

**Arrêts maladie :
une étude dresse le profil des patients en arrêt de travail
de 2 à 4 mois**

Face à la forte croissance des dépenses des indemnités journalières au début des années 2000, l'Assurance Maladie a mis en œuvre un plan d'actions¹ pour maîtriser l'évolution de ces dépenses. Au-delà du renforcement immédiat des contrôles sur la justification médicale des arrêts de travail, ce plan visait à analyser de façon approfondie les motifs médicaux et l'environnement socioprofessionnel des assurés en fonction de la durée de leur arrêt de travail.

L'Assurance Maladie a mené dans ce but une enquête au cours du premier trimestre 2004 sur l'ensemble du territoire français auprès de trois échantillons représentatifs d'assurés du régime général² sélectionnés en fonction du cumul d'indemnités journalières payées (1 mois et demi, 2 mois, 3 mois).

Les principaux résultats :

Il ressort de cette étude cinq faits marquants principaux :

- Les catégories socioprofessionnelles les plus souvent en arrêt de travail sont les ouvriers (41 % des personnes interrogées) et les employés (35 %) alors que ces catégories socioprofessionnelles représentent respectivement 27 % et 30 % de la population active.

- Plus les arrêts de travail sont longs, plus la proportion d'assurés de 55 ans et plus est importante, passant de 16 % pour les arrêts de travail les plus courts à 21 % pour les arrêts de travail les plus longs. La proportion des 55 ans et plus dans la population active est de 10 %. Cette situation s'explique essentiellement par le fait que plus les arrêts sont longs, plus ils sont liés à des affections de longue durée qui touchent majoritairement les plus de 55 ans (cancers, etc.).

¹ Voir annexe 3

² L'étude porte au total sur plus de 7500 assurés affiliés au régime général stricto sensu, c'est à dire hors fonctionnaires, agriculteurs et travailleurs indépendants qui relèvent de régimes spécifiques.

- Les femmes sont sur-représentées parmi les personnes en arrêt de travail : elles représentent de 55 à 58 % des personnes arrêtées alors qu'elles ne constituent que 45,6 % des effectifs totaux des salariés. Cette situation s'explique en partie par les complications médicales de la grossesse qui représentent entre 8 et 11 % des causes d'arrêts de travail.

- Les trois premiers motifs médicaux d'arrêts de travail sont liés aux maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (25 %), les troubles mentaux et du comportement (15 %), les liaisons traumatiques (10%). La distribution de ces pathologies varie fortement selon le sexe et surtout la catégorie socioprofessionnelle.

- Les conditions de travail semblent jouer un rôle important dans les causes d'arrêts de travail : plus de la moitié des personnes arrêtées interrogées jugent leur travail plutôt pénible, quelle que soit la durée d'arrêt de travail, environ 20 % des personnes en arrêt de longue durée évoquent un conflit dans leur travail (avec un supérieur hiérarchique et/ou un collègue).

Par ailleurs, les contrôles des arrêts de travail étudiés confirment les études précédentes déjà communiquées par l'Assurance Maladie : plus de 93 % des arrêts ont été jugés médicalement justifiés par les médecins conseils de l'Assurance Maladie.

Ces données mettent en lumière l'importance de la loi de réforme de l'Assurance Maladie qui, parallèlement aux mesures de renforcement des sanctions des arrêts injustifiés, prévoit de développer l'aide à la réinsertion professionnelle des personnes en arrêt de longue maladie. En effet, l'article 24 de la loi reconnaît et renforce la collaboration entre les médecins conseils de l'Assurance Maladie et le médecin du travail pour étudier les conditions de reprise du travail des salariés arrêtés depuis plus de trois mois (cf. annexe 2).

L'étude complète est disponible sur www.ameli.fr, espace connaître l'Assurance Maladie, rubrique études/soins de ville. Description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois. Paris. CNAMTS. octobre 2004.

Annexe 1

PORTRAIT DES ASSURES EN ARRET DE TRAVAIL DE 2 A 4 MOIS

Tableau I : Caractéristiques médico-sociologiques des trois populations étudiées en fonction de la durée moyenne d'arrêt de travail (population 1 - 67 jours ; population 2 - 81 jours ; population 3 - 111 jours)

	Population 1 (n = 2 858)	Population 2 (n = 2 565)	Population 3 (n = 2 148)
Prescripteur ⁽¹⁾			
Médecine générale	56,4%	57,1%	59,3%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	11,4%	9,7%	8,7%
Gynécologie obstétrique	8,3%	8,9%	6,8%
Chirurgie générale	2,9%	2,4%	2,1%
Autres	21,0%	21,9%	23,1%
Mode d'exercice du prescripteur			
Libéral	77,1 %	78,1 %	78,7 %
Hospitalier	18,5 %	16,9 %	16,0 %
Autres	4,4 %	5,0 %	5,3 %
Classe d'âge des assurés ⁽¹⁾			
Moins de 30 ans	17,6 %	16,7 %	14,3 %
30-39 ans	25,9 %	24,8 %	24,2 %
40-49 ans	26,0 %	25,8 %	24,0 %
50 ans et plus	30,5 %	32,7 %	37,5 %
<i>Dont 55 ans et plus</i>	16,0 %	16,8 %	21,3 %
Sexe des assurés ⁽¹⁾			
Hommes	43,7 %	42,0 %	44,7 %
Femmes	56,3 %	58,0 %	55,3 %
Arrêt en rapport avec une ALD 30 en cours			
Oui	14,2 %	18,5 %	23,4 %
Non	85,8 %	81,5 %	76,6 %

Source : CNAMTS. 2004.

Principales pathologies des trois populations étudiées en fonction de la durée moyenne d'arrêt de travail (population 1 - 67 jours ; population 2 - 81 jours ; population 3 - 111 jours)

	Population 1 (n = 2 858)	Population 2 (n = 2 565)	Population 3 (n = 2 148)
Pathologies des assurés			
Maladies du système ostéo-articulaire	25,5 %	25,7 %	26,4 %
Troubles mentaux	20,0 %	19,4 %	22,8 %
Lésions traumatiques	12,0 %	11,1 %	9,9 %
Complications grossesse	11,4 %	11,1 %	8,0 %
Tumeurs	6,8 %	9,0 %	10,0 %
Maladies de l'appareil circulatoire	4,9 %	5,5 %	5,6 %
Autres pathologies	19,4 %	18,2 %	17,3 %

Les six premières pathologies regroupées par chapitre de cim10 (10^{ème} révision de la classification internationale des maladies) sont, quelle que soit la durée de l'arrêt de travail, les suivantes :

- les "maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif" pour plus d'un assuré sur quatre. Les dorsopathies³, représentent la moitié de ce sous-groupe ;
- les "troubles mentaux et du comportement" pour près d'un assuré sur cinq. Les épisodes dépressifs représentent les deux tiers de ce sous-groupe ;
- les "lésions traumatiques" pour environ un assuré sur dix. Les luxations et entorses du genou sont les plus nombreuses pour la population 1 et la population 3 ; les fractures de la jambe et de la cheville pour la population 2 ;
- les complications de grossesses pour environ une assurée sur dix ;
- puis viennent les "tumeurs" (les cancers du sein étant les plus nombreux) et les "maladies de l'appareil circulatoire" (les cardiopathies ischémiques : infarctus du myocarde, angine de poitrine, maladie coronaire étant les plus nombreuses).

³ Les dorsopathies regroupent les maladies du système ostéo-articulaire du rachis cervical, dorsal ou lombaire et du sacrum.

Tableau II : Caractéristiques des trois populations étudiées en fonction de la durée moyenne d'arrêt de travail (population 1 - 67 jours ; population 2 - 81 jours ; population 3 - 111 jours)

	Population 1 (n = 2 858)		Population 2 (n = 2 565)		Population 3 (n = 2 148)	
	Age moyen	Sex- ratio H/F	Age moyen	Sex- ratio H/F	Age moyen	Sex- ratio H/F
Pathologies des assurés						
Maladies du système ostéo-articulaire	45,4	1,20	46,0	0,97	46,8	1,09
Troubles mentaux	41,4	0,70	41,6	0,56	42,1	0,63
Lésions traumatiques	38,6	2,62	39,5	2,64	40,0	2,53
Complications grossesse	29,8	-	30,1	-	31,0	-
Tumeurs	49,1	0,53	49,5	0,59	48,7	0,71
Maladies de l'appareil circulatoire	48,5	2,28	49,0	3,18	50,5	3,48
Autres pathologies	41,4	0,57	41,5	0,59	42,1	0,60

Source : Plan national d'actions sur les indemnités journalières. Volet "amélioration des connaissances et des performances" - Année 2004.

Lecture du tableau :

- les hommes présentent plus fréquemment des arrêts de travail en rapport avec des lésions traumatiques et des maladies de l'appareil circulatoire : parmi les personnes en arrêt de travail de longue durée pour cause de lésions traumatiques, on recense 2,53 hommes pour une femme.

- Les femmes ont plus souvent un arrêt de travail lié à des troubles mentaux et à des tumeurs. A titre d'exemple, parmi les personnes arrêtées depuis 2 mois pour cause de tumeurs, on compte 0,53 homme pour une femme.

Tableau III : Caractéristiques socioprofessionnelles des trois populations en fonction de la durée moyenne d'arrêt de travail (population 1 - 67 jours ; population 2 - 81 jours ; population 3 - 111 jours)

	Population 1 (n = 2 391)	Population 2 (n = 2 062)	Population 3 (n = 1 732)
Profession et catégorie socioprofessionnelle ⁽¹⁾			
Ouvriers	41,4 %	40,6 %	41,7 %
Employés	37,1 %	35,8 %	35,7 %
Professions intermédiaires	14,4 %	15,4 %	13,9 %
Cadres et prof. intellectuelles supérieures	5,1 %	5,2 %	5,7 %
Autres	2,0 %	3,0 %	3,0 %
Secteur d'activité			
Industrie manufacturière	20,0 %	20,6 %	19,6 %
Commerce, réparations auto et art. domestiques	18,2 %	18,5 %	18,2 %
Construction	10,5 %	9,6 %	11,7 %
Santé et action sociale	11,8 %	11,1 %	11,3 %
Services collectifs, sociaux et personnels	7,7 %	7,5 %	8,8 %
Transports et communications	6,8 %	6,3 %	6,4 %
Hôtels et restaurants	5,8 %	5,2 %	4,1 %
Autres	19,2 %	21,2 %	19,9 %
Niveau d'étude ⁽¹⁾			
CAP, BEP, BEPC	45,9 %	44,5 %	43,9 %
BAC, BP	15,1 %	15,3 %	14,4 %
BAC + 2	7,5 %	7,3 %	7,3 %
BAC + 3 ou 4	4,7 %	4,4 %	4,4 %
BAC ≥ 5	2,2 %	1,5 %	2,1 %
Aucun diplôme	24,6 %	27,0 %	27,9 %
Chômage ⁽¹⁾			
Oui	10,0 %	11,9 %	11,8 %
Non	90,0 %	88,1 %	88,2 %

Quelles que soient les populations étudiées, les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont les ouvriers et les employés. Les employés et les professions intermédiaires sont plus souvent des femmes, quelle que soit la durée de l'arrêt de travail. A l'inverse, les ouvriers, les cadres et les professions intellectuelles supérieures sont une population plus masculine.

Quelle que soit la durée des arrêts de travail, les secteurs d'activité les plus fréquemment représentés appartiennent à "l'industrie manufacturière" et au "commerce, réparation automobile et articles domestiques". Les cadres et professions intellectuelles supérieures se retrouvent principalement dans quatre activités : activités financières, industrie manufacturière, commerce, santé et action sociale. Les professions intermédiaires sont plus souvent dans le domaine de la santé et l'action sociale. Les employés exercent plus fréquemment une activité de commerce et les ouvriers travaillent essentiellement dans l'industrie manufacturière et la construction.

Les cadres et professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires ont une proportion plus importante d'arrêt de travail lié aux troubles mentaux et du comportement (par exemple, dans la population 3, cette proportion était de 41,4 % *versus* 18,5 % pour les ouvriers). Les ouvriers ont des arrêts plus en relation avec les maladies du système ostéo-articulaire (par exemple, pour la population 3, la proportion d'ouvriers est de 36,7 % *versus* 13,1 % pour les cadres supérieurs).

Annexe 2

LE SUIVI DES ARRÊTS DE TRAVAIL DE LONGUE DUREE PAR LE SERVICE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE

L'arrêt de travail est établi par le médecin traitant pour une durée déterminée. La reprise du travail s'effectue sans formalité lorsque l'arrêt prescrit est de moins de 90 jours.

Dans le cas d'un arrêt de plus de 90 jours un suivi des patients s'organise. Médecin conseil de l'Assurance Maladie, médecin traitant et médecin du travail interviennent pour favoriser la réinsertion professionnelle du malade et l'aider à reprendre le travail. La loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004⁴ renforce cette dimension d'aide à la reprise du travail par les médecins conseils en lien avec les médecins du travail puisque cette mission figure désormais expressément dans le code de la sécurité sociale.

I. Le suivi des arrêts de longue durée

Dans le cas des arrêts de longue durée, le médecin conseil convoque systématiquement l'assuré au bout de 90 jours d'arrêt, désormais cette visite sera programmée plus précocement. L'objectif de cet examen médical est d'évaluer la capacité du patient à reprendre le travail, en prenant en compte :

- sa maladie,
- son âge,
- le poste qu'il occupe,
- et l'avis du médecin traitant.

Cet examen permet au médecin conseil de décider soit de la poursuite du versement des indemnités journalières, soit de son arrêt, celui-ci pouvant être immédiat ou programmé à une date ultérieure. La fin du versement des indemnités journalières est décidée lorsque le patient est guéri ou lorsque ses lésions n'évoluent plus, son état est devenu stationnaire⁵.

Avec l'accord de l'assuré, le médecin du travail est informé pour qu'il puisse mettre en œuvre la visite de « pré-reprise » prévue par le code du travail (art.R. 241-51). Le médecin du travail peut ainsi envisager les mesures nécessaires au maintien dans l'emploi ou de reclassement professionnel du salarié en arrêt de travail.

Lorsque le médecin conseil estime que l'état de l'assuré est stationnaire, il l'informe de la date de fin de paiement de ses indemnités journalières par la Caisse d'assurance maladie.

Il revient à l'assuré de prendre contact avec son employeur afin que celui-ci organise une visite avec le médecin du travail : la visite « d'aptitude au travail »⁶. Si le médecin du travail juge le salarié apte au travail, celui-ci reprend son activité salariée⁷.

⁴ L'article 24 de la loi prévoit « qu' 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 » .

⁵ Si le patient ne peut néanmoins pas reprendre le travail, il peut percevoir une pension d'invalidité

⁶ L'assuré doit prendre contact avec son employeur même s'il conteste la décision du médecin conseil et que son médecin traitant maintient l'arrêt de travail. Sans quoi, il court le risque de se retrouver sans revenu : sans versement d'indemnités journalières et sans le complément de revenu éventuel de son employeur.

A noter : le médecin traitant a parfois rédigé le certificat de fin d'arrêt de travail avant que le patient ne soit convoqué par le médecin conseil. Dans ce cas, la caisse notifie la date de la fin du versement des indemnités journalières à l'assuré sans l'intervention du médecin conseil.

Au cours de la visite « d'aptitude au travail », il peut arriver que le médecin du travail juge que **l'assuré ne peut pas reprendre son travail**, soit pour des raisons médicales soit parce qu'il estime que la personne ne peut plus assumer ses anciennes fonctions, alors que le médecin conseil a décidé de la fin du versement des indemnités journalières. Dans ce cas, une deuxième visite avec le médecin du travail est programmée 15 jours plus tard.

A l'issue de ce laps de temps, si le médecin du travail pense que l'assuré ne peut pas reprendre son travail, il propose à l'assuré de contacter la COTOREP (COMmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel). Ensemble, l'assuré et la COTOREP peuvent envisager plusieurs solutions :

- un travail aménagé proposé par l'entreprise (avec éventuellement l'aide financière de l'Etat) ;
- une réadaptation complémentaire, en centre spécialisé, avant la reprise du travail ;
- une orientation vers une structure de travail protégé (centre de distribution de travail à domicile, centre d'aides par le travail, ateliers protégés) ;
- une formation professionnelle donnant de nouvelles qualifications.

II - La prévention de la désinsertion professionnelle

Un bilan-médico-professionnel

Lorsque le médecin conseil pense que **l'arrêt de travail doit être prolongé**, il effectue un bilan médico-socio-professionnel. L'objectif de ce bilan (obligatoire avant la fin du 12^{ème} mois d'arrêt de travail) est d'évaluer vers quelle date le patient pourrait être guéri ou, à défaut de guérison, vers quelle date son état sera stabilisé (les séquelles n'évoluant plus).

Les critères d'évaluation pris en compte sont :

- la maladie,
- l'âge de la personne,
- son poste de travail,
- ses possibilités de reconversion.

Le médecin conseil peut convoquer l'assuré pour suivre et évaluer son état. Il peut également solliciter du médecin traitant la prescription d'une réadaptation fonctionnelle afin d'accélérer la réinsertion dans le milieu du travail.

un retour au travail adapté

• Le médecin conseil peut **accepter la reprise d'un travail aménagé** (adapté aux capacités physiques du salarié) **ou à temps partiel** (temps partiel thérapeutique) de manière à "favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure" et ainsi la réinsertion au travail. Cette reprise doit être prescrite par le médecin traitant, reconnue par le médecin conseil pour que l'assuré puisse continuer

⁷ Un délai d'au moins 8 jours entre l'entretien avec le médecin conseil et la date effective de fin de versement des indemnités journalières est laissé à l'assuré afin que celui-ci puisse rencontrer le médecin du travail et reprendre son activité professionnelle sans interruption de revenu.

à bénéficier des indemnités journalières au prorata de son temps de travail et acceptée par le médecin du travail, après accord de l'employeur.

L'orientation de l'assuré vers le service social

Dès lors que le médecin conseil décèle un risque de désinsertion professionnelle, il informe l'assuré, de l'aide que peut lui apporter de service social de la Caisse d'Assurance Maladie. Il lui donne les coordonnées directes d'un travailleur social et l'engage à le contacter rapidement. Parallèlement, il transmet au service social une fiche de liaison faisant état du risque de désinsertion professionnelle de la personne. (Dans le cas où le médecin aurait le sentiment que l'assuré n'oserait pas appeler, il demande au service social de le joindre directement.)

Lors du premier rendez-vous le travailleur social évalue :

- la capacité à travailler et à se projeter dans cette perspective,
- la connaissance des droits et des dispositifs de maintien dans l'emploi,
- la perte éventuelle des liens professionnels, voir sociaux.

Le service social propose à l'assuré, dans un délai de quinze jours maximum, un programme d'accompagnement personnalisé. Il peut notamment s'adjoindre (en accord avec l'assuré) les avis du médecin du travail et du médecin conseil ainsi que celui de la COTOREP sur les questions professionnelles. Au delà de son rôle d'information sur les dispositifs d'aide existant, les services disponibles et les droits, le service social peut organiser :

- des entretiens réguliers avec l'assuré et son entourage, afin de connaître le plus clairement possible sa situation et ses souhaits et de repérer les conditions nécessaires à son maintien dans l'emploi. (Il l'incite notamment à maintenir un contact avec son employeur, ses collègues) ;
- des échanges avec le service social de l'entreprise (lorsque celui-ci existe) afin de préparer un retour du salarié au sein de son entreprise (adaptation du poste, recherche d'un poste différent au sein de l'entreprise).
- des contacts réguliers avec le chargé de mission de « l'Equipe de maintien dans l'emploi ». Ces équipes⁸ pluridisciplinaires composées de travailleurs sociaux, d'ergonomes et de conseillers en retour à l'emploi interviennent dans le cas où l'assuré devrait être reclassé ou changer d'entreprise. Elles étudient précisément le projet de maintien dans l'emploi avec l'entreprise (évaluation du poste de travail – identification des aménagements techniques possibles – changement de poste...) ou si cela s'avère impossible, elles aident la personne à construire et à mener à bien un projet de retour à l'emploi.

Les travailleurs sociaux de l'Assurance Maladie ont un rôle d'orientation et d'accompagnement des personnes dans leurs premières démarches. Le reclassement professionnel à proprement parler n'est pas de leur ressort.

Annexe 3

INDEMNISATION DES ARRETS MALADIE : LE PLAN D' ACTIONS DE REGULATION DE L' ASSURANCE MALADIE. *(extraits dossier de presse de la CNAMTS, 11 mai 2004 sur les plans d' actions de régulation)*

⁸ Les équipes de maintien dans l'emploi sont financées par l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) et l'Etat.

La régulation des dépenses d'indemnités journalières maladie figure parmi les 6 plans d'actions de régulation de l'Assurance Maladie mises en œuvre en 2003 sur les postes de dépenses les plus en croissance à cette époque (rappel des autres postes). Depuis la mise en place de ce plan, le taux de croissance des indemnités journalières a fortement diminué : sur la base des tendances observées sur les 8 premiers mois de l'année, il devrait être proche de zéro pour l'année 2004 contre + 6,5% en 2003 et surtout + 11% en 2002.

Les objectifs

Diminuer le nombre d'arrêts de travail non justifiés médicalement.

Les contrôles effectués régulièrement par l'Assurance Maladie montrent que si la très grande majorité des arrêts de travail est justifiée, environ 6% d'entre eux ne le sont pas.

Le plan d'actions mis en place revêt un double objectif :

- Vis-à-vis des assurés : prévenir le processus des arrêts de travail itératifs et éviter la pérennisation des arrêts non médicalement justifiés ;
- Vis-à-vis des prescripteurs : diminuer l'activité de prescription qui apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé ; les aider dans la prise en compte des assurés en arrêt de travail de longue durée.

Les actions

Elles se concentrent, en fonction des contextes régionaux et locaux, sur les arrêts :

- de courte durée et fréquents : la justification médicale de ces arrêts de travail sera particulièrement contrôlée.
- de plus de trois mois : l'objectif est d'améliorer le suivi des arrêts de travail de longue durée afin notamment de prévenir la désinsertion professionnelle (échanges avec le médecin traitant, orientation vers le service social) ;
- chez les assurés de plus de 55 ans : alors que les arrêts de travail sont naturellement fréquents dans cette tranche d'âge, l'objectif est aussi de vérifier si les pathologies qui justifient la prescription d'arrêts de travail et le taux d'arrêt de travail non médicalement justifiés sont différents de ceux des autres classes d'âge.

Les méthodes utilisées :

- des contrôles ciblés : des objectifs quantitatifs de contrôles ciblés des assurés et des prescripteurs ont été définis, ils prennent en compte la durée des arrêts, la nature du risque

(maladie ou accident du travail et maladie professionnelle), le type de pathologies et les avis des médecins contrôleurs des employeurs.

- une étude approfondie de la justification médicale des arrêts de travail. Elle permettra d'améliorer les connaissances et les performances sur les motifs des arrêts de travail, leurs déterminants et la date optimale de contrôle ;
- des actions de sensibilisation : des courriers seront adressés par les Caisses aux assurés ciblés afin de les responsabiliser et de les sensibiliser ;
- l'établissement d'un référentiel : l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation santé (ANAES) a été saisie en septembre 2003 pour déterminer un référentiel des motifs d'arrêts de travail.

Ce qui a déjà été fait :

Sur 2003, les Caisses ont contrôlé 75 005 assurés en arrêt de travail de courte durée, dont 53 095 par le service du contrôle médical. Les arrêts de travail prescrits par 1.363 médecins (dont 95% de généralistes) « gros » prescripteurs d'IJ ont été contrôlés.

Rappelons que tous les arrêts de travail de plus de trois mois sont contrôlés par le service du contrôle médical soit plus de 420 000 arrêts par an.