

Dispositions relatives aux arrêts de travail supérieurs à trois mois

Odile Catherin

Juriste, Échelon national de santé au travail

Arnaud de la Seiglière

Médecin conseiller technique de l'Échelon national du contrôle médical

Jean-Pierre Grillet

Médecin chef de l'Échelon national de santé au travail
Caisse centrale de Mutualité sociale agricole

Une personne en arrêt de travail est tour à tour, patient, assuré, salarié. Ce changement de terminologie est significatif des différentes implications juridiques de l'arrêt de travail.

Inséré suite à un amendement parlementaire dans le titre I de la loi n° 24-810 du 13 août 2004 intitulé « dispositions relatives à l'organisation de l'offre de soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé », l'article L. 323-4-1, complété par l'article D. 323-3, du Code de la sécurité sociale (CSS) permet au médecin-conseil de solliciter le médecin du travail, au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail.

Ce dispositif n'est pas novateur. Une procédure de concertation entre le médecin-conseil et le médecin du travail est déjà prévue. Il s'agit de la visite de pré-reprise. Lorsqu'une modification de l'aptitude est prévisible, un examen peut être sollicité auprès du médecin du travail pendant les arrêts de travail à l'initiative du salarié, du médecin traitant ou du médecin-conseil (art. R. 241-51-1 du Code du travail (CT) ou R. 717-17 du Code rural (CR)).

Cette nouvelle disposition introduite dans une loi relative à l'assurance maladie, constitue-t-elle uniquement un renforcement du contrôle des arrêts de travail ? Pour répondre à cette question, il convient d'analyser la concertation instaurée par la visite de pré-reprise entre les différents acteurs de santé.

Concertation entre le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail

Les missions respectives de ces acteurs de santé conditionnent les modalités de mise en œuvre de la visite de pré-reprise.

Missions respectives des acteurs de santé

L'arrêt de travail est prescrit par un médecin traitant à son patient. Il a un objet thérapeutique. Le médecin constate son incapacité physique à continuer ou à reprendre le travail (art. L. 321-1 du CSS). Cet arrêt justifie l'absence du salarié auprès de l'employeur, le contrat de travail est suspendu et non rompu.

L'absence de rémunération consécutive au défaut de prestation de travail est couverte par l'assurance maladie qui verse à l'assuré des indemnités journalières.

À ce titre, le médecin-conseil exerce un contrôle médical. Il porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie (art. L. 315-1 du CSS).

Les examens réalisés par le médecin du travail s'inscrivent dans une logique différente. Sa mission est

exclusivement préventive et consiste à éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail (art. L. 241-2 du CT). Il propose des mesures de reclassement et d'adaptation de poste de travail en raison de l'âge, de la résistance physique et de l'état de santé physique ou mentale du travailleur (art. L. 241-10-1 du CT). Il raisonne en termes d'aptitude ou d'inaptitude au poste de travail. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l'incapacité du salarié à travailler.

Si toutefois, le médecin du travail estime que le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé et la sécurité de l'intéressé ou celle des tiers, il peut prononcer l'inaptitude du salarié à l'issue d'un seul examen (art. R. 241-51-1 du CT et R. 717-18 du CR). Il peut, par ailleurs, constatant que le salarié a besoin de soins, rédiger un avis d'inaptitude temporaire à son poste de travail.

Il est alors possible de se demander si ces avis ne se rapprochent pas de la notion d'incapacité physique au travail et seraient le point de départ de la suspension du contrat de travail.

Il est difficile de le concevoir dans la mesure où l'avis du médecin du travail oblige l'employeur soit à cesser d'affecter l'intéressé à son poste de travail, soit à l'affecter à un autre poste en fonction des propositions émises.

Le médecin traitant reste juge de l'incapacité physique de son patient, le médecin-conseil des motifs médicaux justifiant le versement d'indemnités journalières.

Mise en œuvre de la visite de pré-reprise

La visite de pré-reprise a pour objet d'anticiper la reprise du travail et de faciliter la recherche de mesures de reclassement, d'adaptation et d'aménagement de poste. Le médecin du travail ne peut en être l'initiateur.

L'organisation de cette visite est particulièrement importante dans la mesure où, en cas d'inaptitude, l'employeur dispose d'un délai relativement court — un mois — pour reclasser le salarié ou le licencier.

Contrairement à la visite de reprise, la visite de pré-reprise ne peut pas mettre fin à la suspension du contrat de travail. Mais la distinction entre ces deux visites est devenue aujourd'hui délicate.

Ainsi, constitue une visite de pré-reprise la visite réalisée alors que le salarié bénéficie de prolongations d'arrêt de travail de son médecin traitant, adressées, sans discontinuer, à son employeur et alors qu'il n'a jamais demandé à reprendre le travail¹. L'examen a été organisé en vue de préparer le retour à l'emploi.

1. Cass, soc, 6 mai 1998, Bel c/Loupias, Bull. civ. V n° 226, RJS 6/98 n° 721.

En revanche, est qualifié de visite de reprise l'examen réalisé à la demande d'un salarié bénéficiant de prolongations d'arrêt de travail s'il exprime la volonté de reprendre son activité au médecin du travail, à l'employeur et qu'il informe ce dernier de sa démarche auprès du médecin du travail². L'examen a été organisé afin de statuer définitivement sur l'aptitude.

La motivation du salarié devient l'élément essentiel et, dans ce cadre, la fin du versement des indemnités journalières décidée par le médecin-conseil peut être un indicateur important³.

Par ailleurs, un arrêt récent semble admettre que la visite demandée par l'employeur alors que le salarié est en arrêt de travail puisse constituer une visite de reprise. Il convient d'être relativement prudent avec cette solution. Mais elle semblerait indiquer que l'arrêt de travail ne justifie plus nécessairement la suspension du contrat de travail pour raison de santé⁴.

Face à l'évolution de cette jurisprudence, on peut s'interroger sur l'arrêt de travail en tant que justificatif de la suspension du contrat et sur le devenir de la visite de pré-reprise. Force est de constater les carences dans la concertation entre médecin traitant, médecin-conseil et médecin du travail, qui laissent souvent seuls salarié et employeur.

Le nouveau dispositif relancera-t-il la concertation entre les différents acteurs de santé ou ne sera-t-il utilisé que comme un renforcement du contrôle des arrêts de travail ?

Vers un renforcement de la visite de pré-reprise ?

Selon l'article L. 323-4-1 du CSS, la saisine du médecin du travail par le médecin-conseil a pour objet de préparer et d'étudier les conditions et les modalités de la reprise du travail ou d'envisager des démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.

Modalité de contrôle des arrêts de travail

Bien que l'article L. 323-4-1 du CSS pose un principe de concertation entre les professionnels de santé, différents éléments de rédaction de l'article D. 323-3 du CSS peuvent laisser supposer que ce nouveau dispositif constitue une modalité de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Ainsi prévoit-il que la saisine est réalisée afin d'obtenir l'avis du médecin du travail sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail. Or, comme il a été vu précédemment, les notions de capacité et d'assuré sont des notions propres à la protection sociale. Le médecin du travail raisonne en termes d'aptitude.

Par ailleurs, contrairement à ce qui est prévu dans

le cadre de la visite de pré-reprise, l'article D. 323-3 du CSS organise une remontée des conclusions du médecin du travail vers le médecin-conseil. Le médecin du travail lui communique, sous vingt jours à compter de la réception de la saisine, les éléments pertinents à prendre en compte par ce dernier dans l'exercice de ses missions. Parmi elles, sont expressément visées celles prévues aux articles L. 315-1 et L. 315-2 du CSS.

Ces deux articles définissent le contrôle médical : il porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité, il procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé, il suspend le service des indemnités journalières non médicalement justifiées.

Cette référence oriente le dispositif vers un renforcement du contrôle des arrêts de travail et interroge sur les éléments communicables par le médecin du travail, tenu au secret professionnel.

L'article R. 4127-5 du Code de la santé publique précise que les renseignements médicaux strictement nécessaires peuvent être révélés au médecin-conseil aux fins de faciliter l'obtention par le patient d'avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. Le médecin a un devoir de communication, à moins que le patient s'y oppose.

Il est difficile de concevoir que les informations médicales détenues par le médecin du travail s'inscrivent dans les hypothèses de dérogation au secret. Elles ne permettent pas l'obtention de prestations.

Le dispositif semble vouloir contourner cette difficulté en précisant que l'assuré peut être assisté par une personne de son choix et que l'examen est organisé avec son accord.

L'assistance peut être conçue comme un vecteur d'information qui permettra d'accepter ou de refuser l'examen en lui expliquant les enjeux. Mais qui apportera cette assistance ? Un membre d'un syndicat ? D'une association ? Un parent ? Elle laisse penser qu'on s'oriente déjà vers une phase pré-contentieuse.

Cette affirmation doit être nuancée en raison d'autres éléments de rédaction.

Prévention de la perte de l'emploi pour raison de santé

Le nouveau dispositif n'est pas univoque et permet également de penser qu'il y a volonté de développer la visite de pré-reprise.

L'article D. 323-3 du CSS prévoyant la communication des éléments pertinents, ne se réfère pas uniquement aux articles précédemment cités, mais également aux articles L. 323-3 et L. 341-1 du CSS relatifs à la mise en place du temps partiel thérapeutique et à la mise en invalidité.

La prévention du défaut de reclassement ou du licenciement par aménagement matériel du poste ou du temps de travail, par les recherches de formation, par l'anticipation de la mise en invalidité, s'inscrit comme un objectif de ce dispositif.

2. Cass, soc, 19 janvier 2005, Prévayraud c/Compagnie Abeille Vie, RJS 3/05 n° 267, Dr. Social, 546, obs. J. Savatier.

3. Cass, soc, 6 avril 1999, société Moan frères c/Le Dem, Bull. civ. V n° 157, Dr Soc. 1999, 562, obs. J. Savatier.

4. Cass, soc, 19 janvier 2005, Groupe Carrère c/Mme Cottureau, RJS 3/05 n° 267, Dr. Social, 546, obs. J. Savatier.

Il appartiendra alors au médecin-conseil, qui a désormais un devoir d'information envers l'assuré, de préciser les motivations présidant à l'organisation de la visite.

À cette fin, il n'agit pas seul et intervient en liaison avec le médecin traitant. Il saisit à son initiative le médecin du travail, en informant au préalable le médecin traitant ou à la demande de ce dernier.

Ce dispositif instaure donc une véritable responsabilisation des acteurs de santé afin de prévenir la perte d'emploi pour des raisons de santé. Mais les clefs de sa mise en place dépendront d'abord de l'orientation que le médecin-conseil souhaite lui donner.

S'il n'y a pas de dérogation au secret possible, le médecin du travail, en tant que spécialiste du poste de travail, aura la possibilité de communiquer au médecin-conseil, en accord avec le salarié, les élé-

ments objectifs concernant les conditions de travail de ce dernier.

Conclusion

Ces articles s'inscrivent dans un dispositif de protection sociale et leur objectif était probablement économique dans l'esprit du législateur.

Si on veut obtenir l'implication des médecins du travail, il est essentiel de ne pas mettre, entre autres pour des raisons éthiques, le médecin du travail en position de « contrôleur » de l'arrêt de travail, mais d'inscrire la démarche dans l'esprit de la « pré-reprise ». Ainsi interprétés, les articles peuvent servir de déclencheur pour optimiser une procédure qui vise à la « réinsertion » des salariés dans le monde du travail.

L'objectif est d'abord humain, mais indirectement l'objectif économique peut aussi être atteint. ■

Prescription des statines : le bon usage en prévention primaire

Catherine Bismuth

Médecin-conseil
national adjoint
Cnamts

Pierrette

Galli-Douani

Médecin-conseil
chargé de mission
nationale Cnamts

Jean-Paul Prieur

Médecin-conseil
régional adjoint
Cnamts

Jean-Marc Aubert

Directeur délégué
à la gestion et à
l'organisation des
soins Cnamts

Hubert Allemand

Médecin-conseil
national Cnamts

L'amélioration de l'utilisation des statines (médicaments anti-cholestérol) constitue l'un des thèmes essentiels des engagements de maîtrise médicalisée des dépenses de santé conclus entre l'assurance maladie et les médecins libéraux dans le cadre de la convention médicale signée le 12 janvier 2005.

Les statines représentent la première classe thérapeutique remboursée par l'assurance maladie (plus de 1,1 milliard d'euros en 2004 — tous régimes).

Pour 2005, l'objectif sur ces médicaments anti-cholestérol a été fixé à une diminution de 1,5 % des dépenses de statines, soit une économie potentielle de 161 millions d'euros.

Le constat sur l'utilisation des statines en France

Depuis quinze ans, les statines sont de plus en plus prescrites (+ 16 % d'évolution en 2004). En France, plus de 5 millions de personnes ont recours à ces médicaments. Plus de 46 millions de boîtes de statines ont été remboursées par l'assurance maladie en 2004.

Les études disponibles ont mis en relief une proportion importante de traitements anti-cholestérol non conformes aux recommandations médicales. L'étude de l'assurance maladie publiée en 2003¹ (tableau 1) sur un échantillon représentatif de patients nouvellement traités en 2002 montrait que :

- 61 % d'entre eux avaient un risque cardio-vasculaire très faible (aucun ou un seul facteur de risque),

- 53 % des patients n'avaient pas suivi le régime alimentaire indispensable avant l'instauration du traitement médicamenteux,

- dans deux tiers des cas, l'instauration des médicaments hypolipémiants ne tenait pas compte des seuils de LDL-cholestérol définis par les experts.

La comparaison européenne

Les études comparatives avec les pays européens confirment la spécificité française en matière de consommation de ces médicaments. Comme pour les antibiotiques et les anxiolytiques, on observe une sur-utilisation des statines en France. La consommation moyenne des statines est de 50 % supérieure à celle de l'Allemagne² sans que cet écart puisse s'expliquer par des différences d'état de santé de la population (la prévalence des facteurs de risques cardio-vasculaires est analogue dans les deux pays).

Si l'on totalise les médicaments prescrits, quel que soit leur dosage, le Français a consommé en moyenne 450 mg de statines en 2003, le Britannique 350 mg et l'Allemand 300 mg.

Il convient de rappeler que les recommandations médicales en matière d'instauration de traitements de statines sont sensiblement les mêmes dans les trois pays.

Les recommandations scientifiques sur les statines

Les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)³, mises à

1. Saba G, Weill A, Païta M. *et al.* Instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002. *Rev Med Ass Maladie* 2003; 34, 4 : 221-31.

2. Calcul Cnamts d'après IMS Health.

3. L'intégralité des recommandations est disponible sur le site www.afssaps.sante.fr (rubrique RBP).