répondants par les CPAM sont les suivantes :

- Certificats médicaux
- Attestations sur l'honneur de cessation d'activité
- Preuves d'exercice libéral
- Bulletins de salaire
- Copies des cotisations URSSAF, attestations de versement des cotisations

8- Versement des indemnités journalières

Des indemnités journalières vous ont-elles été versées ?

1 219 réponses



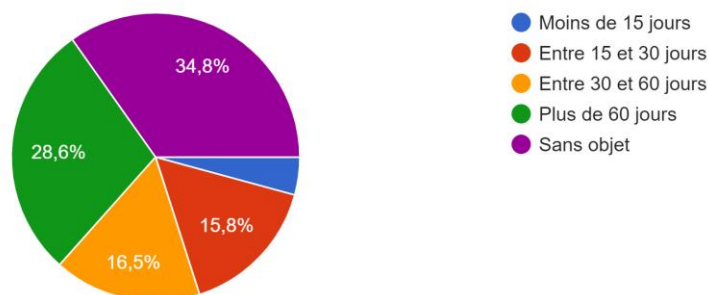
- 640 répondants indiquent avoir déjà perçu des indemnités journalières
- 517 répondants n'ont pas encore perçu d'indemnités journalières
- Non concernés : 62 répondants ont coché la case « sans objet »

Dans près de la moitié des cas, les répondants attendent toujours le versement de leurs indemnités journalières.

9- Délai de versement des indemnités journalières

Si elles vous ont déjà été versées, sous quel délai les avez-vous reçues ?

1 017 réponses



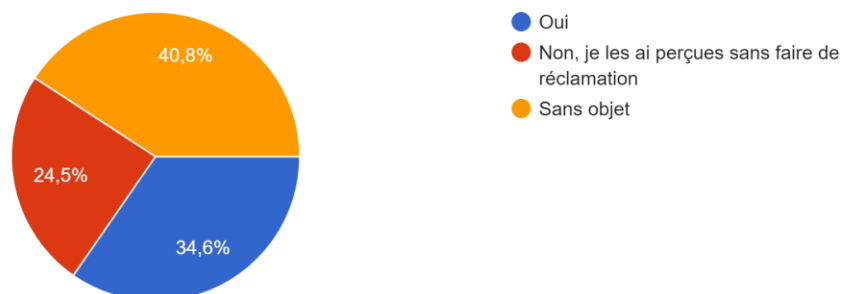
- 43 répondants indiquent avoir reçu des indemnités journalières en moins de 15 jours
- 161 répondants indiquent avoir reçu des indemnités journalières entre 15 et 30 jours
- 168 répondants indiquent avoir reçu des indemnités journalières entre 30 et 60 jours
- Plus de 60 jours : 291 indiquent avoir reçu des indemnités journalières en plus de 60 jours
- Non concernés : 354 répondants ont coché la case « sans objet »

Dans près de la moitié des cas, les professionnels de santé ont reçu leurs indemnités en plus d'un mois, et dans près de 30 % des cas les indemnités ont été versées en plus de deux mois.

10- Réclamation pour percevoir les indemnités journalières

Les indemnités journalières vous ont-elles été versées à la suite d'une réclamation ?

1 117 réponses



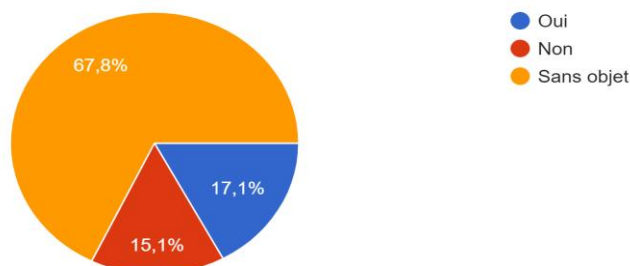
- 387 répondants indiquent que les indemnités journalières leur ont été versées à la suite d'une réclamation
- 274 répondants indiquent qu'il n'a pas été nécessaire de faire de réclamation pour percevoir des indemnités journalières
- Non concernés : 456 répondants ont coché la case « sans objet »

Près de 59 % des répondants ayant déjà perçu des indemnités journalières ont dû faire une réclamation.

11- Prolongement de la cessation d'activité

Si votre cessation d'activité a été prolongée, avez-vous rencontré les mêmes problèmes ?

1 069 réponses



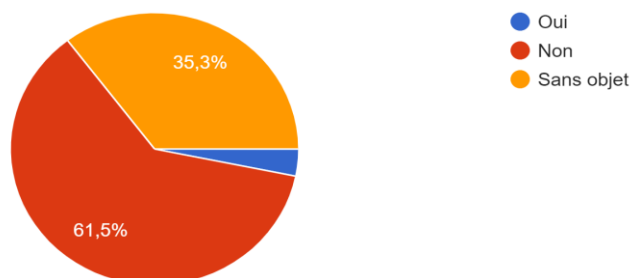
- 183 répondants indiquent avoir rencontré les mêmes problèmes lors du prolongement de leur cessation d'activité
- 163 répondants indiquent ne pas avoir rencontré les mêmes problèmes lors du prolongement de leur cessation d'activité
- Non concernés : 730 répondants ont coché la case « sans objet »

Plus de la moitié des répondants ayant fait l'objet d'une prolongation de cessation d'activité a précisé avoir rencontré les mêmes difficultés.

12- Demande de remboursement d'un « trop perçu »

Votre CPAM vous a-t-elle réclamé le remboursement d'un "trop perçu" ?

1 124 réponses



- 37 répondants indiquent que leur CPAM leur a réclamé le remboursement d'un « trop perçu »
- 696 répondants indiquent que leur CPAM ne leur a pas réclamé le remboursement d'un « trop perçu »
- Non concernés : 399 répondants ont coché la case « sans objet »

Un peu plus de 3 % des répondants ont fait l'objet d'une demande de remboursement d'un « trop perçu » et ont estimé, dans la moitié des cas, cette demande justifiée.

13- Informations complémentaires

Les informations suivantes ont été remontées à l'UNPS :

- certains répondants attendent le versement d'IJ depuis plusieurs mois et n'ont reçu aucune information de la part de leur CPAM
- processus de réclamation chronophage (nombreux d'appels téléphoniques, rendez-vous à la CPAM parfois nécessaires)
- situation pouvant être psychologiquement difficile à vivre (stress...)
- le montant des IJ versées est souvent perçu comme incorrect ou mal compris par les répondants.

Certains répondants suggèrent :

- d'améliorer la communication de la CPAM en cas d'arrêt de travail,
- de faciliter les démarches pour les indépendants qui ne sont pas forcément au fait de leurs droits,
- de mettre en place une aide administrative pour les professionnels de santé libéraux afin d'alléger le processus, notamment le temps d'attente au téléphone.