



Prescriptions d'arrêts de travail pour des raisons psychiques en Suisse: contexte, évolution et procédure

Une analyse des dossiers de personnes assurées de l'assurance indemnités journalières maladie SWICA

Résumé

Une première en Suisse: pour la présente étude, à la demande de l'assurance indemnités journalières maladie SWICA et en étroite coopération avec elle, un nombre significatif de dossiers d'indemnités journalières pertinents en matière d'incapacité de travail pour des raisons psychiques ont été analysés en profondeur. L'objectif de ce vaste projet est de générer une large base de données dans le but de mieux comprendre les causes de l'incapacité de travail pour des raisons psychiques. Il s'agit aussi d'en cerner l'évolution et d'identifier les caractéristiques qui influencent en particulier la durée des arrêts de travail. De plus, une meilleure compréhension des faits mettrait en exergue le potentiel dont disposent les personnes assurées, les entreprises, les médecins et les assurances. En d'autres termes, quelles contributions peuvent-ils apporter pour que les incapacités de travail de longue durée (qui sont parfois inévitables) n'entraînent pas la perte de l'emploi, le chômage, voire la dépendance de l'aide sociale ou l'invalidité?

Situation initiale et problématique

Depuis plusieurs années déjà, le nombre de cas d'incapacité de travail pour des raisons psychiques ne cesse d'augmenter. En Allemagne, par exemple, le nombre de cas ainsi que le nombre de jours d'incapacité de travail a triplé entre 1997 et 2019. En Suisse, les chiffres à l'échelle nationale sur une longue période sont insuffisants. Cette tendance, surtout en ce qui concerne les maladies psychiques, se dessine aussi dans d'autres pays industrialisés. Les causes sont incertaines. L'augmentation du nombre de maladies psychiques dans la population ne peut toutefois pas être qualifiée d'épidémique. Il semble, en revanche, que la perception et la gestion des troubles psychiques ont évolué dans la société et sur le marché du travail. La hausse du nombre de prescriptions d'arrêts de travail contraste avec un service de soins psychiatriques différencié, qui s'est considérablement étendu et professionnalisé au cours des dernières décennies. De plus, les tabous liés aux troubles psychiques ont été en partie levés. Aujourd'hui, la détection et le traitement sont plus fréquents, plus précoces et plus professionnels.

Sujets abordés lors de l'étude

Les sujets abordés lors de l'étude concernent non seulement le type d'incapacité de travail, mais aussi tous les acteurs principaux impliqués ainsi que la comparaison entre les arrêts de travail d'origine psychique et ceux d'origine somatique:

- caractéristiques de l'incapacité de travail, degré, durée, lien avec le lieu de travail;
- caractéristiques et comportement de la personne assurée, situation familiale, sociale, biographie;
- caractéristiques de la maladie, atteinte, traitement, anamnèse;
- caractéristiques de l'entreprise, des conditions de travail, de l'activité, de la situation d'emploi;
- caractéristiques des rapports médicaux, de l'évaluation, des informations relatives à la réinsertion;
- caractéristiques du processus d'assurance;
- facteurs influençant la durée de l'incapacité de travail;
- comparaison entre les incapacités de travail d'origine psychique et celles d'origine somatique.

Échantillonnage, procédure et méthodologie

Trois sous-échantillons ont été sélectionnés au hasard parmi les dossiers d'assurance de personnes qui se sont retrouvées en incapacité de travail pour la dernière fois en 2019:

- 1) personne assurée en incapacité de travail pour des raisons **psychiques**, min. 15 jours et max. 365 jours (n = 782);

- 2) personne assurée en incapacité de travail pour des raisons **psychiques**, min. 365 jours et max. 730 jours (n = 552);
- 3) personne assurée en incapacité de travail pour des raisons **somatiques**, min. 365 jours et max. 730 jours (n = 622).

Les sous-échantillons 2) et 3) sont surreprésentés par rapport à leur fréquence réelle et ont donc été pondérés à la baisse dans le cadre des présentes évaluations. Au total, 1956 dossiers ont été examinés. L'analyse s'est portée, entre autres, sur a) les données système de SWICA, sur b) tous les rapports établis par des médecins de famille et des spécialistes ainsi que les expertises et autres rapports médicaux (p. ex. rapports de sortie de cliniques) pertinents en matière d'incapacité de travail et sur c) les informations provenant du premier contact entre l'assurance et la personne assurée. De surcroît, des estimations ont été formulées sur la base de la connaissance du dossier global.

Les dossiers ont été saisis entre septembre 2020 et fin janvier 2021. Une équipe de 12 spécialistes et Care Manager de SWICA s'est chargée de la saisie des dossiers, qui a duré en moyenne 1 à 1,5 heure. À cet effet, ils ont été libérés, du moins partiellement, de leur fonction pour la saisie des dossiers. Ces spécialistes ont été formés et suivis de près (à intervalles hebdomadaires). La conformité de la saisie a été vérifiée et approuvée. Le savoir-faire professionnel et la motivation de l'équipe de saisie a permis de garantir l'excellente qualité des données. Outre les analyses statistiques descriptives (fréquence, valeurs moyennes, tableaux comparatifs), d'autres analyses ont été réalisées: typographie des personnes assurées, caractéristiques de la maladie, entreprises, rapports médicaux, etc. Enfin, l'étude inclut des facteurs d'influence unidimensionnels et multidimensionnels sur la durée de l'incapacité de travail.

Ci-après est présentée une sélection des résultats principaux obtenus.

Degré, durée et type des incapacités de travail pour des raisons psychiques

Les incapacités de travail pour des raisons psychiques durent en moyenne 218 jours (hormis les cas de moins de 15 jours). C'est nettement plus long que la plupart des arrêts de travail prescrits pour des raisons somatiques. La médiane (valeur moyenne: même nombre de personnes assurées avec une durée d'incapacité de travail plus courte ou plus longue) est de 154 jours. Le premier quart des personnes assurées présente une durée d'incapacité de travail inférieure à trois mois; le deuxième quart, de trois à cinq mois; le troisième quart, de cinq à neuf mois et le dernier quart, de neuf à 24 mois.

Dans 95 % des cas, il s'agit d'un arrêt de travail complet dès le début (et la plupart du temps jusqu'à la fin). La combinaison d'incapacités de travail complètes et de longue durée n'est pas idéale du point de vue de la réinsertion, car il en résulte une perte de contact entre la personne assurée, son ou sa supérieur(e) et ses collègues de travail. Cela soulève la question s'il n'aurait pas été approprié d'opter plus fréquemment pour une incapacité de travail partielle. Il n'est par conséquent pas surprenant que, dans la moitié des cas (51 %), le rapport de travail est dissout; dans deux tiers des cas, à l'initiative de l'employeuse ou de l'employeur. La longue durée (prévisible) de l'incapacité de travail a également pour conséquence que près de 40 % des personnes assurées se sont inscrits auprès de l'assurance-invalidité par le biais de l'assurance indemnités journalières maladie; en revanche, pour 40 % de ces personnes assurées inscrites, l'assurance-invalidité a pris des mesures proactives de réinsertion.

Au total, pour environ la moitié des arrêts de travail prescrits, il faut présumer une «incapacité de travail liée au poste de travail». Cela signifie que les personnes assurées ne présentent pas une incapacité de travail générale, mais uniquement au poste de travail actuel.

La plupart des personnes assurées sont ouvertes et coopèrent volontiers

Dans la grande majorité des cas (environ 75 %), les personnes assurées coopèrent volontiers. Près de la moitié d'entre elles informent ouvertement sur leur assurance, et les trois quarts décrivent leurs

troubles de façon claire et précise. C'est pourquoi il est important de considérer avec sérieux les renseignements fournis par les personnes assurées au début de leur arrêt de travail. Plus le ressenti subjectif des personnes assurées est négatif au début, plus l'incapacité de travail sera longue.

Lorsque la coopération, l'ouverture et la description (exagérée) des troubles s'avèrent problématiques, il faut en général s'attendre à une évolution difficile: une partie des personnes assurées présente des limitations plus importantes; elles ont des difficultés à interagir de manière adéquate. L'autre partie des personnes assurées a des conflits au travail; les rapports médicaux mentionnent des troubles du comportement.

Derrière toute incapacité de travail se cache souvent une histoire

Les maladies causant l'incapacité de travail sont rarement (environ 20 % des cas) des affections aiguës (apparaissant pour la première fois). En revanche, dans près de 40 % des cas (soit deux fois plus souvent), l'incapacité de travail est due à la détérioration d'un problème de santé existant ou à la réaction à un problème au poste de travail (environ 50 % des cas; plusieurs réponses possibles). Les personnes assurées souffrant d'affections aiguës et d'un problème de santé préexistant sont davantage limitées; leur incapacité de travail dure plus longtemps que celle résultant d'un événement réactif.

Les maladies préexistantes sont fréquentes: la moitié des personnes assurées actuellement en arrêt de travail avaient des problèmes antérieurs au travail. Ils sont souvent apparus lors d'emplois précédents (31 %) ou durant la scolarité, voire plus tôt encore (25 %). Autrement dit, bien avant l'arrêt de travail actuellement prescrit: l'âge médian des personnes assurées analysées est de 42 ans. Le moment d'apparition des problèmes de performance et de comportement est significatif: plus les troubles psychiques surviennent tôt pour la première fois, plus les atteintes au quotidien sont importantes et plus l'incapacité de travail actuelle sera longue. Cela s'applique aussi à la comorbidité: les personnes assurées qui souffraient déjà de maladies somatiques et psychiques présentent des atteintes plus importantes et une incapacité de travail plus longue.

Ces résultats montrent, d'une part, que la connaissance préalable de ces problèmes existants serait utile à la planification de la réinsertion. D'autre part, ils indiquent l'existence d'un important potentiel de prévention.

Isolement social, conflits familiaux et contraintes du quotidien

Pour près d'un quart des personnes assurées, la documentation fournie indique qu'elles sont socialement isolées. Pour environ 30 % d'entre elles, le facteur déclencheur de l'incapacité de travail inclut des problèmes d'ordre privé: conflits avec la compagne ou le compagnon ou avec l'entourage, problèmes avec les enfants, problèmes financiers ou juridiques. Près de 10 % des femmes assurées élèvent seules leurs enfants. L'isolement social en particulier présente une forte corrélation avec les incapacités de travail de longue durée. Cela signifie que les contraintes surgissent souvent à la fois au poste de travail et dans la vie privée.

La typologie des personnes assurées souffrant de maladies psychiques a résulté en 5 catégories. Parmi elles, les deux groupes suivants présentent un risque particulièrement élevé d'une incapacité de travail de longue durée: d'une part, les personnes assurées divorcées, socialement isolées et/ou qui élèvent seules leurs enfants, 47 ans d'âge moyen (12,7 %); d'autre part, les personnes assurées célibataires, souvent socialement isolées, 30 ans d'âge moyen (14 %). Il s'agit là des mêmes groupes qui présentaient le plus souvent déjà des troubles et problèmes durant leur scolarité et dans leurs anciens emplois.

La plupart des prescriptions d'arrêts de travail résultent de conflits au poste de travail.

Les conflits au poste de travail sont particulièrement importants: selon les informations fournies par les personnes assurées et les employeuses ou employeurs, plus de 60 % des rapports de travail sont résiliés dans le cadre d'une incapacité de travail, ou une résiliation est prévue. 57 % de toutes les incapacités de travail pour des raisons psychiques surviennent en réaction à des offenses ou des conflits au poste de travail. En d'autres termes, la plupart des incapacités de travail pour des raisons psychiques sont provoquées par l'escalade de problèmes au poste de travail. Lorsqu'il en résulte, après une longue période, la prescription d'un arrêt de travail, il devient difficile pour toutes les parties impliquées de trouver une solution satisfaisante.

Les arrêts maladies prescrits à la suite de conflits présentent une dynamique particulière.

Les incapacités de travail causées par des conflits au poste de travail se distinguent à bien des égards des autres arrêts de travail prescrits: lorsqu'un arrêt de travail survient directement après une résiliation, il s'agit presque toujours (90 % des cas) d'une incapacité de travail à la suite de conflits. Le déroulement est similaire lors de changements au sein de l'entreprise (réorganisation, réduction des effectifs, changement de cadre): lorsque ces changements sont documentés, il s'agit presque toujours de situations conflictuelles.

Le comportement des personnes assurées varie également: lorsqu'elles font preuve de passivité dans le cadre de leur réinsertion, si elles repoussent l'échéance ou si elles ne restent pas en contact avec leur employeuse ou employeur, il s'agit, dans trois quarts des cas, d'incapacités de travail à la suite de conflits. Les incapacités de travail qui semblent incohérentes parce que la durée et le degré ne sont pas vérifiables, qui menacent le maintien de l'emploi de la personne assurée et qui n'ont jamais été suivies de mesures de réinsertion sont bien plus souvent le résultat de conflits.

80 % de ces prescriptions d'arrêts de travail dus à des conflits sont liées au poste de travail. Cela signifie que les personnes assurées étaient tout à fait capables de travailler à un autre poste de travail. Par conséquent, les prescriptions d'arrêts de travail dus à des conflits sont plutôt surreprésentées parmi les incapacités de travail «plus courtes» (jusqu'à cinq mois). Pourtant, la part de prescriptions d'arrêts de travail dus à des conflits parmi toutes les prescriptions d'arrêts de travail ne passe jamais en dessous de 43 % à l'expiration de la durée maximale d'incapacité de travail de deux ans. Cela signifie que, parmi les incapacités de travail de durée maximale, presque un arrêt sur deux est dû à des conflits, des offenses ou des frustrations au poste de travail. Ces résultats illustrent bien les répercussions de ce type d'offense sur le long terme.

Deux groupes de personnes assurées avec une incapacité de travail due à des conflits

Les personnes assurées en incapacité de travail à cause de conflits au poste de travail ne forment pas un groupe homogène dont on pourrait prétendre qu'elles étaient toutes capables de travailler. Il n'est pas non plus possible de désigner les coupables de ces conflits. Les données indiquent qu'il existe deux groupes environ de même taille: d'une part, il s'agit de personnes avec des problèmes antérieurs et des problèmes documentés dans les précédents emplois ou à l'école déjà. Ces personnes ont aussi des problèmes considérables et des atteintes importantes dans la vie privée et suivent souvent déjà un traitement psychiatrique. Le risque d'un arrêt de travail prolongé est grand. Le deuxième groupe ne suivait aucun traitement psychiatrique avant l'actuelle incapacité de travail; aucune atteinte ni aucun problème quotidien antérieur ne sont documentés. Au vu de leur capacité de travail globale, ces personnes présentent des arrêts de travail certes longs (entre cinq et neuf mois), mais rarement très longs (plus de neuf mois).

La plupart des prescriptions d'arrêts de travail résultent d'une situation problématique et de plus en plus tendue au poste de travail. Il apparaît donc clairement que l'incapacité de travail est, en principe, l'aboutissement d'une longue évolution, et pas le début. Il serait donc essentiel d'apporter de l'aide longtemps avant un éventuel arrêt de travail et tant que la relation de travail est encore intacte. Une fois que l'arrêt de travail est prescrit, la situation est souvent bloquée.

Quel rôle la taille de l'entreprise et la branche jouent-elles?

80 % des personnes assurées ont un taux d'occupation de 80 à 100 %. Neuf sur dix sont des travailleurs ou employés sans fonction de cadre. Les grandes entreprises occupant 250 personnes ou plus sont plutôt surreprésentées.

Ce fait est important, car le nombre de collaboratrices et collaborateurs concorde avec la durée de l'incapacité de travail (mais pas forcément avec le nombre de cas): plus l'entreprise est grande, plus l'incapacité de travail est longue. Le lien entre la taille de l'entreprise et la durée de l'incapacité de travail s'explique probablement par le fait que plus l'entreprise est grande, plus le contrôle social est réduit. Par conséquent, l'absence d'un membre du personnel a moins d'impact direct que dans une petite entreprise. En contrepartie, les grandes entreprises offrent souvent une large palette de services de soutien, qui font généralement défaut dans les PME (service social, psychologues, coachs professionnels, etc.).

La durée d'engagement des personnes assurées est aussi déterminante: plus leur rapport de travail dans l'entreprise est long, plus leur incapacité de travail l'est aussi. Cela s'explique en partie par le fait que l'incapacité de travail des personnes assurées plus âgées est plus longue que celle des personnes plus jeunes. La durée d'engagement et la durée de l'arrêt de travail sont liées, indépendamment toutefois de l'âge de la personne assurée.

Dans les présents cas, la durée d'incapacité de travail varie fortement en fonction de la branche. L'écart entre les branches recensant les durées en moyenne les plus courtes (construction avec 171 jours; logistique avec 191 jours) et les branches recensant les durées les plus longues (administration publique avec 267 jours; banques/assurances avec 262 jours; éducation avec 255 jours) s'élève à environ 90 jours. Les incapacités de travail dans les grandes entreprises sont particulièrement longues, bien qu'elles disposent des services de soutien, contrairement aux petites et moyennes entreprises. Cela témoigne d'un grand potentiel: ces entreprises en particulier disposent en principe des ressources nécessaires pour intervenir à temps et même prévenir les problèmes et escalades de conflits entre collaboratrices et collaborateurs.

Les exigences et conditions de travail sont importantes

Les exigences liées à l'activité professionnelle jouent aussi un rôle important pour la durée de l'incapacité de travail. Cela concerne en particulier les exigences élevées en matière de discipline/fiabilité et en lien avec les émotions. Ces deux aspects sont liés à des durées plus longues.

La branche des finances et celle de l'administration présente très souvent des exigences élevées en matière de discipline/fiabilité/cognition. Dans les secteurs du commerce, de la santé et du social et de l'éducation en revanche, les exigences d'ordre émotionnel et en matière d'interaction sont beaucoup plus répandus. Ces corrélations expliquent en partie les différences entre les branches. Enfin, les incapacités de travail de longue durée sont liées à une exigence de performance particulièrement accrue.

En particulier face aux troubles psychiques, il est tout à fait compréhensible que les exigences émotionnelles et cognitives élevées ainsi que celles en matière de performance et de fiabilité puissent

retarder une réinsertion. La capacité de travail décrit de manière générale le rapport entre les exigences et la capacité de performance; plus les exigences sont élevées, plus la capacité de performance devrait l'être aussi. Pour une réinsertion dans les meilleurs délais, il est donc d'autant plus important d'adapter à la fois le taux d'occupation, les tâches, les exigences ainsi que les contraintes de rendement. En effet, il est fort probable que la capacité de performance de la personne concernée ne soit pas entièrement rétablie.

Diagnostic: presque exclusivement des dépressions et des troubles d'adaptation

Du point de vue du diagnostic, les troubles affectifs (épisodes dépressifs et troubles dépressifs récidivants) et les troubles névrotiques (en particulier réactions liées au stress, troubles de stress post-traumatique et troubles d'adaptation) sont prédominants. La dépendance à des substances (11 %) et les troubles de la personnalité (8 %) sont nettement moins fréquents. Pour ces derniers, ce constat est très probablement lié à une sous-estimation de leur fréquence effective.

La récurrence de diagnostic des réactions liées au stress et des troubles d'adaptation s'explique par les très nombreuses prescriptions d'arrêts de travail dus à des conflits. Il est toutefois difficile de concevoir que presque toutes les personnes assurées souffrent principalement d'un trouble dépressif ou d'adaptation; notamment en raison de l'apparition précoce des problèmes de santé. Cela pourrait indiquer que les prescriptions d'arrêts de travail ne mentionnent souvent que les symptômes actuels (en général à caractère dépressif et sous forme de stress), y compris dans le cas d'autres troubles psychiques. Malheureusement, les symptômes actuels n'en disent pas long sur la situation globale et l'évolution des troubles psychiques (souvent sur des années, voire de décennies).

Le diagnostic presque exclusivement centré sur le moment pose problème, car il ne livre pas beaucoup d'indicateurs pour des mesures de réhabilitation: comment prévoir une réinsertion? Quelles adaptations sur le lieu de travail seraient utiles? Quelles tâches peut-on confier à la personne assurée? À quoi faut-il veiller? etc. Par exemple, la situation n'est pas la même si une personne assurée souffre non seulement d'une dépression, mais présente aussi un trouble de la personnalité ou une accentuation de certains traits de personnalité.

En effet, de tous les diagnostics, celui du trouble de la personnalité est le plus étroitement lié à une incapacité de travail de longue durée. Si la personne assurée présente un tel trouble, l'arrêt de travail dure - selon les statistiques - 113 jours de plus que dans les autres cas. En présence d'accentuation de certains traits de la personnalité (état subclinique, c'est-à-dire manifeste, mais qui ne requiert pas de diagnostic), l'arrêt de travail dure 46 jours de plus.

Les atteintes au quotidien sont assez rares

Le problème de santé existant se manifeste avant tout au travail. En revanche, son influence dans d'autres domaines de la vie est relativement rare (relation de couple, éducation des enfants, contacts sociaux, gestion du foyer, administration et relation avec les autorités, loisirs hors de la maison, utilisation des transports publics). En dehors du travail, près de 80 % des personnes assurées ne connaissent aucune atteinte (64 %) dans les sept autres domaines de la vie, tout au plus une seule atteinte (14 %). Là aussi, on peut se demander si, dans certains cas, une incapacité de travail partielle serait envisageable.

Si des atteintes se manifestent néanmoins, c'est probablement dans la relation de couple, dans l'entourage social et dans les loisirs hors de la maison. Les problèmes dans la gestion du foyer, le contact avec les enfants, la gestion des tâches administratives et le contact avec les autorités ainsi que la mobilité (utilisation des transports publics) sont rares. En revanche, la survenue de la maladie à un jeune âge est pertinente dans ce cas: le nombre de personnes souffrant actuellement d'atteintes lourdes au

quotidien est nettement plus élevé parmi celles et ceux qui sont tombés malades enfants, adolescents ou jeunes adultes. En comparaison, les personnes tombées malades plus tard dans la vie sont moins touchées.

Les limitations fonctionnelles graves aussi restent exceptionnelles

Les limitations fonctionnelles (physiques, cognitives, affectives et interactionnelles) figurant dans les rapports médicaux sont souvent «légères», si elles sont documentées. Outre les limitations fonctionnelles physiques rares, 41 % des personnes assurées présentent des déficiences cognitives minimales; 49 % manifestent des déficiences émotionnelles et 19 %, des déficiences interactionnelles.

Considérant les rapports des psychiatres et des experts, seuls 7 à 14 % des cas présentent des limitations cognitives, affectives ou interactionnelles «graves». Par conséquent, les limitations «graves» restent exceptionnelles. Au total, 20 % des personnes assurées présentent en tout cas une forme de limitation fonctionnelle «grave». Il convient toutefois de préciser que chez ces personnes (75 % d'entre elles), les problèmes apparaissent très tôt déjà à l'école ou dans leur carrière professionnelle.

Des expertises et rapports médicaux détaillés uniquement pour les incapacités de travail de longue durée

75 % des dossiers d'assurance saisis contiennent des informations médicales. Deux tiers des dossiers incluent des rapports de médecins de famille et spécialistes (psychiatres) traitants. Lorsque les informations médicales font défaut, il s'agit souvent de personnes souffrant d'atteintes légères. Même si cela semble logique, il ne faut pas sous-estimer les risques de conflits au travail. La plupart du temps, les expertises sont demandées au cours de l'incapacité de travail. C'est en particulier le cas pour les personnes assurées présentant des atteintes considérables, des problèmes de santé préexistants, des maladies chroniques et des particularités dans la personnalité et le comportement.

Un phénomène analogue se dessine dans les rapports des médecins de famille et des psychiatres traitants: plus les rapports médicaux sont détaillés et fondés, plus l'incapacité de travail est longue. Autrement dit: les rapports sont particulièrement détaillés lorsque les arrêts de travail prescrits sont (très) longs. Bien que compréhensible, c'est malheureusement trop tard du point de vue d'une éventuelle réhabilitation. Il serait judicieux de disposer d'informations médicales approfondies dès le début de la procédure.

Le parcours professionnel n'est que peu apprécié

Les rapports des médecins de famille et psychiatres traitants sont médicalement fondés. Ceux provenant des psychiatres sont relativement fouillés (44 lignes par rapport de psychiatre). Les antécédents médicaux et l'historique des traitements sont souvent brefs. En revanche, la description du niveau de fonctionnement antérieur et le parcours professionnel font presque toujours défaut. Dans les rapports des médecins de famille, en moyenne 0,1 ligne est consacrée au parcours professionnel; dans les rapports psychiatriques souvent plus fournis, ce sont 5,4 lignes.

Les rapports médicaux recèlent un potentiel considérable: le parcours professionnel ou le niveau de fonctionnement de la patiente ou du patient lors de ses précédents emplois peut apporter des réponses dans l'évaluation de la capacité de travail actuelle et la planification de la réinsertion. Un grand nombre de patientes et patients souffrant de troubles psychiques et qui connaissent des difficultés au travail en avaient déjà précédemment, parfois aussi à l'école ou en formation. Beaucoup présentent un schéma typique, qui permet aussi de tirer des conclusions importantes dans le contexte actuel. Une analyse approfondie du parcours professionnel est chronophage. C'est pourquoi elle fait souvent défaut, en particulier chez les médecins de famille; et c'est compréhensible. Il serait peut-être judicieux d'augmenter la rémunération des rapports médicaux.

L'employeuse ou l'employeur en tant que source d'information importante

Les informations de tiers apparaissent rarement dans les rapports des médecins de famille et psychiatres (dans respectivement 12 % et 16 % des rapports). En revanche, elles sont bien plus prolifiques dans les expertises (dans environ 50 % des cas). Cependant, ces informations de tiers proviennent presque toujours d'autres médecins. Par contre, les renseignements fournis par l'employeuse ou l'employeur font presque toujours défaut, y compris dans les expertises.

Si l'on tient compte du fait que plus de la moitié des incapacités de travail sont liées à des conflits au poste de travail, l'absence d'informations de l'employeuse ou de l'employeur est significative. Sans ces données, l'évaluation de ce type de situation est très difficile, car la perception des patientes et patients et celle de leurs supérieur(e)s peut être très différente dans les situations de conflit. Connaître le point de vue de l'employeuse ou de l'employeur serait décisif non seulement pour l'évaluation de la capacité de travail, mais aussi pour le traitement. Cela fournirait en outre des suggestions importantes tirées du quotidien pour les objectifs et le déroulement thérapeutiques.

Autre défi similaire: dans leur examen (lorsqu'il existe), les médecins de famille en particulier et parfois aussi les psychiatres se basent presque exclusivement sur les données de la patientèle. Dans près de la moitié de tous les rapports de médecins de famille, l'examen fait défaut; lorsqu'un examen est réalisé, il est - dans 50 % des cas - exclusivement basé sur des informations subjectives fournies par les patientes ou patients. Dans les rapports psychiatriques, les examens sont beaucoup plus fréquents (80 % des cas). Seuls 20 % des rapports sont uniquement basés sur des données subjectives. Un examen est une évaluation médicale et pas un compte rendu des déclarations des patientes ou patients. Pour les maladies somatiques, les examens subjectifs sont très rares, y compris dans les rapports des médecins de famille. À l'instar des informations de tiers, un examen psychopathologique «objectif» constitue également une condition indispensable à une évaluation claire.

Souvent, les limitations fonctionnelles ne sont pas décrites

Le motif d'une incapacité de travail est la présence de limitations fonctionnelles dues à une maladie et qui entravent ou empêchent l'activité professionnelle. L'incapacité de travail ne découle pas des symptômes psychiques, mais d'une incapacité de travail engendrée par une maladie.

Souvent, ces limitations fonctionnelles ne sont pas documentées. Dans près de 50 % des rapports de médecins de famille et dans un quart des rapports de psychiatres, aucune limitation fonctionnelle n'est mentionnée. Il n'est donc pas clair si la personne assurée est en incapacité de travail et pourquoi. Pour cette raison aussi, les évaluations médicales pour tiers ne sont pas toujours vérifiables: 75 % des rapports de médecins de famille et près de 60 % des rapports de psychiatres ne sont pas clairs, car ils ne mentionnent aucune limitation. Les médecins de famille pourraient apporter des précisions en décrivant davantage les limitations au lieu des symptômes. La «traduction» des symptômes en limitations fonctionnelles apporterait une aide précieuse dans la planification de la réinsertion. Elle faciliterait aussi la communication avec l'employeuse ou l'employeur: c'est le langage qu'il comprend et qui lui permet d'ajouter à son tour des informations importantes.

Des pronostics et indications seraient utiles en lien avec les mesures nécessaires

Presque la moitié des rapports de médecins de famille ou de psychiatres n'incluent aucun pronostic. Et lorsqu'il y en a un, il est souvent vague («printemps 2022») ou ne fait aucune mention temporelle (55 % des rapports de médecins de famille et 68 % des rapports de psychiatres). Ceci est particulièrement le cas pour les incapacités de travail de longue durée et pour les personnes assurées présentant une accentuation de certains traits de personnalités. Dans ce contexte, il faut considérer que les rapports médicaux analysés sont ceux qui attestent l'incapacité de travail, c'est-à-dire qu'ils ont été rédigés à un

stade précoce. S'ajoute à cela qu'une partie des personnes assurées se soumettent seulement à un traitement médical au moment où commence leur incapacité de travail.

Pour les psychiatres, l'établissement de pronostics est une difficulté majeure connue dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail. Les présentes données le confirment. Il serait judicieux de se poser la question si l'établissement de pronostics constitue réellement un problème, ou de présenter clairement les incertitudes y afférentes. Toutefois, sans un semblant de prévision, les mesures d'intégration sont difficiles à planifier. De plus, un pronostic clair peut constituer un signal utile et motivant pour les patientes et patients afin qu'ils envisagent une réinsertion.

Les médecins traitants sous-estiment probablement l'importance de leur savoir: entre 30 et 50 % des rapports ne contiennent aucune mention sur les possibilités d'amélioration des limitations ni sur les mesures médicales ou professionnelles nécessaires. Les suggestions pour d'éventuelles mesures privées font presque toujours défaut. Pourtant, dans 30 % des cas, le facteur déclencheur de l'incapacité de travail se trouve aussi dans le domaine privé. De plus, seulement 30 % des rapports mentionnent une éventuelle incapacité de travail partielle. Des suggestions d'éventuelles adaptations au poste de travail qui favoriseraient une réinsertion font presque toujours défaut (sauf dans à peine 3 % des cas).

Tous ces points sont abordés par l'assurance dans les questionnaires adressés aux médecins. Il serait utile ici de proposer des programmes de sensibilisation et de formation et d'optimiser éventuellement les questionnaires des assurances. Il faut préciser clairement que ces questions ne servent pas à des fins administratives ou exclusivement actuarielles en premier lieu, mais bien à des fins de réhabilitation.

Attitude protectrice chez les patients connus avec des conflits au travail

Dans 50 % des rapports, les médecins de famille et les psychiatres adoptent une position quelque peu protectrice: utilisation de superlatifs («énorme», «massif», etc.) ou d'expressions indulgentes («fortement traumatisé», «contraintes privées considérables», etc.). Cette attitude protectrice est particulièrement répandue pour les traitements longs, lorsque la ou le médecin a créé une relation avec sa patiente ou son patient, lorsque les personnes assurées adoptent un comportement atypique et une présentation exagérée de leurs troubles ainsi qu'en cas de conflits existants au travail.

Une explication possible est que la ou le médecin adopte la position exagérée de la patiente ou du patient ou compense les justifications peut-être insuffisantes de l'incapacité de travail. D'ailleurs, pour les personnes souffrant d'atteintes considérables au quotidien, les médecins de famille adoptent beaucoup plus rarement une attitude protectrice. Dans les rapports de psychiatres, il n'y a presque aucune différence. Cette attitude protectrice dans les cas de traitements longs est sans doute un phénomène s'appliquant à toutes les relations d'aide. Elle illustre bien l'engagement des médecins, mais présente un certain risque en matière de réinsertion: soit les patientes et patients ne bénéficient pas de la confiance externe nécessaire, soit l'évaluation de la situation est unidimensionnelle. Ce risque est d'autant plus grand qu'il n'existe en général aucun échange avec l'employeuse ou l'employeur. Il faut avoir conscience de cette dynamique.

Conclusion

L'analyse approfondie des incapacités de travail pour des raisons psychiques apporte des réponses non seulement sur le contexte et l'évolution, mais aussi sur les problèmes et les potentiels.

En ce qui concerne le maintien du poste de travail et de la réinsertion réussie des collaboratrices et collaborateurs en arrêt de travail, il existe quelques obstacles considérables:

- La plupart des prescriptions d'arrêts de travail mettent une fin provisoire à une situation conflictuelle de longue date au poste de travail qui a escaladé. Lorsqu'une incapacité de travail due à des conflits est appliquée, il est difficile pour toutes les parties impliquées (employeuse ou employeur, personne malade, médecin traitant, assurance) de planifier une réinsertion. Souvent, le rapport de travail est déjà résilié.
- Environ la moitié des personnes assurées concernées avaient déjà des problèmes de performance ou de comportement pour des raisons psychiques, et ce, aux précédents emplois, voire à l'école ou en formation. Dans ces cas, il s'agit d'atteintes bien plus importantes, d'incapacités de travail de longue durée et de personnes assurées qui suivaient déjà un traitement psychiatrique.
- Hormis les conflits au poste de travail, les conflits et contraintes dans l'environnement familial, l'isolement social ainsi que l'accentuation de certains traits de personnalité et les troubles du comportement jouent également un rôle. Tous ces facteurs entraînent des incapacités de travail nettement plus longues.
- Du côté des entreprises, la pression élevée de la réussite, les hautes exigences cognitives, émotionnelles et disciplinaires engendrent des arrêts de travail de longue durée. De plus, les entreprises semblent souvent ne pas être en mesure de désamorcer les conflits de longue date ni de prévenir une escalade qui mène ensuite à l'incapacité de travail.
- Les rapports médicaux sont certes basés sur des données médicales. Néanmoins, bien trop souvent, ils ne répondent pas suffisamment aux questions dans le cadre d'incapacités de travail (capacités fonctionnelles, pronostic, éventualité d'une incapacité de travail partielle, adaptations nécessaires au poste de travail, etc.). De plus, elles sont presque exclusivement basées sur les données fournies par la patientèle.
- Quant aux assurances, bien souvent elles omettent la prise de contact personnelle précoce, en particulier avec les personnes assurées souffrant de maladies psychiques. Les mesures de soutien (Care Management) sont souvent présentées, mais n'engagent pas assez l'employeuse ou l'employeur et les personnes en traitement.

Sur la base de toutes les informations collectées, le potentiel se situe à de nombreux égards dans la prévention secondaire: prévenir ou réduire les détériorations récurrentes de l'état de santé et les situations de crise au poste de travail.

Cela requiert des interventions préventives efficaces au sein des entreprises pour éviter ce genre d'escalade. Les entreprises devraient être davantage sensibilisées afin de ne pas réagir seulement lorsque la situation s'aggrave, mais pour qu'elles adoptent une position préventive et le principe d'intervention précoce. Dans la foulée, elles devraient former à la fois leurs cadres et leurs collaborateurs. Dans ce contexte, les assurances pourraient apporter un soutien plus ciblé. De surcroît, les entreprises et le corps médical doivent renforcer leur coopération en faveur de l'intégration sur le marché du travail.

Les médecins traitants devraient bénéficier d'un soutien plus important et de formations pour une gestion plus efficace des certificats d'incapacité de travail dans le but de permettre aux patientes et patients de conserver leur poste. L'élaboration de lignes directrices par les médecins, assurances et employeuses et employeurs permettrait de définir l'attitude à adopter dans les situations difficiles afin d'intervenir de manière efficace et précoce. Le fait que de plus en plus de personnes suivent un traitement psychiatrique ou psychologique est un progrès en soi. En revanche, le fait que ces personnes soient de plus en plus en incapacité de travail est un pas en arrière.

Enfin, sur le plan sociétal et dans les médias, il serait judicieux de rendre compte du fait que les défis survenant dans la vie professionnelle (frustration, changements, conflits, etc.) entraînent de plus en plus

souvent des prescriptions d'arrêts de travail et, par conséquent, l'exclusion du marché du travail des personnes concernées (médicalisation de problèmes liés au travail).

¹ WorkMed, centre de compétences en psychiatrie de Bâle-Campagne, Binningen

² HSD Hochschule Döpfer, Cologne

³ SWICA Assurance-maladie, Winterthour

⁴ ValueQuest, institut d'étude de marché, Wädenswil

Binningen, Cologne, Winterthour, Wädenswil, 23.03.2022

