

Arrêts de travail : une problématique de santé publique

Par Jérôme PASCAUD,

Directeur délégué à la Santé - CPAM de la Gironde

Et Par Nathalie ROCHE,

Médecin chargée de mission auprès de la CPAM de la Gironde et responsable qualité des centres d'examens de Santé du réseau 6 (Aquitaine et Midi-Pyrénées)

Préambule

La question du recours à l'arrêt de travail est l'une des plus complexes du champ de la gestion du risque maladie, tant elle est marquée par une très forte interdépendance avec le social, l'économique, le politique, et bien sur la santé. Au cours de ces dix dernières années, plusieurs constats peuvent être faits sur l'évolution de cette problématique :

- une amélioration constante des conditions matérielles de travail contribuant à une baisse régulière de l'accidentologie,
- une évolution du marché de l'emploi se traduisant par une chute des emplois du secteur primaire et secondaire au bénéfice du secteur tertiaire moins pathogène,
- des périodes de chômage de masse qui se sont accompagnées jusqu'alors « mécaniquement » du fait de la diminution de l'emploi salarié, et « psychologiquement » du fait des craintes des salariés, par une baisse de la fréquence des arrêts en particulier de courte durée,
- des changements de stratégie de l'assurance maladie, alternant des approches en santé publique et de contrôle en fonction de l'évolution du poste de dépenses, mais démontrant son efficacité lors de la reprise des contrôles,
- un système d'information qui s'est formidablement enrichi en particulier sur le plan des données médicales, permettant une analyse très fines des phénomènes d'évolution.

Or, au cours des années les plus récentes, se sont cumulés une situation de crise économique et donc de chômage de masse et un renforcement spectaculaire des contrôles de l'assurance maladie. Dans le même temps, les dépenses d'arrêts de travail n'ont cessé de progresser, en particulier au niveau des arrêts de courtes durée et consécutifs à des accidents du travail.

Nous nous trouvons donc manifestement devant un phénomène que les schémas classiques ne parviennent plus à interpréter, et probablement devant une problématique de santé publique. L'arrêt de travail ne semble plus la conséquence directe et mathématique d'une pathologie déterminée mais un recours en tant que tel, face à des situations de santé plus globales que la seule maladie.

Les données statistiques, aussi riches soient-elles, ne sauraient donner d'explications satisfaisantes du fait qu'elles excluent par définition le fonctionnement humain et sa complexité, qui est probablement à l'origine de cette évolution. En revanche, à partir d'un diagnostic qualitatif, tiré de l'expérience, du témoignage et de la croisée des discours des acteurs de terrain, tant soignants, qu'employeurs ou institutionnels, elles peuvent être mobilisées pour objectiver une ou plusieurs hypothèses, valider ou invalider celles-ci.

Sans autre ambition que de contribuer à cet éclairage, mais en espérant néanmoins faire émerger des moyens d'actions et des programmes de maîtrise des dépenses, les participants à la présente réflexion ont engagé une méthodologie d'analyse qualitative, afin de sortir de ce qui semble l'unique alternative aujourd'hui de positionnement vis à vis de ce problème : le contrôle des abus d'un côté, le fatalisme et l'attentisme de l'autre.



Méthode

Pour cela, et avant de soumettre à débat et enrichissement ce premier diagnostic sommaire, une mise en commun en interne des témoignages de chacun des acteurs, médical ou administratif, ne se censurant pas sur la notion de représentativité d'un propos mais au contraire accordant une valeur égale à chaque expression vécue, a été organisée. Elle a été suivie de la mise en relation d'acteurs de terrain que sont les médecins libéraux et hospitaliers, généralistes et spécialistes, employeurs et médecins du travail, travailleurs sociaux, de représentants de salariés et de malades. Cette étude qualitative sera alors confrontée aux données existantes de nos systèmes d'information mais qui dès lors seront utilisés scientifiquement pour valider et invalider des hypothèses, et d'enquêtes représentatives lorsque les données internes ne suffiront pas.

Le paradoxe des conditions de travail

Dans la littérature sociale actuelle, il semble acquis que la souffrance au travail s'est spectaculairement aggravée au cours de ces dernières années et qu'elle est largement à l'origine de l'explosion des arrêts de travail. Force est pourtant de constater que dans les métiers les plus à risque, tant en termes d'accidents de travail que de maladie, les conditions techniques et matérielles ont été considérablement améliorées au cours des dernières décennies, et que le management hiérarchique a largement fait place à un management participatif, affiché comme a priori plus soucieux du bien-être des salariés. Ajouté au transfert de ces activités vers le tertiaire moins pathogène, la fréquence des arrêts de travail aurait dû légitimement baisser.

L'introduction d'une logique de résultats, liée à l'accroissement du niveau d'exigence des clients ou usagers, dans des secteurs d'activité en forte émergence et marquées jusqu'alors par une certaine « gratuité » des comportements, génère perte de sens, retrait, souffrance aboutissant à un recours à l'arrêt de travail déculpabilisé.

Ce qui ressort des témoignages recueillis, tous acteurs confondus, est que l'introduction d'une logique de résultats, marquée par la fixation d'objectifs, par le suivi d'indicateurs, par la rédaction de procédures contraignantes, dans des activités marquées jusqu'alors par une certaine abnégation et une évaluation informelle et individuelle de la satisfaction du client, génère une perte de sens chez les salariés. Un sentiment se développe de mal faire son travail, de devoir rendre compte en permanence non au client ou à l'utilisateur mais à une autorité souvent peu identifiable. À tort ou à raison, le contexte médiatique aidant, les salariés perçoivent une marchandisation croissante de ce qu'ils estiment relever d'une certaine gratuité au sens de la démarche et expriment de ce fait une démobilisation se traduisant par un recours moins culpabilisant à l'arrêt de travail. Plus les valeurs d'origine du travail se fondent sur un principe d'aide voire de solidarité, plus cette expression est forte. Les métiers très représentatifs de ces valeurs sont d'importants vecteurs de la progression de l'absentéisme.

Ces logiques de gestion sont à l'origine d'une compétition généralisée au sein de l'entreprise, qui aiguise les rivalités, contribue ainsi à alimenter l'individualisme et donc quelque part un certain délitement collectif. À ce titre, la population de l'encadrement de proximité est la première touchée, ce que confirment les témoignages des soignants qui voient émerger une nouvelle patientèle en situation de mal être, qui présente deux types de comportements vis-à-vis de l'arrêt de travail : soit à l'instar des autres salariés, des arrêts répétitifs et préventifs que cette catégorie sociale n'utilisait pas jusqu'ici, soit, plus fréquemment le report dans le temps de ces arrêts jusqu'au burn out et un arrêt de longue durée.

Du côté du client, le niveau d'exigence ne cesse de croître, avec une attente de réponse immédiate au regard d'un environnement technologique et médiatique vantant toujours plus de performance en la matière. Cette exigence qui va d'ailleurs également se traduire par des indicateurs de résultats, tend à dépersonnaliser la relation humaine fondant la relation de service. Elle vient en contradiction avec les valeurs sur lesquelles les salariés se sont engagés professionnellement. Ceci est caricatural dans les plates-formes téléphoniques, mais touche également fortement les activités d'aides à la personne et plus particulièrement le secteur du soin.

Une entreprise qui ne joue plus son rôle d'amortisseur des difficultés personnelles, sociales et familiales, et qui va donc de ce fait contribuer à aggraver le sentiment de mal être, et servir d'exutoire aux salariés.

Comme on le verra plus loin sur l'évolution des conditions de vie, les situations d'isolement et de précarité tendent à se multiplier, en particulier dans les populations salariées jeunes, ainsi qu'à l'autre bout de la chaîne chez les salariés âgés. Or, le modèle de l'entreprise paternaliste où une certaine solidarité au travail permettait au salarié en difficultés personnelles de trouver une certaine compensation voire des réponses, a disparu. Aux logiques de résultat évoquées précédemment, se sont greffées les évolutions de la question du temps de travail, qui, alors qu'elles répondent à une demande collective d'assouplissement et d'augmentation de temps libre, consacrent l'individualisme à l'œuvre en dehors de l'entreprise, au sein de celle-ci. Temps partiel choisi ou imposé, 35 heures, horaires variables, sont autant d'avancées sociales ayant pour conséquences la perte de liens à l'intérieur de l'entreprise.

Dès lors que l'entreprise n'est plus « soignante », elle va au contraire devenir pathogène. Si le travail n'apporte pas compensation aux difficultés personnelles, toute situation de mal être professionnelle va être exacerbée pour aller jusqu'à être jugée par le salarié comme l'origine même de sa souffrance.

Par ailleurs, cette absence de solidarité au sein de l'entreprise, va également générer des comportements moins altruistes, une sorte de désinvestissement par rapport au collectif, les impacts de l'arrêt de travail sur l'organisation du travail, et donc sur les collègues, ne constituant plus un élément pris en compte par le salarié dans sa décision de recourir à cette solution.

Ce sentiment de mal être est renforcé par la médiatisation de la question du harcèlement moral et par une tendance qui se développe chez les salariés à « diagnostiquer » auprès de l'employeur ou de la médecine du travail une situation de harcèlement permettant sans doute de donner un statut à une difficulté de suivre les évolutions de l'entreprise ou du métier.

Une recherche de résultats à court terme se traduisant par une spécialisation croissante des activités, la sous-traitance des missions de faible qualification et une rapidité des changements internes rendant de plus en plus difficile le reclassement de salariés âgés ou malades.

Dans tous les domaines d'activité, et donc également dans celui des services, la tendance à l'œuvre au cours des dernières années est celle de la spécialisation des tâches. C'est en quelque sorte la réintroduction du taylorisme dans des secteurs qui l'ignoraient jusqu'alors. Ce phénomène contribue lui aussi à une perte de sens et de valeur chez le salarié, qui ne voit plus comment il contribue au produit final de l'entreprise.

Dans cette logique, l'entreprise va recourir de manière plus systématique à la sous-traitance d'activités requérant une moindre qualification, réduisant de fait les possibilités de reconversion professionnelle en interne.

Dans le même temps, les changements technologiques et organisationnels rapides et incessants justifiés par une course permanente à la productivité et face à la concurrence, font que le retour au poste de travail après un arrêt



maladie peut s'avérer lui-même problématique pour le salarié, qui, par crainte de ne pas suivre ces évolutions, va se réfugier dans de nouveaux arrêts et s'en faire un statut.

Un environnement institutionnel générateur d'éloignement du milieu professionnel

Une multiplicité d'intervenants autour du salarié pour le retour à l'emploi obéissant à des logiques différentes, les patients et soignants ne sachant plus à qui s'adresser pour gérer des situations complexes

Tous les acteurs se disent confrontés à une multiplicité d'intervenants qui obéit à des logiques différentes voire divergentes et tant les médecins traitants que les patients eux-mêmes ou leurs employeurs, ne savent souvent pas à qui s'adresser pour répondre à des situations complexes (pôle emploi, médecine du travail, reclassement professionnel, travailleurs sociaux). Les délais inhérents à reconstituer le puzzle institutionnel contribuent à installer le salarié dans le statut de malade, et l'entreprise à se passer de son activité. Lorsque les institutions interviennent, l'entreprise n'est plus forcément demandeuse d'un retour et le salarié est déjà en situation de désinsertion.

Une inadaptation du marché de l'emploi et de la formation à l'émergence de nouvelles activités

Le marché de l'emploi ne s'est pas non plus adapté à l'émergence des nouvelles activités, en particulier en matière de services à la personne. Ainsi, dans le domaine de la santé, les formations initiales et continues sont essentiellement médicales et techniques, et les personnels ne disposent pas toujours des outils leur permettant de faire face à la situation en évolution de leur environnement (exigences patients, traçabilité). Mais ce sont surtout dans les services à la personne (médico-social) que l'insuffisance de formation initiale est la plus patente. Ainsi, aucune qualification n'étant exigible pour certaines activités et au regard de la situation de l'emploi, des salariés le plus souvent en difficultés personnelles, désarmés par rapport aux conditions de travail de ces métiers, sont orientés vers ces derniers pour prendre en charge chez d'autres personnes les problèmes qu'elles ont du mal à gérer pour elles-mêmes.

Globalement, ces métiers font l'objet d'une baisse du niveau d'exigence à l'embauche aboutissant à des inadéquations notables, également du fait des difficultés de recrutement en particulier des établissements de soins,

La baisse d'un certain nombre de prestations sociales peut amener le salarié à des comportements « comparatifs » et rendre attractif l'arrêt de travail comme prestation de remplacement.

Soit parce qu'une indemnisation en arrêt de travail peut se révéler plus intéressante financièrement que la prestation chômage, soit parce que le chômeur est « invité » à faire valoir ses droits par les organismes qui assurent le suivi des « chiffres » de l'emploi, soit enfin parce que le statut de « malade » est plus acceptable que celui de demandeur d'emploi, un choix de transfert est effectué aujourd'hui qui n'existait pas avec la même ampleur précédemment.

À ce titre, l'augmentation des durées de cotisation pour bénéficier d'une retraite à temps plein, si l'on y ajoute le problème des périodes de chômage dans le parcours professionnel du salarié, peut conduire celui-ci à privilégier l'arrêt de travail de fin de carrière qui lui permet de se constituer des trimestres avant un départ officiel en retraite qu'il repousse d'autant.

Même si ce phénomène est différent de ceux qui précèdent, il faut également observer un

comportement qui tend à se développer, au regard du coût croissant des assurances complémentaires en santé et qui consiste, pour le salarié, pendant qu'il bénéficie encore de sa mutuelle d'entreprise, à anticiper sur des interventions chirurgicales non urgentes, au cours de sa dernière année d'activité et qui se soldent donc par des arrêts de travail alors que l'intervention aurait logiquement pu et dû se pratiquer après que le salarié ait quitté son emploi.

Il est révélateur au regard de ces constats, que la subrogation par l'employeur, ou le maintien du salaire en cas d'arrêt de travail, que l'on pouvait considérer jusqu'alors comme un moteur de l'absentéisme (bien qu'aucune étude sérieuse n'ait été réalisée sur ce point) se révèle dans le cadre de la présente étude non significatif de la progression des arrêts de travail.

Une évolution des conditions de vie qui impacte l'absentéisme

La composition de la famille, son implantation géographique, peuvent conduire à utiliser le recours à l'arrêt de travail comme unique possibilité d'assurer sa responsabilité familiale

L'isolement familial et la multiplication des familles mono-parentales, sont des évolutions sociologiques qui peuvent impacter fortement le recours à l'arrêt de travail. En effet, toutes les entreprises ne permettent pas à leurs employés de bénéficier de jours d'absence pour la maladie de l'enfant et dans celles qui le prévoient, le nombre de jours peut s'avérer insuffisant surtout en l'absence de conjoint. Le recours à l'arrêt de travail constitue alors une alternative et dépasse même le cadre de la maladie de l'enfant, pour répondre à tout problème de garde imprévu. L'éloignement ou l'absence de la famille proche, spécifique aux milieux très urbanisés, va aggraver ce recours.

Si cette situation concerne très majoritairement des salariés jeunes, une autre évolution dans la tranche d'âge proche de la retraite, la prise en charge d'un parent dépendant, peut également générer un recours à l'arrêt de travail. Ces situations, avec l'allongement de la durée de vie se développent, et le recours à l'arrêt de travail va répondre soit au manque de temps disponible, soit compenser la fatigue induite par cette charge.

Lorsque la rémunération ne permet pas de se projeter dans l'avenir, l'arrêt de travail peut devenir un avantage en nature de l'activité

La question de la rémunération et de son impact sur le comportement du salarié vis-à-vis de l'arrêt de travail peut s'appréhender de deux manières. Chez les salariés les plus jeunes et particulièrement dans les secteurs géographiques où le coût de la vie est élevé (en particulier le logement) la rémunération peut se révéler, même à temps plein, insuffisante pour aller au-delà des besoins de base. Le travail dès lors perd de sa valeur en ce qu'il ne permet pas une projection dans l'avenir et de satisfaire à des aspirations de développement personnel. L'arrêt de travail est déculpabilisé au sens d'un quasi « dû » en plus d'un salaire jugé insuffisant.

Parallèlement, il pourrait apparaître comme logique que les populations salariées les plus faiblement rémunérées et donc le plus souvent ne bénéficiant pas du maintien de salaire par leur employeur, le recours à l'arrêt de travail soit entravé par la faiblesse de son indemnisation. Or, il semble qu'un certain effet de seuil soit à l'œuvre et que face à une rémunération très faible, le demi salaire généré par l'arrêt de travail, qui va s'accompagner de travaux non déclarés, est plus attractif financièrement.

Lorsque le coût du logement dans un secteur oblige une part croissante de la population salariée à s'éloigner de son lieu de travail, les arrêts peuvent être plus fréquents et surtout plus longs.



Le coût du logement, en particulier en milieu urbain, amène de plus en plus de salariés à rechercher à plusieurs dizaines de kilomètres pour se loger. Le phénomène est particulièrement vrai dans la population disposant de revenus moyens, l'autorisant à acquérir son logement, mais ne pouvant faire face aux prix pratiqués au cœur des grandes villes. La fatigue générée par les transports quotidiens, qui peuvent s'élever parfois à la moitié du temps de travail effectif, entraîne de façon naturelle un recours à l'arrêt de compensation.

Une nouvelle génération de salariés qui développe des comportements fortement pathogènes

Une génération plus fragile psychologiquement et physiquement que ses aînés face à des charges qui se sont allégées pour une même activité

Un constat semble faire consensus chez tous les acteurs, celui d'une génération de salariés de moins de quarante ans, présentant une fragilité physique et psychologique plus grande que les générations antérieures. Pour un même travail au sein d'une même entreprise de main d'œuvre, les employés plus jeunes présentent des symptômes réels de dégradation de leur santé, en particulier pour tout ce qui touche aux pathologies lombaires. Le manque d'éducation à la santé, la sédentarité et l'alimentation au cours de l'adolescence sont pointées comme de probables faits générateurs de cette situation. Situation à laquelle s'ajoute une fragilité psychologique née de pratiques addictives dans et hors l'entreprise.

Ces comportements générationnels « santé-emploi » se prolongent dans la vie professionnelle, voire s'aggravent par difficulté financière (sous-alimentation, manque de sommeil, addictions). Paradoxalement, mais ceci ne concerne pas forcément les mêmes populations, un autre phénomène contributif à l'arrêt de travail chez les salariés jeunes, est la prise de risque dans le cadre de pratiques sportives intensives, insuffisamment préparées.

Un décalage de plus en plus fort entre les exigences de l'entreprise et les attentes d'une génération indépendante et rétive aux contraintes de temps et de lieu

Autre constat effectué par les acteurs sur cette génération nouvelle de salariés, celui d'un fort décalage entre des cultures de plus en plus indépendantes qui se heurtent à un monde professionnel lui-même de plus en plus contraint. Les salariés sont rétifs aux contraintes imposées par l'activité professionnelle et présentent globalement un désinvestissement, la priorité n'étant pas l'activité professionnelle, ce qui se traduit par un recours à l'arrêt de travail décomplexé. L'exemple des étudiants qui se salarient pour financer leurs études est à cet égard révélateur, l'arrêt de travail étant utilisé durant les périodes précédant les examens.

La gestion de la maternité au sein de cette génération se caractérise également par une propension à l'arrêt de travail sitôt la grossesse connue, sans doute en raison de ce qui précède, mais également dans un climat de risque zéro véhiculé par l'ensemble des acteurs du système et par les médias.

Un système de santé lui-même générateur d'absentéisme au travail

Une tarification des soins, tant en ambulatoire que dans le domaine hospitalier qui, par son caractère inflationniste, contribue à l'augmentation des arrêts de travail

Deux principes caractérisent la médecine libérale sur le territoire : la liberté d'installation et le paiement à l'acte. Cumulés, ils peuvent se révéler comme un accélérateur des comportements de la population vis-à-vis des arrêts de travail. En premier lieu, les écarts démographiques sur le territoire génèrent des situations de surdensités dans certains secteurs à l'origine de réactions clientélistes de la part des prescripteurs. Pour ne pas perdre une clientèle qui lui ferait défaut, ou pour gagner celle-ci, la tentation de répondre à la demande explicite ou induite des malades est forte. Par ailleurs, le rythme des consultations consécutif au paiement à l'acte, et donc à la course à l'acte de certains médecins, est une cause reconnue de prescriptions, qu'il s'agisse d'examen diagnostique ou d'arrêts de travail : le temps consacré à l'acte clinique ne permet pas la disponibilité nécessaire à l'explication et au refus.

Précisons que ce phénomène n'est pas seulement financier et qu'il contribue à aggraver les situations de désinsertion professionnelle.

Plus important, les effets inflationnistes des modes de tarification, en particulier hospitaliers, et le consumérisme médical qu'ils induisent, tant de la part du prescripteur que du consommateur, sont particulièrement sous évalués dans leurs conséquences en termes d'absentéisme. Ainsi, lorsque l'on observe les différences entre territoires en matière d'indications chirurgicales, il est évident que celles-ci, essentiellement corrélées à la densité de l'offre, engendrent des interventions non justifiées, et donc des arrêts de travail qui ne le sont pas plus. Il en est de même, au regard de la durée des arrêts cette fois, des phénomènes plus ou moins importants de fuites géographiques, entre département mais également à l'intérieur des départements, en particulier pour les traitements de longue durée comme en dialyse ou en cancérologie, qui génèrent un accroissement de fatigue, ou encore l'impossibilité compte tenu des horaires et des temps de déplacement de concilier une activité professionnelle même réduite.

Autre phénomène à l'œuvre dans une forme d'empathie du médecin prescripteur vis-à-vis de souffrances professionnelles exposées par leurs patients, leur propre mal être face à leur charge de travail, l'évolution administrative de leur métier, et globalement leur sentiment de non reconnaissance. Une prescription par procuration en quelque sorte.

Un environnement général du système de santé privilégiant le risque zéro tant sur le plan médical que juridique et engendrant de fait des arrêts de travail préventifs

L'organisation des soins elle-même peut être la source d'arrêts de « précaution » surtout dans un contexte réel ou supposé de la juridiciarisation croissante de la santé. Il en est ainsi des délais de rendez-vous chez certains spécialistes ou pour les examens d'imagerie médicale (scanner IRM). Tant que le patient n'a pas bénéficié de ces examens ou consultation, le médecin traitant va le maintenir en arrêt, parfois plusieurs mois. En effet, sauf situation d'urgence vitale et cela est très rarement le cas dans les pathologies orthopédiques, la gestion des rendez-vous par les structures ne priorisent pas en fonction des situations professionnelles et donc des risques sur l'emploi de la personne d'une attente trop importante.

Le cas de la maternité revient très souvent dans les témoignages, là encore dans les secteurs tels que la santé fortement marqués par les risques médico légaux mais également générateur de stress important en particulier au regard des horaires de travail, comme un terrain emblématique d'une protection et d'une sécurisation tant de la part du médecin traitant ou obstétricien que de la future maman, avec des arrêts dès la déclaration de grossesse.

Conclusions et diagnostic

Au regard des différents entretiens, confirmés par une nombreuse littérature, de multiples leviers sont à l'œuvre dans l'évolution des arrêts de travail, entremêlant l'entreprise, les salariés et les offreurs de soins. Un fil



conducteur semble néanmoins se dégager et qui contribue fortement à l'atomisation des relations au sein de l'entreprise et à l'incapacité à apporter des réponses collectives, celui de problématiques générationnelles spécifiques bien que multi factorielles :

- les baby-boomers (génération née entre 1945 et 1964)
- la génération X (génération née entre 1965 et 1977)
- la génération Y (génération née entre 1978 et 1995)

- la génération des baby-boomers

Cette génération va se caractériser :

- sur le plan de la santé, par l'augmentation des pathologies chroniques du fait de la progression de celles-ci en population générale et du renforcement du dépistage.
- sur le plan social et familial par la prise en charge de parents dépendants
- sur le plan professionnel par un risque accru de désinsertion après une maladie et la difficulté d'obtenir un reclassement professionnel au regard de la technicité croissante des métiers et de la sous-traitance des activités à faible qualification.

Les réformes successives de la législation sur les retraites, dans une population salariée qui pour partie est entrée tardivement dans la vie active (premières générations ayant accédé massivement aux études supérieures) joue comme accélérateur de ces phénomènes en allongeant la durée d'activité, avec le risque de passage par l'arrêt de travail de longue durée pour couvrir le différentiel de trimestres. C'est bien sûr également dans cette génération de salariés que peuvent jouer les phénomènes d'anticipation des conséquences de la cessation d'activité, au regard des interventions chirurgicales programmées par exemple.

- la génération X

Génération « intermédiaire », elle se trouve moins concernée par les phénomènes de santé que les deux autres et plus par la conciliation vie personnelle/vie professionnelle, mais aussi par les modifications du milieu professionnel.

C'est au sein de celle-ci que vont se concentrer les salariés aux revenus moyens et donc également les cadres de premier niveau, qui subissent en première ligne des effets de la course à la performance, pris entre des exigences de résultats de la part de leur hiérarchie, et un personnel, soit qu'il encadre, soit dont il assure le tutorat compte tenu de son expérience, qui s'inscrit dans le positionnement de la génération suivante et de sa démotivation.

On va trouver dans cette génération de salariés les personnes, compte tenu de leurs revenus, qui s'expatrient pour l'acquisition du logement, et s'éloignent ainsi géographiquement de leur lieu de travail, sachant qu'ils ont à gérer des enfants encore en âge scolaire qui ne sont plus pris en charge par le système de garde ainsi que parfois des parents vieillissants.

C'est donc logiquement au sein de ces salariés que la chute des solidarités au sein de l'entreprise liée au sentiment de perte de valeurs va engendrer un mal être au travail et un report sur celui-ci des difficultés personnelles.

En matière de santé, cette génération va être plus impactée par les phénomènes de stress, et de conduites addictives en dehors sur milieu du travail (sommeil, alcool, anxiolytiques, rythme alimentaire).

- la génération Y

Les problèmes de santé spécifiques à cette génération sont en premier lieu antérieurs à la vie professionnelle, avec des conduites addictives présentes au moment de l'entrée dans la vie active (alcool cannabis), une sédentarité fragilisant les organismes tant physiquement que psychologiquement, une alimentation déficiente, qui vont se poursuivre au sein de l'entreprise.

Sur le plan social, c'est également dans cette génération que le poids de familles monoparentales (femmes seules essentiellement) est le plus important, ainsi que la part de salaires faibles en termes de pouvoir d'achat et de manque de qualifications par rapport aux nouveaux métiers.

Mais c'est aussi au sein de cette population salariée que vont émerger les attentes non satisfaites en termes d'autonomie, d'initiative et où l'écart entre le poids des procédures et de la centralisation des décisions et la culture de l'indépendance est le plus mal accepté.

Le travail salarié dans cette génération n'est pas vécu comme un potentiel épanouissement, ce dernier passant par d'autres activités non professionnelles.

Un secteur emblématique de l'ensemble des facteurs pathogènes : celui de la santé

Le secteur de la santé et plus particulièrement celui des établissements de soins et médico-sociaux, est emblématique car regroupant l'ensemble des facteurs recensés précédemment. Comme par ailleurs, il est l'un des secteurs en très forte progression par rapport au secteur industriel et commercial, il se trouve être moteur dans l'accroissement des arrêts de travail. En effet, il se trouve touché par :

- le paradoxe des conditions de travail : introduction de la logique de résultats dans une activité qui fonde son investissements sur l'altruisme ; déqualification des recrutements par manque d'effectifs sur le marché ; accroissement de l'exigence des « clients » et des familles ;
- l'évolution des conditions de vie et générationnelles : les salariés des entreprises de soins sont jeunes (fort taux de renouvellement) et présentent donc les caractéristiques évoquées précédemment : fragilité psychologique et physique par rapport à des métiers exigeants en la matière, faible pouvoir d'achat et donc de projection dans l'avenir,

S'ajoutent à ces considérations d'ordre général mais les rejoignent, les spécificités de ces activités depuis plusieurs années :

- vieillissement de la population prise en charge
- sorties d'hospitalisation plus précoces : demande plus de productivité
- changement de la cellule familiale (moins d'aide des parents)
- augmentation des charges afférentes aux soins : traçabilité, qualité, administratif, informatique et touchant particulièrement les cadres
- évolutions des tâches souhaitées pas non mesurées : délégation de tâches
- augmentation de la charge émotionnelle : de plus en plus de décès à domicile (soins à domicile)
- augmentation de l'insalubrité et de la précarité pour le travail à domicile : manque de matériel, postures, etc.
- un absentéisme mal compensé par manque de moyens mais surtout insuffisance de candidatures (fuite vers le libéral des professions paramédicales) qui engendre un alourdissement des charges pour le personnel présente et dont un cercle vicieux des arrêts de travail.



Ainsi le secteur professionnel du soin et de l'aide à la personne concentre un ensemble de phénomènes à l'œuvre dans la progression des arrêts de travail, qui en font un secteur fortement responsable de la hausse globale de l'absentéisme

Une région, l'Aquitaine, et un département, la Gironde, qui cumulent nombre des facteurs de risques identifiés pouvant expliquer leur situation atypique au regard des taux d'évolution annuels.

Plusieurs marqueurs de l'absentéisme identifiés dans le diagnostic, sont particulièrement présents en Aquitaine, et encore plus en Gironde qui représente d'une part la moitié des dépenses en la matière, mais qui est également un moteur « culturel » des comportements en région.

Sur l'impact direct de l'organisation des soins sur le comportement des malades en matière d'arrêts de travail, la région et le département se caractérisent par un taux d'évolution des dépenses de soins, par un écart aux moyennes régionales sur le nombre d'indications chirurgicales et par une densité de généralistes, plus importante que sur le reste du territoire.

Sur l'évolution des métiers et des secteurs professionnels, le poids du secteur de la santé est considérable, et en particulier le nombre de lits hospitaliers et médico sociaux rapportés à la population.

La pyramide des âges en région est marquée par rapport à la pyramide nationale par une sur-représentation des jeunes actifs et de seniors actifs.

Même les phénomènes sociologiques et économiques, tels que l'éloignement des centres villes pour une installation financièrement acceptable dans des zones excentrées, et donc également le rapport rémunération/intérêt au travail, ne sont certes pas différents entre la Gironde et d'autres territoires fortement urbains, mais ils sont plus récents, et impactent donc les taux d'évolution.

Enfin, les indicateurs en santé montrent que l'Aquitaine est relativement mal placée et se distingue par une prévalence de certaines pathologies chroniques, dont le cancer, mais également par les conduites addictives chez les jeunes.

Quel plan d'actions possible pour répondre à ces constats

À la lecture de cette étude et du diagnostic final, la tentation pourrait être grande de céder au découragement, tant les contributions à l'augmentation des arrêts de travail sont vastes et peu ou pas maîtrisables par l'assurance maladie. De la même manière, des interrogations pourraient naître sur l'utilité des programmes d'actions que mène l'assurance maladie pour lutter contre les abus, considérant qu'ils sont une goutte d'eau dans l'océan de la problématique de l'absentéisme maladie.

Tel n'est pas le cas pour plusieurs raisons. La première est que le fait que l'assurance maladie remplisse ses obligations en matière de contrôle en particulier est une condition de crédibilité et de légitimité qui lui permet de porter le message plus vaste de la question de santé publique que pose l'évolution des arrêts de travail. La seconde est qu'elle permet de garantir l'équité entre les territoires et donc de garantir pour des actions plus amples que les spécificités spatiales ne sont pas dues à une insuffisance d'investissements des caisses et des services médicaux dans leur missions de base. Quant à l'impuissance de l'assurance maladie à agir sur des phénomènes qui renvoient à l'organisation du travail dans les entreprises, les conduites addictives des nouvelles générations de salariés, ou encore les phénomènes sociologiques d'isolement familial ou d'éloignement géographique du lieu de travail, elle n'est que relative.

Car des solutions peuvent être proposées. Certes, elles sortent du cadre traditionnel des missions de l'assurance maladie, mais sa responsabilité en termes d'optimisation des dépenses et de prévention des risques la légitime pour aller sur de nouveaux champs d'intervention.

Ainsi,

- on peut agir sur les organisations de travail et plus généralement sur les modèles de management à l'intérieur des entreprises, en portant auprès de ces dernières les expérimentations qui sont menées dans le même secteur d'activité ou dans d'autres secteurs, et qui ont permis d'améliorer les conditions de travail et de diminuer l'absentéisme. Des initiatives sont nombreuses associant des entreprises sur de telles expérimentations, mais ce sont par définition des employeurs particulièrement sensibilisés à la problématique qui partagent ces expériences. La très grande majorité des entreprises en ignore même l'existence, et leur portée est une humble mais possible judicieuse aide à apporter aux chefs d'entreprises.
- on peut agir sur les questions de santé en dehors et à l'intérieur de l'entreprises. Sans s'immiscer dans l'intimité du salarié et sans intervenir sur le libre arbitre de chacun en matière de conditions de vie, il n'est pas anormal que s'élargissent au-delà du seul risque professionnel, les actions qui sont proposées via l'employeur aux salariés pour améliorer leur état de santé. Des expériences ont déjà été menées en ce sens, d'organisation d'ateliers en éducation à la santé sur des thématiques telles que le sommeil, l'alimentation les conduites addictives, voire des examens périodiques de santé.
- on peut agir sur la compatibilité entre vie personnelle et vie professionnelle, au travers de la création de services aux salariés leur permettant d'alléger leurs obligations extraprofessionnelles, incluant la garde d'enfants, et donc s'adressant prioritairement aux familles isolées et monoparentales
- on peut agir sur les situations de désinsertion professionnelle en proposant la prise en charge de ces services aux salariés par d'autres salariés en recherche de reclassement.
- on peut agir sur l'éloignement domicile travail certes en développant le télétravail, mais ce faisant au risque d'aggraver les risques de désocialisation. Des solutions intermédiaires consistant à créer des plates-formes communes inter-entreprises où les salariés peuvent venir travailler à proximité de leur domicile plusieurs fois par semaine, pour des entreprises différentes, mais contribuant ainsi à conserver le lien social.
- on peut agir sur la prise de décision institutionnelle, tout d'abord en constituant un observatoire comparatif des prestations sociales, permettant d'alerter les décideurs sur les effets de vase communicant sur le plan financier de certaines décisions prise en matière d'économie des dépenses sociales.
- on peut agir sur nos propres modèles en améliorant la performance et surtout la réactivité de nos processus de prévention de la désinsertion professionnelle.
- on peut donc également agir sur la pertinence de nos contrôles et s'interroger certes toujours sur la pertinence d'un arrêt et de sa durée par rapport à la pathologie, mais également en intervenant en amont prioritairement sur la pertinence des actes eux-mêmes lorsqu'ils sont particulièrement générateur d'arrêts de travail. Plus globalement, et cela vaut pour les actions qui pourraient être menées dans le domaine de la promotion de la santé, il sera plus efficace et surtout plus durable dans le temps de s'attaquer aux causes plutôt qu'aux conséquences, que sont en définitive, nombre d'arrêts de travail.
- on peut agir sur l'organisation des soins lorsque celle-ci est génératrice elle-même d'arrêts de travail. Il en est ainsi de la régulation des accès aux actes de diagnostic préalable aux interventions chirurgicales en incluant dans les priorisations la notion d'activité salariée. Tout comme il est possible de privilégier les accès aux structures de proximité pour la prise en charge de pathologies chroniques.

Ainsi, aucun des diagnostics de la présente étude n'est réellement sans solution possible. En revanche, ce que cette étude met en lumière indubitablement, est que sur les aspects essentiels qui fondent l'évolution des arrêts de travail, aucun acteur ne dispose seul des solutions. Or, ce qui caractérise l'action de chacun d'entre eux, est un total isolement comme on le voit dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle, voire des procès d'intention entre caisses et prescripteurs, entre médecins traitants et médecin du travail entre

employeurs et médecins traitants, chacun attendant de l'autre ou des autres une réponse qui lui appartient pour partie.

C'est donc par la mise en commun des intérêts et des volontés d'agir que des solutions de moyen terme peuvent être mises en place.

Quel plan d'actions concret mettre en œuvre ?

L'espace de cette mise en commun n'est probablement pas le secteur d'activité économique, le type de pathologies ou tout autre approche renvoyant inévitablement à une responsabilisation de tel ou tel acteur, mais plus certainement celui du territoire, où peuvent se croiser les intérêts des entreprises des salariés et des professionnels de santé.

On peut ainsi imaginer de sélectionner un secteur géographique présentant une concentration d'entreprises et dans lequel pourraient être proposées :

- la création de service aux salariés commun aux entreprises du secteur (garde d'enfants, conciergerie, travaux domestiques) et assurés par des salariés en reclassement professionnel,
- la création d'une plate-forme de télé-travail dans un secteur géographique sur lequel résiderait un nombre significatif de salariés des différentes entreprises,
- la mise en place d'une instance locale associant médecins traitants, médecins du travail, service médical de l'assurance maladie et capable de prendre des décisions réactives en termes de maintien ou retour à l'emploi de salariés en arrêt de travail de longue durée,
- la création d'un club d'entreprises du secteur partageant les pratiques en matière de management, et auprès duquel pourraient être portées les expériences recueillies par l'assurance maladie,
- l'organisation de bilans de santé délocalisés sur le secteur ouverts aux salariés volontaires sur leur temps de travail,
- la mise en œuvre avec l'ARS et les professionnels libéraux du secteur, d'une plate-forme de régulation des actes d'imagerie médicale priorisant en termes de délais les actes de diagnostic préopératoire pour les salariés,
- la mise en place, à titre expérimental, pour les salariés du secteur concerné, d'un dispositif de MSAP (mais qui pourrait plus utilement se dénommer « second avis médical ») pour des interventions chirurgicales identifiées comme anormalement élevées en Gironde par rapport aux autres départements.

