



# Le gouvernement s'attaque aux dépenses d'IJ Arrêts de travail : épinglée, la profession se rebiffe

Rémunération ciblée, partenariat accru avec la médecine du travail, concertation autour des arrêts longs... Pour enrayer la dynamique des dépenses d'indemnités journalières, la profession, parfois visée pour un excès de prescriptions, avance des propositions constructives.

● « Alors qu'il y a des solutions pour réduire les arrêts de travail, on préfère stigmatiser les médecins ! C'est comme cela qu'on crée des déserts médicaux. » Le Dr Yvon Le Flohic, généraliste mandaté par la FMF à l'URPS Bretagne, ne cache plus son exaspération. Il est même à l'origine d'une mobilisation locale à Saint-Brieuc pour soutenir des médecins ciblés par la caisse locale pour « prescriptions atypiques » d'indemnités journalières (IJ).

« Harcèlement », « délit statistique » : le contrôle par la Sécu des praticiens qui sortent des moyennes de prescriptions est souvent dénoncé par les syndicats. Mais la CNAM persiste. Une campagne d'« accompagnement » visant 16 000 praticiens forts prescripteurs d'IJ est en cours. Objectif avancé pour 2019 : la diminution moyenne d'une journée de chaque arrêt de travail pour un rendement de 90 millions d'euros. Pas en reste, le MEDEF (voir ci-contre) recommande de cibler les gros prescripteurs avec un contrôle systématique à partir du quatrième arrêt...

En attendant, la croissance soutenue des dépenses d'IJ pour maladie (+3,7 % en 2015, 4,6 % en 2016, 4,4 % en 2017 et 4,9 % sur les neuf premiers mois de 2018, soit deux fois plus vite que l'ONDAM) inquiète l'exécutif. Pour réguler ce poste qui a dépassé dix milliards d'euros en 2018, Édouard Philippe a chargé trois experts d'identifier les causes et de rendre des propositions d'ici à la fin de l'année. Leur rapport d'étape a été rendu et le gouvernement en a déjà retenu deux pistes fortes : faciliter l'accès au temps partiel thérapeutique (sans arrêt à temps complet préalable) et rendre



La CNAM accompagne 16 000 médecins gros prescripteurs d'IJ

progressivement obligatoire la déclaration dématérialisée des avis d'arrêts de travail par les médecins (seulement 40 % des arrêts aujourd'hui).

## Arrêts longs : concertation

Les libéraux invitent le gouvernement à agir en priorité sur les arrêts de longue durée, qui expliquent trois quarts des dépenses d'IJ (graphiques ci-dessous). « Les arrêts de travail courts, qui représentent 4 % des dépenses, concernent les pathologies aiguës. On peut prévoir des référentiels pour faire diminuer une journée d'arrêt mais le gain sera faible », recadre le Dr Jacques Battistoni, président de MG France.

Pour la profession, il convient de faciliter le retour à l'emploi après des arrêts longs et de prévenir la désinsertion professionnelle, axe partagé par la CNAM et la mission gouvernementale. « Il est nécessaire de renforcer le lien entre le médecin traitant, le médecin-conseil, le médecin du travail et l'entreprise. Cela peut se faire par une plateforme téléphonique partagée et sécurisée, par la vidéoconférence... », avance le Dr Claude Bronner, président de la branche généraliste de la FMF. La CSMF préconise un partenariat accru avec la médecine du travail. « L'interrogatoire par le médecin traitant ne suffit pas toujours pour appréhender la pression au sein de l'entreprise », assure le Dr Jean-Paul Ortiz, président du syndicat.

L'UFML-Syndicat propose même une concertation pluridisciplinaire pour ces arrêts longs (déjà pratiquée en cancérologie) entre prescripteur, médecin-conseil et le médecin du travail. « Cette confiance permettrait de fluidifier le système et réduire le nombre d'arrêts », affirme le Dr Jérôme Marty, président du syndicat.

## Les dérives d'une ROSP « IJ »

« Dans des cas de souffrance au travail, on pourrait aussi décider d'avoir une prise en charge coordonnée avec un psychiatre. Mais ce travail ne peut pas être du bénévolat pour le médecin traitant », prévient le Dr Charles-Henry Guez, secrétaire général adjoint du SML. Le syndicat évoque la création d'un « acte spécifique » valorisant cette prise en charge coordonnée.

En revanche, les syndicats écartent tous la mise en place d'indicateurs d'efficacité de prescription d'IJ dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

De fait, les raisons de la forte dynamique des IJ ces dernières années sont variées et en partie mécaniques : progression du nombre d'actifs grâce à un marché de l'emploi plus favorable – y compris pour les seniors davantage exposés aux arrêts – mais aussi dégradation des conditions de travail au sein des entreprises.

Dans ce contexte, l'information précise des praticiens sur leur pratique courante de prescription d'IJ maladie est une requête partagée. Aujourd'hui, le relevé d'individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) adressé trimestriellement apporte peu d'informations. « C'est insuffisant. Si nous avions un document plus détaillé sur l'âge, le profil de patientèle et l'évolution des prescriptions, cela nous permettrait de mieux connaître la pratique et de l'améliorer s'il le faut », explique le Dr Luc Duquesnel, président des généralistes de la CSMF.

Pour 2019, le gouvernement a programmé 200 millions d'euros d'économies au titre des indemnités journalières.

Loan Tranthimy

**Dr Patrick Légeron, psychiatre**  
 « Les causes sont ailleurs, au niveau de l'organisation du travail »



**Entretien**

Co-auteur du rapport de l'Académie de médecine sur le burn out, le psychiatre souligne le manque d'actions mises en place par les entreprises contre la souffrance au travail.

**LE QUOTIDIEN : La hausse en volume des IJ est-elle imputable aux médecins prescripteurs ?**

**Dr PATRICK LÉGERON :** Non, je ne crois absolument pas ! Peut-être à la marge, il peut y avoir des situations où quelques arrêts de travail sont rédigés par le médecin non pas face à un problème de pathologie, mais parce qu'il perçoit que la personne est à bout et il le fait pour la protéger. Il n'y a pas de justification médicale au sens plein du terme, mais cela offre une soupape au patient. Les causes sont ailleurs, au niveau de l'organisation du travail et des pratiques de management défaillantes, qui laissent de moins en moins d'autonomie aux gens, saucissonnent leurs actions, comme une forme de néo-taylorisme.

Il y a un manque d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, et des managers qui ne sont pas formés à l'humain. Plutôt que de dénoncer les médecins comme les responsables, il faut aller au fond du problème et regarder ce qui est fait en termes de prévention. Or, en France, moins de 30 % des entreprises ont mis en place des actions de lutte contre les risques psychosociaux.

**Êtes-vous en faveur de sanctions économiques contre les entreprises ?**

Oui, et cela doit être le principe du « pollueur payeur ». Je le trouve très sain. Il est hors de question que la collectivité paie les dégâts occasionnés par les entreprises sur les salariés ! Mais il faut le faire en amont, c'est-à-dire pénaliser les entreprises qui n'ont pas mis en place des indicateurs d'évaluation des risques, notamment psychosociaux.

Et si une entreprise met en place des actions de lutte contre le stress, elle doit pouvoir bénéficier d'une défiscalisation. C'est plus logique que de punir lorsqu'il y a déjà l'arrêt de travail.

**Quelles sont les bonnes pratiques pour aider les médecins prescripteurs ?**

Il faut d'abord qu'ils soient mieux formés et sensibilisés à ces problèmes. Aujourd'hui le terme de burn out est fourre-tout, car on y mélange une grande fatigue ou une vraie pathologie. Or entre le « simple » épuisement et le burn out il y a une différence : l'épuisement est l'un des critères du burn out, mais il y a aussi la déshumanisation et le sentiment de perte d'efficacité au travail.

Ensuite, il faut renforcer les liens entre généralistes et médecins de travail. Il y a une coupure considérable entre les deux spécialités !

Propos recueillis par Marie Foult

**Dès le quatrième arrêt prescrit, le MEDEF réclame des contrôles**

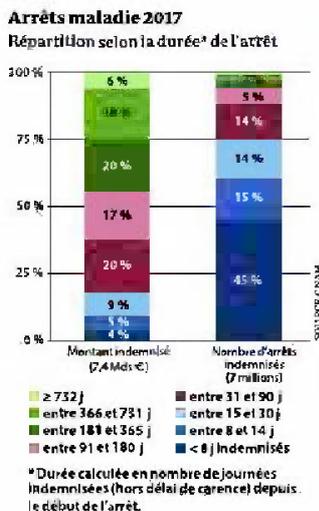
● À chacun ses recettes. Alors que le gouvernement avait envisagé cet été de faire supporter aux entreprises le coût des arrêts maladie de courte durée (avant d'écarter tout transfert brutal), le MEDEF a dévoilé plusieurs contre-propositions.

La Sécu doit renforcer le contrôle de « l'application stricte » des obligations de l'assuré (48 heures pour envoyer l'arrêt, respect des heures de sortie autorisées). Le dispositif de contre-visite médicale à l'initiative de l'employeur doit être simplifié. Mais surtout, le MEDEF appelle la CNAM à « mener une action ciblée sur les plus importants prescripteurs et les salariés concernés par les arrêts courts et itératifs ». La méthode ? Le contrôle systématique du prescripteur et de l'assuré à partir du 4<sup>e</sup> arrêt prescrit.

Les médecins de leur côté doivent déterminer un parcours de prescription unique « dans lequel le médecin

traitant serait le seul à pouvoir prescrire un arrêt de travail (hors hospitalisation) ». Autres recommandations : un partage renforcé des informations entre médecins de ville et du travail mais aussi la diffusion large des référentiels de durées d'arrêts de la HAS. Quant aux assurés, ils doivent améliorer sensiblement leur connaissance du système de santé et de son coût. Le MEDEF préconise un relevé annuel du coût des actes médicaux et des IJ « consommés » dans l'année.

Enfin, les entreprises présentant un nombre d'arrêts de travail « atypique » doivent être accompagnées avec « une procédure dédiée de repérage des cas et d'évaluation des actions engagées ». La prévention de la désinsertion professionnelle et le retour à l'emploi doivent être améliorés – en simplifiant les dispositifs alternatifs à l'arrêt de travail comme le temps partiel thérapeutique. M.F.



**Dématérialisation obligatoire des avis**

● Les conclusions provisoires de la mission IJ lancée par Matignon listent dix mesures « envisageables rapidement ». Deux ont déjà été validées par le gouvernement et inscrites dans le PLFSS, a annoncé Agnès Buzyn. Il s'agit de la facilitation du recours au mi-temps thérapeutique et de la dématérialisation progressivement « obligatoire » des avis d'arrêts de travail par les médecins, à négocier dans le cadre de la convention. Les trois experts mandatés proposent aussi de privilégier l'information et la formation « de l'ensemble des médecins prescripteurs » sur les IJ,

via des entretiens confraternels ou des groupes de pairs, avant toute régulation. La mission préconise de remettre à chaque entreprise son profil actualisé « d'absentéisme maladie » par rapport aux entreprises de même taille et de même secteur. Il convient aussi d'informer « systématiquement » les médecins libéraux (avec Ameli pro) et les praticiens hospitaliers de leur activité de prescription. Il faut aussi actualiser les « fiches repères » de la CNAM sur la prescription d'arrêts avec les collègues académiques de la médecine générale, et généraliser ce thème dans les formations initiale des internes et continue des médecins. Enfin, la mission recommande de rendre « plus efficace la contre-visite employeur ».