



PRÉAMBULE

L'arrêt de travail est une prescription de soin qui concourt à l'objectif thérapeutique.

Il faut distinguer les problématiques posées par les arrêts courts de celles posées par les arrêts longs.

- Les arrêts courts sont fréquents mais ont une faible incidence économique. Nous observons des différences dans le comportement des personnes selon le statut et le niveau de protection obligatoire et/ou complémentaire. Si les médecins ne peuvent rien à ce problème purement politique et social, cela pose cependant une vraie question d'équité.
- Les arrêts longs sont le plus souvent justifiés par les pathologies sous-jacentes. Il peut exister des prolongations « forcées » dans la fonction publique du fait de la position ou de la lenteur des commissions, avec manque de lisibilité et d'efficacité selon les différents statuts. Pour les personnes proches de la retraite, les arrêts longs sont aussi un transfert de charge entre le Pôle emploi et l'Assurance maladie. Enfin, les arrêts longs sont souvent liés aux difficultés d'adaptation de poste et/ou de reclassement possible. Une réalité existante : la « main forcée » par les employeurs ou les services de ressources humaines.

Nous observons de plus en plus de pathologies liées au travail, notamment troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux, surmenage, temps de transport.

Le problème d'inflation des arrêts de travail est plus socioéconomique (macro) que lié à des déviances individuelles (micro : patient ou médecin) :

- Il y a peu de patients qui abusent des arrêts de travail : seuls 10% des arrêts contrôlés par la CPAM apparaissent injustifiés (sachant qu'au moment de la prescription, ils étaient peut-être justifiés).
- Il y a peu de médecins « distributeurs » d'arrêts de travail

Pour réguler cette inflation, il ne sert à rien de « casser le thermomètre » par une contrainte statistique sur les arrêts de travail. Plutôt que d'augmenter le contrôle et la complexité administrative, nous prôtons une responsabilisation et une clarification de l'acte de prescription en le recentrant sur sa raison d'être médicale.

Quatre axes s'offrent à la régulation :

- Renforcer la prévention des pathologies à l'origine des arrêts
- Favoriser une prescription appropriée
- Lutter contre la prescription inappropriée
- Prévenir la désinsertion professionnelle (prévention quaternaire)

1. RENFORCER LA PRÉVENTION DES PATHOLOGIES À L'ORIGINE DES ARRÊTS DE TRAVAIL

1.1 Créer de véritables services de santé au travail avec une équipe pluridisciplinaire autour du médecin de prévention.

1.2 Valoriser la santé au travail dans la formation médicale initiale et les choix en 6^{ème} année.

1.3 Améliorer le suivi des travailleurs (salariés et indépendants) en services de médecine du travail. On observe incidemment un recours aux médecins généralistes comme substitut à la carence ou au coût de la médecine du travail, notamment pour les travailleurs indépendants. -> Nécessité d'aider les médecins généralistes dans cet accompagnement.



2. FAVORISER LES CONDITIONS PERMETTANT UNE PRESCRIPTION APPROPRIÉE

2.1 Proposer un formulaire unique maladie/AT

2.2 Rapprocher les systèmes de déclaration et d'indemnisation des salariés du privé, des indépendants et libéraux, et les salariés des fonctions publiques. Cela permettrait aux médecins prescripteurs d'arrêt de travail de ne pas être perdu devant des systèmes peu lisibles, et de limiter les prolongations artificielles d'arrêt pour ne pas mettre en difficulté les patients (système d'indisponibilité physique pour la fonction publique).

2.3 Retirer les décisions de sorties autorisées et de restriction d'horaire : cela crée des difficultés organisationnelles pour le patient, des négociations inutiles avec les patients, et des absences lors de contrôles de l'Assurance maladie sans grande pertinence vis-à-vis du contrôle en lui-même.

2.4 La question des délais de carence est une décision 100% politique, qui échappe quelque peu aux prérogatives du Collège, et peut être vue de deux manières différentes :

- Supprimer les jours de carence qui pénalisent certaines catégories de salariés du privé (en général dans les TPE et PME) et du public et renforcent des arrêts du travail plus longs et/ou des effets de présentisme. Les arrêts courts ne constituent aucunement une dépense importante pour la sécurité sociale et n'est pas un problème autre que « politique ».
- Les délais de carence peuvent avoir un impact sur la prescription d'arrêt de travail, possiblement via deux mécanismes, allant chacun dans un sens différent : a/ Le patient est moins demandeur pour des raisons financières, b/ Le médecin peut prescrire plus facilement, étant donné qu'il y a moins d'impacts sur les finances publiques.

Le Collège se prononce pour une meilleure équité entre les régimes, pour les arrêts courts comme pour les arrêts prolongés.

2.5 Mettre en place des outils d'information à l'attention du prescripteur :

- Réaliser un document synthétique rassemblant l'ensemble de la réglementation relative aux arrêts de travail, sous format papier et électronique. Faire connaître la loi de 2016 sur le secret médical qui permet désormais de partager des informations avec le médecin du travail (avec l'accord du patient et dans son intérêt).
- Ouvrir une hotline nationale de conseil téléphonique pour répondre aux questions des médecins sur l'accompagnement des patients dans leur travail.

2.6 Proposer aux femmes enceintes un droit au « retrait préventif » leur garantissant un congé rémunéré dès les premières semaines de grossesse lorsque le poste de travail ne peut pas être aménagé par l'employeur. L'expérience canadienne a montré une diminution de la fréquence des fausses couches, des retards de croissance intra-utérins et des accouchements prématurés (Fortier et al, Scand J Work Environ Health, 1995).

2.7 L'obligation de télétransmission peut être un moteur pour son développement mais doit impérativement être adaptée aux cas particuliers (absence de réseau téléphonique, d'internet, CPS remplaçant ne permettant pas de faire des arrêts de travail en ligne, etc.)



3. LUTTER CONTRE LA PRESCRIPTION INAPPROPRIÉE

3.1 Ajouter une case « Motif d'arrêt objectif/non objectif », pour permettre au médecin de limiter sa responsabilité aux arrêts objectifs (ex : un cuisinier en cantine scolaire qui déclare avoir la diarrhée et avoir vomi toute la nuit nécessitera un arrêt maladie même si son examen est normal). Parallèlement, cela peut permettre de cibler les contrôles AM sur des arrêts non objectifs répétés.

3.2 Fixer une limite de durée de prescription lorsque le prescripteur médecin généraliste n'est pas le médecin traitant. Dans une étude réalisée dans le Rhône en 2011, le médecin prescripteur de l'arrêt de travail n'était le médecin traitant que pour 54% des arrêts alors que 88% des assurés du département avaient déclaré un médecin traitant (Leguevaques, RESP, 2014).

3.3 Renforcer l'indépendance des médecins vis-à-vis de l'employeur.

4. PRÉVENIR LA DÉINSERTION PROFESSIONNELLE

4.1 Favoriser les temps partiels thérapeutiques, le télétravail et les aménagements provisoires de poste. Réviser les dispositifs d'invalidité pour permettre d'accéder plus facilement au temps partiel pour raisons de santé pour les salariés souffrant de pathologies chroniques.

4.2 Introduire un contact systématique entre médecin traitant et médecin du travail en cas d'arrêt prolongé (supérieur à 3 mois, par exemple).

4.3 Rester attentif à moyen terme aux salariés revenant d'un arrêt long, pour veiller à la bonne charnière temps partiel thérapeutique-temps plein

4.4 Permettre à quelqu'un d'absent pour raison de santé de ne pas être en arrêt de travail mais de récupérer plus tard les heures non faites (les patients qui ont des RTT semblent les utiliser quand ils sont malades).

Document élaboré dans le cadre d'une Mission d'expertise relative à la prise en charge des arrêts de travail menée par Jean Luc Bérard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiller.

Synthèse des propositions pour le Collège de la Médecine Générale
Marie-Hélène Certain / Paul Frappé
16 novembre 2018

