



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

Septembre 2004

**Service évaluation technologique
Service évaluation économique**

Septembre 2004

Arrêts maladie : État des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques

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

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.

Ce texte ainsi que le rapport complet sont téléchargeables gratuitement sur le site de l'Anaes : www.anaes.fr rubrique : « Publications »

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
Service communication
2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

L'équipe Anaes était composée 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 AUSSEDT, 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