

Arrêt de travail : de l'analyse à la reprise

Colloque de l'Institut national de médecine agricole (INMA)

Tours, 1^{er} février 2013

EN
RÉSUMÉ

AUTEURS :

G. Anoma, A. Schaller, département Études et assistance médicales, INRS

Le nombre d'arrêts de travail est un des indicateurs du fonctionnement d'une entreprise et de la santé de ses salariés. Les arrêts de travail s'inscrivent dans un projet thérapeutique pour le médecin prescripteur avec des aspects sanitaires, sociaux et économiques. L'absentéisme est responsable de difficultés en termes de performance pour l'entreprise, en termes financiers pour les pouvoirs publics, mais aussi en termes financiers et socioprofessionnels pour la personne en arrêt (risque de stigmatisation, voire de désinsertion). Plusieurs approches et sensibilités existent concernant ce thème. L'objectif de ce colloque était donc de dresser un panorama technico-médical mais également sociologique de la problématique des arrêts de travail. Un aperçu de la vision et des pratiques existantes dans d'autres pays d'Europe a également été présenté.

MOTS CLÉS

Absentéisme

ARRÊT DE TRAVAIL. D'UNE INCAPACITÉ À TRAVAILLER À UN DROIT À S'ARRÊTER. UN REGARD SOCIOLOGIQUE

D. Monneuse, Institut d'administration des entreprises, Paris

L'arrêt de travail (ArTr) est à la fois un problème individuel et un phénomène collectif retentissant, entre autres, sur l'organisation du travail et la politique de management.

L'absentéisme au travail est un problème complexe à objectiver. Il est difficile, par exemple, de comparer les taux d'absentéisme de deux entreprises lorsqu'elles n'utilisent pas les mêmes repères (jours ouvrés ou jours ouvrables) ou lorsqu'elles n'incluent pas les mêmes indicateurs (maladies professionnelles, accidents du travail...). De surcroît, l'absentéisme peut mener à l'interprétation et au jugement. Un travailleur souffrant d'une grave maladie et qui souhaite protéger sa vie privée, peut déclarer souffrir d'une pathologie de type lombalgie ou céphalées, ce qui, au vu de nombreux ArTr, entraîne un jugement

hâtif de la part de ses collègues. Enfin, il existe également un absentéisme dit « moral » : être présent mais ne pas travailler, multiplier les pauses, les retards...

La question de l'abus est régulièrement abordée lors des débats sur l'ArTr. Les discussions sur le nombre de jours de carence entre secteurs privé et public, par exemple, prouvent à quel point ce sujet est sensible et passionnel en France. Il convient en réalité de s'interroger sur les véritables causes de cet absentéisme. Une forte hausse du taux d'absentéisme dans une organisation ne peut pas être attribuée qu'à quelques abus. Il peut véritablement s'agir d'une réponse collective à un malaise. Il convient également de rappeler que l'ArTr comporte un aspect délétère puisqu'il isole, appauvrit, peut signifier l'inutilité, et qu'en cas de dépression, il constitue aussi un facteur aggravant.

En sociologie, un concept admis est que « *notre discours est lié à notre position* ». Les médecins du travail, les employeurs, les représentants du personnel, les managers ou les

Arrêt de travail : de l'analyse à la reprise

responsables des services de ressources humaines tiennent donc des positions différentes.

Les salariés français ont tendance à sous-estimer leur nombre de jours d'ArTr annuels. C'est un biais collectif, renforcé par un sentiment de méfiance vis-à-vis du jugement des collègues.

Les professionnels de santé au travail rapportent un manque d'écoute de la part des employeurs qui estiment fréquemment que le médecin du travail, l'infirmière, le psychologue ou l'assistante sociale... est dans l'exagération.

Pour les services des ressources humaines, le nombre d'ArTr, d'accidents du travail et de maladies professionnelles résulte principalement de la pression et du stress subis par les salariés, qui seraient liés à une politique managériale inadaptée, parfois conséquente au manque de formation du personnel encadrant.

Pour l'encadrement, l'absentéisme relève de la responsabilité des ressources humaines, mais est aussi vécu comme une fatalité. Les managers considèrent que l'entreprise n'est pas en cause, notamment en cas d'épidémie virale.

Quant aux employeurs, ils souhaitent réduire le coût de l'absentéisme qui est un facteur de désorganisation de l'entreprise.

Enfin, les représentants du personnel estiment ne pas être suffisamment écoutés par la direction malgré des alertes répétées relatives au mécontentement des salariés. Ils considèrent les ArTr comme une forme alternative de conflit social.

En conclusion, chacun reste sur ses représentations. Aussi, est-il nécessaire de favoriser le dialogue entre les différents acteurs de l'entreprise sur la question des ArTr qui concerne toute la société française.

ABSENTÉISME AU TRAVAIL. FACTEURS ET ENJEUX

T. Rousseau, Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT), Lyon

L'ANACT est de plus en plus sollicitée par des entreprises confrontées au problème de l'absentéisme. Les interventions menées par le réseau ANACT impliquent une mobilisation commune de l'ensemble des acteurs sociaux (employeur, encadrement, représentants du personnel, salariés, médecins du travail...). En effet, une des clés de réussite de l'intervention est la construction d'une démarche concertée de prévention de l'absentéisme, où l'outil du dialogue social est à privilégier. L'absence de définition consensuelle de l'absentéisme ne permet pas une approche uniforme du problème. L'intervenant propose donc de définir l'absentéisme comme un témoin de dysfonctionnements au sein de l'entreprise qui affectent « la capacité des personnes à y être présentes ». Deux aspects principaux et indissociables caractérisent cette incapacité : l'aspect « sanitaire » et l'aspect « socioprofessionnel ». L'absentéisme résulte souvent d'un cheminement complexe associant des atteintes à la santé, une usure professionnelle, un désengagement dus à des restructurations mal comprises, mais aussi une médicalisation de certains phénomènes afférents aux situations de travail. L'intervention de l'ANACT concerne principalement le rôle et la place des conditions de travail dans la « production de l'absentéisme ».

Plusieurs enquêtes basées sur des approches quantitatives ont permis d'identifier des facteurs liés à l'absentéisme. Parmi eux, peuvent être cités : les jeunes travailleurs - de sexe féminin - situés dans la partie inférieure de la hiérarchie

socioprofessionnelle et les grandes entreprises. Il convient toutefois de rester prudent vis-à-vis de ces résultats. En effet, certaines catégories de personnes ont tendance à être stigmatisées, alors que la démarche explicative des données observées n'a pas été réalisée. Par exemple, le facteur âge est à associer aux trajectoires des salariés et à ce qu'ils ont vécu au travail. Pour les sujets jeunes, il est nécessaire de s'intéresser aux mécanismes de la socialisation professionnelle dont le cursus scolaire. Ceux-ci conditionnent les comportements avant l'arrivée sur le marché du travail.

Ainsi, l'identification de ces facteurs est une première approche, mais ne permet pas d'étudier précisément les situations dans lesquelles l'absentéisme survient. Une analyse socio-organisationnelle à l'échelle de l'entreprise ou de certaines unités de travail (ateliers et/ou services) paraît donc essentielle pour comprendre ce phénomène.

À titre d'exemple, l'ANACT est intervenue dans une entreprise de sous-traitance automobile employant 1 200 salariés répartis sur 7 unités distinctes, où l'absentéisme est en augmentation depuis plusieurs années. Les ArTr se répartissent en 3 catégories : arrêts de longue durée (aboutissant parfois à des déclarations de maladie professionnelle), arrêts de courte durée (accidents du travail de type blessure) et arrêts dont la cause n'est pas identifiée.

Au sein de cette entreprise, l'organisation du travail est fondée sur une grande polyvalence des salariés afin de faire face aux absences imprévisibles. La réaffectation rapide, d'un poste et d'une équipe de production à l'autre, ne se traduit pas par un élargissement des domaines de compétence des travailleurs. Cette logique d'organisation produit un sentiment fort d'interchangeabilité et d'anonymat, voire un

sentiment de désaffection envers le travail.

Par ailleurs, les modalités de production changeant très fréquemment, un taux important de pièces de carrosserie défectueuses est observé. Paradoxalement, il est interdit aux opérateurs d'intervenir sur les éléments de programmation des presses, alors même qu'ils détectent les défauts et qu'ils savent en corriger l'origine. Cette qualité défaillante a une incidence sur la charge de travail réelle des opérateurs. Chaque poste comporte une charge de travail théorique et prescrite (X pièces à l'heure). Mais, en situation réelle, la charge de travail évolue en fonction du taux de non-qualité et des interventions nécessaires pour corriger chaque pièce. Pour faire face à ce surcroît de charge de travail, les opérateurs sont contraints de se hâter et de prendre plus de risques au détriment de leur santé. L'analyse statistique portant sur ces procédés de travail met en évidence une corrélation entre la non-qualité à la sortie des presses et l'absentéisme. À partir d'un tel diagnostic, il est possible de proposer aux acteurs de l'entreprise des pistes concrètes d'amélioration pour prévenir l'absentéisme. La remise en cause de la polyvalence des salariés, observée dans cette entreprise, nécessite notamment d'être discutée.

ARRÊTS DE TRAVAIL EN EUROPE. LA GESTION DE L'ABSENTÉISME

W. De Boer, Academy of Swiss insurance medicine, Hôpital universitaire de Bâle

De façon générale, en Europe, l'absentéisme pour cause de maladie demeure un problème pour l'entreprise, le salarié, l'assureur et l'État. L'ArTr est pourtant d'une grande

utilité puisqu'il permet le rétablissement du travailleur, d'où la création des différents régimes d'assurance maladie. Dans un premier temps, l'absentéisme peut prévenir la désinsertion du salarié. Il peut également protéger les investissements de l'entreprise et la santé des autres salariés, notamment en cas de maladie contagieuse ou de comportement dangereux.

L'ArTr est le fait que l'employé n'est pas à son poste. Il est un indicateur de la relation entre la santé du salarié et les exigences de son poste de travail.

Le sujet malade est au centre des systèmes d'assurance maladie. Il existe deux concepts sociologiques : « *l'employé a le droit d'être absent de son poste de travail, s'il est incapable de le faire et pourvu qu'il fasse tout ce qui est raisonnablement possible afin de se remettre et de reprendre le travail* » et « *le malade doit justifier son absence à son poste de travail devant son employeur, souvent via le médecin traitant ou l'assurance* ». Selon sa propre histoire, chaque pays européen a choisi un système d'assurance maladie public ou privé, voire mixte. Des *stimuli* financiers, plus ou moins prononcés suivant les États, existent à la fois pour l'employé et pour l'employeur. Les régimes d'assurance peuvent être ou non intégrés à un ensemble de protection sociale (dans les pays d'Europe de l'Est, beaucoup moins que dans les pays d'Europe de l'Ouest, par exemple). De même, suivant les pays, le ou les organismes responsables dépendent du ministère chargé de la Santé ou de celui chargé des Affaires sociales, ce qui se traduit par une approche différente.

Dans certains pays d'Europe, l'ArTr débute par une autodéclaration du salarié (2 - 3 jours en Allemagne et en Suisse, 2 semaines en Suède,

6 semaines aux Pays-Bas...). Ensuite, l'employé justifie son absence en fournissant un certificat médical. La période maximale de l'ArTr avec indemnités journalières (IJ) peut être flexible ou fixe (comme au Royaume-Uni de 28 semaines ou en France de 156 semaines...). Depuis quelques années, il est constaté que la séparation entre arrêt maladie et aptitude diminue, ce qui est principalement dû au fait que le salarié est incité à trouver une solution pour reprendre le travail au plus tôt.

Différentes mesures de réinsertion ont été mises en place en Europe :

- analyse fonctionnelle des (in) capacités de travail : diagnostic médical par le médecin traitant ou du travail ;
- émancipation de l'employé malade : soutien et accompagnement du malade en arrêt de longue durée ;
- adaptation du poste de travail de manière participative : création d'un groupe de travail réunissant l'employé, l'employeur et le médecin du travail pour trouver une solution.

Globalement, la position du médecin traitant en Europe apparaît complexe, son rôle d'éducateur et de conseiller étant plus ou moins renforcé d'un pays à l'autre. C'est parfois lui qui donne son accord pour la reprise du travail. En Angleterre, aux Pays-Bas, en Suisse ou en Allemagne, les médecins traitants sont formés, informés, voire spécialisés pour délivrer une aptitude au travail. L'Union européenne de médecine d'assurance et de sécurité sociale (UEMASS) a mis en ligne une comparaison des pratiques en 2010 de 9 pays (www.uemass.com).

Arrêt de travail : de l'analyse à la reprise

ARRÊTS DE TRAVAIL ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN AGRICULTURE.

J. Houssinot, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, Bagnolet

En cas de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, les travailleurs non-salariés du régime agricole ne bénéficient actuellement pas d'IJ*, contrairement aux salariés. Ceci explique qu'en 2011 le montant des IJ versées aux salariés s'est élevé à 365 millions d'euros contre 42 millions d'euros pour les non-salariés, alors que le nombre de travailleurs dans chaque catégorie est quasiment identique. Toutefois, à compter du 1^{er} janvier 2014, les travailleurs non-salariés pourront bénéficier de cette indemnisation, conformément à la loi n° 2012-1404 de financement de la Sécurité sociale.

Il est observé que plus de 50 % des ArTr ont une durée inférieure à 15 jours (arrêts qualifiés de « courts »). De même, sur l'ensemble des assurés ayant bénéficié d'un ArTr en 2011, 75 % ne l'ont fait qu'une seule fois. Les ArTr qualifiés de « répétitifs » - plus de 3 par an - sont, quant à eux, peu importants (moins de 7 % des arrêts).

Une étude a été menée, de septembre 2011 à mars 2012, par la Caisse centrale de la MSA sur l'obtention injustifiée des IJ. Parmi 5 090 dossiers examinés, 7 (0,13 %) ont été considérés comme irréguliers. L'extrapolation de ce résultat à l'ensemble des assurés du régime agricole correspond à un nombre de 822 dossiers potentiellement frauduleux par an. Ceci correspondrait à un préjudice financier annuel de 325 000 euros. L'analyse des données de cette étude a également permis d'identifier 2 profils de travailleurs en ArTr injustifié :

- dans 60 % des cas, il s'agit de tra-

** Rappel : Les indemnités journalières (IJ) versées au titre d'une maladie sont versées tous les 14 jours par l'assurance maladie, pour chaque jour d'arrêt de travail, y compris les samedis, dimanches et jours fériés, mais seulement à compter du 4^e jour d'arrêt de travail, après un délai de carence de 3 jours.*

vailleurs salariés, à temps partiel et absents de leur domicile lors du passage du contrôleur ;

- les 40 % de cas restants correspondent à des travailleurs sans adresse postale propre, domiciliés chez d'autres personnes et dont les arrêts sont prolongés par des médecins différents.

Au cours de cette étude, les médecins conseils de la MSA ont également examiné 1 000 assurés en ArTr d'origine professionnelle ou non. Les bénéficiaires d'ArTr de courte durée (moins de 15 jours) et/ou difficilement transportables ont été exclus de cette procédure d'examen.

Les sujets examinés, âgés de 16 à plus de 55 ans, étaient composés de 54 % d'hommes et la répartition des hommes et des femmes par tranche d'âge était uniforme. Quel que soit le secteur professionnel, les travailleurs arrêtés déclaraient avoir une activité principalement physique (70 % des sujets).

Les pathologies mises en cause lors de ces ArTr étaient principalement représentées par les troubles musculosquelettiques (38,6 %).

Des différences ont été observées entre les hommes et les femmes, notamment :

- une plus grande proportion de femmes exerçant une activité sédentaire,
- une fréquence plus importante d'arrêts maladie d'origine professionnelle chez les hommes,
- une prédominance des prescriptions d'arrêts pour des pathologies de type tumoral et psychologique chez les femmes et une surreprésentation des causes rhumatologiques et traumatiques chez les hommes.

D'autre part, une corrélation importante a été observée entre les pathologies évoquées par le prescripteur sur son arrêt de travail et

le ressenti fonctionnel des travailleurs arrêtés.

Au total, 5 % des arrêts de travail prescrits (48 dossiers) ont été considérés comme non justifiés par les médecins conseil. Aucune différence liée au sexe ou à la cause fonctionnelle des arrêts déclarée par le malade n'a été observée entre les arrêts considérés comme justifiés et non justifiés.

ARRÊTS DE TRAVAIL : DISPARITÉS RÉGIONALES ET ASPECTS MICRO- ÉCONOMÉTRIQUES

M.A. Ben Halima, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), Paris

Cette intervention s'appuie sur les résultats d'une étude de l'IRDES, réalisée entre 2010 et 2011 et intitulée : « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? Premières exploitations de la base Hygie ».

En 2008, le montant total versé au titre des IJ par l'Assurance maladie en France s'est élevé à 11,3 milliards d'euros, soit plus de 5 % des dépenses de santé. Ce montant se décompose en 54 % pour la maladie, 24 % pour la maternité et 22 % pour les accidents du travail. En 2010, il a atteint 13 milliards d'euros.

Dans son rapport sur la Sécurité sociale de 2006 et celui de 2012, la Cour des Comptes indique qu'il existe une forte disparité d'un département à l'autre, variant dans une proportion allant de 1 à 3.

Afin d'analyser ces disparités départementales, la base de données Hygie (encadré 1) a été créée en 2005, sous le pilotage de l'IRDES, avec la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère du Travail. À partir de 2 fichiers administratifs fournis par la Caisse

↓ Encadré 1

> LA BASE « HYGIE »
(*déesse de la santé en grec*)

La base Hygie permet d'étudier les relations entre la santé, le travail et la carrière professionnelle, et les caractéristiques de l'entreprise. Elle regroupe des données provenant de l'employé et de l'employeur, ce qui représente un panel de grande taille, soit 550 000 individus et à peu près 300 000 établissements. Cette base est la fusion du fichier administratif « Carrières » de la CNAVTS, qui retrace la carrière d'un individu dès son entrée

dans le monde du travail, avec les données fournies par la CNAMTS : celles de l'assurance-maladie (consommations médicales, ALD, IJ [montant, durée]...) et celles de la branche AT-MP. Après 5 ans et tous les filtres appliqués, la base Hygie comprend essentiellement des salariés du secteur privé, résidant en France métropolitaine, âgés de 25 à 65 ans, soit 262 998 bénéficiaires répartis dans 146 495 établissements.

nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), a été établie une carte de France avec la proportion des ArTr par département. Par exemple, pour le département des Ardennes le taux est de 28,9 %, pour les Hautes-Alpes de 13,1 % et pour l'Indre-et-Loire de 22,7 %. Cette carte est en cours d'actualisation avec les données de 2006 à 2008.

Dans le cadre d'une étude italienne publiée en 2000, Ichino et Maggi mettent en avant 6 raisons potentielles pouvant expliquer ce type de disparité. Ce sont des différences :

- de caractéristiques entre les populations ;
- dues à la mobilité entre les territoires ;
- dans les secteurs de production et leur environnement ;
- sociologiques sur l'appréciation du travail, des ArTr et du niveau d'exigences ;
- de discrimination ou d'acceptation des disparités entre les départements ;
- d'offre et de demande sur les

marchés locaux qui engendraient des niveaux d'exigence à l'entrée sur le marché du travail ou dans les emplois.

Deux composantes principales permettent d'expliquer les déterminants des ArTr :

- l'effet de composition qui est l'ensemble de 3 variables individuelles propres au salarié ou à son entreprise :
 - les caractéristiques individuelles (âge d'entrée sur le marché du travail, sexe, salaire, temps de travail) ;
 - les caractéristiques de l'établissement (nombre de salariés, secteur d'activité) ;
 - les variables assurantielles (régime d'assurance maladie en Alsace-Moselle, couverture maladie universelle...).
- l'effet de contexte qui est l'ensemble de 3 sortes de variables départementales :
 - le taux de chômage et le taux de natalité, qui sont les variables économiques ;
 - la place de l'entreprise par rapport à son environnement, déterminée à l'aide d'un indicateur de salaire

relatif (rapport entre le salaire du travailleur et le salaire moyen par secteur d'activité et département) et d'un indicateur de gravité de l'entreprise (rapport du nombre de jours perdus pour ArTr divisé par le nombre d'heures travaillées dans l'entreprise, avec le taux de gravité moyen par secteur d'activité et département) ;

- l'offre de soins : la densité de médecins généralistes, le pourcentage d'affections de longue durée et le taux d'ArTr contrôlés pour mille salariés.

Les différences interdépartementales résultent donc de ces deux effets : de l'effet de composition, soit la variation de la structure démographique, économique et sociale, et de l'effet de contexte, effet propre des caractéristiques du département, une fois prises en compte les caractéristiques des individus.

Concernant les variables individuelles, les hommes s'arrêtent moins que les femmes. Un effet linéaire et croissant par rapport à l'âge est constaté. Un individu en arrêt l'année précédente aura plus tendance à l'être à nouveau. Lorsque le régime est doté d'un taux de remboursement élevé (100 % en Alsace-Moselle), les ArTr sont plus nombreux mais aussi de plus courte durée. Être bénéficiaire de la couverture médicale universelle (CMU) a un effet négatif sur la probabilité d'avoir un ArTr, souffrir d'une affection de longue durée également. Les personnes travaillant à temps partiel s'arrêtent moins que celles à temps plein. Plus le salaire est élevé, correspondant fréquemment au niveau de responsabilité de l'individu, moins ce dernier déclare d'ArTr. Le nombre d'ArTr croît avec la taille de l'entreprise, le secteur de l'industrie étant le plus touché.

Arrêt de travail :
de l'analyse à la reprise

La variable départementale la plus importante est la densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants : plus celle-ci est grande, plus nombreux sont les ArTr. Quant aux indicateurs de salaires relatifs, meilleure est la position de l'individu par rapport à son groupe de référence, moins il est discriminé et déclare d'ArTr. En revanche, plus le taux de gravité de l'entreprise est élevé, plus nombreux sont les arrêts.

Suite à ces analyses, la décomposition des résultats est présentée (cf. figures 1 et 2).

Au total, les variables expliquant le plus les disparités interdépartementales sont la densité des médecins généralistes et le taux de contrôle par l'assurance maladie et l'âge d'entrée sur le marché du travail. Elles pourraient être des leviers importants des politiques de santé visant à la réduction des disparités géographiques.

D'autres projets de recherche sont en cours à l'IRDES : l'étude des déterminants des II, l'analyse des déterminants des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), l'impact des cotisations des entreprises et de la tarification

↓ **Figure 1**

> **PART EN % DE LA VARIABILITÉ INTERDÉPARTEMENTALE EXPLIQUÉE PAR LES DIFFÉRENTS TYPES DE VARIABLES**

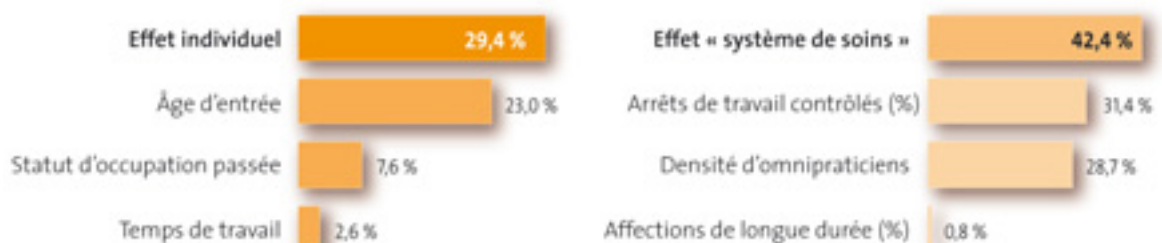


des AT-MP sur le risque d'AT-MP, l'impact de la conjoncture économique sur la santé (surtout celui de la crise sur la déclaration des II) et

l'impact du cancer sur le parcours professionnel.

↓ **Figure 2**

> **PART (%) DE LA VARIABILITÉ INTERDÉPARTEMENTALE EXPLIQUÉE PAR LES VARIABLES CLÉS.**



ARRÊTS DE TRAVAIL : REGARD PORTÉ PAR LES PRESCRIPTEURS

A.M. Lehr-Drylewicz, Faculté de médecine, Tours

Une étude récente de la Société française de médecine générale rapporte qu'un médecin généraliste réalise en moyenne 18,7 actes par jour. Cette activité génère 1,4 ArTr par jour. Pour 100 patients examinés au cours d'une semaine de 58 heures de travail, le médecin prescrit 7 ArTr, comprenant les arrêts initiaux et de prolongation.

En médecine générale, l'ensemble des prescriptions s'appuie sur le principe de l'*Evidence Based Medicine* qui, selon Sackett, est « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient ». Il permet au médecin généraliste d'argumenter sa démarche et sa décision clinique, ainsi que d'optimiser les stratégies thérapeutiques en adoptant une approche centrée sur le patient.

La prescription d'un ArTr est donc un processus complexe qui tient compte des éléments biomédicaux (état fébrile, douleurs, dépression, suites opératoires...), du contexte professionnel (type de profession, nature du travail, mode de transport) mais aussi de la relation de confiance entre le médecin et le malade. D'autres critères, propres au médecin, peuvent intervenir, tels que son niveau de tolérance et son degré de disponibilité ou de fatigue au moment de la prescription de l'arrêt. Quatre exemples peuvent illustrer cette complexité décisionnelle :

1) un employé d'usine, âgé de 25 ans, vient consulter en fin de journée pour une gastroentérite virale. Il demande un ArTr pour ce jour, puisqu'il n'a pas travaillé. Avant

son arrivée en consultation, cet homme a déjà pris des médicaments achetés en pharmacie et se sent mieux. Un ArTr est prescrit dont la finalité est plutôt d'ordre administrative ;

2) une ouvrière de 45 ans consulte pour une angine virale fébrile (40 °C). Cette fois-ci la patiente refuse l'ArTr par peur de perdre son emploi alors qu'un arrêt de 48 h semble médicalement justifié. Elle repartira sans être arrêtée ;

3) un agent bancaire de 51 ans consulte pour insomnie et angoisse. À l'anamnèse, il raconte être soumis à une pression de ses supérieurs hiérarchiques pour atteindre ses objectifs de travail et qu'il ne peut plus la supporter. Dans cette situation, l'ArTr est un acte thérapeutique à part entière : il est urgent d'extraire ce patient de son milieu professionnel, car ce dernier est la cause de sa souffrance psychique. Dans un deuxième temps, une solution est à définir à moyen terme afin que ce salarié réintègre son travail ;

4) le mari d'une enseignante de 50 ans est suivi pour un cancer métastaté. Face à l'inefficacité des chimiothérapies, des soins palliatifs sont entrepris. L'enseignante consulte alors son médecin traitant et demande un ArTr. Ici, l'arrêt est le traitement transitoire d'une souffrance psychique et permet la préparation du deuil. Il prend la place d'un traitement psychotrope, tandis que d'autres consultations permettront à la patiente d'avancer vers un choix de reprise du travail ou de congé sans solde.

Une étude quantitative réalisée par Bercier et al. sur 34 médecins généralistes, a identifié 2 facteurs prédictifs de prescription d'ArTr, qui sont une demande d'arrêt faite en milieu de consultation et des

arguments évocateurs d'une souffrance au travail. En Suède, Löfgren et al. ont interrogé 5 455 médecins. Les résultats montrent que 3 éléments semblent poser des difficultés lors de la prescription d'un ArTr : un désaccord possible avec le patient, l'évaluation de la durée de l'arrêt, ainsi que la connaissance du type et des capacités de travail du patient.

Le médecin joue un rôle sociétal lorsqu'il prescrit un ArTr. En effet, alors qu'il protège les intérêts du patient, la réglementation le rend garant de la viabilité économique du système de santé. D'une part, l'article 8 du Code de déontologie médicale dispose que le médecin « doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins ». D'autre part, l'article L. 162-2-1 du Code de la Sécurité sociale introduit l'aspect économique des soins puisqu'il dispose que « les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ».

Au total, la prescription d'un ArTr est un acte médical, intégré dans un plan de soin. Il existe un certain nombre d'avantages pour les patients à accepter l'ArTr, dont l'aide à la guérison et la prévention des complications. De plus, la limitation des déplacements du patient peut également être bénéfique pour la société lorsqu'il existe une pathologie infectieuse. Par contre, le refus d'ArTr peut comporter des risques qui sont à évaluer : retard de guérison, complication, diminution de la productivité. Enfin, en cas

Arrêt de travail : de l'analyse à la reprise

d'arrêt de longue durée, le médecin devra envisager la reprise du travail pour éviter une sinistrose.

TABLE RONDE : L'ARRÊT DE TRAVAIL, UNE COMPOSANTE DE LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE AVEC SES BONNES PRATIQUES

F. Duclos (Caisse Centrale de MSA, Bagnolet), J.L. Deutscher (Caisse Centrale de MSA, Bagnolet), B. Fouquet (Service de médecine physique et réadaptation, CHU Tours), W. De Boer (Academy of Swiss insurance medicine, Bâle), O. Scemana (Haute autorité de santé, Saint-Denis La Plaine)

➤ RÔLE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ DANS LA DÉTERMINATION DE RÉFÉRENTIELS DE DURÉE DES ARRÊTS DE TRAVAIL

Le périmètre de compétence de la Haute autorité de santé (HAS) est défini selon 2 grands axes. Le premier concerne l'évaluation des produits de santé et des actes dans la perspective de la mission au remboursement ainsi que l'élaboration de programmes de santé publique. Le second axe porte sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, allant de la production de recommandations de bonne pratique à l'élaboration de parcours de soins.

L'article 53 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a introduit une disposition prévoyant la possibilité, pour l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie, de consulter la HAS sur tout projet de référentiel de pratique médicale, élaboré dans le cadre de leur mission de gestion

des risques. La HAS a déjà émis dans ce cadre 44 avis, soumis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et relatifs à des référentiels de durées indicatives d'ArTr. Ces documents se présentent sous la forme de fiches *recto-verso*, proposant des durées indicatives d'ArTr en fonction d'une pathologie ou suite à un acte, avec une prise en compte du type d'emploi (sédentaire ou physique).

Pour répondre à ces sollicitations, la HAS réalise des revues des recommandations pratiques cliniques françaises et internationales sur les thèmes de santé concernés et interroge les sociétés savantes.

➤ ARRÊTS DE TRAVAIL ET TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES CHRONIQUES : APPROCHE EN MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

L'approche des troubles musculosquelettiques (TMS) est à la fois médicale, sociale et professionnelle.

De 2009 à 2011, 980 patients ont été pris en charge au CHU de Tours, par le service de médecine physique et réadaptation, pour un TMS chronique. Le suivi de ces patients fournit des informations sur les conséquences des ArTr prolongés. Ainsi, une détérioration significative des capacités physiques objectives (exemple : VO₂ max) et une prévalence anormalement élevée de sujets obèses ont été observées chez les patients arrêtés depuis plus de 6 mois. De même, des détériorations affectives et cognitives ont été constatées chez les patients en ArTr depuis plus de 18 mois, avec une perception très altérée de leur possibilité de retour au travail. Cette altération était majeure chez les personnes en arrêt pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

L'évaluation des patients à leur sortie de traitement puis à 3 mois montre l'importance de la durée de l'ArTr dans le processus de guérison et de retour au travail. Les sujets se sont majoritairement améliorés sur le plan physique et ont amélioré la perception de leur capacité à reprendre des activités physiques. En revanche, seulement 2 % ont amélioré leur appréhension à la reprise du travail. Cette observation montre que, lorsque le versant professionnel n'est pas intégré dans la prise en charge dès le départ, le retour dans le monde professionnel reste une problématique majeure. Une des possibilités envisagée est la mise en place d'un contrat thérapeutique avec les patients. Ce contrat consiste notamment à fixer précocement une visite de préreprise auprès du médecin du travail en fin de soins.

Enfin, la prise en charge peut parfois se heurter à des situations où le patient présente une appréhension à la reprise très importante, appelée également stade précontemplatif. Là encore, l'importance de la composante socioprofessionnelle et d'une prise en charge pluridimensionnelle est mise en avant.

TABLE RONDE : LES ENJEUX DU RETOUR AU TRAVAIL. DES CONTRADICTIONS À LA CONCERTATION ENTRE MÉDECINS CONSEIL ET MÉDECINS DU TRAVAIL. UN EXEMPLE D'ACCOMPAGNEMENT À LA REPRISE

J. Albouy (DIRECCTE Centre, Orléans), J.C. Le Squeren (groupe Ermitage, Bulgnéville), J.M. Pastor (MSA Languedoc, Montpellier), P. Dubois (MSA Côtes-Normandes, Caen), D. Sabel (MSA des Portes-de-Bretagne, Rennes)

➤ ARRÊTS DE TRAVAIL : LE REGARD DE L'EMPLOYEUR

L'employeur se préoccupe des ArTr et de leur fréquence. En effet, il existe une relation entre ceux-ci et le climat social au sein de l'entreprise. Toutefois, la gestion de l'ArTr apparaît complexe car il existe un manque d'information sur le dispositif de prise en charge. En effet, alors que la mission du médecin traitant comme prescripteur est bien identifiée, celle du médecin conseil ou du médecin du travail est moins connue. Il en est de même pour les relations qui peuvent éventuellement exister entre ces 3 acteurs médicaux.

Deux types d'ArTr sont distingués. Le premier relève d'une approche classique. Il s'agit de l'ArTr lié à une maladie, une maternité ou à un accident du travail. Le second, complexe et de plus en plus fréquent, concerne l'ArTr survenant dans le cadre de troubles psychologiques (syndrome dépressif, conduite suicidaire...).

De plus, le contexte économique actuel implique des suppressions de postes et des évolutions rapides des entreprises. Ceci complique la reprise des salariés après un ArTr. En cas d'impossibilité de reclassement, par exemple dans l'agroalimentaire en zone rurale, les conséquences d'un licenciement sont fortes, socialement et psychologiquement. De même, les entreprises comptent de plus en plus de salariés travaillant jusqu'à 70 ans. Sa prise en charge apparaît complexe pour l'employeur, notamment lorsqu'un reclassement est envisagé.

➤ L'INTERVENTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL DANS LA REPRISE

De 2005 à 2011, l'activité du service de santé au travail de la MSA du Languedoc a augmenté, tandis que la population rurale suivie a dimi-

nué. Le nombre de visites de reprise a connu une augmentation de 76 %, atteignant 1 383 examens en 2011. Le nombre de visites de préreprise a progressé de 48 % (330 en 2011). Enfin, le nombre d'inaptitudes a augmenté de 148 %, passant de 115 à 286. L'objectif de la visite de reprise est d'estimer si les capacités du salarié et son état de santé sont en adéquation avec les contraintes imposées par son travail. Elle a lieu quelle que soit la durée l'ArTr en cas de maladie professionnelle ou de congé maternité. Pour les autres causes d'ArTr, des différences existent entre le régime général et le régime agricole. L'article R. 4624-22 du Code du travail dispose que l'examen de reprise a lieu après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel. Dans le cadre de l'article R. 717-17-1 du Code rural, cette visite a lieu après une absence pour cause d'accident du travail d'une durée d'un mois, cette durée étant portée à 2 mois en cas de maladie ou d'accident non professionnel.

La visite de préreprise, quant à elle, est initiée par le médecin conseil, le salarié lui-même ou son médecin traitant. À l'issue de celle-ci, le médecin du travail peut établir des préconisations pour l'employeur afin de favoriser la reprise du salarié. Lorsqu'une inaptitude est envisagée, la visite de préreprise permet une mise en relation du salarié avec des services sociaux ou spécialisés. La réglementation permet dorénavant de déclarer une inaptitude en une seule visite pour les 2 régimes, s'il y a eu une visite de préreprise dans un délai de 30 jours au plus.

Lorsqu'un reclassement est envisagé, le médecin du travail liste les tâches à exclure, les tâches réalisables sans aide et celles qui néces-

sitent une adaptation. Le rôle délicat du médecin du travail est celui d'expert auprès de l'employeur et de l'employé, en étudiant les capacités du salarié liées à son état de santé, sans mettre en avant le diagnostic médical.

Au sein de la MSA, la proximité des services médicaux est une particularité qui facilite les échanges entre le médecin conseil et le médecin du travail pour le bénéfice du salarié.

En résumé, le médecin du travail est une interface entre le monde médical et le monde du travail, cheville ouvrière entre l'employeur, le salarié, le médecin conseil, le médecin traitant et les services sociaux.

➤ LE RÔLE ET LES MISSIONS DU MÉDECIN CONSEIL

Le médecin conseil a plusieurs missions dont celle de contrôle et d'expertise médico-sociale. Il a un rôle dans la prévention et un rôle d'accompagnement pour éviter l'invalidité dans le cadre des ArTr de longue durée. Il travaille en lien direct avec tous les services de la caisse de Sécurité sociale, le service social, le médecin du travail et le médecin traitant. Le lien privilégié avec ce dernier permet de suivre les ArTr et de chercher ensemble des solutions pour le patient. L'existence d'un langage commun entre tous les professionnels de santé - médecins traitants mais aussi médecins hospitaliers - permet de faciliter l'évaluation de la durée des ArTr.

En 2012, le contrôle médical des caisses normandes de la MSA a enregistré 20 500 ArTr. Les médecins conseil ont examiné plus de 4 000 dossiers et ont convoqué près de 800 personnes. Les dossiers comportant un ArTr de plus de 45 jours sont systématiquement examinés avec les questions suivantes : « *De quoi souffre le malade ? Que va-t-il devenir ? Quel est son*

Arrêt de travail : de l'analyse à la reprise

projet ? Que sait-il de sa maladie ? ». Face à certaines pathologies, telles les lombosciatiques chroniques ou les troubles psychologiques, des filières d'accompagnement sont à mettre en place en vue de la réadaptation au travail.

➤ LE RÔLE ET LES MISSIONS DU TRAVAILLEUR SOCIAL : L'EXEMPLE DES CAISSES BRETONNES

Le conseil d'administration de chaque caisse régionale définit sa propre politique d'action sanitaire et sociale avec, toutefois, un socle commun d'orientations nationales. Dans les deux caisses bretonnes de la MSA (Portes-de-Bretagne, Ille-et-Vilaine – Morbihan), le rôle du travailleur social s'est recentré sur les salariés en activité rencontrant des problèmes de santé. Il complète les actions des médecins conseil et des services de santé au travail. Le travailleur social est également bien identifié par les acteurs externes et les assurés bretons.

L'ArTr est une rupture avec l'environnement de travail, mais aussi avec l'environnement social de proximité. Il modifie les revenus financiers, la vie de famille et peut entraîner des difficultés à assurer le quotidien. La mission du travailleur social est alors d'accompagner

le travailleur arrêté dans ce nouvel environnement médico-administratif. Le travailleur social joue le rôle de médiateur. Il travaille sur tous les freins qui paralysent une reprise du travail. Il explore également les ressources, personnelles ou à mobiliser, dans le cadre d'un changement d'activité.

En Bretagne, les services de la MSA interviennent systématiquement auprès des salariés en ArTr depuis plus de 90 jours. Un accompagnement individuel pluridisciplinaire est proposé, réunissant le médecin du travail, le médecin conseil et le travailleur social. Dans ce cadre, un contrat de rééducation professionnelle en entreprise peut être institué. Une reprise progressive du travail est alors envisagée sur une durée allant de 3 mois à 1 an avec, si nécessaire, une formation prise en charge par l'employeur.

Un outil de reclassement externe a également été développé lorsqu'il n'y a plus de possibilité de maintien dans l'emploi. Ce sont des modules de remobilisation, envisagés en concertation avec le médecin du travail, le médecin conseil et le travailleur social. Pendant sa période d'arrêt, la personne peut se former 8 semaines sur un nouveau projet professionnel.