



ARRÊTS MALADIE : ÉTAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS POUR L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Septembre 2004

SERVICE ÉVALUATION EN SANTÉ PUBLIQUE
SERVICE ÉVALUATION ÉCONOMIQUE

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'Anaes est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en septembre 2004.

Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)

Service communication

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2004. Anaes

AVANT-PROPOS

La médecine connaît un développement accéléré de nouvelles technologies, à visée préventive, diagnostique et thérapeutique, qui conduisent les décideurs de santé et les praticiens à faire des choix et à établir des stratégies, en fonction de critères de sécurité, d'efficacité et d'utilité.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) évalue ces différentes stratégies, réalise une synthèse des informations disponibles et diffuse ses conclusions à l'ensemble des partenaires de santé. Son rôle consiste à apporter une aide à la décision, qu'elle soit individuelle ou collective, pour :

- éclairer les pouvoirs publics sur l'état des connaissances scientifiques, leur implication médicale, organisationnelle ou économique et leur incidence en matière de santé publique ;
- aider les établissements de soins à répondre au mieux aux besoins des patients dans le but d'améliorer la qualité des soins ;
- aider les professionnels de santé à élaborer et à mettre en pratique les meilleures stratégies préventives, diagnostiques et thérapeutiques selon les critères requis.

Ce document répond à cette mission. Les informations qui y sont contenues ont été élaborées dans un souci de rigueur, en toute indépendance, et sont issues tant de la revue de la littérature internationale que de la consultation d'experts dans le cadre d'une étude d'évaluation des technologies.

Alain COULOMB
Directeur général

L'ÉQUIPE

Ce travail a été réalisé par :

le D^r Nathalie Poutignat, sous la direction du D^r Bertrand Xerri, responsable du service évaluation technologique ;
M^{me} Catherine Zivi, économiste, sous la direction de M^{me} Fabienne Midy et de M^{me} Catherine Rumeau-Pichon, responsable du service évaluation économique.

La recherche documentaire a été effectuée par :

M^{me} Emmanuelle Blondet, documentaliste ;
M. Aurélien Dancoisne, assistant documentaliste.

Le secrétariat a été effectué par M^{me} Nathalie Brothé et M^{me} Sophie Duthu.

GROUPE DE LECTURE

Christian AUSSEDAT, médecin généraliste
Éric COUÉ, médecin généraliste
Bernard DESNUS, médecin généraliste
Annie JOLIVET, IRES
Pierre LEVY, médecin généraliste
Jean François LOEVE, médecin généraliste
Jean Paul ORTIZ, médecin généraliste
Bernard ORTOLAN, médecin généraliste
Jacques RAMBAUD, médecin généraliste
Thomas RENAUD, IRDES
Alain VERGNENÈGRE, Anaes, Conseil scientifique

SOMMAIRE

SOMMAIRE	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
RÉSUMÉ.....	8
SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES	9
INTRODUCTION.....	14
OBJECTIFS	15
MÉTHODE.....	16
I. REVUE DE LA LITTÉRATURE	16
II. ÉTUDE QUALITATIVE POUR ÉTABLIR LES PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION	16
II.1. RECUEIL DE L'INFORMATION.....	16
II.2. ÉLABORATION DES PROPOSITIONS	18
II.3. VALIDATION DES PROPOSITIONS	18
RÉSULTATS	19
I. ANALYSE DES DÉPENSES LIÉES AUX ARRÊTS MALADIE	19
I.1. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES LIÉES AUX ARRÊTS MALADIE : ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE	19
I.2. LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE CROISSANCE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	29
II. ÉTUDE DE LA PRESCRIPTION D'UN ARRÊT MALADIE.....	34
II.1. LE PROCESSUS DE PRESCRIPTION D'UN ARRÊT MALADIE ET LES PROBLÈMES POSÉS PAR CE TYPE DE PRESCRIPTION	34
II.2. LES DÉTERMINANTS INDIVIDUELS DE LA PRESCRIPTION D'UN ARRÊT MALADIE	38
II.3. L'ÉVALUATION EXTERNE DU CARACTÈRE JUSTIFIÉ DE LA PRESCRIPTION D'UN ARRÊT DE TRAVAIL	41
III. OUTILS DE RÉGULATION ET D'AIDE À LA PRESCRIPTION.....	45
III.1. LE RENFORCEMENT DU CONTRÔLE DES BÉNÉFICIAIRES ET LA RESPONSABILISATION DES PRESCRIPTEURS.....	45
III.2. LES OPÉRATIONS DE SENSIBILISATION	46
III.3. LA PRESCRIPTION D'ARRÊTS DE TRAVAIL À TEMPS PARTIEL	47
III.4. LA COLLABORATION ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES ENTREPRISES	48
III.5. L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES MÉDICALES	51
III.6. LES MESURES RÉCENTES.....	52
IV. ÉTUDE QUALITATIVE ET PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION	53
IV.1. ANALYSE ET SYNTHÈSE DES GROUPES DE DISCUSSION	54
IV.2. PROPOSITIONS VALIDÉES PAR LE GROUPE DE VALIDATION.....	56
IV.3. AVIS DU GROUPE DE LECTURE.....	59

CONCLUSIONS	62
ANNEXE 1 : RECHERCHE DOCUMENTAIRE	64
BASES DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES :	64
STRATÉGIE DE RECHERCHE	65
ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE ET MÉTHODE UTILISÉS POUR LES GROUPES DE DISCUSSION	67
ANNEXE 3. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE RÉALISÉE PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL SUR L'EPAS.....	69
ANNEXE 4. ÉVOLUTION RÉGIONALE EN VOLUME ET EN DATE DE REMBOURSEMENT ENTRE 1995 ET 2003.....	70
ANNEXE 5. CARACTÉRISTIQUES DES ARRÊTS PRESCRITS EN 2002 SELON LE PRESCRIPTEUR INITIAL (ASSURÉS ACTIFS EPAS)	71
ANNEXE 6. COMPARAISONS INTERNATIONALES.....	72
ANNEXE 7. PROCESSUS DE PRESCRIPTION DES ARRÊTS DE TRAVAIL.....	76
ANNEXE 8. LOI N° 2003-1199 DU 18 DÉCEMBRE 2003 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2004.....	78
ANNEXE 9. AVIS DES MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE.....	79
RÉFÉRENCES.....	80

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AcBUS	Accord de bon usage de soins
ALD	Affection de longue durée
CDI	Contrat à durée indéterminée
Cisme	Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CSP	Catégorie socioprofessionnelle
DWP	<i>Department for work and pensions</i>
FNAP-PSY	Fédération nationale des associations de patients et (ex) patients « Psy »
Fnath	Association des accidentés de la vie
IC	Intervalle de confiance
Igas	Inspection générale des Affaires sociales
IGF	Inspection générale des Finances
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
Irdes	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
SBU	<i>Swedish Council on Technology Assessment in Health Care</i>
SFMG	Société française de médecine générale
SVP50	Santé et vie professionnelle après 50 ans

RÉSUMÉ

Objectif

Préparer un argumentaire à utiliser dans le cadre d'un accord de bon usage de soins (AcBUS) et concernant la prescription des arrêts de travail pris en charge par la branche maladie :

- à partir d'un état des lieux de la situation concernant les arrêts maladie ;
- à partir de propositions d'amélioration de la pratique de prescription des arrêts maladie, établies à l'issue d'une étude qualitative.

Conclusions et résultats

La croissance des dépenses liées aux arrêts maladie est constante depuis 1998, mais selon des taux variables. Les différentes études françaises ou étrangères permettent d'identifier un certain nombre de déterminants individuels de la prescription ou de facteurs conjoncturels qui permettent d'expliquer cette variabilité. Cela incite à envisager une palette d'outils de régulation ou d'aide à la prescription. Il reste cependant que l'on ignore le poids respectif des facteurs individuels et des facteurs conjoncturels dans la croissance des dépenses et qu'il est donc difficile de préjuger de l'impact des mesures possibles.

En l'absence de données de la littérature et de critères de références à utiliser pour la prescription des arrêts maladie, l'obtention d'un consensus sur des propositions d'améliorations constituait une première étape indispensable à franchir et cet objectif peut être considéré comme atteint. Six propositions d'amélioration des pratiques de prescription ont été élaborées :

1. proposition 1 : faire définir par les sociétés savantes concernées les écarts de durée d'arrêts de travail pour certaines pathologies ;
2. proposition 2 : améliorer la formation professionnelle des médecins prescripteurs en créant un module prescription des arrêts de travail dans la formation initiale des médecins et en proposant ce thème dans la formation continue ;
3. proposition 3 : développer et favoriser la communication entre professionnels ;
4. proposition 4 : définir un projet thérapeutique et favoriser la prise en charge pluridisciplinaire des arrêts de plus de 3 semaines ou des prolongations d'arrêts après 3 semaines ;
5. proposition 5 : faciliter le contrôle par la télétransmission des feuilles d'arrêt maladie et par la modification des formulaires d'avis d'arrêt de travail ;
6. Sensibiliser les acteurs au travers de campagnes ciblées.

Méthode

L'Anaes a interrogé de façon systématique les banques de données Medline, Embase, Pascal, les sites Internet utiles et recherché la littérature grise de 1994 à 2004. En l'absence de données de recommandations et référentiels de pratique de prescription des arrêts de travail, la recherche d'information a été réalisée à partir de l'interrogation d'un groupe de professionnels concernés (12 membres) ainsi qu'un groupe d'utilisateurs (6 membre), et complétée par des entretiens individuels (14), en utilisant une méthode dérivée des *focus group*. Les propositions retenues ont été validées par un troisième groupe (9 membres). L'accord sur les propositions a alors été testé par la cotation de propositions définitives par 8 médecins généralistes.

Perspectives

Il reste maintenant à rendre chacune de ces propositions plus concrète et pratique pour être opérationnelle. Ce travail complémentaire devra impérativement associer l'ensemble des professionnels concernés.

Auteurs : F MIDY, N POUTIGNAT

SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

Contexte

L'année 2002 a connu un taux de croissance sans précédent des prestations versées par la branche maladie du régime général au titre des indemnités journalières. Le montant versé s'élève à 5 milliards d'euros, soit une progression de 10,1 % par rapport à 2001.

Dans ce contexte, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a saisi l'Anaes pour préparer un argumentaire à utiliser dans le cadre d'un accord de bon usage de soins (AcBUS) concernant la prescription des arrêts de travail pris en charge par la branche maladie.

Objectifs

Deux objectifs ont été fixés à ce travail :

- faire un état des lieux de la situation concernant les arrêts maladie, à partir d'une revue de la littérature ;
- établir des propositions pour améliorer la pratique de prescription des arrêts maladie, à partir d'une étude qualitative.

Méthode

La revue de la littérature a été effectuée en orientant la recherche sur les trois thèmes suivants :

- l'analyse des dépenses liées aux arrêts maladie (analyse de l'évolution des dépenses, recherche des principaux déterminants de croissance des indemnités journalières) ;
- l'étude de la prescription d'un arrêt maladie (étude du processus, identification des problèmes posés, recherche des principaux déterminants individuels, évaluation externe du caractère justifié de la prescription d'un arrêt maladie) ;
- l'étude des outils de régulation et d'aide à la prescription.

En l'absence de données de la littérature et de critères de références à utiliser pour la prescription des arrêts maladie, une étude de type qualitative fondée sur l'interrogation des différents acteurs impliqués a été menée pour permettre d'élaborer des propositions pour l'amélioration des pratiques. La méthode d'interrogation et de recueil des informations utilisée a été adaptée de la méthode des *focus groups*. Un groupe de pilotage (8 membres, choisis en fonction de leur expérience sur le sujet ou pour ce type d'étude) a été constitué et impliqué dans le choix de la méthode, l'élaboration du questionnaire et le suivi de l'étude. L'étude a comporté 3 étapes, le recueil d'information, l'élaboration des propositions et la validation des propositions. Au total, 43 personnes représentant plusieurs spécialités ou points de vue (18 médecins généralistes, 2 psychiatres, 1 médecin urgentiste, 2 rhumatologues, 1 chirurgien orthopédiste, 5 médecins du travail, 4 médecins-conseils, 1 psychologue du travail, 1 sociologue et 8 représentants d'usagers) ont contribué à cette étude. L'analyse des informations recueillies lors des deux premiers groupes de discussion, ainsi que des entretiens individuels réalisés auprès de médecins généralistes, a permis d'élaborer certaines propositions qui ont été ensuite soumises pour avis et validation à un troisième groupe de discussion.

La version finale du rapport a été adressée à un groupe de lecture comprenant 8 médecins généralistes, également sollicités pour évaluer la pertinence des propositions faites, à partir d'une échelle de cotation allant de 1 à 9. Cette méthode permet de dégager les propositions qui sont jugées comme non appropriées (cotation 1, 2 ou 3), appropriées (cotation 7, 8 ou 9), les cotations 4, 5 et 6 correspondant à la zone d'indécision.

Résultats

Analyse des dépenses liées aux arrêts maladie.

Le montant des indemnités pour arrêt maladie du régime général a connu un pic de croissance en 2002 (+ 10,1 %) avec un ralentissement en 2003 (+ 6,3 %) qui s'est poursuivi en 2004.

Les analyses dynamiques sur le moyen terme montrent que les facteurs démographiques et économiques ont un impact sur l'évolution du volume global des indemnités versées (structure de la population active, marché de l'emploi, croissance économique). Par ailleurs, les pays dont le calcul des indemnités est le plus favorable sont également les pays qui ont les plus forts taux d'absentéisme pour maladie. L'impact, parfois évoqué, d'autres réformes sociales n'est pas démontré (réforme du chômage, réforme du système de préretraite). Selon les travaux de l'Irdes, c'est l'évolution de la structure de la population active qui permet le mieux d'expliquer les tendances de long terme.

L'existence de macro-facteurs pose évidemment la question de la part évitable dans la croissance des dépenses, c'est-à-dire dues à des stratégies comportementales des acteurs (patients et médecins) et des outils à mobiliser.

Étude de la prescription d'un arrêt maladie, processus de prescription et problèmes posés.

La décision de prescrire un arrêt de travail est soumise à un processus d'évaluation complexe de l'aptitude au travail, des bénéfices et des risques liés à l'arrêt du travail. Le repos doit être envisagé et prescrit comme une mesure thérapeutique car le maintien au travail peut être responsable de l'aggravation de l'état du patient. Mais l'interruption de travail peut aussi être à l'origine de la survenue de troubles psychologiques et d'une désocialisation du patient. L'analyse de la littérature révèle qu'il n'existe pas d'outils d'aide à la prescription, en particulier pas de critères de références validés, utiles pour évaluer l'aptitude au travail, et que les médecins peuvent se sentir en difficulté dans leur pratique quotidienne.

Les déterminants individuels de la prescription d'un arrêt maladie

Cet espace non consensuel de décision peut expliquer l'influence de certaines caractéristiques individuelles du patient ou du médecin. L'influence des variables individuelles du médecin est mal connue, mais les études montrent que l'âge, le sexe, le niveau d'études et les conditions de travail du patient ont un impact sur la prescription d'un arrêt ou sur sa durée, à état de santé équivalent.

L'évaluation externe du caractère justifié de la prescription d'un arrêt maladie

Au final, un certain pourcentage d'arrêts de travail sont jugés inadaptés lors des contrôles et études conduits par les organismes d'assurance maladie. La Cnamts estime que 6 % des arrêts sont inadaptés, mais ce pourcentage peut atteindre plus de 20 % en ciblant certaines pathologies, certains prescripteurs, ou lorsque la prescription est la prolongation d'un arrêt en cours ou l'itération d'un arrêt récent.

Outils de régulation et d'aide à la prescription

La variété des déterminants possibles, pour expliquer tant l'évolution globale des indemnités journalières que la prescription individuelle d'un arrêt maladie, implique que l'on envisage une variété toute aussi large d'outils de régulation et d'aide à la prescription.

L'outil de régulation le plus fréquemment utilisé dans les pays étudiés est le copaiement des indemnités par le système d'assurance sociale et par les entreprises selon des modalités diverses. Plus rarement, certains pays ont initié ou envisagent un système de cogestion du risque (Grande-Bretagne, Norvège, projet en Suède). L'autorisation pour les entreprises françaises de réaliser des contrôles au domicile de leurs employés relève de cette démarche, mais les actions de contrôle restent principalement le fait de l'assurance maladie.

L'analyse de la littérature a mis en évidence le poids de déterminants individuels qui ne relèvent pas d'un comportement individuel stratégique, ce qui incite à explorer des voies complémentaires aux actions de contrôle. Les deux principaux éléments ainsi établis sont l'influence des conditions

de travail et les difficultés liées à la prescription d'un arrêt de travail. Le premier renvoie plus au monde de l'entreprise qu'au monde médical. Plusieurs pays ont mis en place des incitations pour amener les entreprises à améliorer les conditions de travail ou le retour au travail (Suède, Danemark, Norvège). La Suède propose une mesure plus innovante en adaptant l'arrêt de travail à l'aptitude au travail grâce à des arrêts initiaux à temps partiel. Le second aborde le champ de la prescription et peut faire l'objet d'actions diverses, tant auprès des prescripteurs que des bénéficiaires : actions de sensibilisation et d'information, actions de formation professionnelle, recommandations de pratiques et outils conventionnels. L'étude qualitative de l'Anaes porte plus spécifiquement sur ce champ, et les propositions concrètes qui en découlent visent à améliorer les pratiques de prescription des arrêts maladie.

Étude qualitative et propositions d'amélioration des pratiques de prescription

Six propositions pour l'amélioration des pratiques de prescriptions ont été identifiées à l'issue de cette étude. L'accord sur ces propositions a aussi été testé par la cotation de celles-ci par les membres du groupe de lecture, également sollicités pour justifier leurs réserves et leurs commentaires.

Proposition 1 : - Faire définir par les sociétés savantes concernées les écarts de durée d'arrêts de travail pour certaines pathologies.

Précisions : les pathologies ciblées sont les pathologies fréquentes et ne posant pas de problème diagnostique. Toutefois, la nécessité de prendre en compte la situation personnelle du patient, les contraintes du poste de travail et les déplacements professionnels pourrait aboutir au développement d'un outil complexe, difficile à utiliser. La liste devra faire l'objet de révisions régulières.

Consensus : médiane = 7 (minimum 3, maximum 9).

Commentaires du groupe de lecture : en dépit de l'accord prononcé sur cette proposition (médiane des cotations : 7), certaines réserves sont émises :

- difficultés d'obtention de consensus professionnel sur ce thème, compte tenu du manque d'études ;
- difficultés anticipées pour déterminer la liste des pathologies concernées (il est précisé qu'en médecine générale on soigne des symptômes, pas des maladies identifiées) ;
- difficultés rencontrées pour motiver les sociétés savantes sur ce thème ;
- risque de développer un outil complexe à utiliser en pratique (nécessité de tenir compte du poste de travail et des déplacements professionnels du patient en plus de la pathologie) ;
- nécessité d'impliquer dans ce travail les médecins du travail et les médecins-conseils.

Proposition 2 : - Améliorer la formation professionnelle des médecins prescripteurs en créant un module prescription des arrêts de travail dans la formation initiale des médecins et en proposant ce thème dans la formation continue.

Précisions : deux axes sont évoqués. La formation aux réponses aux demandes abusives ou à dire non. La formation et l'information sur les maladies professionnelles, les contraintes des postes de travail, la santé au travail et la réglementation.

Consensus : médiane = 8 (minimum 5, maximum 9).

Commentaires du groupe de lecture : les formations devront nécessairement être multidisciplinaires en impliquant les médecins du travail et les médecins-conseils. Pour la formation initiale, il faudrait aussi inclure ce thème dans les objectifs d'enseignement, par exemple par le biais de la conférence des doyens. Il reste à faire définir concrètement les programmes pédagogiques.

Cette proposition soulève des problèmes d'organisation et de financement.

Proposition 3 : - Développer et favoriser la communication entre professionnels.

Précisions : ces échanges doivent se faire impérativement en présence et avec l'accord du patient (ou avec l'accord du patient lorsque l'échange pour des raisons de disponibilité ne peut se faire en sa présence). L'identification du médecin du travail dans les petites entreprises est une réelle difficulté.

Consensus : médiane = 8,5 (minimum 1, maximum 9).

Commentaires du groupe de lecture : tous les médecins interrogés sont d'accord pour améliorer la communication entre professionnels et surtout avec les médecins du travail. Les difficultés pratiques sont soulignées et rendent nécessaire le développement d'outils informatiques (attendre aussi que soit mis à disposition le dossier médical partagé).

Proposition 4 : - Définir un projet thérapeutique et favoriser la prise en charge pluridisciplinaire des arrêts de plus de 3 semaines ou des prolongations d'arrêts après 3 semaines (à l'exclusion des arrêts définis dans la proposition 1 ou des arrêts ayant fait l'objet d'un protocole).

Précisions : le projet thérapeutique comporte les traitements prescrits médicamenteux et non médicamenteux ainsi que les objectifs attendus, et la planification du suivi. L'adhésion du patient doit être obtenue. Il peut être nécessaire d'impliquer le médecin du travail, le médecin-conseil, les travailleurs sociaux et/ou certaines professions paramédicales (psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes).

Consensus : médiane = 8 (minimum 1, maximum 9).

Commentaires du groupe de lecture : l'augmentation de la charge de travail et la complexité de mise en œuvre sont notées. Certains médecins suggèrent, à partir de cette proposition, que soit transférée la responsabilité de prolongation d'arrêts de travail aux médecins-conseils et médecins du travail après concertation avec le médecin praticien, lequel ne conserverait que la responsabilité des arrêts initiaux.

Proposition 5 : - Faciliter le contrôle par la télétransmission des feuilles d'arrêts maladie et par la modification des formulaires d'avis d'arrêts de travail.

Consensus : médiane = 6 (minimum 1, maximum 8).

Commentaires du groupe de lecture : cette proposition est jugée technique et plutôt sans grand intérêt. Les réserves concernent essentiellement la télétransmission à laquelle les médecins sont plutôt opposés.

Proposition 6 : - Sensibiliser les acteurs

Précisions : la sensibilisation devrait se faire au travers de plusieurs campagnes ciblées sur les patients, les médecins prescripteurs, les employeurs.

Consensus : médiane = 8 (minimum 6, maximum 9).

Commentaires du groupe de lecture : cette proposition est très consensuelle du fait de son contenu très général. Il est nécessaire de sensibiliser le public au mésusage des arrêts de travail mais l'impact à long terme de ce type de campagne est estimé faible.

Conclusions et perspectives

La croissance des dépenses liées aux arrêts maladie est constante depuis 1998, mais selon des taux variables. Les différentes études françaises ou étrangères permettent d'identifier un certain nombre de déterminants individuels de la prescription ou de facteurs conjoncturels qui permettent d'expliquer cette variabilité. Cela incite à envisager une palette large d'outils de régulation ou d'aide à la prescription. Il reste cependant que l'on ignore le poids respectif des facteurs individuels et des facteurs conjoncturels dans la croissance des dépenses et qu'il est donc difficile de préjuger de l'impact des différentes mesures possibles.

En l'absence de données de la littérature et de critères de références à utiliser pour la prescription des arrêts maladie, l'obtention d'un consensus sur des propositions d'améliorations constituait une première étape indispensable à franchir et cet objectif peut être considéré comme atteint. Il reste maintenant à rendre chacune de ces propositions plus concrète et pratique pour être opérationnelle. Ce travail complémentaire devra impérativement associer l'ensemble des professionnels concernés.

INTRODUCTION

L'année 2002 a connu un taux de croissance sans précédent des prestations versées par la branche maladie du régime général au titre des indemnités journalières. Le montant versé s'élève à 5 milliards d'euros, soit une progression de 10,1 % par rapport à 2001.

Dans ce contexte, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a saisi l'Anaes pour préparer un argumentaire à utiliser dans le cadre d'un accord de bon usage de soins (AcBUS) et concernant la prescription des arrêts de travail pris en charge par la branche maladie.

Afin de répondre à cette demande, l'Anaes a d'abord analysé la littérature française et étrangère, ce qui lui a permis : de dresser un état des connaissances sur le niveau des dépenses liées aux arrêts maladie et sur les déterminants de leur évolution ; de mieux comprendre le processus complexe de la prescription d'un arrêt de travail ; de répertorier différents outils de régulation et d'aide à la prescription en France et à l'étranger. À partir de ces éléments de cadrage, l'Anaes a réalisé une étude qualitative, associant des entretiens et une démarche inspirée des techniques des *focus groups*, qui lui permet de conclure par des propositions concrètes d'amélioration des pratiques de prescription des arrêts maladie.

OBJECTIFS

Le principal objectif de ce travail a été de préparer un argumentaire à utiliser dans le cadre de l'élaboration d'un AcBUS concernant la prescription des arrêts maladie.

Une analyse de la littérature a d'abord été réalisée et trois thèmes ont été retenus :

- l'analyse des dépenses liées aux arrêts maladie (analyse de l'évolution des dépenses, recherche des principaux déterminants de croissance des indemnités journalières) ;
- l'étude de la prescription d'un arrêt maladie (étude du processus, identification des problèmes posés, recherche des principaux déterminants individuels, évaluation externe du caractère justifié de la prescription d'un arrêt maladie) ;
- l'étude des outils de régulation et d'aide à la prescription.

Le travail a été alors complété par une étude qualitative impliquant professionnels et usagers, et ayant pour objectif d'établir des propositions pour améliorer la pratique de prescription des arrêts maladie.

MÉTHODE

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Une revue de la littérature a d'abord été réalisée, la recherche a porté sur les thèmes suivants :

- l'évolution des dépenses liées aux arrêts maladie ;
- l'étude des principaux déterminants de croissance des indemnités journalières ;
- l'étude du processus de prescription d'un arrêt maladie (évaluation de l'aptitude au travail, évaluation du bénéfice thérapeutique et des risques de l'arrêt de travail) et les problèmes posés aux médecins par la prescription d'un arrêt maladie ;
- l'étude des déterminants individuels de la prescription d'un arrêt maladie (liés aux médecins, liés aux patients) ;
- l'évaluation externe du caractère justifié de la prescription d'un arrêt maladie ;
- les outils de régulation et d'aide à la prescription. Seuls les articles rédigés en langue française et anglaise ont été retenus. La stratégie de recherche documentaire est détaillée en annexe 1 page 65.

II. ÉTUDE QUALITATIVE POUR ÉTABLIR LES PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION

L'absence de données de la littérature (1) ne permettant pas d'appliquer la méthode habituellement utilisée par l'Anaes (analyse critique de la littérature validée et complétée par des experts désignés par les sociétés savantes concernées et réunis en groupe de travail et groupe de lecture), une étude de type qualitative fondée sur l'interrogation des différents acteurs impliqués a été menée pour permettre d'élaborer les propositions. La méthode d'interrogation et de recueil des informations utilisée a été adaptée de la méthode des *focus groups* (2-6).

Un groupe de pilotage a été constitué et impliqué dans le choix de la méthode, l'élaboration du questionnaire et le suivi de l'étude.

Les membres du groupe de pilotage ont été les suivants :

Marie Erbault	: Anaes (évaluation des pratiques professionnelles)
Jacques Glickman	: psychiatre (Paris)
Dominique Leboeuf	: sociologue (Mission évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé)
Catherine Mayault	: Anaes (évaluation des pratiques professionnelles)
Fabienne Midy	: Anaes (évaluation économique)
Nathalie Poutignat	: Anaes (évaluation technologique)
Jean Louis Terra	: psychiatre (Lyon)
Bertrand Xerri	: Anaes (évaluation technologique)

L'étude a comporté 3 étapes, le recueil d'information, l'élaboration des propositions et la validation des propositions. Au total, 43 personnes ont contribué à cette étude.

II.1. Recueil de l'information

Le recueil d'information a été réalisé à partir de l'interrogation de professionnels et de représentants d'usagers (représentants d'associations), volontaires pour participer. Deux groupes de discussion ont été constitués. L'information a été également complétée par des entretiens individuels.

Un groupe était représenté par les professionnels impliqués, dans la décision de prescription (médecin généraliste, psychiatre, rhumatologue, médecin urgentiste), dans le contrôle des arrêts de travail (médecin-conseil), et dans la santé au travail (médecin du travail, psychologue du

travail). Le choix des spécialités retenues (psychiatrie, rhumatologie et médecine d'urgence) était justifié parce que correspondant aux 3 pathologies le plus fréquemment responsables d'arrêts de travail.

Les 12 membres de ce groupe ont été les suivants :

Liliane Boitel	: médecin du travail (CISME)
Laure Chapuis	: rhumatologue (Vitre)
Valérie Langevin	: psychologue du travail (INRS)
Laurent Lecoin	: médecin du travail (RATP)
Anne-Marie Lehr-Drylewicz	: médecin généraliste (Parçay-Meslay)
Gérard Lyon	: médecin généraliste (Paris)
Agnès Nicot	: médecin-conseil CPAM (Limoges)
Pascal Pfister	: Caisse nationale (service médical Paris)
Gilles Potel	: médecin urgentiste (CHU Rennes)
Pascal Thierry	: psychiatre (Paris)
Gaetano Saba	: Caisse nationale (service médical Paris)
Isabelle Vanoni	: médecin généraliste (Nice)

Le deuxième groupe était constitué par des représentants d'usagers. De réelles difficultés ont été rencontrées pour faire participer les représentants d'associations contactés (faible disponibilité, faible intérêt exprimé sur le sujet), de telle sorte que le groupe constitué ne peut prétendre être représentatif des usagers. Les associations les plus concernées ont été les associations impliquées dans les troubles psychiatriques ou les problèmes liés à la souffrance au travail.

Les 6 membres de ce groupe ont été les suivants :

Claude Finkelstein	: Fédération nationale des associations de patients et (ex) patients « Psy » FNAP-PSY
Karim Felissi	: FNATH Association des accidentés de la vie
Annie Gruyer	: MEDIAGORA Association de lutte contre les troubles anxieux et phobiques
René Lefort	: représentant des usagers du CHU de Tours
Baagdad Maata	: usager (Paris)
Fadila Maata	: Union des femmes civiques et sociales

Les 14 personnes sollicitées pour les entretiens individuels ont été les suivantes :

Gilbert Alin	: médecin généraliste (Metz-Borny)
Alain Berthier	: médecin généraliste (Languidic)
Nicolas Breton	: médecin généraliste (Béziers)
Bernard Bros	: médecin généraliste (Aix-sur-Vienne)
Christian Delaunay	: chirurgien orthopédiste (Longjumeau)
Catherine Dormard	: médecin généraliste (Saclay)
Gérard Duroux	: médecin généraliste (La Teste)
Jean-Pierre Jacquet	: médecin généraliste (Saint-Jean-d'Arvey)
Marie Pascual	: médecin généraliste (Saint-Jean-d'Arvey)
Bertrand Prouff	: médecin généraliste (Anglet)
Marianne Samuelson	: médecin généraliste (Cherbourg)
Claude Sichel	: médecin généraliste (Carnoux-en-Provence)
Stéphanie Wooley ¹	: Association France Dépression

¹ questionnaire transmis à l'association qui a répondu de manière écrite.

L'objectif était de recueillir l'information utile pour élaborer les propositions d'amélioration des pratiques de prescription des arrêts de travail. Un questionnaire (cf. annexe 2) avait été préparé au préalable, après analyse de littérature, par le groupe de pilotage. Les questions concernaient :

- les circonstances d'arrêts de travail (derniers arrêts de travail prescrits) ;
- le déroulement de la consultation ;
- l'évaluation de l'aptitude au travail ;
- l'évaluation du bénéfice et des risques liés à l'arrêt de travail ;
- les facteurs d'influence dans le cas de situations douteuses ;
- les points d'améliorations envisageables.

Afin de permettre une analyse commune du contenu des réunions et des entretiens individuels, les deux groupes ont été interrogés en utilisant le même questionnaire.

II.2. Élaboration des propositions

L'analyse du contenu des discussions a été réalisée et a permis d'identifier les principaux points d'améliorations souhaités pour établir les propositions.

II.3. Validation des propositions

Les propositions élaborées à partir des discussions ont été complétées et validées par un troisième groupe, réunissant des professionnels (trois médecins généralistes, un psychiatre, deux médecins du travail, un médecin-conseil, un sociologue) et un représentant d'usagers.

Les 9 membres de ce groupe ont été les suivants :

Alexandre Biosse-Duplan	: UFC Que Choisir / Division Santé
Sylvie Gilles Poirier	: médecin généraliste (Saint-Sébastien-sur-Loire)
Isabelle Hemery-Bourgeois	: sociologue
Jean Pierre Lafont	: médecin généraliste (Morière-lès-Avignons)
Claudie Lebaupin	: médecin du travail APMTBTP (Bourg-la-Reine)
Patrick Legeron	: psychiatre (Paris)
Isabelle Leprince	: médecin du travail (Barclays Bank)
Dominique Prunet	: Caisse nationale (service médical Paris)
Jean Claude Tchiember	: médecin généraliste (Blotzheim).

RÉSULTATS

I. ANALYSE DES DÉPENSES LIÉES AUX ARRÊTS MALADIE

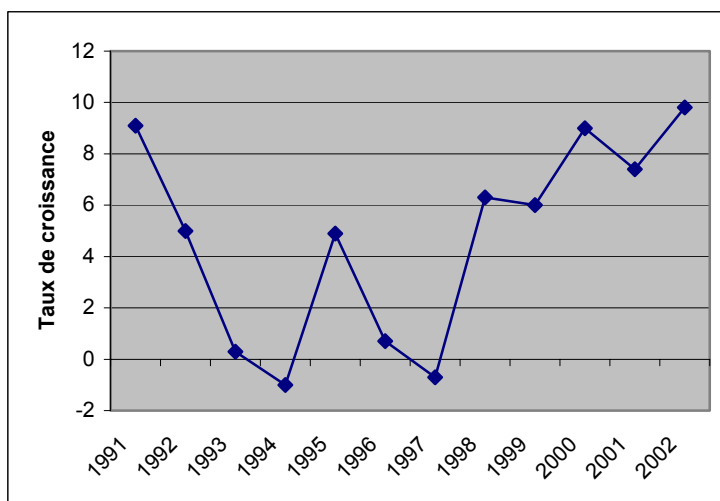
I.1. L'évolution des dépenses liées aux arrêts maladie : état des lieux en France

La première section présente des données de dépenses (santé et indemnités journalières) extraites des principaux systèmes de comptabilité français ; elles concernent l'ensemble des régimes et l'ensemble des motifs d'indemnisation (maladie, maternité et paternité, accident du travail et maladie professionnelle). La deuxième section analyse les indemnités journalières spécifiques à la branche maladie à partir des données du régime général. La troisième section clôt cet état des lieux en détaillant certaines caractéristiques des arrêts de travail pour maladie du régime général : durée, prescripteur, âge des actifs concernés, pathologie et répartition géographique.

I.1.1. Les dépenses de santé et indemnités journalières en 2002, tous régimes confondus

On observe, dans les comptes nationaux de la santé, que l'année 1997 marque le début d'une progression régulière et marquée des dépenses liées aux arrêts de travail, tous régimes et toutes causes confondus (*graphique 1*).

Graphique 1. Évolution des taux de croissance du poste « aide aux malades » (dépenses courantes de santé²)



Source : Les comptes nationaux de la santé 2002 (7)

En 2002, alors que le taux de croissance du PIB (produit intérieur brut) est estimé à + 3,1 %, le taux de croissance des indemnités versées au titre des arrêts de travail est estimé à + 9,8 % en date de soin³ par les comptes nationaux de la santé et à + 14,4 % en date de remboursement par les comptes de la sécurité sociale (*tableau 1*).

² La dépense courante de santé est un agrégat des comptes nationaux de la santé qui permet d'estimer l'ensemble des versements intervenus durant une année au titre de la santé, quel que soit le payeur.

³ La comptabilisation en date de soin (ou en droit constaté) consiste à enregistrer au titre d'un exercice les opérations dont le fait générateur (ici la période d'arrêt de travail) s'est produit au cours de cet exercice, qu'elles donnent lieu à un mouvement de trésorerie au cours de l'exercice ou plus tard.

Tableau 1. Dépenses de santé et indemnités journalières en 2002 dans les comptes de la santé et dans les comptes de la sécurité sociale.

Comptes de la santé		Comptes de la sécurité sociale	
Montants 2002	Taux de croissance	Montants 2002	Taux de croissance
<i>Dépenses courantes de santé, France entière</i>		<i>Remboursements tous régimes, France entière</i>	
157,9 milliards d'euros (en date de soin)	+ 6,3 %	116,7 milliards d'euros ⁴ (en date de soin)	+ 7,2 %
<i>Indemnités toutes causes</i>		<i>Indemnités toutes causes</i>	
9,624 milliards (en date de soin)	+ 9,8 %	10,4 milliards (en date de remboursement)	+ 14,4 %

Sources : Fenina (7), Commission des comptes de la sécurité sociale (8)

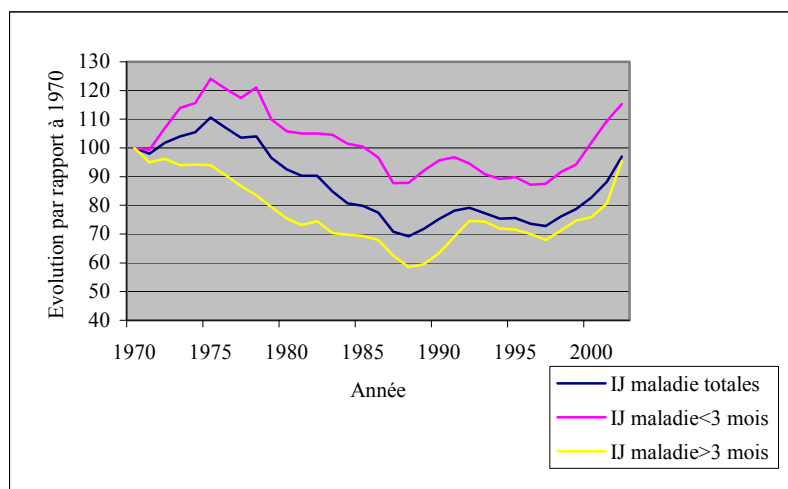
Le système de comptabilité nationale couvre l'ensemble des dépenses de santé (État, assurance maladie obligatoire, assurances complémentaires, particuliers, etc.) alors que le système de la sécurité sociale ne comptabilise que les montants versés par les assurances obligatoires. Les montants sont calculés en date de soin, sauf celui publié dans les comptes de la sécurité sociale qui est calculé en date de remboursement ce qui explique la forte différence.

D'après les comptes de la sécurité sociale, le montant total des prestations versées en 2002 est réparti à hauteur de 57 % au titre des arrêts maladie, 24 % au titre des congés maternité et paternité⁵ et 19 % au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.

I.1.2. Les indemnités journalières maladie du régime général

Depuis le milieu des années 70 et jusqu'en 1997, les prescriptions d'indemnités journalières de la branche maladie suivent une courbe descendante, puis la tendance s'inverse avec une forte accélération des taux de croissance à partir de 2000 (graphique 2).

Graphique 2. Évolution du nombre d'indemnités maladie. régime général - Base 100 en 1970.



Source : Eco-Santé 2003 (www.irdes.fr)

⁴ Il s'agit ici des dépenses qui sont couvertes par l'Ondam (Objectif national des dépenses d'assurance maladie), à savoir : les soins de ville (dépenses déléguées et autres soins de ville), les établissements sanitaires (établissements publics, médico-sociaux et cliniques privées), la dotation globale de développement des réseaux, les soins aux ressortissants français qui sont à l'étranger et les soins pris en charge dans les DOM. La comptabilité en date de soin (ou en droits constatés), mise en place en 2002, permet de connaître les dépenses de consommation de soins sur la période, quelle que soit la date de remboursement.

⁵ Le congé paternité, d'une durée de 11 jours (18 en cas de naissances multiples), a été mis en place le 1^{er} janvier 2002. Il donne lieu à la perception d'indemnités journalières versées par les caisses d'assurance maladie où sont affiliés les pères bénéficiaires. Sur les trois principaux régimes, le nombre de bénéficiaires en 2002 est estimé à 255 000 (www.ameli.fr).

Sur la période 1997-2002, le montant des indemnités maladie versé par le régime général a progressé de 46 % en date d'arrêt et de 46,8 % en date de remboursement (*tableau 2*). Le montant moyen des IJ évoluant à peu près comme le salaire moyen sous plafond (9), l'évolution significative est donc celle du volume de prescription, soit 35,5% entre 1997 et 2002.

Tableau 2. Évolution des indemnités journalières maladie pour le régime général (1997-2002).

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Valeur en date de soin ⁶	-	+ 8,8 %	+ 4,2 %	+ 8,8 %	+ 7,5 %	+ 10,1 %
Valeur en date de paiement	-	+ 6,6 %	+ 5,2 %	+ 7 %	+ 8 %	+ 13,3 %
Volume en date de soin	+ 1 %	+ 6,9 %	+ 2,6 %	+ 6,9 %	+ 4,9 %	+ 7,5 %

Source : DSS, Cnamts, repris par IGF-Igas 2003 (9)

- *La forte croissance des dépenses de 2002 correspondrait à une augmentation des arrêts de longue durée prescrits en 2001*

La forte croissance des indemnités journalières hors maternité versées au titre de l'année 2002 (7 milliards d'euros ; + 11 % en valeur) explique que l'on observe un ralentissement limité de l'augmentation des dépenses sur le poste « autres soins de ville »⁷ malgré l'inflexion importante de la croissance du médicament (10).

Le montant total des indemnités journalières versées par le régime général s'élève en 2002 à 9 milliards qui se répartissent entre la branche maladie (5 199 millions d'euros), la branche maternité (2 093 millions d'euros) et les indemnités journalières versées dans le cadre des accidents du travail/maladies professionnelles (1 816 millions d'euros).

L'indicateur quantitatif disponible dans la base de données de l'assurance maladie est l'indemnité journalière. Il est cependant possible de reconstituer les arrêts de travail dès lors que l'on dispose d'une continuité suffisante dans le temps. À partir d'un sous-échantillon de l'Epas⁸, la Cnamts a ainsi pu reconstituer les arrêts maladie prescrits entre 2000 et 2002 (y compris le délai de carence) ayant donné lieu à indemnisation (en limitant la date de liquidation à décembre 2003). La méthodologie de cette étude est décrite en annexe 3.

Sur cet échantillon spécifique, on voit que le nombre d'arrêts prescrits est stable sur les 3 années étudiées (*tableau 3*). En revanche, il est frappant de constater que les arrêts prescrits en 2001 ont donné lieu à un nombre plus important d'indemnités, et donc de dépenses, que les arrêts prescrits en 2000 (33 *versus* 28), alors que la limite de liquidation fixée en décembre 2003 minimise le nombre et le montant des indemnités perçues au titre d'un arrêt de longue durée initié en 2001. On peut faire l'hypothèse que l'augmentation des dépenses observée en 2002 serait la conséquence d'un accroissement du nombre d'arrêts longs initialement prescrits en 2001, mais que l'on retrouve en 2002 par le jeu des renouvellements.

⁶ La comptabilisation en date de soin (ou en droit constaté) consiste à enregistrer au titre d'un exercice les opérations dont le fait générateur (ici la période d'arrêt de travail) s'est produit au cours de cet exercice, qu'elles donnent lieu à un mouvement de trésorerie au cours de l'exercice ou plus tard.

⁷ L'augmentation des dépenses du régime général pour le poste « autres soins de ville » est de + 8,3 % en 2002/01 *versus* + 9,1 % en 2001/00, en date de soin.

⁸ L'Epas (échantillon permanent des assurés sociaux) est un échantillon d'assurés pour lesquels les données de consommation de soins ne sont pas détruites. Il comprend 1/600^e des assurés des trois régimes principaux ainsi que l'ensemble de leurs ayants-droit. Le sous-échantillon sur lequel repose l'étude de la Cnamts décrite ici se limite aux assurés du régime général en France métropolitaine qui ont perçu des prestations en espèces au titre du risque maladie (liquidation jusqu'en décembre 2003).

**Tableau 3. Reconstitution des arrêts maladie.
Assurés actifs du régime général (Epas).**

	2000	2001	2002
Effectifs des assurés actifs dans l'Epas	29 580	31 033	32 151
Nombre total d'arrêts	10 525	10 588	10 893
Nombre d'assurés arrêtés dans l'année	7 214	7 289	7 477
Nombre total d'IJ*	285 121	347 498	306 864
Nombre d'IJ par arrêt*	27	33	28
Montant total d'IJ (en euros)*	6 792 867	8 217 673	7 621 036

Source : Epas, Cnamts 2004 (données non publiées)

* Le délai de liquidation pris en compte est décembre 2003, ce qui signifie que le nombre d'arrêts de travail sur les trois années est exhaustif mais que la durée de l'arrêt (donc le nombre et le montant total d'indemnités liées à cet arrêt) peut être incomplète pour les arrêts prescrits en 2001 et 2002.

La distinction des arrêts maladie en fonction de leur durée montre un accroissement important (+ 85 %) des arrêts de plus de 1 an prescrits en 2001 sur l'échantillon considéré (*tableau 4*). Par ailleurs, on observe en 2002 que les prescriptions qui ont une durée supérieure à 6 mois se sont réduites par rapport à 2001 (- 11 % pour les 6 mois à 1 an ; - 17 % pour les plus de 1 an), ce qui devait logiquement se retrouver dans l'évolution des indemnités versées en 2003.

**Tableau 4. Nombre et montants des arrêts de travail prescrits sur une année selon leur durée.
(Epas, population limitée aux assurés actifs du régime général).**

	2000		2001		2002	
	Arrêts de travail délivrés	Montants correspondants	Arrêts de travail délivrés	Montants correspondants	Arrêts de travail délivrés	Montants correspondants
Moins de 8 jours	4 207	249 571	4 054	250 994	4 232	265 358
Entre 8 et 14 jours	2 584	460 603	2 614	479 683	2 655	501 609
Entre 15 et 30 jours	1 719	741 577	1 757	768 537	1 844	835 450
Entre 1 et 3 mois	1 294	1 442 235	1 352	1 594 440	1 385	1 633 549
Entre 3 et 6 mois	432	1 274 399	432	1 291 092	453	1 432 744
Entre 6 mois et 1 an	187	1 118 921	190	1 137 134	168	1 031 024
Plus de 1 an	102	1 505 561	189	2 695 793	156	1 921 303
Total	10 525	6 792 867	10 588	8 217 673	10 893	7 621 036

Source : Epas, Cnamts 2004 (données non publiées)

Changement de rythme en 2003

Le montant des indemnités journalières maladie du régime général versées au titre de 2003 s'élève à 5,4 milliards d'euros (10), soit une progression de + 6,3 %, ce qui est nettement inférieur au taux de + 10,1 % observé en 2002.

L'année 2003 marque un retour à des indices en année complète mobile inférieurs à ceux de décembre 2001 (*tableau 5*). En fait, si la croissance reste soutenue au premier semestre, elle s'infléchit fortement au second semestre, ce qui explique une croissance ralentie sur l'ensemble de la période (*graphique 3*).

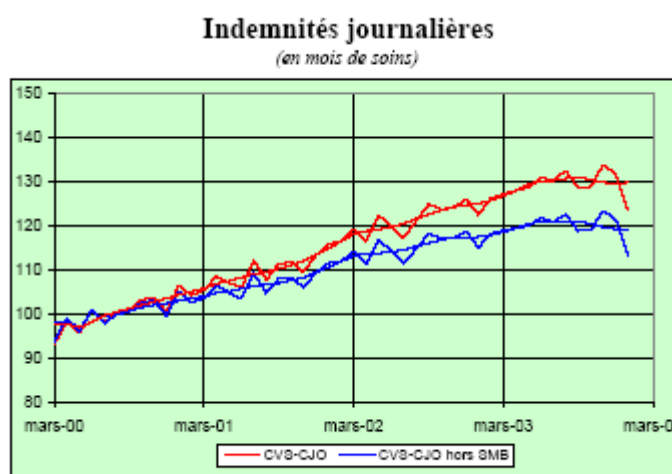
Tableau 5. Indemnités journalières maladie en 2003. Indice ACM (régime général, données brutes).

	2001	2002	2003										
	déc.	déc.	janv.	fév.	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.
En valeur	108.0	113.3	112.9	112.4	111.7	110.4	108.9	108.5	107.1	106.9	107.2	106.7	106.5
En volume	106.6	109.9	109.3	108.7	108.0	106.7	105.3	104.9	103.6	103.5	103.8	103.3	103.1

Source : Cnamts, 2004 (10)

ACM : indice en année complète mobile

* Le total des prestations en espèces du régime général, branche maladie, entre janvier et novembre 2003 est estimé à 5 milliards d'euros. Ce chiffre recouvre : les indemnités journalières, normales et temps partiel, de moins de 3 mois et les cures thermales⁹ (2,8 milliards d'euros) ; les indemnités journalières, normales et temps partiel, de plus de 3 mois (2 milliards d'euros) et les autres indemnités journalières (0,2 milliard d'euros).

Graphique 3. Inflexion au second semestre 2003.

Source : Cnamts, avril 2004 (10)

CJO signifie « corrigé des jours ouvrables », CVS signifie « corrigé des variations saisonnières ».

Selon les derniers chiffres publiés par le régime général en avril 2004, le taux de croissance en valeur et en date de remboursement des indemnités journalières entre février 2003 et février 2004 est de + 2,4 %, avec une baisse de – 0,4 % entre janvier 2004 et février 2004 (11).

1.1.3. Les caractéristiques des arrêts maladie d'après les données du régime général

— Les indemnités se concentrent sur une petite partie de la population

Les chiffres publiés pour la période 1995-2000 montrent une concentration des indemnités perçues importante puisque 43,4 % des montants étaient versés aux 4,5 % d'assurés totalisant plus de 365 jours d'arrêt (12). Cette tendance est confirmée sur les données plus récentes puisque le nombre d'arrêts qui cumulent en 2002 une durée de plus de 3 mois¹⁰ ne représentent en volume que 7 % des arrêts maladie, mais ils engendrent 40 % du montant total des prestations versées par le régime général (8).

⁹ L'accord de prise en charge de cure thermique délivré par la caisse d'assurance maladie permet au curiste de bénéficier d'une prise en charge des honoraires médicaux et du forfait thermal. Sous réserve de remplir certaines conditions de ressources, le curiste pourra également bénéficier d'une prise en charge des frais de transport et d'hébergement liés à sa cure thermique, et percevoir des indemnités journalières.

¹⁰ Les fichiers de l'assurance maladie permettent de repérer l'ancienneté de l'arrêt maladie au moment de l'interrogation. Les arrêts de plus de 3 mois sont donc les arrêts qui ont déjà duré au moins trois mois. Les chiffres donnés ici ne sont donc pas à interpréter comme la durée totale des arrêts maladie.

- La croissance des dépenses en 2002 correspond à une forte progression des arrêts longs ; le ralentissement de 2003 correspond à une nette temporisation des arrêts de courte durée

Entre décembre 2001 et décembre 2002, on observe une très forte augmentation (+ 18,5 %) du nombre d'indemnités versées depuis plus de trois mois au moment de la requête informatique (tableau 6). Cela corrobore pour l'ensemble des assurés du régime général l'hypothèse d'une forte augmentation des arrêts de longue durée en 2001.

Tableau 6. Indemnités journalières maladie selon la durée cumulée de l'arrêt en 2003.
Indice ACM (régime général, données brutes).

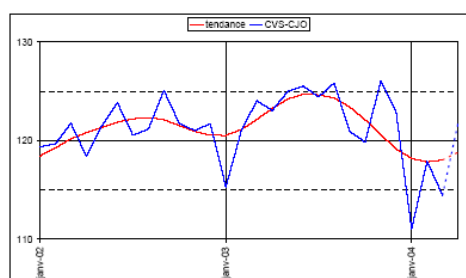
	2001	2002	2003										
	déc.	déc.	janv.	fév.	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.
<i>En volume</i>													
< 3 mois	107.4	105.4	105.8	105.8	105.4	104.3	103.0	102.2	100.5	100.4	100.9	100.2	100.1
> 3 mois	106.1	118.5	116.0	114.1	112.7	111.1	109.3	109.6	108.8	108.4	108.6	108.3	108.0
Totales	106.6	109.9	109.3	108.7	108.0	106.7	105.3	104.9	103.6	103.5	103.8	103.3	103.1
<i>En valeur</i>													
< 3 mois	108.5	109.3	109.8	109.9	109.3	108.2	106.7	105.6	103.7	103.6	104.0	103.3	103.1
> 3 mois	108.5	121.2	119.0	117.3	116.2	114.7	113.0	113.4	112.7	112.3	112.5	112.2	111.9
Totales	108.0	113.3	112.9	112.4	111.7	110.4	108.9	108.5	107.1	106.9	107.2	106.7	106.5

Source : Cnamts, 2004 (11)

ACM : indice en année complète mobile

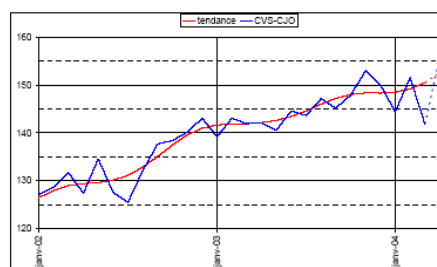
Par ailleurs, le volume des indemnités versées depuis moins de 3 mois a retrouvé en novembre 2003 son niveau de novembre 2002 (ACM =100,1). Les récentes publications du régime général confirment le net infléchissement du nombre d'indemnités versées sur une durée de moins de 3 mois (11).

INDEMNITES JOURNALIERES DE MOINS DE TROIS MOIS
Série en volume en mois de soins - base 100 : juin 1998



Source : Cnamts/DSE

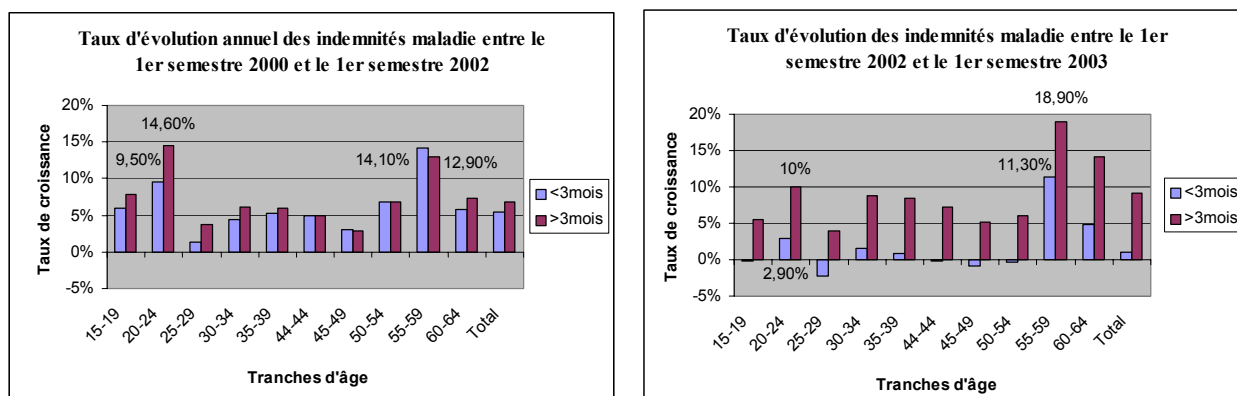
INDEMNITES JOURNALIERES DE PLUS DE TROIS MOIS
Série en volume en mois de soins - base 100 : juin 1998



Source : Cnamts/DSE

- Deux tranches d'âge atypiques : les 55-59 ans et les 20-24 ans

Sur la période 2000-2003, l'essentiel de la croissance des arrêts de travail de longue durée se concentre sur la tranche d'âge des 55-59 ans et, dans une moindre mesure, sur la tranche des 20-24 ans (graphique 4).

Graphique 4. Taux d'évolution des indemnités journalières maladie (en volume).

Source : Direction de la sécurité sociale (DSS) (données non publiées)

Pour les 55-59 ans, le taux de croissance annuel du nombre total d'indemnités versées est de + 3,4 % entre 2000 et 2002 et de + 15,9 % entre 2002 et 2003, alors que le taux de croissance sur l'ensemble de la population est respectivement de + 6 % et + 4,2 % (DSS 2003 données non publiées).

Les données de l'assurance maladie montrent que ce n'est pas tant la fréquence des arrêts que la durée qui est en cause : entre le 1^{er} semestre 2002 et le 1^{er} semestre 2003, les 55-59 ans enregistrent une forte croissance des indemnités de plus de 3 mois (+ 18,9 % contre + 9,1 % sur l'ensemble de la population) alors qu'ils ne bénéficient pas du fort ralentissement de la croissance des arrêts courts (+ 11,3 % contre + 1,1 % sur l'ensemble de la population) (DSS 2003 données non publiées). La durée moyenne par arrêt (y compris les délais de carence) est de 22 jours pour les moins de 40 ans et de 57 jours pour les plus de 55 ans (tableau 7).

Tableau 7. Fréquence et durée des arrêts maladie par tranche d'âge en 2002.

	% d'assurés qui se sont arrêtés au moins une fois dans l'année	Nombre de jours par arrêt (y compris délai de carence)	Nombre de jours d'arrêts maladie par assuré et par an
Moins de 40 ans	24 %	22	28
40-49 ans	24 %	32	43
50-54 ans	25 %	49	67
55-59 ans	22 %	57	84

Source : Cnamts (données non publiées)

Les 20-24 ans connaissent sur la période 2000-2002 le second taux de croissance annuel du nombre total d'indemnités (+ 10,3 %), mais le premier taux de croissance sur les arrêts de plus de 3 mois (+ 14,6 %). Les taux de croissance se sont ensuite fortement réduits sur la période 2002-2003.

L'échantillon permanent des assurés sociaux permet une première description de la durée des arrêts maladie par tranche d'âge. Il est cependant impossible de conclure de manière définitive sur la base de ces données en raison d'effectifs trop faibles pour les arrêts de travail supérieurs à 6 mois.

Analyse par tranche d'âge des arrêts supérieurs à 1 an entre 2000 et 2002

L'analyse par tranche d'âge du sous-échantillon des assurés actifs de l'Epas confirme l'augmentation en 2001 de prescription d'arrêts dont la durée dépasse 12 mois sur toutes les tranches d'âge. Ces résultats sont à interpréter avec prudence car ils reposent sur des effectifs faibles (inférieurs à 50).

Tableau 8. Nombre d'arrêts de plus de 1 an prescrits une année donnée pour 1 000 assurés actifs de la même tranche d'âge.

Tranches d'âge	2000	2001	2002
Moins de 40 ans	0,61	1,78	1,28
40-44 ans	3,59	5,38	3,90
45-49	6,87	10,76	6,21
50-54	8,89	14,20	13,74
55-59	13,57	19,68	17,18
plus de 60 ans	1,56	7,24	2,63
Total assurés actifs Epas	3,45	6,09	4,85

Source : Epas, Cnamts, 2004, données non publiées

Les plus de 55 ans représentent entre 24 % et 30 % des arrêts de plus de 1 an selon l'année de prescription et ils présentent le plus fort taux d'arrêts compte tenu des effectifs de la classe d'âge (entre 13 et 20 arrêts pour 1 000 assurés actifs, *tableau 8*). En revanche, si on compare l'évolution démographique et l'évolution des arrêts de plus de 1 an, les moins de 44 ans ont connu la plus forte accélération des arrêts de plus de 1 an (*tableau 9*).

**Tableau 9. Comparaison par classe d'âge de l'évolution de la démographie et des arrêts maladie de plus de 1 an.
Epas – Assurés actifs.**

		Évolution du nombre d'assurés actifs indemnisés			Nombre d'arrêts de plus de 1 an		
		2000	2001	2002	2000	2001	2002
Moins de 40 ans	Base 100	100	102	104	100	300	220
	Effectifs	16 515	16 858	17 135	10	30	22
40-44 ans	Base 100	100	105	105	100	157	114
	Effectifs	3 899	4 087	4 103	14	22	16
45-49	Base 100	100	104	106	100	162	96
	Effectifs	3 494	3 623	3 704	24	39	23
50-54	Base 100	100	106	109	100	169	169
	Effectifs	3 262	3 451	3 566	29	49	49
55-59	Base 100	100	124	142	100	179	179
	Effectifs	1 768	2 185	2 503	24	43	43

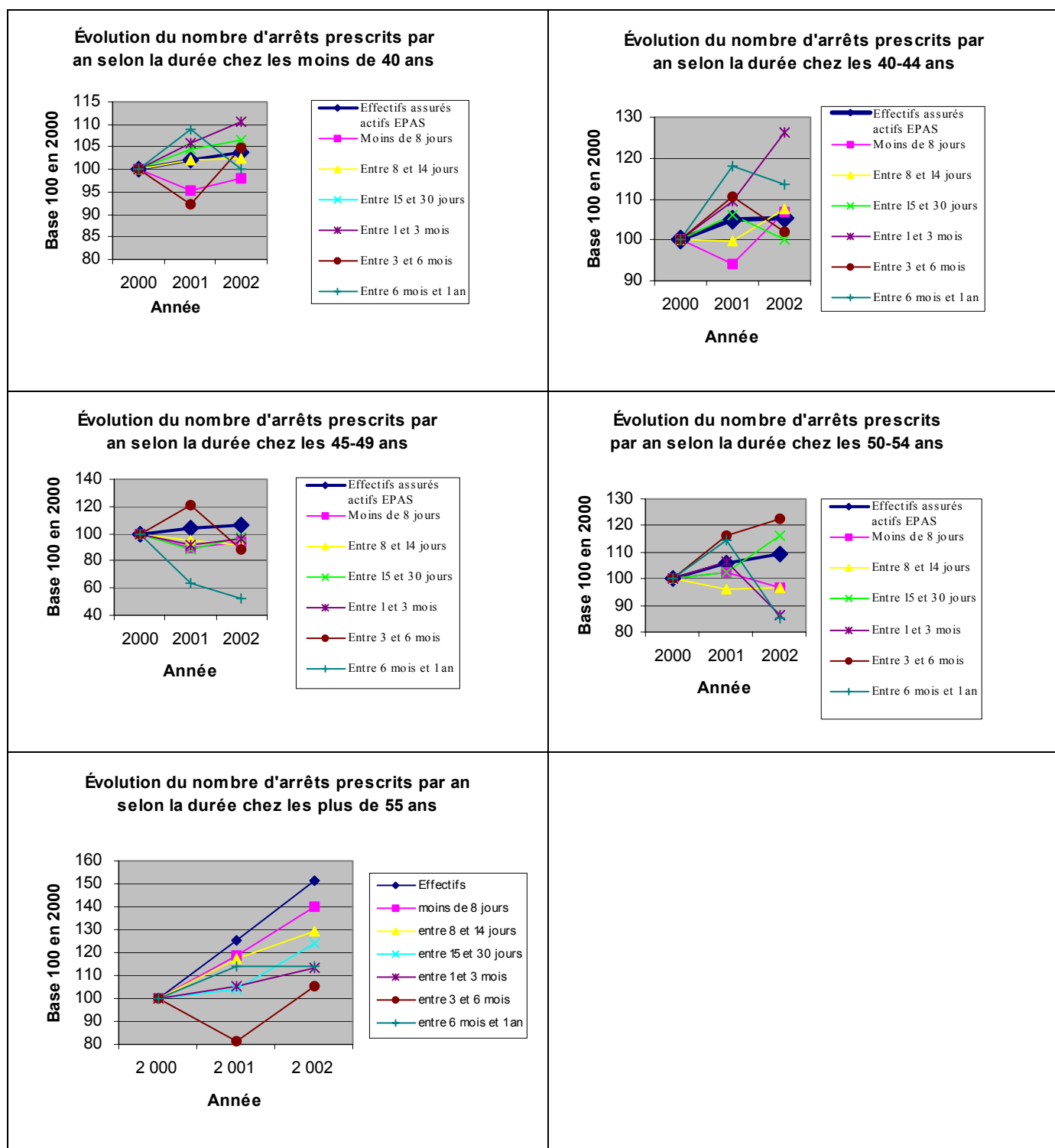
Source : Epas, Cnamts, 2004, données non publiées

Analyse par tranche d'âge des arrêts inférieurs à 1 an entre 2000 et 2002

La comparaison graphique de l'évolution démographique par classe d'âge des assurés actifs de l'Epas et du nombre d'arrêts prescrits selon la durée (*graphique 5*) doit être prise avec précaution : d'une part, les évolutions n'ont pas été testées statistiquement ; d'autre part, les effectifs des arrêts compris entre 6 mois et 1 an sont inférieurs à 50 par an.

- Chez les moins de 40 ans, l'évolution du nombre d'arrêts prescrits est supérieure à l'évolution démographique pour les arrêts d'une durée comprise entre 15 jours et 3 mois.
- Les 40-44 ans connaissent une forte augmentation des arrêts supérieurs à 15 jours, avec une progression particulière des arrêts de 3 à 6 mois.
- Les 45-49 ans ont connu une baisse des prescriptions d'arrêts sur la période 2000-2002, avec une très forte baisse des arrêts de plus de 6 mois.
- Chez les 50-54 ans, seuls deux types d'arrêt ont connu une croissance de leur nombre entre 2000 et 2002 : les arrêts de 15 à 30 jours et les arrêts de 3 à 6 mois. Qui plus est, cette croissance est supérieure à la croissance démographique.
- Chez les plus de 55 ans, on observe des taux de croissance positifs entre 2000 et 2002 quelle que soit la durée. Cependant, ces taux ne sont jamais supérieurs au taux de croissance démographique que connaît cette classe d'âge.

**Graphique 5. Évolution du nombre d'arrêts prescrits entre 2000 et 2002
par tranche d'âge et par durée
(échantillon d'assurés actifs du régime général).**



Source : Epas, Cnamts, 2004, données non publiées

— Il existe de fortes disparités régionales que l'on ne sait pas expliquer aujourd'hui

L'évolution en volume du nombre d'indemnités entre 1995 et 2003 est très variable d'une région à l'autre (cf. annexe 4). L'évolution moyenne en France métropolitaine est de 31 %, l'évolution

médiane est de 36 %. Seules trois régions sont inférieures au taux moyen : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord-Pas-de-Calais.

Cette évolution brute devrait être rapportée à l'évolution de la population active couverte par le régime général. Pour 2002, l'Igas et l'IGF ont calculé 9,9 jours indemnisés par salarié, avec des disparités régionales : les assurés¹¹ parisiens ont en moyenne 6,3 jours d'arrêt maladie indemnisés quand le nombre moyen de jours d'arrêt maladie indemnisés dans les Bouches-du-Rhône est de 15,4 jours (*tableau 10*).

Tableau 10. Nombre de jours d'indemnités par salarié actif.

Les départements les plus consommateurs		Les départements les moins consommateurs	
Haute-Corse	18	Paris	6,3
Bouches-du-Rhône	15,4	Hauts-de-Seine	6,8
Corse du Sud	15,1	Yvelines	7,5
Haute-Loire	14,1	Val-de-Marne	7,6

Source : Cnamts (DES), repris par Igas-IGF (9)

Aucune étude approfondie récente des disparités régionales n'a été faite à notre connaissance. L'étude réalisée sur l'absence pour maladie chez EdF-GdF date de 1980 (13). L'effet région avait alors été mis en évidence en ajustant les données sur des variables socio-démographiques (sexe, âge, statut familial) et socio-économiques (salaire, statut précaire, ancienneté). De leur côté, l'Igas et l'IGF estiment que le « seul aspect démographique ne peut expliquer entièrement les écarts constatés ».

Une analyse rigoureuse est aujourd'hui indispensable pour expliquer ces disparités géographiques, par exemple en explorant le rôle des variables d'état de santé, de la démographie médicale, des caractéristiques démographiques de la population active (âge, sexe) et, principalement, les caractéristiques de l'emploi (taux de chômage, poids des différents secteurs d'emploi). On peut en effet supposer que la structure de la population active, et notamment le poids de certaines catégories socioprofessionnelles considérées à risque, influe fortement sur les arrêts maladie.

— Toutes les spécialités n'ont pas recours aux arrêts maladie

Les médecins libéraux sont à l'origine de 85 % des arrêts maladie prescrits en 2002¹² (*cf. annexe 5*). Les plus gros prescripteurs sont les omnipraticiens (75 % des arrêts prescrits), puis les gynécologues (3,14 %), les chirurgiens (1,7 %), les chirurgiens orthopédiques (1,7 %), les rhumatologues et les psychiatres (moins de 1 % chacun). Les omnipraticiens prescrivent relativement moins d'indemnités longues puisqu'ils ne représentent que 56 % des prescriptions de plus de 15 jours, alors qu'ils représentent 75 % de l'ensemble des prescriptions. Les prescriptions de plus de quinze jours sont prescrites pour 18 % par les spécialistes et pour 25 % par les médecins hospitaliers publics. Selon le rapport de l'Igas et de l'IGF (9), il existe un *pool* de médecins « surprescripteurs » d'arrêts maladie. Peu de données sont disponibles sur ce point, mais certaines extractions de données locales montreraient que ceux qui prescrivent le plus fréquemment sont également ceux qui prescrivent les arrêts les plus longs.

Les différences individuelles de pratique, au même titre que les disparités régionales, doivent être analysées au plus près. Les travaux généraux sur la variabilité des pratiques médicales montrent que cette variabilité est loin d'être aléatoire et qu'il est possible d'en détailler les causes (caractéristiques du patient, caractéristiques du médecin), ce qui permettrait de proposer des actions plus ciblées et plus efficaces.

¹¹ En fait, le nombre des assurés est approché par les données du recensement et de l'enquête emploi.

¹² Les chiffres reportés ici sont calculés à partir de l'échantillon des assurés actifs de l'Epas. Ils sont cohérents avec les chiffres publiés par la commission des comptes de la sécurité sociale (8).

— *Les pathologies à l'origine des arrêts maladie*

Les pathologies les plus fréquentes ne sont pas les mêmes selon que l'on considère des arrêts longs ou des arrêts courts, et selon le sexe et l'âge du patient. Les études sont cependant rares et la qualité du renseignement du diagnostic dans les formulaires d'arrêt maladie n'est pas garantie.

Durée de l'arrêt

L'étude RIM 94 (14) montre que trois pathologies étaient à l'origine de plus de 30 % des arrêts maladie de plus de 15 jours en 1993 : les états anxio-dépressifs, les pathologies dorso-lombaires et les fractures. Une actualisation de cette étude est prévue pour 2004.

Pour les arrêts de moins de 15 jours, on retrouve les pathologies lombaires et les troubles mentaux mais d'autres pathologies émergent : les pathologies aiguës et la catégorie symptômes (14,15). L'étude menée par la SML de Vannes en 2000 (15) estime à 30 % le poids des affections aiguës respiratoires ou digestives, à 16 % les troubles mentaux et à 15 % les dorsopathies. Soulignons que ces données ont été recueillies de septembre 2000 à mars 2001, ce qui sur-estime vraisemblablement les pathologies hivernales.

Âge et sexe du bénéficiaire

Le RIM 94 (14) avait montré que les pathologies les plus fréquemment à l'origine d'un arrêt pris en charge par la branche maladie variaient fortement avec l'âge et le sexe du bénéficiaire. Chez les hommes de moins de 40 ans, les pathologies les plus répandues sont les lésions traumatiques et les pathologies lombaires. Après 40 ans, les lésions traumatiques représentaient 19,2 % des arrêts indemnisés, les pathologies lombaires 14,2 %, les maladies de l'appareil circulatoire 13,3 %. Chez les femmes de moins de 40 ans, les pathologies les plus répandues sont : les complications de la grossesse (27,1%) et les troubles anxio-dépressifs (15,3 %). Après 40 ans, les femmes souffrent principalement de maladies ostéo-articulaires (25,9 %), de troubles anxio-dépressifs (17,8 %) et de tumeurs (10,4 %).

I.2. Les principaux déterminants de croissance des indemnités journalières

La croissance des arrêts de travail pourrait être déterminée par des évolutions conjoncturelles. Nous évoquerons successivement l'évolution socio-démographique de la population active, la progression des ALD dans la population active, le marché de l'emploi et la croissance économique, l'évolution des politiques sociales.

I.2.1. L'évolution socio-démographique de la population active

Le nombre des indemnités consommées varie avec la croissance des effectifs de la population active, avec son vieillissement et l'évolution de sa structure (par âge, chômeur ou non, malade/pas malade, etc.).

Pour approcher ces phénomènes, la DSS compare le taux de croissance de l'effectif salarié du secteur privé et des chômeurs (par tranche d'âge et total) avec le taux de croissance des arrêts maladie du Régime général (*tableau 11*)¹³. Si ces taux correspondent, cela signifie que la croissance des indemnités suit l'évolution démographique de la population concernée.

¹³ Ce travail a été repris dans le rapport Igas-IGF (9).

Tableau 11. Comparaison par tranches d'âge des taux de croissance annuelle du nombre d'indemnités maladie et de la population des salariés du privé et des chômeurs.

	Période 2000-2002 (taux de croissance annuelle en %)		Période 2002-2003 (taux de croissance annuelle en %)	
	Indemnités journalières maladie	Salariés du privé et chômeurs	Indemnités journalières maladie	Salariés du privé et chômeurs
15-19	6.2	0.3	0.5	- 7.4
20-24	10.3	5.8	4.1	4.3
25-29	1.8	- 3.2	- 1.0	- 4.4
30-34	4.9	- 0.4	3.4	2.8
35-39	5.5	2.4	3.2	3.0
40-44	5.0	0.8	2.6	4.6
45-49	3.0	0.9	1.9	3.9
50-54	6.8	3.9	2.9	2.8
55-59	13.4	8.6	15.9	7.9
60-64	6.8	1.3	11.0	- 16.5
Total	6.0	2.2	4.2	2.8

Source : DSS, 2003 (données non publiées)

Sur les deux périodes étudiées, on observe que la croissance des indemnités totales est supérieure à la croissance de la population de référence. Cependant, la différence s'est réduite entre la période 2000-2002 et la période 2002-2003. Ces données ne permettent pas d'avoir un regard normatif sur l'évolution des écarts entre les deux périodes. Un écart positif entre la croissance démographique et la croissance de consommation peut être justifié, par exemple s'il traduit un changement dans la structure de la population active (cf. ci-dessous) ou un effet de rattrapage sur une tranche d'âge particulière. Au contraire, un écart nul sur une tranche d'âge peut signifier qu'il y a reconduction d'une surconsommation. Le chiffre total est au contraire intéressant car il tient compte de la déformation de la structure par tranche d'âge de la population active. Ainsi, la croissance plus importante des indemnités totales peut traduire une augmentation de la part relative des plus forts consommateurs d'indemnités dans la population, même si, dans cette tranche d'âge, la croissance absolue des indemnités est égale à la croissance absolue des effectifs.

Plus précisément, le travail économétrique de Azizi (16) sur données françaises montre que pour un niveau donné de tension sur le marché du travail, une hausse de la part des 55 ans et plus dans la population active est corrélée avec une augmentation des indemnités journalières. Or, selon les chiffres de l'Insee, la part des personnes de plus de 55 ans dans la population active (au sens du BIT) est passée de 8,32 % à 9,88 % entre 2000 et 2002¹⁴ et le taux d'emploi des 55-64 ans a augmenté d'un point entre 2002 et 2003 pour atteindre 40,3 %. Cette hausse s'explique pour 2/3 par les générations du baby-boom et pour 1/3 par les restrictions sur les systèmes de préretraite (17).

Les plus jeunes (15-24 ans) ont également un écart important entre le taux de croissance des indemnités et le taux de croissance de leurs effectifs. Or, on observe également que leur proportion dans la population active a augmenté, dans des proportions certes moindres, de 8,66 % à 8,82 % entre 2000 et 2002. Le mécanisme sous-jacent est loin d'être clair, mais on peut faire l'hypothèse que cela reflète la situation de cette tranche d'âge sur le marché du travail : le taux de chômage chez les moins de 24 ans est de 20 % au début des années 2000.

1.2.2. La progression des ALD dans la population active

L'impact de la progression des admissions en ALD sur la progression des arrêts de longue durée est difficile à estimer. L'Igas-IGF (9) recense les éléments en faveur d'un lien entre ALD et arrêts de longue durée (progression concomitante, similitude des disparités régionales de prescription)

¹⁴ Sur le plan international, Bergendorff (18) a montré que les employés les plus âgés ont un taux d'absence plus élevé que les plus jeunes. Les pays qui ont le plus fort taux d'emploi des 60-64 ans sont également ceux qui ont les taux d'absence les plus forts (Norvège, Suède).

ainsi que les éléments contradictoires (faible proportion des arrêts directement liés à l'ALD, peu de différence avec les non-ALD si on tient compte de l'âge, faible proportion d'ALD chez les assurés actifs). D'autres éléments peuvent être ajoutés à l'analyse à partir de l'analyse de l'échantillon des assurés actifs de l'Epas.

Effectivement, les assurés protégés par le régime général en ALD sont logiquement moins nombreux dans la population active (proportion stable dans l'Epas de 6 % entre 2000 et 2002) que dans la population totale couverte par le Régime général (12 % en 2001). Cependant, ces 6 % représentent 13 % des arrêts sur la période 2000-2002. On observe, sous réserve d'effectifs parfois faibles, qu'ils représentent 8 % des indemnités versées pour des arrêts de moins de 8 jours et 60 % des indemnités versées pour des arrêts de plus de 1 an (*tableau 12*). Les bénéficiaires d'ALD, assurés actifs, semblent donc bien être plus consommateurs d'arrêts longs.

Tableau 12. Proportion des arrêts et des indemnités pour les bénéficiaires d'une ALD selon la durée de l'arrêt entre 2000 et 2002 (échantillon d'assurés actifs du régime général).

Durée de l'arrêt	Année de prescription	Proportion des arrêts pris par les bénéficiaires ALD	Proportion d'IJ concernant les bénéficiaires ALD
Moins de 8 jours	2000	7 %	8 %
	2001	8 %	8 %
	2002	8 %	8 %
Entre 8 et 14 jours	2000	10 %	11 %
	2001	10 %	10 %
	2002	10 %	11 %
Entre 15 et 30 jours	2000	15 %	15 %
	2001	11 %	12 %
	2002	12 %	12 %
Entre 1 et 3 mois	2000	19 %	21 %
	2001	16 %	17 %
	2002	14 %	15 %
Entre 3 et 6 mois	2000	35 %	36 %
	2001	25 %	25 %
	2002	22 %	23 %
Entre 6 mois et 1 an	2000	41 %	42 %
	2001	40 %	42 %
	2002	32 %	32 %
Plus de 1 an	2000	61 %	60 %
	2001	58 %	59 %
	2002	62 %	66 %

Source : Epas, Cnamts, 2004, données non publiées

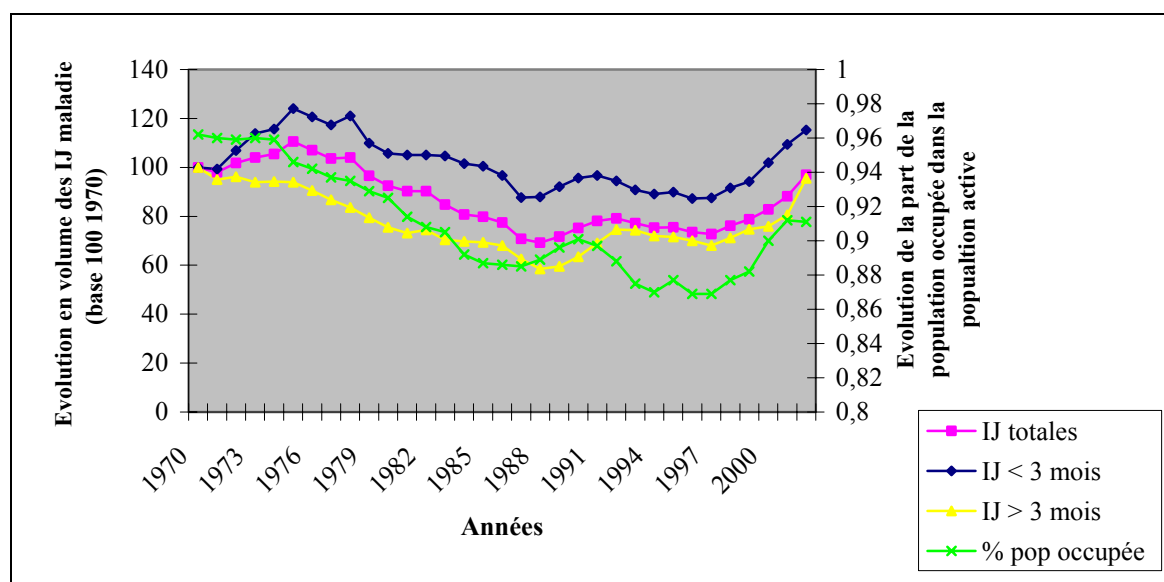
En revanche, le *tableau 12* ci-dessus ne montre pas de progression du poids des ALD sur la période 2000-2002. Au contraire, on observe, entre 2000 et 2002, dans la population en ALD, une diminution de la part des assurés arrêtés (42 % *versus* 34 %) et une réduction du nombre d'arrêt par bénéficiaires d'indemnités (1,9 *versus* 1,7), alors que cette proportion et cette fréquence restent stables chez les assurés non ALD.

Bien qu'ils aient un poids absolu important dans le volume d'indemnités versées, les bénéficiaires d'ALD dans la population active ne semblent pas avoir connu une évolution importante de leur consommation entre 2000 et 2002. De plus, selon une étude de l'Urcam Aquitaine (2002), la part des arrêts médicalement douteux dans le cas des patients en ALD est très faible. Sur les 3 104 arrêts étudiés, tous régimes confondus, 37 % concernaient des patients en ALD et l'arrêt était à 88 % en rapport avec l'ALD. Sur l'ensemble de l'échantillon, le taux d'avis défavorables est de 7,1 %, mais il est de 10 % dans le sous-échantillon non ALD et de 2,1 % dans l'échantillon ALD. Lorsque l'arrêt est lié à l'ALD, ce taux tombe à 1,5 %.

I.2.3. Le marché de l'emploi et la croissance économique

Selon un récent travail de la Drees (16), l'évolution des indemnités journalières semblerait, à long terme, liée à celle du marché du travail : les salaires exercent une influence positive – mais limitée – sur le nombre d'arrêts de travail et le chômage exerce un effet négatif important à long terme. Le nombre d'indemnités baisse lorsque le marché de l'emploi se détériore (cf. graphique 6).

Graphique 6. Évolution en volume des indemnités et de la part de la population occupée dans la population active.



De nouveau, on observe que la récente décroissance du volume d'indemnités versées correspond à une période d'augmentation du chômage : + 0,8 point entre le 4^e semestre 2002 et le 4^e semestre 2003 (17). Le taux de chômage touche principalement les 15-29 ans (16,5 %), mais le chômage de longue durée concerne les salariés les plus âgés (60 % des chômeurs de plus de 50 ans recherchent un emploi depuis plus de 1 an).

Deux hypothèses ont été discutées dans la littérature pour expliquer ce lien. Premièrement, lorsque le marché de l'emploi devient plus favorable, on peut supposer que cela va modifier la structure de la population active puisque l'on élargit l'assiette de recrutement. Deuxièmement, selon l'hypothèse d'un « aléa de moralité », les travailleurs et les employeurs changeraient leur comportement lorsque la situation économique s'améliore ou se dégrade de deux façons : d'une part, lorsque la tension sur le marché du travail se réduit, l'employé aurait une capacité de négociation plus importante ; d'autre part, la croissance inciterait employeurs et employés à une productivité plus importante dans l'espoir de profits ou de salaires plus importants (19).

Renaud et al. (19,20) montrent que la probabilité d'être en arrêt de travail sur la période étudiée (1997-2001) dépend des trois facteurs évoqués ci-dessus : la structure par âge de la population active, la capacité de négociation du salarié et la pression incitative de la croissance. En revanche, il est assez difficile de déterminer le poids de la composition de la population active par rapport aux deux autres. Concernant la durée de l'arrêt, seules la composition de la population active et la pression incitative de la croissance expliqueraient l'accroissement observé.

I.2.4. L'évolution des politiques sociales

Dans la littérature, plusieurs politiques sociales sont évoquées comme susceptibles d'influer sur l'évolution des indemnités journalières : l'amélioration de la prise en charge des indemnités, la réforme de l'assurance chômage, la gestion des plans sociaux et la décade des préretraites. En fait, ces différents changements de politiques sociales impliqueraient soit des effets mécaniques

sur les indemnités (préretraite), soit des comportements stratégiques de la part des bénéficiaires potentiels d'indemnités.

— *Les réformes de la législation sur les arrêts de travail*

Les auteurs d'une étude internationale (21,22) notent clairement que les pays les plus généreux en matière d'indemnisation des arrêts maladie (pays d'Europe du Nord) sont également ceux qui enregistrent le plus grand nombre de jours perdus pour maladie (voir annexe 6).

Plusieurs études suédoises ont analysé l'impact des réformes successives de la législation en Suède. Les deux études qui analysent la réforme de 1995 concluent à un impact marginal sur l'évolution des arrêts de travail (23,24). Cette réforme introduisait l'exclusion des critères non médicaux, un nouveau formulaire de certification avec une incitation des médecins à la remplir (risque de suppression des droits pour les assurés), et tous les épisodes de plus de 28 jours doivent être examinés par un médecin expert.

Pour sa part, Henrekson analyse l'impact des modalités successives de prise en charge des arrêts de travail sur la période 1955-1999 (25). En 1955, le système d'indemnisation est mis en place avec un délai de carence de 2 jours. En moyenne, les Suédois prenaient 12 jours d'arrêt de travail par an pour maladie. Ensuite, les réformes ont été de plus en plus généreuses : augmentation des taux de remboursement et réduction des délais de carence. Les auteurs observent que cette évolution est concomitante avec une augmentation du nombre de jours d'arrêt de travail. En 1988, les Suédois prenaient en moyenne 25 jours d'arrêt pour maladie ce qui représentait 10 % du temps de travail. En 1991, l'État suédois baisse significativement les taux de compensation des premiers jours d'arrêt et cela se traduit par une réduction particulièrement forte du nombre de jours d'arrêt : il atteint à peu près 18 jours par an et par personne en 2000.

— *La réforme de l'assurance chômage*

La consommation d'indemnités journalières est parfois analysée en termes de substitut à d'autres programmes sociaux de prise en charge. Par exemple, les indemnités journalières pourraient être un moyen de repousser la date de fin de droit du régime d'assurance chômage.

Si cette hypothèse s'avérait exacte, les nouvelles dispositions relatives à l'assurance chômage, et notamment la réduction de la durée d'indemnisation, pourraient donc mener un nombre important de personnes à rechercher des revenus alternatifs *via* l'assurance maladie et le système d'arrêts de travail.

À notre connaissance, il n'existe aucun travail scientifique venant corroborer ou au contraire infirmer cette hypothèse.

— *Les préretraites*

Selon Jolivet (26), la contraction des dispositifs de préretraite, le durcissement des conditions d'indemnisation du chômage et la fermeture de certains dispositifs publics s'accompagnent d'un risque de report sur les indemnités journalières pour arrêt maladie de longue durée. Cette hypothèse repose sur l'observation, depuis 2000, d'une diminution du nombre des préretraités¹⁵ concomitante de l'accroissement des dépenses d'indemnités journalières. Une telle progression a été observée en Norvège et en Suède.

La Drees (16) a testé cette hypothèse. Or, parmi les variables afférentes au nombre de préretraités qui ont été testées (ex. : nombre d'entrées en préretraite), seule la part dans la population active des 55 ans ou plus est corrélée avec une augmentation des indemnités journalières. Ils interprètent ce résultat comme corroborant l'idée que la diminution du nombre de préretraités se traduirait par une évolution tendanciellement plus forte des indemnités journalières. Or, cela ne signifie pas que le mécanisme sous-jacent soit un effet de substitution directe entre préretraite et indemnité. Il peut s'agir de la conséquence d'un maintien plus tardif sur le marché du travail d'une population plus âgée, ce qui tendrait à modifier la structure de la population active, dont on a vu l'importance précédemment.

¹⁵ Entre mars 2001 et mars 2002, le nombre de bénéficiaires du système de pré-retraite s'est réduit de 21,7%.

Le lien entre la politique sociale des préretraites et la croissance des indemnités journalières reste une hypothèse crédible, même si on ne connaît ni son ampleur ni le mécanisme qui la sous-tend.

II. ÉTUDE DE LA PRESCRIPTION D'UN ARRÊT MALADIE

II.1. Le processus de prescription d'un arrêt maladie et les problèmes posés par ce type de prescription

II.1.1. L'évaluation de l'aptitude au travail

Les données sur ce sujet sont extrêmement limitées et suivant la revue de la littérature menée par le SBU (1), il n'existe pas de données valides concernant les critères d'évaluation de l'aptitude au travail. Seules des recommandations générales sur ce sujet ont été retrouvées, mentionnant la nécessité de prise en compte du poste de travail, de ses contraintes, des déplacements occasionnés, pour évaluer le retentissement fonctionnel de la maladie et décider de l'opportunité d'un arrêt de travail ou de sa durée. Les questionnaires destinés à évaluer le niveau d'incapacité physique ou mentale sont utilisés mais dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité permanente (27). Pour évaluer les capacités physiques et sensorielles, 14 activités sont étudiées et pour chacune d'elles, plusieurs descriptions d'aptitudes sont présentées, un score a été attribué à chacun des niveaux d'aptitude et on calcule le score global pour apprécier l'invalidité. L'incapacité mentale est évaluée de la même manière avec 4 activités. En situation de pratique courante, et dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité temporaire, le recours à ces questionnaires semble difficilement envisageable, en dehors d'une consultation approfondie.

Deux études norvégiennes (28,29) ont confronté les avis de patients, médecins prescripteurs et médecins consultants pour l'assurance maladie concernant l'appréciation de l'aptitude au travail. Des cas fictifs avaient été utilisés dans l'étude de Haldorsen *et al.* (28). Les résultats ont fait ressortir l'absence d'accord sur les décisions d'arrêts de travail et en particulier les écarts d'appréciation entre patients et médecins sur des signes subjectifs comme la douleur physique (troubles musculo-squelettiques), ou mentale (troubles psychiatriques). Les auteurs concluaient sur l'intérêt d'obtenir une information plus objective sur le poste de travail, afin de pouvoir mieux évaluer le retentissement de ces troubles sur l'aptitude au travail et décider de la nécessité de l'arrêt. La deuxième étude menée par Reiso *et al.* (29) concernait des cas réels et avait pour objectif de comparer les avis des patients et des médecins sur l'évaluation de l'aptitude au travail. Alors que les médecins étaient plus influencés par l'examen clinique (corrélation positive entre le nombre de signes cliniques et la diminution de l'aptitude), l'appréciation des patients s'effectuait en fonction du poste de travail (corrélation positive entre le stress, la pénibilité du poste de travail et la diminution de l'aptitude au travail).

Comme le précise le *Department for work and pensions* (DWP) (27) la question de la reprise du travail, des modalités de reprise n'est pas abordée de manière systématique lors des consultations. Une étude française menée par une CPAM dans le Limousin (30) apporte quelques informations sur ce sujet. Cette étude a impliqué 67 patients faisant l'objet d'arrêts de travail répétés de plus de 3 mois pour lombalgies, ainsi que leurs médecins traitants et médecins-conseils. Le principal objectif était de décrire les obstacles à la reprise du travail. L'objectif secondaire était de chercher les concordances des réponses entre les différents acteurs (assurés, médecins traitants et médecins-conseils). Il est apparu que les objectifs recherchés de l'arrêt de travail n'étaient pas toujours les mêmes. Ainsi la reprise d'un travail adapté était l'objectif thérapeutique à atteindre pour 46,3 % des médecins traitants, 38,8 % des médecins-conseils, et seulement 20,9 % des patients. Ces derniers étaient en revanche 56,7 % à attendre que la guérison soit associée à la reprise contre 28,4 % des médecins-conseils et 25,4 % des médecins traitants.

II.1.2. L'évaluation du bénéfice attendu et des risques de l'arrêt de travail

Le manque de données sur ce sujet est souligné dans la revue de la littérature du SBU (1).

— *Le bénéfice attendu*

Le repos, l'absence de travail sont envisagés et prescrits comme une mesure thérapeutique. Le bénéfice attendu est de favoriser la guérison ou l'amélioration de l'état du patient. Le repos est aussi nécessaire pour prévenir la survenue de complications. C'est un élément nécessaire de la prise en charge de certaines pathologies.

À l'inverse, le « présentéisme », c'est-à-dire le maintien au travail par absence de prescription ou par non-respect du patient de la prescription d'arrêt de travail, peut être responsable de l'aggravation de l'état du patient, de complications, de coûts associés mais aussi d'une baisse de productivité. Les études menées sur ce sujet sont encore trop peu nombreuses pour avoir une estimation précise des conséquences du présentéisme (1). Les refus sont le plus souvent liés au contexte professionnel et économique du patient (crainte de perte d'emploi, difficultés rencontrées dans le travail ou dans l'entourage professionnel, faible montant des indemnités journalières ou absence d'indemnisation) (31).

— *Les risques*

Le retentissement psychologique

L'interruption de travail peut être à l'origine ou favoriser la survenue de troubles psychologiques ou de dépression (27).

Les personnes arrêtées sont également confortées dans un statut de « *sick role* ». Ce qui compte dans cet état n'est pas tant l'état de malade mais le statut et les avantages sociaux accordés à cet état. Il s'agit pour certains auteurs d'un mécanisme d'adaptation à un handicap ou une maladie (31). Les avantages retrouvés sont par exemple de ne pas être responsable de cet état, d'être dans un état non souhaitable, d'être dispensé des tâches et obligations habituelles. Cette situation, légitimée par le médecin par le biais du certificat, crée aussi une relation de dépendance et de passivité du patient (231).

Les difficultés de reprise du travail

L'interruption de travail rend plus difficile la reprise du travail et plus la durée de l'arrêt augmente, plus les difficultés de reprise augmentent. Ainsi, moins de 50 % des personnes arrêtées depuis plus de 6 mois reprennent une activité professionnelle, et très peu après 1 à 2 ans d'absence (27). Une étude réalisée sur 89 190 cas en Norvège en 1995 et 1996 avait pour objectif d'estimer la durée totale d'absence des arrêts ayant déjà duré plus de 2 semaines pour lombalgies (32). Les données de suivi ont indiqué que 42 % des personnes en arrêt de travail après 6 mois n'avaient toujours pas repris leur travail après 12 mois. La probabilité de retour au travail déclinait sensiblement à partir de 6 semaines. Deux études de Reiso *et al.* ont recherché les facteurs influençant la reprise du travail (33,34). La première étude (34), réalisée sur 549 patients en arrêts prolongés, avait montré que la diminution de l'aptitude au travail, jugée par le patient, était liée à des difficultés de reprise du travail. La deuxième (33) avait été réalisée en 1997 sur 197 sujets ayant fait l'objet d'un arrêt de travail pour lombalgies et ayant été suivis pendant 2 ans. La présence de signes radiculaires était ressortie comme un facteur de reprise rapide, alors que les signes subjectifs tels que l'intensité de la douleur, l'évaluation par le sujet de sa faible aptitude au travail et de son absence probable de reprise du travail, étaient en faveur d'une reprise tardive, voire de l'absence de reprise du travail.

La désinsertion socioprofessionnelle

Les risques liés aux arrêts prolongés ou répétés avec enfermement du patient, retour au travail plus difficile mentionnés précédemment sont bien identifiés par les médecins qui reconnaissent aussi ne pas être armés et avoir des difficultés à s'opposer à la résistance de ces patients. Comme l'indiquent les résultats d'une étude longitudinale suédoise, le risque de perte de travail après un arrêt de longue durée n'est pas équivalent suivant les personnes. Cette étude avait débuté en 1895 et comportait le suivi de 11 ans de 213 sujets ayant fait l'objet, à l'inclusion dans l'étude, d'un arrêt de travail d'une durée de plus de 1 mois pour troubles musculo-squelettiques

(35). Le risque d'absence de reprise du travail est apparu plus élevé chez les personnes d'origine étrangère, chez les sujets plus âgés, et chez les sujets appartenant aux catégories socio-professionnelles les moins élevées.

II.1.3. Les problèmes posés aux médecins par la prescription d'un arrêt maladie

Quatre études qualitatives ont été retrouvées dans la littérature. Les deux principales sont aussi les plus récentes. Elles ont été réalisées au Royaume-Uni, l'une en Angleterre en 2000 (31) et l'autre en Écosse en 2003 (36). Les deux autres, plus anciennes, ont été réalisées aux États-Unis (étude publiée en 1988) (37) et en Suède (étude publiée en 1995) (38). Ces études avaient pour objectifs de faire s'exprimer les médecins généralistes sur la perception de leur rôle dans la prescription des arrêts de travail, les principales difficultés rencontrées lors de ces prescriptions et les souhaits de changements.

— *Méthodologie des études*

Les informations ont été recueillies à partir d'entretiens individuels et de groupes de discussion dans les deux études anglaises. Dans l'étude de Hiscock (31), 33 médecins ont d'abord été interrogés individuellement, puis cinq groupes de discussions ont été constitués pour répondre aux principales questions soulevées au cours des entretiens individuels. Dans l'étude de Hussey (36), onze groupes ont été constitués, réunissant au total 67 médecins généralistes. Les échanges duraient environ une heure. Les réponses écrites à un questionnaire adressé par voie postale ont été utilisées dans les études américaine (37) et suédoise (38). Deux cent cinq médecins généralistes ont participé à l'étude américaine, 180 médecins (149 médecins généralistes et 31 psychiatres) à l'étude suédoise.

— *Résultats*

En dépit des différences relatives à l'organisation des systèmes de santé, à la réglementation des arrêts de travail, les avis exprimés et conclusions des études sont très similaires.

Sur le rôle et la responsabilité des médecins dans la prescription

De manière générale, les médecins se sentent peu concernés, peu intéressés par cette question. Les opinions ont pu être regroupées en trois catégories. Une catégorie de médecins a exprimé le souhait de ne plus exercer cette responsabilité (par manque de formation, manque d'intérêt, manque de temps à consacrer pour la négociation, crainte d'altérer leur relation avec leur patient et peur des conflits). Une autre catégorie estimait au contraire avoir à assumer pleinement ce rôle. Pour eux, l'arrêt de travail est une décision thérapeutique, intervenant dans les choix de la prise en charge de la maladie. Cette décision incombe au médecin qui, seul, dispose des informations nécessaires pour prendre cette décision. Le troisième groupe était d'accord sur le fait que le médecin devait assumer cette fonction, mais que certaines modifications étaient souhaitables, en particulier réduire de 6 mois à 3 mois la durée de l'arrêt à partir de laquelle les autorités devaient intervenir ; de même que limiter le rôle du médecin aux situations simples (arrêts justifiés pour raison médicale pure) et éviter de les impliquer dans des situations plus complexes nécessitant des arbitrages.

Sur les principales difficultés rencontrées

Les médecins évoquent le sentiment d'être manipulés par les patients, par les employeurs ou par l'organisme régulateur *Department for work and pensions* (DWP). Ils reconnaissent aussi leur inefficacité de régulateurs de même que le fait que leur décision reste très dépendante de l'attitude du patient. Il reste ainsi très difficile d'infléchir et modifier l'attitude du patient. Ceux-ci ont leur propre vision de la durée de l'arrêt. Ils ont tendance à confronter leur situation à des situations antérieures ou des situations rencontrées dans leur entourage.

Les problèmes sont essentiellement rencontrés en l'absence de signes objectifs. Les principales difficultés exprimées correspondent effectivement aux situations cliniques où les signes sont difficiles à évaluer, où la symptomatologie retrouvée est essentiellement subjective, exprimée par le patient (lombalgies, troubles musculo-squelettiques, anxiété, troubles de l'humeur, fatigue

chronique). Les problèmes d'alcoolisation ou de l'adoption de comportement addictif sont aussi évoqués. La difficulté est d'apprécier l'intérêt de l'arrêt, de ses risques, mais aussi des risques liés à une reprise prématurée ou à l'absence d'arrêt, en fonction de l'intensité de la douleur ou de la gêne occasionnée. Il existe aussi des différences socioculturelles et religieuses quant à la manière d'exprimer certains signes ou leurs répercussions.

Chez les sujets jeunes, les médecins veillent à ne pas prescrire des arrêts de trop longue durée pour ne pas laisser s'instaurer d'habitudes de longues absences. Pour les personnes plus âgées, les médecins ont une attitude plutôt plus souple et prescrivent plus facilement des arrêts de travail. En particulier, les personnes arrivées à un âge proche de la retraite, les personnes ayant perdu un emploi après une longue période d'emploi, les personnes ayant une aptitude au changement très faible, ou les personnes difficilement reclassables. D'autres facteurs sont pris en compte dans les décisions : la motivation, l'intérêt des patients pour leur travail, le profil psychologique de l'individu, l'existence d'un stress ou d'une anxiété trop importante pour permettre de retrouver un emploi. Mais les conséquences peuvent être négatives pour ces personnes qui se voient ensuite refuser l'invalidité et ont perdu leurs chances de retrouver un emploi. Cette aptitude à prendre en compte les facteurs non médicaux est variable suivant les médecins. Dans l'étude anglaise (31), l'algorithme de décision défini par le DWP a été ainsi modifié de manière à intégrer ses facteurs (cf. annexe 7 page 75). Dans l'étude américaine (37), les cinq facteurs influençant les décisions des médecins interrogés étaient : la présence (ou l'absence) de signes objectifs, le fait que le patient soit connu (ou qu'il se présente pour la première fois), le fait qu'il s'agisse de la première demande (ou d'une énième demande), qu'il s'agisse d'une demande d'arrêt (ou d'une justification d'absence déjà prise), la personnalité du patient.

Dans les situations difficiles, le recours à un deuxième avis (avis de spécialiste) est évoqué. Il permet de disposer d'un délai supplémentaire, de conforter un diagnostic, d'établir un diagnostic, mais aussi de préserver la relation médecin patient.

L'évaluation de l'incapacité pour le poste de travail implique le patient. Le médecin se base sur ses propres connaissances mais aussi sur les renseignements fournis par les patients. Pour une personne au chômage le médecin devrait se déterminer en fonction du poste recherché, mais dans les faits, son jugement est plus influencé par la probabilité que le patient a de retrouver un emploi. En dehors du patient, le médecin peut obtenir des informations par l'employeur mais les contacts sont peu fréquents. Ils posent aussi un problème de confidentialité et d'éthique médicale. Les médecins évoquent aussi l'absence de formation à l'évaluation de l'aptitude au travail et de connaissances sur les contraintes liées au travail. Les échanges avec la médecine du travail sont rares, notoirement insuffisants.

Le manque de temps disponible durant une consultation pour la discussion et la négociation est mentionné par les médecins qui sont aussi peu intéressés par ce sujet. Le plus souvent la question de l'arrêt intervient en fin de consultation, il ne reste plus de temps et le médecin prend alors juste le temps de signer le certificat. L'acte peut ne pas prendre plus de 10 secondes. Cette disponibilité fluctue suivant les médecins mais aussi pour un même médecin suivant l'horaire et l'humeur (on note par exemple plus de prescriptions en fin de journée ou de consultations qu'au début).

En ce qui concerne la reprise du travail, les réponses permettent d'isoler trois profils différents :

- pour certains médecins le travail contribue au maintien de la forme physique et mentale parce qu'il apporte une justification sociale, le travail a un sens et procure l'estime de soi. Ces médecins sont attachés à un retour précoce au travail, qui est une priorité et constitue un objectif. Ces médecins s'impliquent, discutent tôt avec le patient, cherchent des alternatives possibles, des aménagements du poste de travail et prescrivent peu de prolongations ;
- d'autres ont un avis plus partagé, estimant que cette opinion n'est valable que pour certaines catégories professionnelles ou certaines fonctions, mais que le travail peut aussi être source de stress et de contraintes. Le médecin est plus accommodant, flexible. Il encourage la reprise mais sans brusquer le patient si

celui-ci ne le souhaite pas. Ces médecins ont une attitude incitative plutôt que directive ;

- d'autres enfin ne s'intéressent pas à la reprise du travail et à ses conséquences. Ces médecins ne négocient pas avec leurs patients mais répondent à leurs demandes, sans les discuter, sans intervenir.

Ces profils sont très schématiques et un même médecin peut adopter plusieurs modes de négociation suivant les patients.

Dans le cas de la reprise, le recours à des avis extérieurs est très utile (spécialiste, médecin du travail, kinésithérapeute, psychologue, psychiatre). Certains abordent la question très tôt, d'autres préfèrent attendre que la situation médicale s'améliore (en particulier dans le cas d'anxiété, de troubles de l'humeur pour ne pas aggraver les tensions). Certaines échéances (résultats d'examens, réponses d'organismes) peuvent être utilisées, d'autres utilisent une période fixe systématique (4 semaines) avant de parler de reprise.

Sur les souhaits de changements

Trois orientations ont été identifiées :

- il faudrait intervenir de manière plus précoce (avant 3 mois) pour mieux anticiper les problèmes. Le recours à des aides extérieures et en particulier la médecine du travail devrait être favorisé dans les situations difficiles. Il faudrait aussi faciliter la reprise du travail, donc la reprise même progressive, à temps partiel. Les formulaires devraient être modifiés pour préciser les conditions de reprise, alerter sur la récupération de l'état de santé ;
- la communication entre professionnels doit être améliorée, en particulier avec les médecins du travail, mais aussi les médecins hospitaliers ou spécialistes qui se déchargent vers le médecin généraliste de la question de l'arrêt de travail. Les audits de pratique, le *benchmarking* pourraient être utiles pour confronter les expériences et aussi permettre de faire voir au médecin comment il se situe ;
- l'intérêt pour des recommandations ou des guides est partagé. Les médecins (surtout les médecins plus âgés) pensent qu'il y a trop de recommandations et qu'ils n'ont pas le temps de les lire. Elles pourraient être utiles dans le cadre du retour au travail pour aider médecins et patients à structurer la reprise. Son contenu n'est pas vraiment clair (quelles informations sont nécessaires ?). Le besoin de formation est évoqué mais il faut aussi tenir compte du manque de motivation des médecins sur ce sujet « peu sexy ». En revanche, la formation sur le management du stress au travail apparaît plus utile et suscite l'intérêt des médecins interrogés.

II.2. Les déterminants individuels de la prescription d'un arrêt maladie

La décision de prescrire un arrêt de travail semble être soumise à un processus d'évaluation complexe où s'intègrent de nombreuses variables individuelles liées au médecin et au patient. Les déterminants individuels vont jouer lorsque s'instaure la relation entre le médecin et le patient. Les caractéristiques de chacun, mais également leurs intérêts personnels, vont structurer la négociation qui va s'établir. À notre connaissance, il n'existe pas de travaux qui décrivent réellement cette négociation : existe-t-il une demande du patient ? Est-elle marginale ou non ? Comment se manifeste-t-elle ? Comment le médecin va y répondre ? Peut-il facilement dire non ? Les seuls travaux publiés concernent les caractéristiques des médecins ou des patients individuellement, c'est-à-dire sans inscription dans une relation de négociation.

II.2.1. Les caractéristiques du médecin

Nous n'avons pas trouvé d'étude française étudiant l'impact des caractéristiques du médecin sur la prescription d'arrêt de travail. Plusieurs travaux étrangers analysent les facteurs liés au médecin qui peuvent expliquer la prescription d'un arrêt de travail (39-42) mais il s'agit d'études anciennes. Plusieurs études ont été réalisées en Norvège (42,43). Dans une première étude, Tellnes *et al.* analysent 5 042 certificats recueillis auprès de 107 médecins généralistes au mois de mars 1986. Les certificats étaient complétés par un questionnaire évaluant l'attitude du médecin quant aux arrêts de travail. Les données ont été ajustées sur les variables concernant les patients (sexe, âge, diagnostic). La durée de la prescription augmente avec l'âge du praticien, sans que cela puisse être expliqué par une attitude plus libérale des praticiens les plus âgés. Dans une seconde étude réalisée à partir de cas fictifs auprès de 360 médecins généralistes, 180 psychiatres et 180 orthopédistes, ils mettent en évidence que les femmes prescrivent significativement moins d'arrêts (43).

L'étude suédoise de Englund (39) analyse 301 consultations¹⁶ recueillies auprès de 53 médecins généralistes en mars 1996. Une fois ajustés sur l'âge et sur le sexe du patient, l'âge et le sexe du médecin ne sont pas corrélés avec la durée moyenne des arrêts.

Une étude suédoise réalisée en 1992 à partir d'une méthode de cas fictifs auprès de 159 médecins non hospitaliers montre qu'un même problème peut entraîner des réponses très variables (40). Les auteurs montrent une corrélation positive faible entre le nombre d'arrêts prescrits par un médecin et son âge ainsi que son ancienneté dans sa spécialité. En revanche, il n'y a pas de corrélation avec le sexe ou la spécialité.

Selon Rutle (41), plus le taux d'activité augmente, plus les prescriptions d'arrêts augmentent. Les médecins auraient, selon l'auteur, moins de temps pour négocier ou discuter et se fieraient davantage à ce que disent les patients.

Ces quelques éléments sont très nettement insuffisants pour comprendre comment les caractéristiques individuelles des médecins déterminent leur décision de prescription, ce qui permettrait de proposer des actions précises. En particulier, on peut se demander si l'effet de l'âge traduit un effet génération ou un véritable effet âge, lequel pourrait traduire l'ancienneté de la formation initiale.

Enfin, on peut faire l'hypothèse qu'il existe une variabilité de la décision de prescription parce que les critères auxquels se réfèrent les médecins ne sont pas univoques, ce qui génère des stratégies de prescriptions qui peuvent, sur la base de critères différents, paraître médicalement injustifiées. Un des exemples cités par Renaud *et al.* (19,20) est que le recours au repos pourrait être utilisé par certains médecins comme un substitut partiel aux prescriptions de médicaments. Une autre stratégie conduirait le médecin à prescrire un arrêt de travail plus long que nécessaire en raison de l'engorgement du système de soins (attente d'un examen complémentaire par exemple). Ces hypothèses n'ont cependant pas été confirmées pour le moment.

II.2.2. Les caractéristiques du patient

— Description et validité des études

Deux études françaises modélisent la prescription d'arrêt de travail à partir de données individuelles sur le patient : l'une porte sur les professions indépendantes (45), l'autre sur un échantillon d'assurés tous régimes confondus (20). L'étude de la Canam analyse les indemnités journalières versées à 75 558 assurés sur 2001 à partir d'une régression logistique (45). L'objectif est d'expliquer la probabilité d'être indemnisé au cours de l'année 2001 à partir du sexe, de l'âge et de la profession. L'étude de Renaud (19,20) porte sur 1 613 actifs en 1995¹⁷. Elle mobilise des

¹⁶ Cela représente toutes les consultations au cours desquelles l'arrêt de travail a été évoqué sur une période de 2 semaines de mars 1996.

¹⁷ Pour cette enquête, T. Renaud a eu recours à un appariement des fichiers Epas (échantillon permanent des assurés sociaux) pour les années 1995 à 1997 avec l'enquête SPS 1995 du Credes (Santé et protection sociale). Cet appariement permet une première analyse des données de consommation à partir des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des assurés.

méthodes économétriques qui permettent d'analyser, toutes choses égales par ailleurs, l'effet de variables individuelles (caractéristiques du patient et conditions de travail) sur la probabilité d'être en arrêt de travail mais également sur la durée. Les indicateurs utilisés pour identifier les effets propres à chaque variable – c'est-à-dire indépendamment de l'état de santé – sont : le risque vital de l'individu et l'invalidité¹⁸, le nombre de maladies distinctes déclarées pendant l'enquête et le nombre de médicaments consommés sur 2 ans. L'étude est de bonne qualité avec cependant quelques limites : l'effectif se révèle parfois insuffisant sur certaines variables et il existe des corrélations entre certaines variables. Dans la première étude du Credes (20), les arrêts de travail regroupent les arrêts maladie et les arrêts pour accident du travail ou maladie professionnelle, ce qui est plus vaste que notre problématique. Cependant, la seconde étude (19) a permis de tester séparément ces deux types d'arrêts sans modifier les conclusions des modélisations.

— *L'âge et le sexe*

Selon l'étude de l'Irdes (anciennement Credes), la probabilité la plus élevée d'être en arrêt de travail concerne les plus jeunes (surtout chez les femmes) et elle diminue rapidement à partir de 30 ans. En revanche, plus l'âge de l'assuré est avancé au moment de l'arrêt, plus ses chances de revenir au travail sont faibles. Ce résultat est cohérent avec d'autres travaux français (46) ou étrangers (47). L'influence de l'âge sur la durée est une constante dans les études (34,48).

Concernant le sexe, l'étude Credes conclut que la probabilité d'être en arrêt au moins une fois sur les 3 années étudiées ne dépend pas du sexe. Selon l'étude antérieure de Fournier (49), s'il n'y a effectivement pas de différence suivant le sexe sur une vie entière, les femmes sont plus souvent arrêtées dans la tranche 25-35 ans. Enfin, pour les professions indépendantes, les femmes ont également un risque d'indemnisation plus élevé que les hommes (45). Tellnes (48) observe également ce phénomène : le sexe n'a pas d'influence globalement, mais le risque d'arrêt de longue durée est plus important chez les femmes en ne ciblant que les lombalgies. Une autre étude, ciblée sur les arrêts pour troubles psychiatriques modérés et mineurs (50), montre que les arrêts sont plus courts et plus nombreux chez les femmes, plus longs et moins fréquents chez les hommes. Ce fait traduirait une différence culturelle homme/femme induisant un retard de diagnostic chez les hommes et donc des atteintes plus graves.

— *Le niveau d'étude*

Un niveau d'étude supérieur au baccalauréat réduit la probabilité d'avoir un arrêt maladie par deux (19,20).

Les variables non significatives : la charge familiale (variable qui combine les enfants en bas âge, le statut marital et le sexe) n'intervient pas dans la probabilité d'être en arrêt (19,20). Le fait de posséder une couverture complémentaire n'influe ni sur la durée, ni sur le nombre d'arrêts, cependant le type de couverture contractée (individuelle *versus* collective *via* l'employeur) présente une influence difficile à interpréter. Les contractants d'une couverture complémentaire individuelle ont significativement moins d'arrêts mais les contractants d'une couverture complémentaire collective ont des arrêts d'une durée significativement plus courte (19).

— *Les conditions de travail du patient*

De nombreuses études étrangères montrent que certains facteurs liés au travail auraient un impact sur l'occurrence individuelle d'un arrêt de travail : risque de perdre son emploi (31) ; fonction occupée, intégration dans l'entreprise, exposition au risque (13,43,51-53) ; pénibilité

¹⁸ Le risque vital et l'invalidité sont deux indicateurs synthétiques de morbidité développés par les chercheurs du Credes. Ces indicateurs sont attribués par les médecins chargés du chiffrage des enquêtes en tenant compte de l'ensemble des pathologies chroniques de l'individu ainsi qu'un certain nombre de critères tels que la consommation de tabac, le poids, l'intensité ou la nature des traitements.

Le risque vital mesure un pronostic vital pour chaque individu, tenant compte de la nature des affections, de leur gravité telle qu'on peut l'évaluer au travers de la nature et de la fréquence des consommations médicales.

L'invalidité mesure un état permanent, ne tenant pas compte des maladies aiguës intercurrentes qui peuvent entraîner un handicap provisoire (grippe, entorse, fracture, etc.).

perçue par le patient (54). L'environnement professionnel est également analysé : stress, harcèlement professionnel, insatisfaction du travail (52,54) ; culture d'entreprise (31).

En France, l'étude réalisée chez EDF-GDF sur des données de 1980 (13) mettait déjà en avant le poids des caractéristiques professionnelles mais sans contrôle de la morbidité : les catégories professionnelles les moins élevées et les travailleurs manuels avaient une probabilité plus importante d'être arrêtés. L'analyse du Credes, présentée ci-dessous, confirme l'influence de certaines variables sur la probabilité d'être en arrêt de travail ou sur la durée de l'arrêt, même lorsque l'on considère des individus à niveau de morbidité identique. Les mécanismes sous-jacents ont été analysés dans plusieurs travaux économiques mais ne seront pas repris ici.

— *La stabilité contractuelle de la situation professionnelle.*

Les personnes employées en CDI ont une plus forte probabilité d'être arrêtées au cours des 3 années étudiées que les personnes en situation précaire. En revanche, le type de contrat de travail n'a pas d'impact sur la durée de l'arrêt¹⁹. L'effet de l'instabilité ressentie (crainte de perdre son emploi) n'a aucun impact significatif.

— *La catégorie professionnelle*

Selon le Credes, les ouvriers ont une forte probabilité d'être arrêtés, viennent ensuite les employés et les cadres. Une partie de cet effet est dû au fait que les ouvriers ont une plus forte probabilité d'avoir un accident du travail, mais cet effet persiste lorsque les auteurs ont testé uniquement les arrêts maladie. Les cadres reprennent plus rapidement leur activité. L'analyse de la Canam permet de repérer les professions qui ont des probabilités plus importantes de recevoir des indemnités au cours d'une année (45). Pour les artisans, il s'agit de la maçonnerie générale, de la menuiserie du bois et du plastique, puis de la peinture. Pour les commerçants, il s'agit des débits de boissons, des transports routiers de marchandises de proximité et les hôtels-restaurants.

— *Le volume horaire*

Les gros volumes horaires (plus de 41 heures) ont une probabilité plus forte de s'arrêter que les autres. Par ailleurs, les individus travaillant plus de 41 heures par semaine ou moins de 32 heures s'arrêtent plus longtemps que ceux travaillant sur des rythmes plus classiques.

II.3. L'évaluation externe du caractère justifié de la prescription d'un arrêt de travail

Nous avons identifié 10 études évaluant la part des arrêts de travail non médicalement justifiés. Elles ont été réalisées par des organismes d'assurance maladie (Urcam, CPAM) et reposent sur une méthodologie d'observation, sans inférence statistique (sauf une étude). Le protocole est standardisé : les dossiers sont extraits des fichiers de l'assurance maladie en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion explicites. Le patient est ensuite convoqué par un médecin-conseil (une étude ne convoque pas systématiquement le patient). Le médecin-conseil se prononce sur la pertinence de l'arrêt compte tenu de l'état de santé du patient au moment où il étudie le dossier, il ne préjuge pas de la pertinence de l'arrêt au moment où le médecin l'a prescrit.

Les principales limites sont les suivantes :

- les études sont soumises à une procédure administrative avec un délai important entre la prescription de l'arrêt de travail et l'examen (ce qui limite l'analyse des arrêts de courte durée) ;
- les résultats sont opérateur-dépendants, tout dépend des critères qui fondent le jugement du médecin-conseil et ils ne sont pas décrits dans les études.

¹⁹ Résultat contradictoire avec l'étude de Englund (39) qui trouve que les conditions de travail instables sont corrélées avec des durées plus longues.

II.3.1. Les études sur pathologies non ciblées

La première étude française a été réalisée au printemps 1993 (14) sur les risques maladie et AT/MP (accidents du travail et maladies professionnelles). Cette étude nationale a porté sur 105 906 arrêts de travail. Le taux d'arrêts jugés médicalement motivés par le médecin-conseil était de 61 % et le taux de notification de fin d'indemnité à la date prévue ou avant était de 9 %. L'étude présentait un taux très important d'arrêts ayant cessé avant la date de convocation (24 %) et 6 % des cas ne permettaient pas de donner un avis.

Ces données se différencient des résultats plus récents (cf. tableau 13), qui présentent des taux d'arrêts médicalement justifiés plus importants.

Tableau 13. Résultats des études françaises récentes.

Secteur géographique	Bourgogne		Saint-Étienne		Aquitaine	
Méthode						
Régime	CNAM, MSA		CNAM		Tous	
Année recueil	2000		2001		2001	
Date recueil	08/06 au 28/09		1 semaine		01/04 au 30/06 01/09 au 30/09	
Prescripteurs	Omnipraticiens, gros prescripteurs		Indifférencié		Indifférencié	
Durée ciblée	3 mois et +		45 jours et +		3 mois et +	
Pathologie	Non ciblée		Non ciblée (hors ALD)		Non ciblée	
Résultat : décision du médecin-conseil						
Arrêts justifiés	146	83 %	133	79 %	2 820	91 %
Notification de non- renouvellement	22	12 %	17	10 %	203	6 %
Fin IJ avant date			12	7 %	18	1 %
Reprise antérieure (pas d'avis)	3	2 %			28	1 %
Avis impossible	5	3 %	6	4 %	35	1 %
Nombre d'arrêts	176	100 %	168	100 %	3 104	100%

En regroupant les arrêts justifiés et les notifications de non-renouvellement, on observe des taux d'avis positifs compris entre 90 % et 97 %. En regroupant les notifications de reprise avant la date prévue et les reprises spontanées, on observe des taux de remise en cause de la durée de l'arrêt compris entre 2 % et 7 %. Le médecin-conseil n'est pas en mesure de donner un avis dans 1 % à 4% des cas. Selon la Cnamts, les arrêts jugés non médicalement justifiés (indication de reprise avant la fin de l'arrêt ou avis de non-reconduction) représentent 6 % des contrôles lorsque ceux-ci ne sont pas ciblés (11).

L'étude de l'Urcam Aquitaine identifie certaines caractéristiques que l'on retrouve plus fréquemment dans les arrêts qui ont fait l'objet d'une notification de reprise du travail à la fin de l'arrêt ou avant la date initiale (55).

Le sexe et l'âge ne discriminent pas de manière significative les arrêts jugés défavorablement des autres. En revanche, un arrêt a une probabilité d'autant plus importante d'être jugé défavorablement que : il est prescrit par un omnipraticien, en ville, il dure depuis plus de 152 jours et le motif est une pathologie ostéo-articulaire. Trois groupes d'affections représentaient 71 % des notifications de fin d'indemnités : les affections rachidiennes et articulaires périphériques (36 %), les états dépressifs et anxieux (20 %) et les lésions traumatiques (15 %). De plus, les avis sont significativement plus défavorables pour les patients du régime général, hors ALD, et exerçant une profession intermédiaire ou d'employé.

Rappelons, enfin, les chiffres publiés dans le rapport Igas-IGF (9) et obtenus auprès de la société SECUREX, société de service spécialisée dans l'organisation de contre-visites médicales. En ne retenant que les visites qui ont donné lieu à un examen par le médecin habilité, le taux d'arrêts jugés non médicalement justifiés au moment de la visite est de 8 % en région parisienne et de près de 9 % en province. Il s'agit principalement d'arrêts de courte durée (moins de 8 jours).

II.3.2. Les études françaises ciblées

Les 6 études françaises ciblant une pathologie particulière portent principalement sur les pathologies dorsales et la dépression (*tableau 14*). Pour les pathologies dorsales, les avis justifiés et les notifications de non-prolongation représentent entre 60 % et 89 % des cas, soit des chiffres inférieurs aux taux toutes pathologies confondues présentés ci-dessus. Les données sur les cas de troubles psychologiques sont difficiles à interpréter en raison d'une forte variabilité.

Tableau 14. Résultat des études françaises ciblées sur une pathologie.

Secteur géographique	Aveyron		Lieu inconnu		Saint-Étienne		Lieu inconnu		Saint-Étienne		Yvelines	
Méthode												
Régime	Cnam		Cnam		Cnam		Cnam		Cnam		Cnam	
Année recueil	2001		2001		2001		2001		2001		1999	
Date recueil	1 sem/mois sur 9 mois		15 j/mois		11/06 au 15/06		15 j/mois		11/06 au 15/06		01/03 au 31/08	
Durée ciblée	10 j et +		Entre 2 et 6 mois		Entre 2 et 6 mois		entre 2 et 6 mois		Entre 2 et 6 mois			
Pathologie	Lombalgie commune		Rachis (hors critères de gravité)		Rachis (hors ALD)		Dépression (hors critères de gravité)		Dépression (hors ALD)		Postnatal	
Décision du médecin-conseil												
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Arrêts justifiés	94	72	169	53	81	65	174	45	122	81	205	43
Notification de non-renouvellement	17	13	45	14	30	24	50	13	14	9	127	26
Fin IJ avant date	5	4			8	6,5			4	3	37	8
Reprise antérieure	11	9	102	32	3	2,5	150	39	4	3	99	20
Avis impossible	3	2	2	1	2	2	10	3	7	4	13	3
TOTAL	130	100	318	100	124	100	384	100	151	100	481	100

Les variables qui permettent de cibler une étude ne se limitent pas aux pathologies, en particulier les pistes les plus pertinentes sont : le caractère initial, itératif ou reconduit, de l'arrêt et le volume de prescriptions par médecin. La Cnamts estime à partir des contrôles ciblés réalisés en 2003 que 22 % des arrêts peuvent être jugés inadaptés au moment du contrôle.

Une étude distingue les arrêts initiaux et les prolongations et trouve des taux d'avis défavorables supérieurs dans le cas de prolongations (étude sur la lombalgie de la CPAM Aveyron). Une autre étude a travaillé sur les arrêts itératifs (15). Le Service Médical Local de Vannes a mené une action de sensibilisation des bénéficiaires d'arrêts de travail itératifs de courte durée (courrier informatif et annonce d'un contrôle). Au second arrêt consécutif après réception du courrier, le patient était contrôlé (n = 481). On observe que 64% des arrêts étaient incontestables au vu du dossier ou de l'examen du patient. Alors que l'on contrôle une population sensibilisée et informée, un tiers des arrêts n'ont pas donné lieu à un avis du médecin-conseil, soit parce que le patient a repris son activité avant la convocation, soit parce qu'il ne s'est pas soumis au contrôle. Ce résultat en demi-teinte est cohérent avec l'étude de la Sarthe en 1999 sur le même principe : sur 56 patients repérés pour arrêts itératifs et vus au second arrêt après sensibilisation, 23 seulement avaient un arrêt justifié.

III. OUTILS DE RÉGULATION ET D'AIDE À LA PRESCRIPTION

La variété des déterminants possibles pour expliquer l'évolution des indemnités journalières consommées implique que l'on envisage une variété toute aussi large d'outils de maîtrise.

Les déterminants qui sont liés à des comportements individuels « déviants » peuvent faire l'objet de contrôles ; c'est une des voies envisagées par l'Igas-IGF²⁰ (9). En revanche, la démographie, qui est un facteur clé de l'évolution des dépenses d'indemnités journalières, ne se prête peut-être pas autant à ce type d'outils. D'autres actions sont explorées à partir d'exemples étrangers.

III.1. Le renforcement du contrôle des bénéficiaires et la responsabilisation des prescripteurs

La réorganisation et le renforcement des contrôles de l'assurance maladie est une des voies privilégiées par le rapport de l'Igas et de l'IGF (9).

« La mission Igas-IGF a estimé nécessaire que soit réaffirmée la légitimité du contrôle et de sa sanction en direction des professionnels de santé et de ses assurés. Elle suggère que les programmes régionaux de l'assurance maladie Pram (2004-2006) identifient clairement le contrôle des IJ en direction des médecins et des assurés comme une priorité des plans locaux d'action de gestion des risques. »

— Les outils du contrôle auprès des bénéficiaires de l'arrêt

La mission propose une batterie de mesures pour rendre possible le contrôle des arrêts, en distinguant les arrêts de courte durée et de longue durée, car la cible n'est pas la même dans les deux cas.

²⁰ L'Igas et l'IGF proposent en outre que soient réexaminées les conditions d'ouverture des droits (cumul avec d'autres indemnités, conditions d'assurance), ainsi que le montant des indemnités journalières.

<i>Intervenir plus rapidement en cas d'arrêts de courte durée</i>	<i>Éviter l'installation dans un arrêt de longue durée</i>
■ Organiser un déclenchement plus précoce des contrôles (délai de signalement réduit à 24 h, signalement automatique, système d'information) ■ Développer l'organisation de contrôles médicaux au domicile (faciliter l'accès au domicile, unification des heures de sortie autorisée) ■ Supprimer l'indemnité dès la constatation de l'aptitude à la reprise du travail	■ Revoir le moment du premier contrôle systématique (aujourd'hui entre le 4^e et 6^e mois) ■ Mettre en place une démarche plus active de réinsertion professionnelle ■ Raccourcir la durée maximale d'indemnisation aujourd'hui 3 ans) selon la pathologie ■ Accélérer les décisions de passage en invalidité

D'après Igas-IGF (9)

Ces outils doivent s'accompagner de sanctions lorsqu'un défaut de motivation médicale est constaté ou lorsque le bénéficiaire de l'indemnité ne respecte pas le protocole.

Les études ciblées menées par les Urcams et les CPAM suggèrent – sans le démontrer – que des contrôles ciblés seraient plus efficaces (par exemple : pathologie dorsale, arrêts itératifs, prolongation d'arrêt) que des contrôles aléatoires.

— *La responsabilisation des prescripteurs*

La mission propose de rendre la prescription plus précise, de mettre sous surveillance les gros prescripteurs et de sanctionner les prescriptions abusives. Pour 2003, les CPAM et les ESLM s'étaient engagés sur le contrôle de 2 105 prescripteurs. Or, l'organisation d'un contrôle plus intensif peut être lourde pour les caisses locales. Certaines actions, menées localement, ont par exemple associé leurs actions de contrôle avec une approche de sensibilisation.

— *Les limites du contrôle et la nécessité d'associer d'autres outils*

Plusieurs éléments peuvent inciter à combiner les actions de contrôle avec d'autres outils. Premièrement, on peut se poser la question de la pérennité de cette efficacité. Cette limite est bien connue pour les actions de sensibilisation, mais on peut se demander si des actions de type contrôle/sanction ne souffrent pas également de ces mêmes limites dans le temps. L'action de contrôle est efficace au début, en particulier avec un effet d'annonce, puis si l'effet s'essouffle cela conduit à augmenter, ou systématiser, le contrôle à un coût croissant. Deuxièmement, l'étude du Credes montre que les déterminants de l'accroissement de la durée des arrêts de travail sont principalement l'évolution de la composition de la population active et la pression productive. Ces déterminants renvoient plus au monde de l'entreprise qu'au secteur médical.

III.2. Les opérations de sensibilisation

Les opérations de sensibilisation peuvent être destinées aux prescripteurs ou aux bénéficiaires d'indemnités.

En juin 2000, la CPAM de Bretagne (15) a réalisé une action de sensibilisation auprès de ces deux acteurs. L'action de sensibilisation des médecins considérés comme des gros prescripteurs d'indemnités a consisté en un courrier qui les informait de l'augmentation des dépenses liées aux arrêts maladie et de la mise en œuvre d'une procédure de contrôle des prescriptions. L'évolution du volume annuel des prescriptions d'arrêts de courte durée du groupe de médecins sensibilisés (n = 486) a été comparée avec celle des autres médecins de la région (n = 2 222). Pour les deux groupes, la prescription a diminué

entre les deux semestres comparés, mais de manière plus importante chez les médecins sensibilisés (- 16 % *versus* - 7,4 %). On peut faire l'hypothèse que la diminution observée chez l'ensemble des omnipraticiens peut être due à l'effet de diffusion de l'information du groupe ciblé vers leurs confrères.

L'action de sensibilisation des bénéficiaires était axée sur les consommateurs d'arrêts itératifs de courte durée, hors ALD (n = 2 378). Ils ont reçu un courrier les informant de l'augmentation générale des dépenses d'indemnités, du constat de leur consommation particulière et du contrôle spécifique des prescriptions futures. Avant la réception du courrier, ces patients avaient eu en moyenne 1,66 arrêt en 6 mois ; après le courrier, cette moyenne est de 0,36. Une action de même nature avait été lancée dans la Sarthe en 1999 auprès de 271 assurés et avait montré une réduction du recours aux arrêts maladie de ces patients²¹.

III.3. La prescription d'arrêts de travail à temps partiel

En Suède, les médecins suédois ont la possibilité de proposer un arrêt à temps partiel (25 %, 50 %, 75 %) à leur patient lorsqu'ils estiment qu'un arrêt à temps complet n'est pas nécessaire (ex : état de fatigue important, certaines pathologies dorsales). Une étude observe l'impact de la réforme d'octobre 1995, dont un des objectifs était de développer les prescriptions d'arrêts partiels (24). L'étude porte sur 4 sites (2 urbains et 2 semi-ruraux) et analyse tous les certificats médicaux reçus par les organismes sociaux au printemps 1995 (183 arrêts) et au printemps 1996 (182 arrêts). Les arrêts partiels représentent 10 % des certificats en 1995 et 20 % en 1996 (différence non significative lorsque l'on contrôle par l'activité professionnelle des patients). Dans une autre étude du même auteur portant sur 301 consultations recueillies en mars 1996, le taux d'arrêts partiels était de 25 % (39). Ils concernaient significativement plus les femmes et l'âge moyen des patients concernés était significativement plus élevé que celui des patients arrêtés complètement (44 ans *versus* 41 ans, $p < 0,05$). Les arrêts partiels ont une durée plus longue, viennent plus souvent après un premier arrêt. Ils sont privilégiés dans les cas de douleurs aiguës ou chroniques du système locomoteur (63 % des arrêts partiels, 47 % des arrêts complets), alors que les arrêts complets sont privilégiés pour les maladies infectieuses (4 % *versus* 24 %) et les états psychologiques (7 % *versus* 16 %). Arrelöv *et al.* (23) ont analysé la totalité des 31 730 certificats reçus par les organismes d'assurance sociale de 8 régions sur 4 mois (avril et octobre 1995 ; avril et octobre 1996). Les arrêts partiels représentent 21 % des certificats répartis entre les arrêts à 75 % (10 %), les arrêts à 50 % (71 %) et les arrêts à 25 % (19 %).

En janvier 2003, le gouvernement réaffirme sa volonté de faire des congés à temps partiel la norme. Le rapport de février 2003 d'un groupe de travail associant le gouvernement et les partenaires sociaux propose une prise en charge totale des indemnités en temps partiel (57).

En France, la reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique est possible dès lors qu'elle est justifiée médicalement. Elle doit être prescrite par un médecin et le médecin-conseil doit donner son accord. Alors que la possibilité d'être à temps partiel est directement possible en Suède, cette possibilité doit, en France, être précédée immédiatement d'un arrêt de travail à temps complet d'une durée minimale de 6 mois. En cas de reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique, les indemnités journalières maladie peuvent éventuellement être maintenues, en tout ou en partie, par la caisse d'assurance maladie de l'assuré. Aucune disposition réglementaire ne prévoit les

²¹ Cnamts « Arrêts de courte durée, une sensibilisation efficace des assurés » Faits marquants 2001, (56).

modalités pratiques notamment la durée et les horaires de travail de cette situation. Celles-ci doivent donc être déterminées conjointement entre le salarié et son employeur.

III.4. La collaboration entre l'assurance maladie et les entreprises

L'importance des facteurs liés aux conditions de travail incite à rechercher des modes d'action communs entre l'assurance maladie et les entreprises. En fait, deux axes sont évoqués dans les pays analysés : le co-paiement, voire plus rarement la co-gestion, du risque d'arrêt maladie et les mesures visant à inciter les entreprises à faciliter le retour précoce du salarié en arrêt maladie. Malheureusement, peu de données sont disponibles en anglais.

— Copaiement et cogestion du risque

En France, l'assurance sociale prend partiellement à sa charge l'indemnité de compensation : 50 % du salaire journalier de base (montant maximum de 41,26 €/jour) après un délai de carence de 3 jours. Le reste peut être pris en charge par l'entreprise selon les dispositions des conventions collectives.

En fait, il s'agit plus d'un copaiement que d'un véritable partage de la gestion du risque. La mission Igas-IGF (9) propose deux modalités de relais en ce sens : premièrement, les caisses doivent donner systématiquement suite aux signalements faits par les employeurs ; et deuxièmement, il faut rendre les avis des médecins contrôleurs opposables (arrêt des indemnités obligatoires ou complémentaires) quel que soit le statut du médecin auteur de l'avis sur le caractère justifié ou non de l'arrêt (médecin-conseil ou médecin mandaté par l'entreprise).

Plusieurs pays ont mis en place des systèmes de copaiement : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède. Ils diffèrent sur la durée du copaiement et sur le taux de salaire qui est maintenu (voir annexe 6). La Grande-Bretagne et la Norvège semblent avoir plus intégré une démarche de cogestion dans celle de copaiement.

La Suède introduit le copaiement en 1992. Elle se caractérise depuis par une succession de réformes. La durée initiale de 14 jours a été étendue à 28 jours en 1997, pour revenir à 14 jours en 1998²². En avril 2003, le projet de budget gouvernemental propose d'étendre de nouveau la période supportée par l'employeur à 3 semaines (avec des aides pour les entreprises de moins de 25 employés) et de réduire le taux de prise en charge sociale de 80 % à 78 % du salaire. Finalement, en 2004, un mémorandum ministériel liste les propositions suivantes qui pourraient être mises en place fin 2005 et qui associent copaiement et cogestion (www.sweden.gov.se). Le mémorandum restaure la durée de 14 jours et le taux de prise en charge de 80 %. En revanche, les employeurs pourraient prendre en charge 15 % des indemnités maladie via une contribution spéciale à l'assurance maladie, qui pourrait être réduite ou annulée si des mesures concrètes sont mises en place pour réduire la durée de l'arrêt de travail.

Aux Pays-Bas, les employeurs sont responsables des arrêts maladie depuis 1994. Il est prévu une modulation de la durée du copaiement en fonction de la taille de l'entreprise : 2 semaines pour les petites entreprises et 6 semaines pour les grosses entreprises. Cette période a, depuis, été étendue à 1 an. Environ 80 % des employeurs ont souscrit une assurance privée qui réduit leur durée de prise en charge à 6 semaines en moyenne.

²² Elle se caractérise également par une hausse forte des indemnités publiques sur la période 1997-2002 (+ 243 %). La période la plus récente marque une volonté forte du gouvernement de mettre fin à cette évolution.

En Grande-Bretagne, l'État joue uniquement un rôle de régulateur en fixant les règles minimales d'indemnisation par l'employeur dans le cadre du « *Statutory Sick Pay Scheme* ». L'employeur est responsable de l'indemnisation de ses employés à partir du quatrième jour et pour une durée maximale de 28 semaines²³. À partir de 7 jours, l'arrêt maladie doit être certifié par un médecin. Tous les arrêts de travail de plus de 4 jours doivent être enregistrés auprès d'une instance qui gère également les conflits (*The Inland Revenue*). Après 28 semaines, le patient est pris en charge par l'Assurance nationale (*Incapacity Benefits Branch*).

En Norvège, l'employeur est responsable de l'indemnité maladie les 16 premiers jours, ensuite elle est prise en charge par l'assurance sociale. En octobre 2001, un accord²⁴ a été signé entre le gouvernement et les partenaires sociaux, dont un des objectifs est la réduction de 20 % des arrêts maladie sur 4 ans par une responsabilisation plus importante des employés et des employeurs. La Norvège s'inscrit alors dans une démarche de cogestion. Entre autres, les entreprises qui vont passer un contrat avec l'assurance locale (les « *inclusive workplace companies* ») vont pouvoir plus facilement suivre leurs employés en congé maladie (centres de soutien aux entreprises, désignation d'un référent au bureau local d'assurance pour un meilleur suivi du patient). Dans le cadre de ce contrat, l'employé doit fournir un descriptif précis de son état fonctionnel afin d'encourager le dialogue employé/employeur. En cas de mésusage suspecté, l'employeur peut demander un certificat dès le premier jour alors que le délai normal est étendu de 8 jours. Début juillet 2003, 4 500 entreprises ont signé des accords de coopération²⁵ (43 % de l'ensemble des salariés).

— *Incitations pour améliorer les conditions de travail et le retour au travail*

On peut également envisager de développer des incitations pour que les entreprises investissent dans la santé de leurs employés. Selon Luz et Green (52), les entreprises devraient y être naturellement incitées compte tenu des gains de productivité attendus. Mais il est probable que des incitations externes soient nécessaires. Les deux axes d'amélioration possibles sont : d'une part, l'ergonomie et la séparation des tâches sur les usines ; d'autre part, les éléments psychologiques influençant le comportement (motivation des employés, évolution de carrière, place des plus de 50 ans dans l'entreprise, etc.). Plusieurs pays ont mis en place de telles incitations, mais leur efficacité n'a pas été démontrée.

En Suède, la loi de 1991 met en place des mesures dont l'objectif est une meilleure collaboration entre les médecins, les employeurs et l'assurance sociale, avec une attention particulière envers la réhabilitation et la reconversion professionnelle (programmes de formation, d'éducation à la santé ou de soutien en cas d'addiction)²⁶ (58).

²³ Il peut récupérer les indemnités versées lorsque le montant total dépasse 13 % des primes d'assurance nationale payées par les employés et l'employeur (*National Insurance contributions*).

²⁴ Il fait suite au rapport de la commission Sandman, publié en septembre 2000, qui propose : de réduire le taux d'indemnisation de 100 % à 80 % durant les premiers 16 jours compensé par des réductions d'impôts (puis 100 % jusqu'à 1 an) et d'étendre la contribution des employeurs (20 % de l'indemnisation sur la période). L'idée est de d'inciter les entreprises à développer des stratégies de prévention de l'absence et de mieux suivre la santé de leurs salariés.

²⁵ Il s'agit principalement d'entreprises de taille moyenne à grosse. Les petites entreprises restent très marginales.

²⁶ Entre le premier et le troisième mois, le patient doit se soumettre à un examen (bilan médical et non médical). Si une réadaptation professionnelle est jugée nécessaire et pertinente (le patient est susceptible de retrouver sa capacité au travail dans un délai de 1 an), un plan de réadaptation lui est proposé par l'assurance sociale ou l'employeur. En principe, l'employeur est obligé de faciliter la réadaptation sur le lieu de travail, selon ses possibilités, sinon d'autres possibilités sont offertes à l'employé, lequel peut refuser le

Lorsque l'employé accepte de suivre un tel programme, il reçoit une indemnité supplémentaire. Dans les années 90, environ 20 % des patients en arrêt de longue durée ont participé à ces programmes. Une étude économétrique a récemment évalué l'efficacité des programmes de réadaptation, qu'ils soient professionnels, médicaux ou sociaux (59). Elle repose sur 6 287 arrêts maladie de plus de 60 jours consécutifs entre 1991 et 1994 chez des personnes de moins de 55 ans ; 3 087 ont bénéficié d'un programme de réadaptation, dont les deux principaux sont l'apprentissage sur poste de travail et la rééducation médicale. Les résultats mesurés sur deux critères (retour à l'emploi et récupération de sa capacité de travail) sont décevants²⁷. Cependant, l'étude met en évidence la supériorité des programmes d'apprentissage sur poste de travail qui offrent une probabilité significativement supérieure de retrouver un emploi, particulièrement sur les 46-55 ans. Le mémorandum de 2004 prévoit qu'un bilan de réadaptation devrait systématiquement être initié par l'employeur après 4 semaines d'absence. Le rapport devrait alors être soumis à l'assurance sociale, au moins si l'absence dure plus de 8 semaines afin de préparer un plan de réadaptation avec la personne arrêtée. Plusieurs expériences pilotes sont en cours afin de tester l'efficacité des programmes destinés aux personnes qui ne pourront pas reprendre leur ancien travail.

Le Danemark dispose d'un système de suivi des arrêts maladie mis en place par les services municipaux. Dans les textes, une coopération entre la municipalité, le patient, l'employeur, les experts médicaux et les institutions de réadaptation devrait permettre d'évaluer les besoins du patient afin qu'il ne soit pas coupé du monde du travail. Un plan d'action comportant 23 propositions a été proposé en décembre 2003 et budgété à hauteur de 8 millions d'euros pour 2005. Il prévoit de simplifier et de moderniser les procédures (administratives, par un système électronique entre les entreprises et les services de l'État, et législatives), d'améliorer le recueil de données (obligation de calculer le nombre d'employés en arrêt maladie dans le cadre de l'évaluation statutaire de l'entreprise, établissement d'un système de recueil central des statistiques couvrant l'ensemble du marché du travail).

En Norvège, un premier programme a été lancé en 1993 (*Active Sick Leave*) pour promouvoir un retour anticipé au travail et inciter les entreprises à améliorer les conditions – physiques et psychologiques – de travail des personnes en arrêt maladie. L'assurance sociale paie 100 % du salaire de l'employé. En 1995, moins de 1 % des patients éligibles bénéficiaient de ce programme. L'évaluation du programme a mis en évidence plusieurs barrières : manque d'informations, de temps, de coopération entre tous les acteurs concernés (60). Une équipe de chercheurs a évalué en 1999 l'impact de plusieurs actions de sensibilisation à ce programme pour 6 179 patients arrêtés depuis plus de 16 jours pour douleur dorsale (61). Seule une action proactive (information et *remainder* auprès des médecins, suivi personnel des patients par une personne ressource) apparaît significativement efficace avec 18 % des patients qui ont accepté le programme. L'impact du programme sur la durée des arrêts maladie n'a pas été démontré. Aujourd'hui, des programmes de réadaptation (apprentissage, cours, rééducation physique) sont ouverts aux personnes en arrêt depuis plus de 52 semaines et l'accord assurance-entreprise évoqué plus haut propose plusieurs mesures incitatives, dont un fonds spécial accordé à

plan de réadaptation. Divers programmes sont possibles : réadaptation professionnelle (apprentissage sur son poste de travail ou un autre poste, formation à un nouveau métier), réadaptation médicale et sociale, ou simplement bilans pour évaluer sa capacité à reprendre le travail.

²⁷ L'efficacité de ces programmes n'est pas démontrée par rapport à l'absence de programme, mais il est vraisemblable que cet effet négatif soit expliqué par le fait que la participation repousse d'autant la date de sortie du système social, sauf pour le programme d'éducation qui semble avoir un effet négatif propre sur la probabilité de retrouver un emploi.

la médecine du travail de l'entreprise pour faciliter le retour des employés en arrêt de longue durée. L'entreprise s'engage en retour à contribuer à la requalification de l'employé (apprentissage, formation continue). Les premières évaluations montrent qu'il est peu vraisemblable que l'objectif d'une réduction de 20 % des arrêts soit atteint en 2005. On note un accroissement du taux de jours non travaillés de 7 % au second trimestre 2001 à 7,8 % au second trimestre 2003, mais avec une stabilisation entre 2002 et 2003 (58,62). Une dépêche récente annonce des mesures pour juillet 2004 visant à responsabiliser²⁸ les médecins, les employeurs et les employés et des recommandations visant à inciter le retour au travail des employés en arrêt de travail à partir de la huitième semaine.

III.5. L'amélioration des pratiques médicales

La pratique médicale peut également faire l'objet d'actions autres que des actions de contrôle. Les outils principaux qui peuvent être mobilisés sont les recommandations et les outils conventionnels de type AcBUS.

— Les recommandations existantes

Aucune autre recommandation que celle proposée par le *Department for work and pensions* (DWP), organisme responsable des arrêts de travail et des pensions pour l'Angleterre, le pays de Galles et l'Écosse (27), n'a été retrouvée lors de la revue de la littérature. Il s'agit d'un guide mis à la disposition des prescripteurs mais son contenu constitue une aide plus administrative que médicale.

Il est tout d'abord précisé que « la décision d'arrêt de travail est un acte quotidien, intégré à la prise en charge clinique et les médecins devraient toujours évaluer soigneusement si l'arrêt de travail représente une mesure appropriée dans la prise en charge clinique de leur patient ».

Les principaux points de recommandation concernent :

- les moyens à mettre en œuvre pour éviter le recours à l'arrêt (adaptation des postes de travail, travail à temps partiel, intervention d'ergonome) ;
- le rappel des risques liés aux arrêts de travail, ce risque doit être évalué au moment de la décision d'arrêt et de la durée de l'arrêt ;
- les mesures d'aide au retour au travail comme le recours aux psychothérapies cognitives et comportementales, les consultations dans les centres du travail. Ces mesures sont préconisées et utiles dès le premier mois d'absence ;
- les mesures d'aide à la reprise comme la reprise à temps partiel, l'adaptation du poste de travail, l'aménagement des horaires pour permettre le suivi médical, les séances de rééducation si nécessaires.

— L'élaboration d'un accord de bon usage des soins (AcBUS)

Un AcBUS est un outil conventionnel par lequel une profession s'engage collectivement sur l'amélioration de certaines pratiques. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a saisi l'Anaes afin de préparer un argumentaire à utiliser dans ce cadre. Faisant suite à ce travail d'analyse et de revue de la littérature, une étude qualitative a été menée et a permis d'élaborer un certain nombre de propositions (cf. IV.2).

²⁸ Cela pourrait prendre la forme de sanctions auprès des acteurs ne respectant pas la nouvelle réglementation : amende auprès des employeurs, annulation des indemnités auprès des employés et fin du droit de certification pour les médecins.

III.6. Les mesures récentes

En novembre 2003, lors de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, le gouvernement a proposé au Sénat un renforcement des contrôles de la justification médicale des arrêts de travail pour maladie. Un amendement a également été déposé. Il comporte trois points. Premièrement, il rend obligatoire dans la convention d'objectif entre l'État et la Cnamts la mention d'un plan de contrôle des prestations servies, qui pourra être évalué ultérieurement. Deuxièmement, il pose les jalons d'un contrôle systématique des gros prescripteurs d'arrêts. Troisièmement, il étend les possibilités du médecin-conseil. Ce médecin pourra notifier directement l'assuré sans passer par la caisse en cas de suspension d'indemnité après examen. Cet amendement est repris dans l'article 42 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (cf. annexe 8).

Le 11 mai 2004, la Cnamts publie un plan d'action qui vise : d'une part, à prévenir le processus des arrêts de travail itératifs et à éviter la pérennisation des arrêts non médicalement justifiés ; d'autre part, à diminuer l'activité de prescription chez certains professionnels ciblés et à aider les professionnels dans la prise en compte des assurés en arrêt de longue durée. Concrètement les actions se concentrent sur des situations qui prennent en compte les contextes régionaux et locaux, donc selon les cas elles cibleront les arrêts de courte durée et fréquents, les arrêts de plus de 3 mois et les assurés de plus de 55 ans.

Les méthodes qui vont être mises en place sont le contrôle ciblé, une étude approfondie de la justification médicale des arrêts de travail, des actions de sensibilisation et l'établissement d'un référentiel dont a été saisi l'Anaes en septembre 2003.

Le 1^{er} juin 2004, le ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy a présenté les mesures inscrites dans l'avant-projet de loi réformant la sécurité sociale :

- institution d'une commission composée de médecins libéraux et de médecins-conseils devant évaluer la situation des patients bénéficiant d'un arrêt abusif ; tout patient solvable pourra être amené à rembourser les indemnités journalières à l'assurance maladie ;
- les médecins gros prescripteurs pourraient se voir suspendre leurs possibilités de prescrire des arrêts de travail ;
- définitions de références médicales par le Haut Comité de santé publique ;
- autres pistes évoquées : aide aux médecins-conseils, mise à contribution des entreprises et implication des hôpitaux.

Le texte de loi relatif à l'assurance maladie a été adopté le 13 août 2004 (JO n° 190 du 17 août).

- Art. L. 162-1-14 (extrait). L'inobservation des règles du présent code par les professionnels de santé, les établissements de santé, les employeurs ou les assurés, ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge ou à un remboursement ou à une prise en charge indus ainsi que le refus par les professionnels de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil de cet organisme.

- Art. L. 323-4-1. Au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin-conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les

conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.

- Art. L. 162-1-15 (extrait). Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 162-1-14 (...), de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois (...) le versement des indemnités journalières (...), en cas de constatation par ce service (...) d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie (...).

- Art. L. 3152-2 : en cas de suspension du service des indemnités (...) la caisse en informe l'employeur.

(...), tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.

- Art. L. 323-6. Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :

1° D'observer les prescriptions du praticien ;

2° De se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 315-2 ;

3° De respecter les heures de sorties autorisées par le praticien, qui ne peuvent excéder trois heures consécutives par jour ;

4° De s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

- Art. L. 162-4-4. En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret.

Art. L. 133-4-1 (extrait). En cas de versement indu d'une prestation, hormis les cas mentionnés à l'article L. 133-4 et les autres cas où une récupération peut être opérée auprès d'un professionnel de santé l'organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie ou d'accidents du travail et de maladies professionnelles recupère l'indu correspondant auprès de l'assuré.

IV. ÉTUDE QUALITATIVE ET PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION

Les propositions pour l'amélioration des prescriptions des arrêts de travail ont été élaborées à partir d'une étude qualitative dont la méthode a été décrite précédemment (cf. chapitre Méthode). La méthode s'inspire de celles utilisées dans les deux études anglaises (31, 54). Cependant, alors que seuls des médecins généralistes avaient été impliqués dans les études anglaises, l'originalité de cette étude est d'avoir adopté un point de vue plus large en faisant participer plusieurs types de professionnels (médecins du travail, médecins-conseils, médecins spécialistes), ainsi que des représentants d'usagers.

IV.1. Analyse et synthèse des groupes de discussion

— Les circonstances d'arrêts de travail

Trois types d'arrêts peuvent être isolés :

- les arrêts de travail de courtes durées, justifiés médicalement, qui ne posent pas de problèmes aux prescripteurs. C'est plutôt la détermination de leur durée qui est plus délicate. La mise à disposition de référentiels *via* les sociétés savantes concernées ou lors d'échanges confraternels (groupe de pairs) pour définir des cadres de durées pour ces pathologies courantes apparaîtrait utile ;
- les arrêts de longues durées ou les prolongations d'arrêts parmi lesquels on différencie les arrêts correspondant à des pathologies bien identifiées, et les situations plus complexes avec médicalisation de problèmes sociaux, familiaux, professionnels ou économiques ;
- les arrêts « abusifs » prescrits pour répondre à certains dysfonctionnements [situation de chômage temporaire (bâtiment), arrivée en fin de droit, erreur d'imputation à la maladie de maladies professionnelles ou d'accidents du travail, délais d'instructions de commission (Cotorep), attente de rendez-vous hospitalier, etc.] ou encore pour répondre à des demandes de patients sans que cela semble être réellement justifié.

— Le déroulement de la consultation

La consultation faisant l'objet d'un arrêt de travail n'est le plus souvent pas différente des autres consultations. La décision et la prescription d'arrêt de travail est intégrée à la démarche thérapeutique. La prescription est réalisée en fin de consultation. Comme les médecins anglais, les médecins interrogés déclarent consacrer peu de temps à cet acte. Ces déclarations sont cohérentes avec les résultats d'une étude typologique des actes en médecine générale réalisée par la SFMG (63), ayant estimé à 16,18 minutes la durée moyenne d'une consultation en médecine générale, laissant supposer que le temps réservé à la prescription de l'arrêt de travail n'est tout au plus que de quelques minutes.

La reprise du travail n'est pas abordée.

Les médecins interrogés déclarent ne reporter que rarement le motif de l'arrêt de travail sur le formulaire transmis à l'assurance maladie dans le but de protéger le secret médical. Lorsqu'ils le font, ils le font souvent volontairement de manière vague, imprécise. Les associations de patients souffrant de troubles psychiatriques précisent que l'absence de confidentialité (motif visible) est un risque réel et peut être préjudiciable pour le salarié.

— L'évaluation de l'aptitude au travail

L'absence d'outils validés, de méthode disponible est mentionnée. La situation française n'est pas différente des autres pays. L'aptitude est évaluée par rapport au poste de travail et aux déplacements professionnels mais essentiellement à partir des précisions apportées par le patient. Les contraintes liées aux postes de travail restent mal connues. Le manque de formation et d'information concernant les contraintes des postes de travail, les maladies professionnelles, les accidents du travail est souligné. C'est donc principalement suivant le jugement du patient sur sa propre aptitude au travail que repose l'avis du médecin. Ce fait avait été observé dans les études étrangères.

Les médecins du travail précisent qu'il est préférable de parler d'évaluation de l'inaptitude que d'aptitude. Il faut aussi différencier l'inaptitude thérapeutique, où le travail intervient

sur l'évolution de la pathologie, de l'inaptitude médico-sociale, de plus en plus fréquente, où le travail n'est pas responsable d'une aggravation de la pathologie mais où la pathologie diminue les compétences (par exemple, la rétinopathie du diabétique).

Le problème du vieillissement de la population active et de l'absence d'adaptation des postes conçus pour des individus jeunes et en pleine santé à une population vieillissante est évoquée. Ce problème est particulièrement marqué pour les CSP les moins élevées pour lesquelles on observe une augmentation de l'inaptitude avec l'âge significativement plus importante que dans les CSP plus élevées [après 50 ans, un ouvrier sur cinq est considéré comme inapte au travail contre un cadre sur vingt dans l'enquête Santé et Vie Professionnelle après 50 ans (SVP50)]. Après la fermeture des procédures de cessation anticipée une augmentation de l'incidence des arrêts maladie devrait être observée chez les salariés de plus de 55 ans.

Dans le cas de la reprise, celle-ci n'est que très rarement envisagée ou réalisée à temps partiel. Le recours au mi-temps thérapeutique devrait être développé mais les difficultés de mise en place que le médecin, seul, ne peut résoudre (organisation du travail, accord de l'employeur) sont importantes.

— *L'évaluation des bénéfices et des risques de l'arrêt de travail*

L'arrêt de travail est une mesure thérapeutique parfois même préventive. Les bénéfices et les risques liés aux arrêts de travail sont bien identifiés.

— *La prise en charge des situations complexes ou douteuses*

Les difficultés à dire « non », à refuser une demande apparaissant non justifiée, sont évoquées. Comme dans les études étrangères, les médecins évoquent la crainte d'être manipulés par leurs patients. Il faudrait éduquer le public. Cela prend aussi du temps, il faut négocier, accompagner le patient, lui faire comprendre et admettre que ce n'est pas la bonne solution, mais le manque de temps, la fatigue, représentent des barrières importantes. Des formations (techniques de négociations, techniques de réponses aux demandes abusives) pourraient être utiles. Dans certaines régions elles sont intégrées au programme d'études médicales. C'est surtout la formation initiale qui doit être développée. Comme leur homologues étrangers, les médecins se sentent un peu « dépassés » et surtout « isolés » par les situations de médicalisation de problèmes sociaux, familiaux ou professionnels. Ces situations correspondent aux arrêts répétés, prolongations d'arrêts ou arrêts de longue durée, qui devraient être mieux pris en charge et plus précocement. L'intervention d'autres professionnels médicaux, paramédicaux et l'établissement d'un projet thérapeutique devraient être envisagés. À l'instar de la fonction publique, les avis pourraient être soumis à des comités médicaux, de manière à prendre en compte plusieurs disciplines. L'amélioration de la communication avec les médecins du travail, les médecins-conseils, est nécessaire. Des problèmes pratiques comme l'absence de coordonnées font cependant bien souvent échouer les tentatives de contacts de sorte que la mise à disposition d'annuaires s'avérerait très utile. L'intervention du médecin-conseil pour évaluer une situation ou pour signifier la reprise peut s'avérer utile en constituant une épreuve de réalité.

— *L'encadrement actuel et les axes d'améliorations*

Les principaux points d'améliorations issus des discussions ont été soumis à l'avis des membres du groupe de validation. Les propositions finales sont présentées dans le paragraphe suivant. Les avis des membres du groupe de lecture sont reportés en annexe 9.

IV.2. Propositions validées par le groupe de validation

IV.2.1. Proposition 1 - Faire définir par les sociétés savantes concernées les écarts de durées d'arrêts de travail pour certaines pathologies

La mise à disposition de références concernant les durées de travail minimales et maximales pour des situations pathologiques fréquentes et facilement identifiables est considérée comme utile :

- *pour le prescripteur* : comme aide à la prescription des durées, comme base de négociation avec son patient, comme référence de discussion avec les professionnels concernés (médecin-conseil et médecin du travail) ;
- *pour le médecin-conseil* : pour faciliter le contrôle des durées d'arrêts de travail prescrites ;
- *pour le médecin du travail* : comme base de discussion avec le salarié.

À ce stade, les pathologies identifiées proposées pourraient être les suivantes :

- pathologies liées à la grossesse (« allaitement », « congés pathologiques ») ;
- pathologies infectieuses aiguës (grippe, gastro-entérite, infections respiratoires et ORL) ;
- prescription initiale d'un épisode dépressif ;
- prescription initiale des lombalgies et cervicalgies aiguës ;
- arrêt de travail après intervention chirurgicale ;
- traumatisme ou affection orthopédique.

Cette liste doit nécessairement être revue et complétée (l'absence de réel consensus entre professionnels étant apparue au cours des entretiens individuels ou des groupes de discussion, en particulier pour les pathologies infectieuses aiguës).

L'utilisation de dictionnaires édités par la SFMG dans le cadre de groupe de pairs, l'interrogation de bases de données pourraient constituer des sources de données. L'implication des médecins du travail est nécessaire.

Les difficultés et risques éventuels identifiés sont :

- le développement d'un outil complexe et lourd à utiliser ;
- la nécessité de révisions régulières (les pathologies, traitements et prises en charge évoluent rapidement) ;
- la demande de prescription de la durée maximale par les patients.

IV.2.2. Proposition 2 - Améliorer la formation professionnelle des médecins prescripteurs en créant un module prescription des arrêts de travail dans la formation initiale des médecins et en proposant ce thème dans la formation médicale continue.

Deux axes sont évoqués :

- savoir dire non, refuser des demandes abusives, savoir faire exprimer ou identifier la demande en début de consultation. Des formations existent (techniques comportementales et techniques de négociations) et devraient être proposées en formation initiale mais aussi en formation médicale continue (voir aussi proposition 6) ;

- rendre plus facilement accessibles les informations concernant les maladies professionnelles, les accidents du travail, la réglementation, les contraintes des postes de travail. Un effort sur la formation des professionnels sur le stress au travail, ses conséquences, la santé au travail devrait être fait. Il apparaît nécessaire d'impliquer dans ces formations des médecins du travail ayant une expérience de terrain.

Les difficultés et risques éventuels identifiés sont :

- faire adhérer et participer les professionnels concernés par le besoin de formation ;
- développer les supports (simples et facilement accessibles) comportant les informations.

IV.2.3. Proposition 3 - Développer et favoriser la communication entre professionnels

Entre médecins prescripteurs : dans le cadre d'échanges confraternels, de groupes de pairs, d'évaluation des pratiques professionnelles.

Entre médecins prescripteurs et médecins du travail : par la mise à disposition d'annuaires (comme l'a fait récemment le conseil général du Haut-Rhin), comportant adresse postale, adresse e-mail et téléphone, le premier obstacle rencontré étant souvent l'absence de coordonnées du médecin du travail.

Entre médecins prescripteurs et médecins-conseils, services de préventions (Cram) : par l'utilisation d'annuaires (comportant adresse postale, adresse e-mail et téléphone) ou l'utilisation des plates-formes de service récemment mises à disposition dans chaque CPAM.

Ces échanges doivent se faire impérativement *en présence et avec l'accord du patient*, (ou avec l'accord du patient, lorsque l'échange ne peut se faire en sa présence).

Les difficultés et risques éventuels identifiés sont :

- dans le cas des petites et très petites entreprises, l'identification et le contact du médecin du travail ;
- craintes et réserves des médecins prescripteurs que le partage de l'information se fasse contre les intérêts de leurs patients.

Cette proposition est un prérequis pour la proposition 4 suivante.

IV.2.4. Proposition 4 - Définir un projet thérapeutique et favoriser la prise en charge pluridisciplinaire des arrêts de plus de 3 semaines ou des prolongations d'arrêts après 3 semaines (à l'exclusion des arrêts définis dans la proposition 1 ou des arrêts ayant fait l'objet de protocole)

Définir un projet thérapeutique comportant :

- l'ensemble des alternatives de traitements envisagés (traitement médicamenteux, non médicamenteux, arrêt de travail) et les objectifs attendus ;

- la planification du suivi du patient (planification des consultations et revu des objectifs) ;
- l'adhésion du patient au projet.

Favoriser la prise en charge pluridisciplinaire et impliquer les différents professionnels :

- en envisageant plus souvent le recours au spécialiste, aux alternatives autres que médicamenteuses, au soutien psychologique, social, à la rééducation, l'ergothérapie, etc ;
- en développant les échanges avec le médecin du travail sur le projet thérapeutique et son suivi pour éviter la pérennisation de l'arrêt, et faciliter la reprise du travail dans les meilleures conditions. Le recours à la visite de préreprise doit être envisagé de manière systématique et elle doit être programmée suffisamment tôt. Le recours à la reprise à temps partiel doit être développé également ;
- en développant (voire en systématisant) les échanges avec le médecin-conseil et en lui rendant accessibles les éléments du projet thérapeutique (voir aussi proposition 5) ;
- en impliquant le patient. Tout échange d'information entre professionnels doit également se faire avec l'accord du patient.

Les difficultés et risques éventuels identifiés sont :

- ceux mentionnées pour la proposition 3 ;
- la faisabilité pratique (comme par exemple l'organisation de téléconférences avec le patient) ;
- les possibilités de reprises à temps partiel (qui nécessitent l'accord de l'employeur et qui sont souvent, en particulier pour les petites entreprises, non envisageables sur le plan pratique et organisationnel).

IV.2.5. Proposition 5 - Faciliter le contrôle par la télétransmission des feuilles d'arrêt maladie et par la modification des formulaires d'avis d'arrêts de travail

La télétransmission des feuilles d'arrêt de travail devrait permettre de connaître les arrêts de moins de 9 jours, ce qui est actuellement impossible.

La modification du formulaire (par exemple par une couleur différente) devrait permettre d'identifier plus facilement les arrêts concernés par la proposition 4²⁹ et faciliter l'intervention des médecins-conseils dans le suivi du projet thérapeutique. Les éléments du projet thérapeutique : diagnostic, traitements et durée envisagée de l'arrêt de travail, devraient pouvoir être mis à la disposition du médecin-conseil si celui-ci le demande.

IV.2.6. Proposition 6 - Sensibiliser les acteurs

Une idée simple et essentielle à faire passer en termes de responsabilisation des acteurs, serait la suivante : « savoir, faire savoir, et faire savoir que l'on fait savoir », de telle sorte que personne ne puisse se prévaloir ensuite de mésusage ou d'abus.

²⁹ Arrêt de plus de 3 semaines, ou prolongation d'arrêt après 3 semaines, à l'exclusion des arrêts dont la durée est définie dans la proposition 1 ou a fait l'objet d'un protocole d'accord.

La sensibilisation de chacun des acteurs au travers de plusieurs campagnes ciblées est par ailleurs nécessaire à la réalisation des différentes propositions :

- pour les patients : sensibiliser aux risques liés aux arrêts de travail (désocialisation, désinsertion professionnelle) ;
- pour les médecins prescripteurs : sensibiliser à l'intérêt pour les formations, l'utilité des échanges avec les médecins du travail et les médecins-conseils, le recours aux visites de préreprise) ;
- pour les employeurs : sensibiliser au suivi des arrêts de travail ; à la reconnaissance, à la mesure et à la prévention du stress professionnel ; à encourager les reprises à temps partiel, le reclassement professionnel ; à prendre en compte le vieillissement de la population dans l'organisation du travail et prévoir l'adaptation ergonomique des postes.

L'accompagnement des professionnels de santé apparaît aussi utile, celui-ci est déjà prévu pour les gros prescripteurs d'arrêts de travail dans le cadre du programme d'action sur les indemnités journalières mis en place par l'assurance maladie.

Une difficulté identifiée est de trouver la méthode de sensibilisation efficace car bien souvent les messages ne sont pas pris pour soi mais pour les autres.

IV.3. Avis du groupe de lecture

L'ensemble du document a été adressé à un groupe de lecture comprenant 11 membres dont 8 médecins prescripteurs. Nous avons demandé aux 8 médecins prescripteurs de ce groupe d'évaluer la pertinence des propositions qui ont été faites, à partir d'une échelle de cotation allant de 1 à 9. Cette méthode permet de dégager les propositions qui sont jugées comme non appropriées (cotation 1, 2 ou 3), appropriées (cotation 7, 8 ou 9), les cotations 4, 5 et 6 correspondant à la zone d'indécision.

Par ailleurs, nous avons demandé aux experts de justifier leurs réserves et leurs commentaires.

Un tableau récapitulatif des avis des membres du groupe de lecture est reporté en annexe 9.

IV.3.1. Résultats des cotations

Proposition	Médiane	Cotation minimale	Cotation maximale
Proposition 1	7	3	9
Proposition 2	8	5	9
Proposition 3	8,5	1	9
Proposition 4	8	1	9
Proposition 5	6	1	8
Proposition 6	8	6	9

Au total, à l'exception de la proposition 5, un accord sur l'ensemble des propositions a été obtenu (médianes toutes supérieures ou égales à 7).

Parmi les réponses on remarque que :

- deux médecins sont d'accord sur les six propositions ;
- deux médecins sont d'accord sur cinq propositions ;
- un médecin est d'accord sur quatre propositions ;
- un médecin est d'accord sur trois propositions ;
- un médecin est d'accord sur seulement deux propositions.

IV.3.2. Commentaires qualitatifs

— *Remarques concernant la proposition 1*

En dépit de l'accord prononcé sur cette propositions, certaines réserves sont émises :

- difficultés d'obtention de consensus professionnel sur ce thème, compte tenu du manque d'études ;
- difficultés anticipées pour déterminer la liste des pathologies concernées (un médecin précise d'ailleurs qu'en médecine générale on soigne des symptômes, pas des maladies identifiées) ;
- difficultés rencontrées pour motiver les société savantes sur ce thème ;
- risque de développer un outil complexe à utiliser en pratique (nécessité de tenir compte du poste de travail et des déplacements professionnels du patient en plus de la pathologie) ;
- nécessiter d'impliquer dans ce travail les médecins du travail et les médecins-conseils.

— *Remarques concernant la proposition 2*

Les formations devront nécessairement être multidisciplinaires en impliquant les médecins du travail et les médecins-conseils. Pour la formation initiale, il faudrait inclure ce thème dans les objectifs d'enseignement, par exemple par le biais de la conférence des doyens. Il reste à faire définir concrètement les programmes pédagogiques.

Cette proposition soulève des problèmes d'organisation et de financement.

— *Remarques concernant la proposition 3*

Tous les médecins interrogés sont d'accord pour améliorer la communication entre professionnels et surtout avec les médecins du travail. Les difficultés pratiques sont soulignées et rendent nécessaire le développement d'outil informatique (attendre aussi que soit mis à disposition le dossier médical partagé).

— *Remarques concernant la proposition 4*

L'augmentation de la charge de travail et la complexité de mise en œuvre sont notées. Certains médecins suggèrent, à partir de cette proposition, que soit transférée la responsabilité de prolongation d'arrêts de travail aux médecins-conseils et médecins du travail après concertation avec le médecin praticien, lequel ne conserverait que la responsabilité des arrêts initiaux.

— *Remarques concernant la proposition 5*

Cette proposition est jugée technique et plutôt sans grand intérêt. Les réserves concernent essentiellement la télétransmission à laquelle les médecins sont plutôt opposés.

— *Remarques concernant la proposition 6*

Cette proposition est très consensuelle du fait de son contenu très général. Il est nécessaire de sensibiliser le public au mésusage des arrêts de travail mais l'impact à long terme de ce type de campagne est estimé faible.

IV.3.3. Discussion

En pratique, les avis des médecins du groupe de lecture nous a permis de rapporter des avis complémentaires, mais globalement très similaires à ceux des professionnels impliqués dans l'élaboration de ces propositions. Ceux-ci sont exprimés quantitativement grâce à la cotation des propositions et qualitativement (cf. IV.3.2. Commentaires qualitatifs).

En l'absence de données de la littérature et de critères de références à utiliser pour la prescription des arrêts maladie, l'obtention d'un consensus sur des propositions d'améliorations constituait une première étape indispensable à franchir et cet objectif peut être considéré comme atteint. Il reste maintenant à rendre chacune de ces propositions plus concrète et pratique pour être opérationnelle. Ce travail complémentaire devra impérativement associer l'ensemble des professionnels concernés.

CONCLUSIONS

Depuis 1997, le nombre d'indemnités journalières maladie et les dépenses afférentes augmentent systématiquement d'une année sur l'autre, avec un taux de croissance en valeur de + 10,1 % en 2002 pour le régime général. L'année 2003 se solde par un taux de croissance égal à + 6,3 % et les derniers chiffres publiés par le régime général en avril 2004 confirment le ralentissement de l'évolution des dépenses avec un taux de croissance de + 2,4 % entre février 2003 et février 2004.

Les analyses dynamiques sur le moyen terme montrent que les facteurs démographiques et économiques ont un impact sur l'évolution du volume global des indemnités versées (structure de la population active, marché de l'emploi, croissance économique). Par ailleurs, les pays dont le calcul des indemnités est le plus favorable sont également les pays qui ont les plus forts taux d'absentéisme pour maladie. L'impact, parfois évoqué, d'autres réformes sociales n'est pas démontré (réforme du chômage, réforme du système de préretraite). Selon les travaux du Credes, c'est l'évolution de la structure de la population active qui permet le mieux d'expliquer les tendances de long terme.

L'existence de macro-facteurs pose évidemment la question de la part évitable dans la croissance des dépenses, c'est-à-dire dues à des stratégies comportementales des acteurs (patients et médecins) et des outils à mobiliser.

La décision de prescrire un arrêt de travail est soumise à un processus d'évaluation complexe de l'aptitude au travail, des bénéfices et des risques liés à l'arrêt du travail. Le repos doit être envisagé et prescrit comme une mesure thérapeutique et le maintien au travail peut être responsable de l'aggravation de l'état du patient. Mais l'interruption de travail peut aussi être à l'origine de la survenue de troubles psychologiques et d'une désocialisation du patient. L'analyse de la littérature révèle qu'il n'existe pas d'outils d'aide à la prescription et que les médecins peuvent se sentir en difficulté dans leur pratique quotidienne.

Cet espace non consensuel de décision peut expliquer l'influence de certaines caractéristiques individuelles du patient ou du médecin. L'influence des variables individuelles du médecin est mal connue, mais les études montrent que l'âge, le sexe, le niveau d'études et les conditions de travail du patient ont un impact sur la prescription d'un arrêt ou sur sa durée, à état de santé équivalent.

Au final, un certain pourcentage d'arrêts de travail sont jugés inadaptés lors des contrôles et études conduits par les organismes d'assurance maladie. La Cnamts estime que 6 % des arrêts sont inadaptés, mais ce pourcentage peut atteindre plus de 20 % en ciblant certaines pathologies, certains prescripteurs, ou lorsque la prescription est la prolongation d'un arrêt en cours ou l'itération d'un arrêt récent.

La variété des déterminants possibles, pour expliquer tant l'évolution globale des indemnités journalières que la prescription individuelle d'un arrêt maladie, implique que l'on envisage une variété toute aussi large d'outils de régulation et d'aide à la prescription.

L'outil de régulation le plus fréquemment utilisé dans les pays étudiés est le copaiement des indemnités par le système d'assurance sociale et par les entreprises selon des modalités diverses. Plus rarement, certains pays ont initié ou envisagent un système de cogestion du risque (Grande-Bretagne, Norvège, projet en Suède). L'autorisation pour les entreprises françaises de réaliser des contrôles au domicile de leurs employés relève de cette démarche, mais les actions de contrôle restent principalement le fait de l'assurance maladie.

L'analyse de la littérature a mis en évidence le poids de déterminants individuels qui ne relèvent pas d'un comportement individuel stratégique, ce qui incite à explorer des voies complémentaires aux actions de contrôle. Les deux principaux éléments ainsi établis sont l'influence des conditions de travail et les difficultés liées à la prescription d'un arrêt de travail. Le premier renvoie plus au monde de l'entreprise qu'au monde médical. Plusieurs pays ont mis en place des incitations pour amener les entreprises à améliorer les conditions de travail ou le retour au travail (Suède, Danemark, Norvège). La Suède propose une mesure plus innovante en adaptant l'arrêt de travail à l'aptitude au travail grâce à des arrêts initiaux à temps partiel. Le second aborde le champ de la prescription et peut faire l'objet d'actions diverses, tant auprès des prescripteurs que des bénéficiaires : actions de sensibilisation et d'information, actions de formation professionnelle, recommandations de pratiques et outils conventionnels. L'étude qualitative de l'Anaes porte plus spécifiquement sur ce champ, et les propositions concrètes qui en découlent visent à améliorer les pratiques de prescription des arrêts maladie.

ANNEXE 1 : RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Bases de données bibliographiques :

- Medline (*National library of medicine*, États-Unis)
- Embase (Elsevier, Pays-Bas)
- Cinahl
- Social SciSearch
- DICE Database (OCDE)
- INAHTA database
- Pascal (CNRS-INIST, France)
- BDSP (Banque de données en santé publique)

En complément de cette recherche, les sites Internet internationaux des ministères du Travail, des caisses d'assurance maladie, des sociétés savantes de médecine générale, des organismes de recherche en sciences sociales et en sciences économiques ont été consultés.

Une sélection de ces sites a été effectuée :

- WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*)
<http://www.globalfamilydoctor.com/>
- SFMG (Société française de médecine générale)
<http://www.sfmq.org>
- Royal College of General Practitioners
<http://www.rcgp.org.uk/>
- Department for work and pensions
<http://www.dwp.gov.uk/>
- National Centre for Social Research (Grande-Bretagne)
<http://www.natcen.ac.uk/>
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques)
<http://www.oecd.org>
- Economics Departments, Institutes and Research Centers in the world
<http://edirc.repec.org/index.html>
- caisse nationale de l'assurance maladie
<http://www.ameli.fr>
- ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale.
<http://www.travail.gouv.fr/>
- Association internationale de la sécurité sociale
<http://www.issa.int/fren/homef.htm>

STRATÉGIE DE RECHERCHE

La stratégie d'interrogation de Medline, Cinahl, Social SciSearch, Embase et Pascal précise les termes de recherche utilisés pour chaque sujet ou type d'étude et la période de recherche.

Les termes de recherche sont soit des termes issus d'un thesaurus (descripteurs du MESH pour Medline), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres).

Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ».

Une présentation synthétique sous forme de tableau reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de :

- nombre total de références obtenues ;
- nombre d'articles analysés ;
- nombre d'articles cités dans la bibliographie finale.

Tableau 1. Stratégie de recherche documentaire.

Mots clés initiaux (toutes bases confondues)	Période de recherche	1994-2004
<i>Sick Leave</i> OU <i>Sick leave certificat*</i> OU <i>Sickness certificat*</i> OU <i>Absenteism</i> OU <i>Sickness absence</i> Ou <i>Work capacity evaluation</i> OU <i>Sickness absence</i> OU Arrêt de travail OU Indemnités journalières		
Nombre total de références obtenues		780
Nombre total d'articles analysés		137
Nombre d'articles cités		63

ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE ET MÉTHODE UTILISÉS POUR LES GROUPES DE DISCUSSION

Quatre domaines sont explorés, 6 questions sont posées. Il faut penser pour chaque question à faire préciser et distinguer la situation de premier arrêt et celle des renouvellements, prolongations, absences répétées.

— *Le contexte*

La première question concerne les circonstances d'arrêts de travail. Les médecins prescripteurs sont appelés à se remémorer leur journée d'hier ou les 5 derniers arrêts de travail prescrits, les médecins-conseils les derniers cas contrôlés. Ils évoquent brièvement les cas. L'objectif est d'obtenir des informations concernant les motifs (critères, facteurs d'arrêt) ayant conduit à la décision d'arrêt. Préciser si renouvellement, prolongation. Seuls les médecins concernés répondent (médecins prescripteurs et médecins-conseils).

La deuxième question concerne les modalités de prescription. Les médecins prescripteurs précisent leur démarche (à quel moment de la consultation pensent-ils à l'AT, y a-t-il un examen clinique, quelle est leur attitude vis-à-vis du patient, quelle est le temps estimé réservé à la réflexion, au remplissage du formulaire). Préciser les différences dans le cas de renouvellement ou prolongation. Y-a-t-il recours à un avis extérieur ? Sous quelle forme ? Existe-t-il des automatismes, quels sont-ils ? Seuls les médecins concernés répondent (médecins prescripteurs).

— *Le processus d'évaluation*

La troisième question concerne l'évaluation de l'aptitude ou inaptitude au travail. Tous les participants sont sollicités pour répondre. La question est d'abord posée aux médecins prescripteurs, ensuite aux médecins-conseils (concernés dans le cadre de leur activité de contrôle) et aux médecins du travail (concernés dans le cadre habituel hors AT et dans le cadre de l'AT pour les visites de reprise).

Comment est explorée l'aptitude au travail, ce sujet est-il abordé systématiquement ? Comment : quelles sont les questions posées ? Quels sont les critères, indicateurs utilisés ? Comment interagit le patient : quel est le rôle du patient dans ce bilan (le patient est-il appelé lui-même à définir son aptitude ou inaptitude ?, Quelle est l'attitude du médecin face à son patient, se laisse-t-il influencer ?) Y-a-t-il recours à un avis extérieur, le médecin revoit-il le patient pour juger de l'aptitude à la reprise du travail ?

Faire préciser les différences dans le cas de renouvellement ou prolongation.

Faire préciser (si nécessaire) les différences suivant les motifs (troubles anxio-dépressifs, troubles musculo-squelettiques, traumatismes).

La quatrième question concerne l'évaluation du rapport bénéfice-risque de l'AT. Tous les participants sont sollicités pour répondre.

L'arrêt de travail est-il perçu comme une mesure thérapeutique ? Quel est l'objectif recherché (aide à l'amélioration, à la guérison à la prévention des complications, au retour au travail) ? L'AT présente-t-il aussi un avantage pour la société (risque infectieux) ? pour l'entourage professionnel ?

Quels sont les risques/effets pervers de l'AT (difficulté de reprise du travail, désinsertion professionnelle).

Faire préciser les différences dans le cas de renouvellement ou prolongation.

— *Les situations difficiles*

La cinquième question concerne les situations délicates, difficiles ou lorsque le médecin a un doute sur la légitimité de l'AT (à faire décrire et expliciter. Les médecins sont appelés à préciser la nature de l'embarras : peur du patient et d'altération de la relation médecin-patient ? peur du contrôle ?... Pour le médecin-conseil quelles sont ces situations ?). Il s'agit probablement des situations de recours à l'AT comme mesure sociale, mal maîtrisées par les médecins.

Faire préciser les différences dans le cas de renouvellement ou prolongation.

La question est posée aux médecins prescripteurs et aux médecins-conseils.

— *Les besoins exprimés, les propositions de changements*

La sixième et dernière question concerne les perspectives d'améliorations. Comment améliorer les pratiques ?

Tous les participants sont sollicités pour répondre.

Besoins de formation (formation à intégrer dans le cursus de médecine générale, en formation continue, formation à la négociation) ?

Développer la concertation, solliciter plus facilement des avis complémentaires (médecin du travail, médecin-conseil) notamment dans les cas de renouvellement et de prolongations ?

Développer et utiliser des outils d'évaluation (questionnaire d'aptitude mentale, fonctionnelle) ?

Impliquer le patient (notion d'empowerment), comment ?

Utiliser plus largement l'arrêt à temps partiel ?

Modifier la législation ? Restreindre les prescriptions aux premiers arrêts et réserver les prolongations ou renouvellements à des décisions pluridisciplinaires (faisabilité ?)

ANNEXE 3. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE RÉALISÉE PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL SUR L'ÉPAS

Cette étude concerne les arrêts de travail pour cause de maladie pour les années 2000, 2001 et 2002.

Les données sont issues de l'échantillon permanent d'assurés sociaux (Epas), du régime général d'assurance maladie (hors section locale mutualiste), échantillon comprenant 1/600^e des assurés ainsi que l'ensemble de leurs ayants-droit.

L'étude est centrée sur les assurés protégés par le régime général en France métropolitaine qui ont perçu des prestations en espèces au titre du risque maladie pour la période (liquidation jusqu'en décembre 2003).

Le champ de l'étude est constitué par les arrêts maladie indemnisés des assurés actifs de l'Epas, qui ont débuté entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2000 (resp. 2001 et 2002).

Il convient de noter que toutes les données sur les arrêts maladie pour une année sont basées sur le fait générateur qu'est la date de début d'un arrêt.

On rattache à l'année de début de l'arrêt maladie l'intégralité de cet arrêt. Ainsi le nombre total d'IJ payées pour un arrêt, commencé une année n et seulement fini en n + 1 ou n + 2, sera comptabilisé dans les montants de l'année n.

Dans l'Epas, l'étude effectuée a porté sur les arrêts maladie reconstitués à partir des périodes de paiement d'indemnités journalières (IJ). Les arrêts ainsi reconstitués ont permis de calculer les durées des arrêts, durées d'arrêt par assuré arrêté, qui prennent en compte l'ensemble des arrêts indemnisés dont ont bénéficié les assurés sur une période donnée.

La reconstitution des arrêts a été faite en mettant bout à bout le délai de carence (ces 3 premiers jours d'arrêt ne sont pas indemnisés par l'assurance maladie) et les périodes de paiement successives d'IJ qui concernaient un même individu. En revanche, on a considéré que deux périodes d'arrêt disjointes d'une journée ou plus constituaient deux arrêts différents, même si elles concernaient un même individu.

Pour les arrêts courts, il est fort probable que les arrêts de 3 jours et moins ne soient pas complets du fait du non-paiement d'indemnités journalières pour ces arrêts courts (délai de carence).

Pour les arrêts longs, les informations données pour les arrêts de plus de 1 an ayant débuté en 2001 et 2002 ne sont pas complètes car un arrêt peut durer au maximum 3 ans et la liquidation (dernier mois : décembre 2003) ne permet pas encore de recouvrir ces périodes.

ANNEXE 4. ÉVOLUTION RÉGIONALE EN VOLUME ET EN DATE DE REMBOURSEMENT ENTRE 1995 ET 2003

Indemnités maladie du régime général, base 100 en 1995

Région	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ile-de-France	100	96	92	94	95	98	101	110	110
Provence-Alpes-Côte d'Azur	100	97	94	98	102	105	112	123	126
Nord-Pas-de-Calais	100	96	95	100	102	109	116	126	129
Lorraine	100	98	96	101	107	111	119	129	131
Franche-Comté	100	96	96	101	107	115	119	129	133
Basse-Normandie	100	97	98	101	105	113	120	130	133
Centre	100	97	97	101	105	110	118	131	135
Corse	100	103	97	97	103	112	115	131	135
Haute-Normandie	100	95	96	101	104	111	119	132	135
Champagne-Ardenne	100	97	96	102	105	112	120	132	135
Rhône-Alpes	100	97	99	104	109	114	122	133	136
Auvergne	100	98	99	102	108	112	121	132	136
Bourgogne	100	98	98	104	109	113	121	132	136
Alsace	100	99	98	102	104	110	118	133	138
Picardie	100	97	97	103	106	111	126	134	139
Midi-Pyrénées	100	98	97	102	107	112	121	137	140
Limousin	100	103	105	108	109	119	125	141	142
Pays de la Loire	100	98	99	104	108	116	125	140	144
Bretagne	100	98	101	105	111	118	128	141	144
Aquitaine	100	99	99	105	109	116	124	142	146
Languedoc-Roussillon	100	100	101	107	114	118	130	144	148
Poitou-Charentes	100	98	101	108	113	123	132	147	152
France métropolitaine	100	97	96	101	104	110	117	128	131

Données régime général

ANNEXE 5. CARACTÉRISTIQUES DES ARRÊTS PRESCRITS EN 2002 SELON LE PRESCRIPTEUR INITIAL (ASSURÉS ACTIFS EPAS)

Catégorie du prescripteur	Total arrêts	Nombre IJ	Montants IJ	Nombre d'IJ par arrêt	Montant par arrêt
Médecin libéral	9 309	229 509	5 638 724	24,65	606
Omnipraticiens	8 197	182 423	4 384 445	22,25	535
Spécialistes	1 112	47 086	1 254 279	42,34	1128
dont anesthésiste-réa	1	11	110	11,00	110
dont cardiologue	15	1 001	33 130	66,73	2 209
dont chirurgien	187	5 815	152 947	31,10	818
dont dermatologue	14	688	18 124	49,14	1 295
dont radiologue	3	455	17 139	151,67	5 713
dont gynécologue	342	12 129	302 400	35,46	884
dont gastro-entérologue	24	1 266	43 178	52,75	1 799
dont médecin interne	7	1 029	26 435	147,00	3 776
dont neurochirurgien	3	298	8 429	99,33	2 810
dont oto-rhino-laryngologue	66	1 194	34 802	18,09	527
dont pneumologue	11	1 964	66 857	178,55	6 078
dont rhumatologue	84	3 494	100 533	41,60	1 197
dont ophtalmologue	33	451	10 627	13,67	322
dont chirurgien urologique	9	97	2 825	10,78	314
dont neuro-psy	1	2	72	2,00	72,04
dont stomatologue	29	234	5 474	8,07	188,7717
dont chirurgien-dentiste	7	33	830	4,71	118,6371
dont rééducateur	12	438	12 702	36,50	1 058,474
dont neurologue	2	26	422	13,00	210,87
dont psychiatre	70	6 180	160 834	88,29	2 297,622
dont néphrologue	1	488	9 194	488,00	9 194,333
dont chirurgie orthopédique	186	9 723	245 048	52,27	1 317,464
dont endocrinologue	5	70	2 166	14,00	433,228
Médecin hospitalier public	1 527	75 922	1 946 153	49,72	1 274,495
Autres prescripteurs (et non renseignés)	57	1 433	36 158	25,14	634,3575
Ensemble	10 893	306 864	7 621 036	28,17	699,6269

Source : Epas, Cnamts 2004, données non publiées

ANNEXE 6. COMPARAISONS INTERNATIONALES

Chiffres et systèmes étrangers

Les données issues d'autres pays recensent les jours non travaillés pour cause de maladie. Les chiffres se limitent généralement aux salariés et aux arrêts recensés à partir d'un certificat médical. Les chiffres couvrent normalement le délai de carence et recensent les jours indemnisés par l'assurance ou par l'employeur.

Le DICE (*Database of Institutional Comparison in Europe*) a publié un premier éclairage sur l'importance des jours non travaillés pour cause de maladie dans les pays industrialisés (cf. tableau ci-dessous) (21,22). Pour certains pays, nous avons actualisé les données à partir de la littérature.

Pour situer la France par rapport aux chiffres publiés pour les systèmes étrangers, il est possible de rapporter le nombre d'indemnités versées en 2000 par le régime général (178 501 000) au nombre de salariés en 2000 (20 737 084). Cet indicateur est très imparfait, car l'assiette de ces deux chiffres n'est pas la même, il s'agit donc juste d'une approximation grossière. On obtient une moyenne de 8,6 jours/an/salarié. La mission Igas-IGF fait un calcul similaire en rapportant le nombre d'indemnités versées en 2002 au nombre de salariés occupés en 1999, soit 9,9 jours indemnités/an/salarié.

La France apparaît comme un pays moyen.

Le DICE explique la disparité des situations nationales en matières de congé de maladie de plusieurs façons : les conditions de travail, la qualité et la rapidité des soins mis en place, la procédure de paiement des indemnités (21,22). Ils observent en particulier que plus la part des dépenses affectées au système de santé dans le PIB est élevée (ce qu'ils interprètent comme un signe de qualité des services de santé), plus le pourcentage de jours d'absence sera faible. Par ailleurs, les auteurs notent clairement que les pays les plus généreux en matière d'indemnisation des arrêts maladie (pays d'Europe du Nord³⁰) sont également ceux qui enregistrent le plus grand nombre de jours perdus pour maladie.

³⁰ Une étude comparative récente pointe la Norvège, la Suède et la Hollande comme les plus gros pays consommateurs d'arrêts maladie de plus d'une semaine sur la période 1993-2001 (47). (Bergendorff S. (2003) « Sickness absence in Europe – a comparative study » International Social Security Association, mai 2003, www.issa.int)

Nombre de jours perdus pour maladie - Comparaison internationale

	Année	J/an /employé	% jours de travail	Système	Remarques
Allemagne	2000		4,2 %	Salaire à 80 % pendant 6 semaines, puis indemnité sociale à 70 % Certificat médical au 4 ^e jour	Si on inclut les arrêts sans certificat, le pourcentage du temps de travail annuel est proche de 8 %
Autriche	2003	13,1		Salaire à 100% (ouvriers de 4 à 10 sem ; employés de 6 à 12 sem, puis 50 % pendant 4 semaines (complément par assurance sociale) Délai de carence de 3 jours Certificat médical	La durée moyenne par arrêt est de 12 jours (= 2002). Faible croissance en 2003 (égale à la croissance de la population active) après une décroissance entre 1999 et 2002
Belgique	1995	7,1	3,3 %	Salaire (ouvriers : 14 jours à 80-100% ; employés : 1 mois à 100 %) puis indemnités sociales à 60 % Délai de carence 1 jour Certificat médical dans les deux jours	
Danemark	2000		4 %-5 %	Salaire pendant 2 semaines taux convention collective puis assurance sociale pas de délai de carence Certificat médical au 4 ^e jour	
Finlande	1999	8	3,6 %	Salaire pendant 7 jours ouvrables, puis indemnité sociale (max : 300 jours) Pas de délai de carence Certificat médical au 1 ^{er} jour	Compensation de l'assurance sociale à l'entreprise
Norvège	2003	24	8,1 %	Salaire à 100 % pendant 2 sem, puis indemnité sociale Pas de délai de carence Certificat médical au 4 ^e jour	Augmentation sur : les arrêts de plus de 3 jours, les hommes de 50-59 ans et les femmes de 25-34 ans
Pays-Bas	1999		5.8 %	Salaire à 70 % pendant un an, puis indemnité sociale Pas de délai de carence Certificat médical au 14 ^e jour	
Suède	2000		8 %	Salaire à 80 % pendant 14 jours, puis indemnité sociale à 80% Délai de carence 1 jour Certificat médical au 7 ^e jour	Assurance sociale : + 8 % en jours sur 2001/00 (toutes causes).
Suisse	1997	7	3 %	Part de salaire et durée variable (assurances complémentaires privées) Délai de carence 3 jours Certificat médical au 4 ^e jour	
UK ³¹	2003	9	3,9 %	Salaire partiel pendant 28 semaines Délai de carence 3 jours Certificat médical au 7 ^e jour	

Source : d'après DICE 2002, actualisation Anaes 2004

³¹ En août 2003, le nombre de pensionnés pour maladie ou incapacité en Grande-Bretagne est égal à 3 millions de personnes, soit 8,6 % de la population active. Le nombre de pensionnés dans la tranche 16-24 ans a augmenté de 12 % entre août 2002 et août 2003.

Évolution

L'enquête européenne *Labour Force Survey* (LFS) permet de mesurer la proportion des salariés actifs occupés (20-64 ans) qui étaient absents de leur travail pour cause de maladie sur l'ensemble de la semaine précédant l'enquête, entre 1983 et 2001 (47).

Selon cette enquête, les pays qui présentent les plus forts taux de salariés absents au cours de la semaine entre 1987 et 2001 sont la Norvège (entre 2,5 % et 4,3 %), la Suède (entre 2,5 % et 5,7 %) et les Pays-Bas (entre 3 % et 5,3 %). La France n'a jamais dépassé 2,5 % sur cette période, de même que le Danemark, la Finlande, l'Allemagne (ex-Ouest) et le Royaume-Uni.

La base de données SOCK de l'OCDE permet de suivre l'évolution des dépenses de prestations maladie. Par prestations maladie, l'OCDE entend : les transferts en espèces (hors AT/MP) destinés à compenser la perte de revenus due à une incapacité temporaire de travail pour cause de maladie. Elles couvrent les dépenses publiques et privées (employeurs).

Manque 1 encadré

Source : Base de données SOCK, OCDE

Il est assez peu informatif de comparer l'évolution de dépenses en prix courant national (cf. comparaison en pourcentage du PIB ci-dessous). En revanche, on peut observer sur ce graphique l'impact de certaines réformes mises en place. Par exemple, la Suède et les Pays-Bas ont transféré une partie des dépenses publiques sur les entreprises (en 1992 pour la Suède et 1994 pour les Pays-Bas). L'Allemagne a réduit le taux d'indemnisation de 100 % à 80 % en 1996.

Depuis la fin des années 90, la plupart des documents consultés font état d'une croissance des arrêts maladie, y compris pour des pays qui avaient réussi à maintenir des taux de croissance faibles ou négatifs en début de période (Danemark, Norvège, Royaume-Uni, Suède). De fait, en termes de taux de croissance des prestations maladie sur la période 1995-1998, la France arrive après ces pays.

La Suède est particulièrement intéressante car elle présente une évolution de ses dépenses publiques très similaire à l'évolution française. Malgré la succession de réformes qu'elle a connu depuis 1992 (voir titre III.4), elle ne parvient pas à stabiliser ses dépenses (30 775 millions SEK en 2000 ; 43 426 millions SEK prévus en 2004)³².

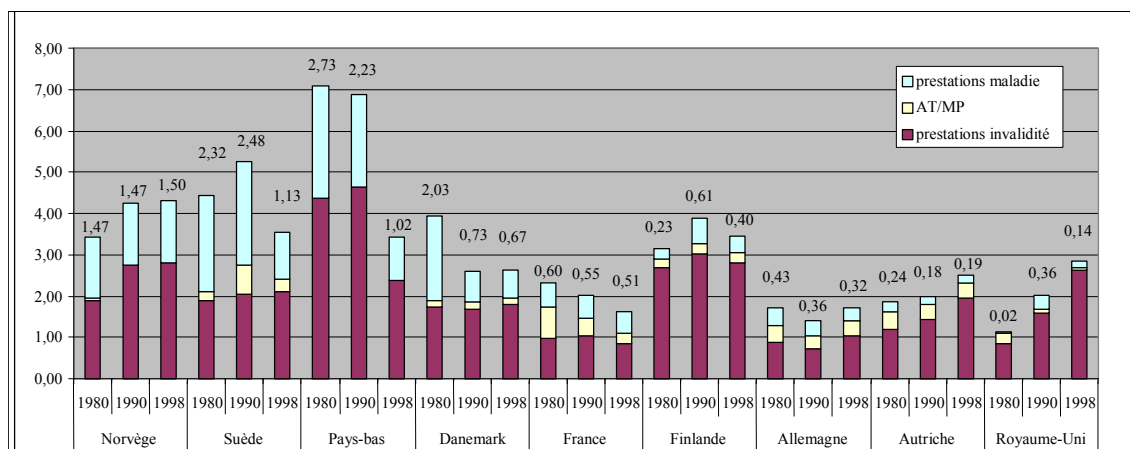
Poids des indemnités maladie dans le PIB entre 1980 et 1998

L'OCDE publie les chiffres des trois catégories d'indemnités publiques et privées suivantes : maladie, invalidité et accident du travail/maladie professionnelle. Le graphique ci-dessous montre la part du PIB consacrée à chacune de ces indemnisations dans les pays qui ont été évoqués dans le rapport (*graphique 7*).

Les chiffres ci-dessous sont donnés à titre informatif puisque qu'ils concernent la période 1980-1998 alors que l'analyse a montré que la croissance des indemnités maladie s'est manifestée à partir de 1997.

³² RFV (2004) « Social expenditure in Sweden 2001-2004 » <http://www.rfv.se/publi/docs/sociengw.pdf>

**Graphique 7. Part du PIB consacrée aux arrêts de travail
(maladie, AT/MP, invalidité)**



La part du PIB allouée globalement aux arrêts maladie est très variable d'un pays à l'autre (de 1,50 % en Norvège à 0,14 % au Royaume-Uni, pour l'année 1998). Seuls trois pays ont connu une progression de la part des indemnités maladies dans le PBI entre 1980 et 1998 : la Norvège, la Finlande et le Royaume-Uni. Ces chiffres confirment sur le plan international la phase de décroissance des indemnités maladie avant 1997.

En France, les indemnisations d'arrêts de travail pour maladie représentent 0,51 % du PIB en 1998 contre 0,6 % en 1980. Cette décroissance se retrouve sur l'ensemble des arrêts de travail, toutes causes confondues, puisque la France leur allouait 2,33 % du PIB en 1980 et 1,62 % en 1998.

Peu de données sont disponibles depuis 1998. Cependant, les chiffres les plus récents que nous avons pu obtenir pour la Suède et la Norvège montrent que l'évolution des arrêts maladies, en particulier des arrêts de longue durée, est un phénomène qui ne touche pas que la France. Ainsi, en Suède, le nombre d'individus en arrêt depuis plus de six mois est passé de 70 000 en 1997 à 185 000 en 2002³³. En Norvège, le pourcentage des jours en arrêt maladie par rapport au nombre de jours de travail dus est passé de 5,5 % en 1997 à près de 8 % en 2002³⁴.

³³ Source : www.eurofound.eu.int

³⁴ Source : ministère des finances norvégien, repris par OCDE

ANNEXE 7. PROCESSUS DE PRESCRIPTION DES ARRÊTS DE TRAVAIL

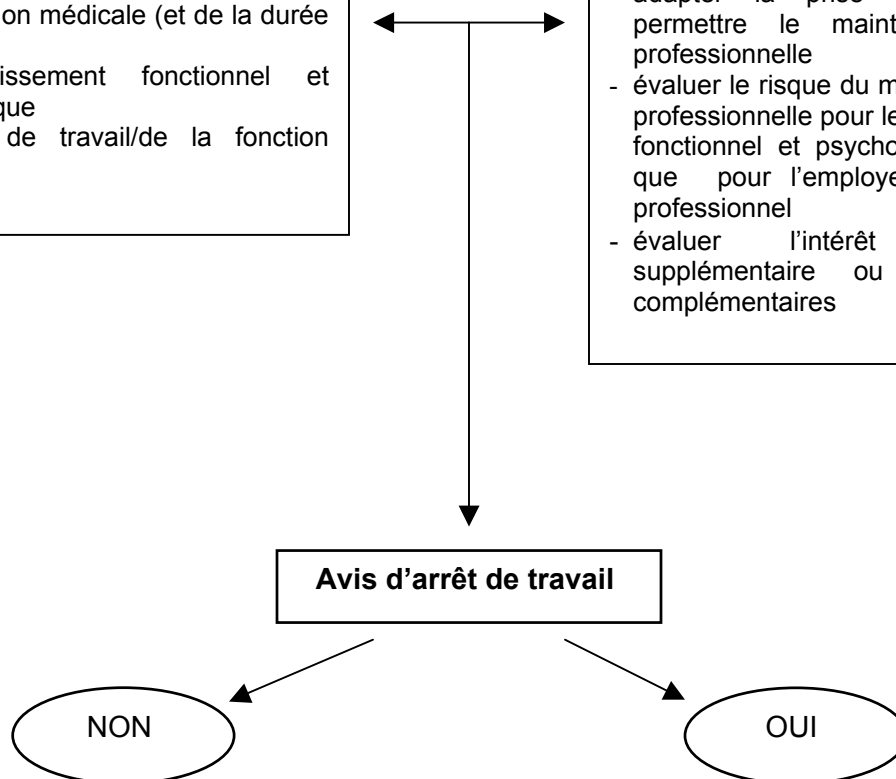
Processus décrit par le DWP

Évaluation :

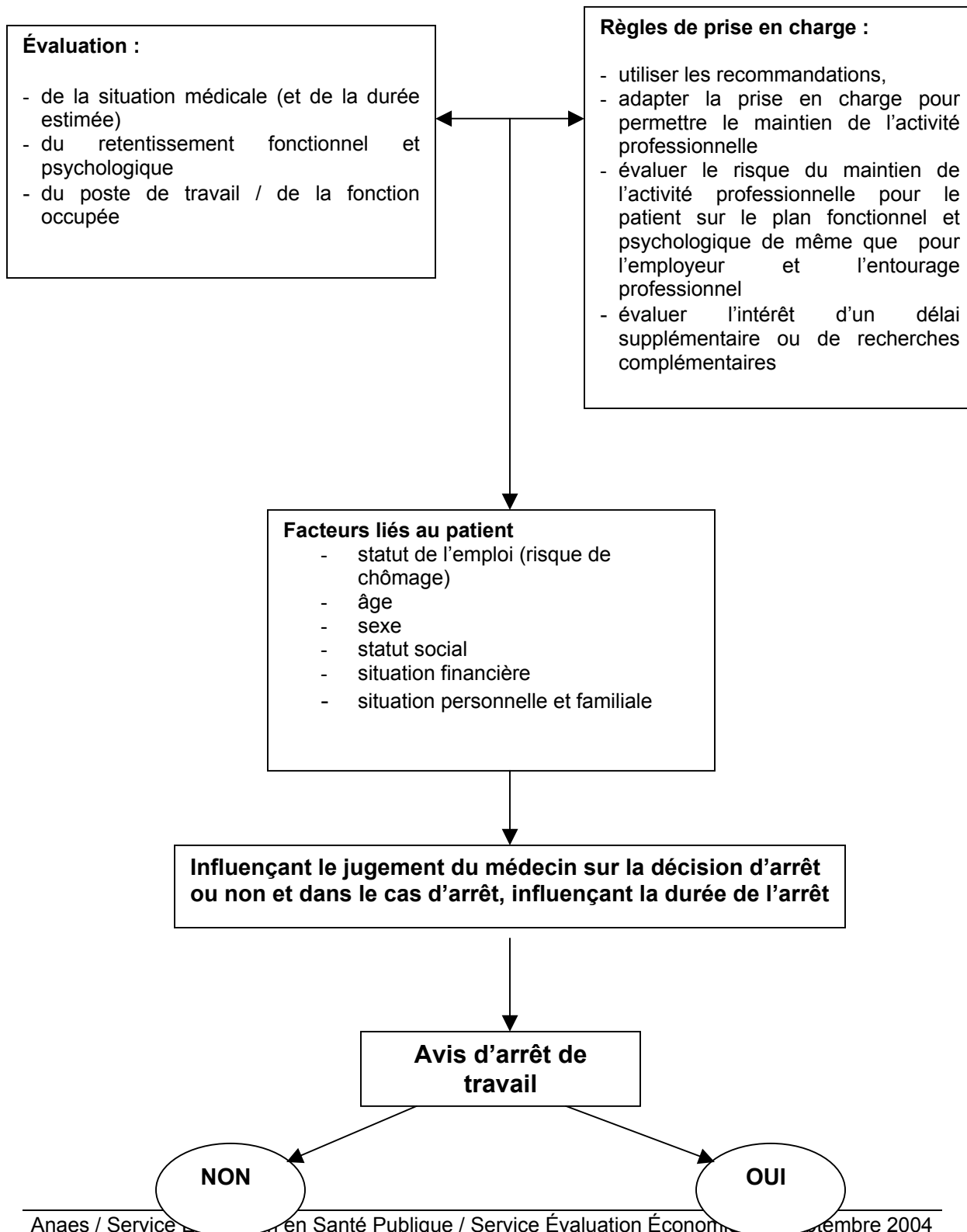
- de la situation médicale (et de la durée estimée)
- du retentissement fonctionnel et psychologique
- du poste de travail/de la fonction occupée

Règles de prise en charge :

- utiliser les recommandations
- adapter la prise en charge pour permettre le maintien de l'activité professionnelle
- évaluer le risque du maintien de l'activité professionnelle pour le patient sur le plan fonctionnel et psychologique de même que pour l'employeur et l'entourage professionnel
- évaluer l'intérêt d'un délai supplémentaire ou de recherches complémentaires



Modification du processus de décision d'arrêt de travail proposé par le DWP, par les médecins interrogés dans l'étude de Hiscock , 2001(31)



ANNEXE 8. LOI N° 2003-1199 DU 18 DÉCEMBRE 2003 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2004

Article 42

- Le premier alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :
« La convention comporte également un plan de contrôle des prestations servies. »
- Le II de l'article L. 315-1 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
« Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en œuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.
« Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application du dernier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail, ce médecin transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré. »
- Après la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 315-2 du même code, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. »

ANNEXE 9. AVIS DES MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE

Cotations des propositions par les huit médecins prescripteurs du groupe de lecture.

Cotations	Proposition 1	Proposition 2	Proposition 3	Proposition 4	Proposition 5	Proposition 6
Médecin 1	8	8	8	8	8	8
Médecin 2	7	5	9	9	5	8
Médecin 3	3	7	1	1	1	9
Médecin 4	7	9	9	9	2	9
Médecin 5	1	5	7	8	7	7
Médecin 6	7	8	8	3	1	6
Médecin 7	7	9	9	9	7	9
Médecin 8	7	8	9	6	7	8

RÉFÉRENCES

1. The Swedish Council on Technology Assessment in health care. Prescribed sick leave-causes, consequences and practices. Stockholm: SBU; 2004.
2. Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes et outils : Focus group. Paris : Anaes; 2000
3. Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les focus group réalisées dans le cadre du projet transversal "qualité-accréditation". Paris : Anaes ;2001.
4. Krueger R. Focus group. A practical guide for applied research. SAGE ed. London: Virving Astrid; 1994
5. Moreau A, Dedienne M, Letrillart L, LeGoaziou M, Labarère J, Terra J. S'approprier la méthode du focus group. Rev prat MG 2004;645.
6. Stewart D, Shamdasani P. Focus group. Theory and practise. SAGE ed. London: Bickman leonard; 1990
7. Fenina A, Geffroy Y. Comptes nationaux de la santé 2002. Paris : La Documentation Française ; 2003.
8. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La consommation de soins de ville du régime général. Paris : Commission de comptes de la sécurité sociale : 2003.
9. Gissler E, Roquel T, Mercereau F. Les dépenses d'indemnités journalières. Rapport IGF n°2003-M-049-01, IGAS n°2003 130. Paris : Igas-IGF ; 2003
10. Caisse nationale d'assurance maladie. L'assurance maladie: chiffres et repères. Paris : Cnamts ; 2004.
11. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Des tendances de fond aux mouvements de court terme. Point de Conjoncture 2004;(24):1-35.
12. Merlière J. Les arrêts maladie indemnisés au cours des cinq dernières années. Point Stat 2000;24:1-4.
13. Chevalier A, Luce D, Blanc C, Goldberg M. Sickness absence at the French National Electric and Gas Company. Br J Ind Med 1987;44(2):101-10.
14. Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Bretagne. RIM nationale sur les indemnités journalières. Ploufragan : Cnam de Bretagne; 1994.
15. Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Bretagne. Les arrêts de travail itératifs de courte durée en Bretagne. Intervention sur les prescripteurs et les patients. Ploufragan : Cnam de Bretagne; 2002.
16. Azizi K, Balsan D. Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général d'assurance maladie. Etudes et Résultats 2003;(256)
17. Bigot AJ. Enquête sur l'emploi 2003. L'emploi diminue et le chômage augmente fortement. INSEE Première 2004;(958).
18. Bergendorff S. Sickness absence in Europe - a comparative study. Geneva: National Social insurance board; 2003.
19. Renaud T, Grignon M. Sickness and injury leave in France: moral hazard or strain?; 2003.
20. Renaud T. Confrontation de données d'enquête et de données administratives & analyse des indemnités journalières. Paris: Credes; 2000.
21. Center for Economic Studies. Work lost due to illness an international comparison. Munich: CESifo; 2002.
22. Osterkamp S. Le coût du congé de maladie une comparaison : internationale. Problèmes Economiques 2003;2815:28-32.
23. Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svardsudd K. The influence of change of legislation concerning sickness absence on physicians' performance as certifiers. A population-based study. Health Policy 2003;63(3):259-68.
24. Englund L, Tibblin G, Svardsudd K. Effects on physicians' sick-listing practice of an

administrative reform narrowing sick-listing benefits. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(4):215-9.

25. Henrekson M, Persson M. The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system. Stockholm : Stockholm University ; 2003.

26. Jolivet A. La réduction des congés maladie en Suède : une réforme contestée. *Chron Int IRES* 2003; 86:45-8.

27. Department for work and pensions. A guide for registered medical practitioners. London: DWP; 2000.

28. Haldorsen EM, Brage S, Johannesen TS, Tellnes G, Ursin H. Musculoskeletal pain: concepts of disease, illness, and sickness certification in health professionals in Norway. *Scand J Rheumatol* 1996;25(4):224-32.

29. Reiso H, Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Fam Pract* 2000;17(2):139-44.

30. Nicot A, Lafon J, Nicot P. Évaluation de la perception de la lombalgie ou lombosciatique chronique commune chez 67 patients salariés affiliés au régime général de la sécurité sociale et en arrêt de travail depuis plus de 3 mois. Paris : Cnamts ; 2001.

31. Hiscock J, Ritchie J. The role of GPs in sickness certification. London : National Centre for Social Research; 2001

32. Hagen KB, Thune O. Work incapacity from low back pain in the general population. *Spine* 1998;23(19):2091-5.

33. Reiso H, Nygard F, Jorgensen S, Holanger R, Soldal D, Bruusgaard D. Back to work: predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick: a two-year follow-up study. *Spine* 2003;28(13):1468-73.

34. Reiso H, Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability and duration of certified sickness absence. *Scand J Publ Health* 2001;29(3):218-25.

35. Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Predictive factors for disability pension-an 11-year follow up of young persons on sick leave due to neck, shoulder, or back diagnoses. *Scand J Publ Health* 2001;29(2):104-12.

36. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ* 2004;328(7431):88.

37. Mayhew HE, Nordlund DJ. Absenteeism certification: the physician's role. *J Fam Pract* 1988;26(6):651-5.

38. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. *Eur J Public Health* 1995;5:215-9.

39. Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(2):81-6.

40. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scand J Prim Health Care* 1997;15(2):68-75.

41. Rutle O, Forsén L. Inter-doctor variation in general practice [abstract]. rapport n° 8 ed. Oslo: National institute of public health; 1984.

42. Tellnes G, Sandvik L, Moum T. Inter-doctor variation in sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1990;8(1):45-52.

43. Tellnes G, Bruusgaard D, Sandvik L. Occupational factors in sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1990;8(1):37-44.

44. Englund L, Tibblin G, Svardsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialties based on case vignettes. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18(1):48-52.

45. Assurance maladie des professions indépendantes. Les indemnités journalières. Paris : AMPI; 2002.

46. Caisse nationale d'assurance maladie. Les arrêts de travail de longue durée. Point de Conjoncture 2002;(3):8-10.

47. Bergendorff S, Westin M, Hansson E, Hansson T, Palmer E. Do sickness cash benefits and rehabilitation allowances promote or discourage return to work in Sweden? 1997. <www.issa.int/pdf/jeru98/theme2>

48. Tellnes G. Duration of episodes of sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1989;7(4):237-44.

49. Fournier JY. Les absences au travail: 16 jours par an pour un ouvrier >3,5 jours pour un cadre. *Econ Stat* 1989;221:47-53.
50. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *Br J Psychiatr* 1996;169(6):740-6.
51. Benavides FG, Benach J, Mira M, Saez M, Barcelo A. Occupational categories and sickness absence certified as attributable to common diseases. *Eur J Public Health* 2003;13(1):51-5.
52. Luz J, Green MS. Sickness absenteeism from work: a critical review of the literature. *Public Health Rev* 1997;25(2):89-122.
53. Soler JK. Sick leave certification: a unique perspective on frequency and duration of episodes a complete record of sickness certification in a defined population of employees Malta. *BMC Fam Pract* 2003;4(2):1-7.
54. Hörnquist J, Hansson B, Zar M. Well-being and future sick-leave. *Eur J Public Health* 1997;7:284-90.
55. Union regionale des caisses d'assurance maladie d'aquitaine. Contrôle des arrêts maladie de 3 à 4 mois en Aquitaine en 2001 dans les régimes général, agricole et professions indépendantes. Aquitaine: URCAM; 2002.
56. Caisse nationale d'assurance maladie. Arrêts de courte durée, une sensibilisation efficace des assurés. In : Faits marquants.Paris : CNAMTS ; 2001.
57. Jolivet A. Partir en retraite plus tôt ou plus tard : quelles implications d'une ouverture des marges de choix individuel? *Rev IRES* 2003;(43):1-20.
58. Jolivet A. Réduction des congés maladie : une réforme gouvernementale contestée. *Chron Int IRES* 2004;(86):35-42.
59. Frölich M, Heshmati A, Lechner M. A microeconomic evaluation of rehabilitation of long-term sickness in Sweden 2003. <http://swopec.hhs.se/hastef/papers/hastef0373.pdf>
60. Scheel IB, Hagen KB, Oxman AD. Active sick leave for patients with back pain: all the players inside, but still no action. *Spine* 2002;27(6):654-9.
61. Scheel IB, Hagen KB, Herrin J, Oxman AD. A randomized controlled trial of two strategies to implement active sick leave for patients with low back pain. *Spine* 2002;27(6):561-6.
62. European Foundation for the improvement of living and working conditions, European Commission. Industrial relations developments in Europe in 2003. <http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0477EN.pdf>.
63. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson J, Boissnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Rev Prat MG* 18(656/657):781-4.