

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MEDECINE**

sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

**THÈSE EN VUE DU
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée par

Noémie Ruello

née le premier avril 1984 à Lannion (22)

**De l'arrêt de travail de
longue durée vers la reprise
du travail : difficultés et
pratiques.**

Étude qualitative par
entretiens semi-dirigés auprès
de médecins généralistes
d'Ille-et-Vilaine.

**Thèse soutenue à RENNES
le 16 décembre 2014**

devant le jury composé de :

Pr Jean-Louis HUSSON

PU-PH - chirurgie orthopédique et traumatologique.
CHU de Rennes / président de jury

Pr Christian VERGER

PU-PH - Médecine et santé au travail – centre
antipoison. CHU de Rennes / Juge

Docteur Didier MYHIE

Maître de conférence associé des universités de
médecine générale – Médecin généraliste / Juge

Docteur Philippe CARSON

Médecine physique et rééducation fonctionnelle -
Centre de Réadaptation professionnelle le Patis Fraux /
Juge

Pr Jean-Yves LIMEUL

Directeur de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Service de cytologie génétique et biologie cellulaire
BELLISSANT Eric	Pharmacologie
BELLOU Abdel	Fédération d'accueil et de traitement des urgences
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale, médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Service d'Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie Génétique médicale
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation fonctionnelle
BONNET Fabrice	Département de médecine de l'adulte / Service d'endocrinologie
BOUDJEMA Karim	Département de chirurgie viscérale
BOUGET Jacques	Fédération d'accueil et de traitement des urgences
BOURGUET Patrick	Service de Médecine Nucléaire - CRLCC
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Service des maladies de l'appareil digestif
BRISSOT Régine	Médecine physique et de réadaptation
CARRE François	Médecine du Sport
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CORBINEAU Hervé	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire - CCP CHU
CUGGIA Marc	Biostatistiques, Informatique Médicale et technologies de la communication
DARNAULT Pierre Anatomie	Anatomie Organogénèse
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie- CMP 154 rue de Chatillon, Rennes.
(Professeur associé des universités)	
DAVID Véronique	Laboratoire de génétique moléculaire et hormonologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie et Radiothérapie - CRLCC.
DECAUX Olivier	Médecine interne- gériatrie et biologie du vieillissement.
DELAVAL Philippe	Pneumologie
DESRUES Benoît	Pneumologie
DEUGNIER Yves	Service des maladies du foie
DONAL Erwan	Département de cardiologie et maladies vasculaires CCP CHU
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes
DUPUY Alain	Dermatologie
DUVAUFERRIER Régis	Département de radiologie et d'imagerie médicale
ECOFFEY Claude	Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale II
EDAN Gilles Clinique	Clinique Neurologique
FERRE Jean Christophe	Service de radiologie et d'imagerie médicale
FEST Thierry	Laboratoire d'Hématologie biologique et Immunologie
FLECHER Erwan	Service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie Infantile
GANDEMER Virginie	Service de médecine de l'enfant et de l'adolescent
GANDON Yves	Département de radiologie et d'imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et Zoologie appliquée
GARIN Etienne	Service de médecine nucléaire - CRLCC
GAUVRIT Jean-Yves	Service de radiologie et d'imagerie médicale
GODEY Benoit	O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale
GROSBOIS Bernard	Département de médecine de l'adulte
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie - Pôle Orthopédie, traumatologie, rhumatologie
GUIGUEN Claude	Parasitologie
GUILLE François	Directeur du CRLCC Centre anticancéreux
GUYADER Dominique	Hépatologie, Gastro-entérologie

HOUOT Roch	Hématologie, Transfusion option Hématologie
HUSSON Jean Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis	Fédération de chirurgie orthopédique
JEGO Patrick	Médecine Interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
JEGOUX Franck	O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale
KAYAL Samer	Bactériologie-Virologie
KERBRAT Pierre	Cancérologie et Radiothérapie - CRLCC.
LAMY Thierry	Hématologie Clinique CRLCC
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique.
LE BRETON Hervé	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
LE GUEUT Maryannick	Service de Médecine Légale et de médecine pénitentiaire
LE TULZO Yves	Réanimation Médicale
LECLERCQ Christophe	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
LECLERCQ Nathalie née RIOUX	Anatomie et Cytologie Pathologiques - Pôle cellules et tissus
LEGUERRIER Alain	Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire CCP CHU
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire.
LEVEQUE Jean	Gynécologie et Obstétrique
MABO Philippe	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires CCP CHU
MALLEDANT Yannick	Anesthésie-Réanimation I - SAMU 35
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Clinique des Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale
MOIRAND Romain	Unité fonctionnelle d'Addictologie / Service d'hépto-gastro-entérologie
MORANDI Xavier	Anatomie / Service de Neurochirurgie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire
MOULINOX Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
MOURIAUX Frédéric	Service d'ophtalmologie.
ODENT Sylvie	Service de Génétique Médicale
OGER Emmanuel	Pharmacologie Clinique
PERDRIGER Alethe	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pôle médico-chirurgical de pédiatrie et de génétique clinique
POULAIN Patrice	Département de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction Humaine
RAVEL Célia Nadège	Cytologie et Histologie - Pôle cellules et tissus
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
ROBERT-GANGNEUX Florence	Laboratoire de parasitologie et mycologie.
ROUSSEY Michel (Professeur émérite)	Pédiatrie Génétique Médicale
SAINT-JALMES Hervé	PRISM
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
SEMANA Gilbert	Pôle anesthésie réanimation - SAMU
SIPROUDHIS Laurent	INSERM 4917
SOMME Dominique	Service des maladies de l'appareil digestif
TARTE Karin	Service de médecine gériatrique La Sauvrais - Rennes
TATTEVIN Pierre	INSERM 4917
THOMAZEAU Hervé	Maladies infectieuses, maladies tropicales
TORDJEMANN Sylvie née LUBART	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
VERGER Christian (Professeur émérite)	Pédopsychiatrie - Centre Médico-Psychologique
VERHOYE Jean-Philippe	154 rue de Chatillon - Rennes
VERIN Marc	Médecine et Santé au Travail - Centre Antipoison
VIEL Jean-François	Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire - CCP CHU
VIGNEAU Cécile	Neurologie
	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	Service de néphrologie

VIOLAS Philippe

Chirurgie Infantile-
Pôle pédiatrique médico-chirurgical et génétique clinique

WATIER Eric
WODEY Eric

Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Service d'Anesthésie-Réanimation chirurgicale II

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

AMIOT née BARUCH Laurence	Hématologie
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie - hépatologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie Médicale
BEGUE-SIMON Anne-Marie (Maître de Conférence)	Département de Santé Publique
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire - Pôle cellules et tissus
CAUBET Alain	Médecine et Santé au Travail
DAMERON Olivier (Maître de Conférence)	Laboratoire d'Informatique Médicale
DE TAYRAC Marie	Biochimie et Biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et Mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et Biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie – embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie – radiothérapie
GUILLET Benoît	Département d'Hématologie Immunologie
HAEGELEN Claire	Anatomie Service de neurochirurgie
HUGÉ Sandrine née LAFAYE (Professeur Associé des Universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
JAILLARD Sylvie	Cytologie et Histologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie
LAVENU Audrey (Maître de Conférence)	Biostatistiques. Laboratoire de pharmacologie
LE GALL François	Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
LE RUMEUR née FERRET Elisabeth	Physiologie Médiale
MAHÉ Guillaume	médecine vasculaire
MASSART née LE HERISSE Catherine	Biochimie générale et enzymologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric (Maître de conférence associé de médecine générale)	Département de Médecine Générale
MILON née LE GUEN Joëlle	Anatomie Organogénèse
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia (Maître de Conférence)	INSERM U 49
MYHIE Didier (Maître de Conférence Associé des Universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
PANGAULT Céline	Hématologie ; Transfusion
RENAUT Pierric (Maître de conférence associé de médecine générale)	Département de Médecine Générale
REYMANN Jean-Michel	Pharmacologie
RIOU Françoise	Département de Santé Publique
ROPARS Mickaël	Anatomie Organogénèse
SAULEAU Paul	Neurologie
TADIÉ Jean Marc	Réanimation médicale, Médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise (Maître de Conférences Associé des Universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
THOMAS Patricia née AMÉ	Micro Environnement et Cancer - Immunologie
TURLIN Bruno	Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
VERDIER-LORNE Marie clémence	Pharmacologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-Virologie

Remerciements

A Monsieur le Professeur HUSSON

Je vous remercie de présider le jury de cette thèse.

Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur Le Professeur LIMEUL

Je vous remercie pour votre disponibilité, vos précieux conseils et pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail.

A Monsieur Le Professeur VERGER

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury.

Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur Le Docteur MYHIE

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury.

Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur Le Docteur CARSON

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury.

Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux médecins volontaires qui ont participé à l'étude.

Aux docteurs Anjuerre, Delanoe-Louazel, Duplomb, Leloix, Plassais et Tapin pour l'aide qu'ils m'ont apportée.

Aux Docteurs Beuneux, Bordier, Duchêne, Galodé, Hamonic et Ricono. Merci de m'avoir accueilli chaleureusement en stage et de m'avoir fait découvrir la médecine générale.

A mes parents, merci pour vos conseils et votre soutien.

A mes frères, Gaétan et Clément.

A mon grand-père.

Une pensée pour mamie Annick, mamie Marie et papi Jean.

A Anna, merci pour tes jolis sourires.

A Florian, merci pour tout.

Table des matières

Introduction.....	10
Première partie : Généralités.....	11
A- L'arrêt de travail.....	11
1- Définition	11
2- Modalités de prescription et dispositions réglementaires.....	11
3- Différentes situations d'arrêts de travail	13
4- L'arrêt de travail de longue durée	13
B- Les dépenses liées aux arrêts de travail	13
1- L'évolution des dépenses d'indemnités journalières.....	13
2- Facteurs déterminants l'évolution des dépenses	15
C- Une couverture inégale suivant les régimes	16
1- IJ au titre de la maladie	16
1.1 Le régime général	16
1.2 Le régime des professions agricoles.....	16
2- Les IJ au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.....	17
3- Le régime des professions non salariées non agricoles	17
4- Les régimes spéciaux des fonctionnaires	17
5- D'autres régimes spéciaux.....	18
D- Le médecin généraliste et l'arrêt de travail.....	18
1- Le prescripteur principal des arrêts de travail	18
2- Rôle du médecin généraliste.....	18
E- De l'arrêt de travail longue durée vers la reprise du travail.....	19
1- Les partenaires du médecin généraliste	19
1.1 Le médecin du travail et les services de santé au travail	19
1.2 Le médecin-conseil et l'assurance maladie.....	24
2- Les autres acteurs pouvant être sollicités	26
2.1 La Maison départementale des personnes handicapées	26
2.2 L'association de gestion du fond pour l'insertion des personnes handicapées	26
2.3 Le service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés	26
3- Quelles aides pour le patient en arrêt de travail	27
3.1 Reprise du travail à temps partiel thérapeutique	27
3.2 L'unité de réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel	27
3.3 Action de Remobilisation Professionnelle en Indemnités Journalières	28
3.4 Formations continues	28
3.5 La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	28
Matériel et méthode	30
A- Type d'étude.....	30
B- Méthodologie de sélection des médecins généralistes interrogés	30
C- Méthodologie d'entretien	30
1- Le guide d'entretien : Description.....	31
2- Réalisation des entretiens.....	31
D- Retranscription et analyse des entretiens	31
Résultats et analyse	33
A- Données socio-démographiques de la population interrogée.....	33
1- Caractéristiques démographiques de la population étudiée	33
2- Caractéristiques socio-professionnelles.....	33
B- Analyse thématique	36
1- L'arrêt de travail de longue durée	36
1.1 Définition selon les médecins généralistes	36
1.2 Pathologies et symptômes à l'origine des arrêts de travail de longue durée	37

1.3	La prescription de l'arrêt de longue durée.....	40
2-	Facteurs influençant la prescription de l'arrêt de travail longue durée.....	43
2.1	Le contexte socio-économique et le marché du travail.....	43
2.2	Professions et régimes de prise en charge des patients.....	46
2.3	Facteurs qui influencent la durée de l'arrêt de travail.....	47
3-	Appréciation des médecins généralistes concernant l'arrêt de travail de longue durée et la reprise du travail.....	49
3.1	Absence de difficulté pour certains médecins.....	49
3.2	La prescription de l'arrêt de travail est subjective.....	49
3.3	Une prescription complexe.....	51
3.4	Des difficultés.....	52
4-	De l'arrêt de travail de longue durée vers la reprise du travail.....	59
4.1	Facteurs prédictifs de difficultés pour la reprise du travail.....	59
4.2	Quand abordent-ils la reprise du travail ?.....	61
5-	Les partenaires du médecin généraliste.....	62
5.1	Les médecins du travail.....	62
5.2	Le médecin-conseil.....	65
5.3	Les spécialistes non généralistes.....	68
5.4	Partenaires non médicaux : les assistantes sociales.....	70
5.5	La MDPH.....	70
6-	Les différentes filières possibles pour le patient en arrêt de travail longue durée ..	71
6.1	Le temps partiel thérapeutique.....	71
6.2	La filière du handicap.....	72
6.3	Le Patis Fraux.....	73
6.4	Actions de remobilisation professionnelle en indemnités journalières.....	75
7-	Quelles sont les réponses des médecins généralistes aux difficultés rencontrées	75
7.1	Modifications des pratiques.....	75
7.2	Une carence de formation initiale.....	78
7.3	Une prescription qui dépasse les missions du médecin généraliste.....	79
7.4	Le référentiel de prescription.....	79
7.5	Quelques propositions formulées.....	80

Discussion 81

A-	Limites de l'étude.....	81
1-	Liées à la méthodologie utilisée.....	81
2-	Liées à notre étude.....	82
B-	Discussion sur les résultats.....	83
1-	Pathologies en cause.....	83
1.1	Troubles ostéo-articulaires et troubles anxio-dépressifs.....	83
1.2	Les risques psychosociaux et leurs conséquences.....	83
1.3	Les affections ostéo-articulaires ou troubles musculo-squelettiques.....	85
2-	Les difficultés.....	86
2.1	Difficultés inhérentes à la prescription de l'arrêt de travail.....	86
2.2	Difficultés liées aux caractéristiques des patients.....	87
3-	Pratiques des médecins généralistes : Comment faciliter la reprise du travail?.....	88

Conclusion 90

Bibliographies..... 91

Table des sigles et abréviations 97

ANNEXE 1 : Guide d'entretien..... 99

Table des figures

Fig. 1. Dépenses trimestrielles d'IJ du régime général de 1994 à 2010.

Fig.2. La procédure de constatation de l'inaptitude médicale au poste de travail.

Table des tableaux

Tableau I- Caractéristiques de la population d'étude.

Introduction

La prescription d'un arrêt de travail fait partie des thérapeutiques dont dispose le médecin pour favoriser la guérison ou prévenir la détérioration de l'état de santé de son patient. Elle peut poser des problèmes complexes nécessitant de nombreuses compétences et connaissances.

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient lorsque survient une situation rendant la poursuite de son activité professionnelle délicate. En effet, 75% des arrêts de travail sont prescrits par des omnipraticiens **(1)**. Leurs décisions de prescription d'arrêt de travail prennent obligatoirement en considération la pathologie mais aussi la situation globale du patient, en particulier le contexte socio-professionnel. L'arrêt de travail peut se pérenniser, se pose alors la question de la reprise du travail. Ainsi, 50% des patients en arrêt de travail plus de six mois ne reprendront pas leur travail **(1)**.

La régulation de cette prescription et la maîtrise des dépenses induites par les indemnités journalières constituent un enjeu économique important pour notre système de santé, c'est pourquoi de nombreuses mesures réglementaires ont vu le jour depuis 2004. Cependant, la dépense globale d'indemnités journalières a continué d'augmenter et s'expliquerait par la progression du nombre des arrêts longs. Ainsi en 2013, la dépense dans le régime général s'élève à 8,79 Md€ **(6)**, les arrêts de plus de six mois constituent 5% du nombre des arrêts mais représentent 40% des dépenses **(7)**.

Malgré le renforcement du cadre réglementaire encadrant la prescription de l'arrêt de travail et l'existence d'un éventail d'intervenants et de dispositifs d'aide au maintien dans l'emploi, la réalité du terrain met en évidence des difficultés parfois grandes à la reprise du travail.

Pourtant, Il existe peu d'études et de travaux récents, en France, analysant les pratiques et difficultés des médecins généralistes dans le cadre de la prescription de l'arrêt de travail de longue durée.

C'est dans ce contexte que nous proposons la présente contribution. Nous avons effectué une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de vingt médecins généralistes libéraux exerçant en Ile-et-Vilaine. L'objectif principal de notre travail était d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour faciliter la reprise du travail des patients en arrêt de longue durée. Les objectifs secondaires étaient d'analyser leurs pratiques dans le cadre de la prescription de l'arrêt de longue durée et d'explorer leurs réponses face à ces difficultés.

La première partie de ce document est consacrée à l'environnement global de l'arrêt de travail et au rôle des différents acteurs pouvant être impliqués lors de la prescription. Les différentes aides destinées à favoriser la reprise du travail sont présentées. Les résultats de l'étude sont ensuite présentés et discutés.

Première partie : Généralités

A- L'arrêt de travail

1- Définition

L'arrêt de travail est un certificat médical établi lorsque le médecin estime qu'un assuré se trouve dans « *l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail* ¹ ».

La prescription d'un arrêt de travail est un acte médical. Le médecin le prescrit pour des raisons thérapeutiques, faciliter la guérison d'une maladie, prévenir l'apparition de complications ou la contagiosité d'une maladie. Le médecin certifie ainsi que l'état de santé du patient est incompatible avec la poursuite d'une activité professionnelle. L'assuré peut alors bénéficier d'une indemnité compensatoire appelée l'indemnité journalière (IJ) et d'une autorisation d'absence au travail qui protège le salarié qui ne peut être l'objet de mesure disciplinaire pour abandon de poste.

2- Modalités de prescription et dispositions réglementaires

La prescription de l'arrêt de travail peut-être réalisée par le médecin traitant du patient ou par un autre praticien, généraliste ou spécialiste, exerçant une activité libérale ou salariée. Les médecins du travail et les médecins du service de contrôle médical des caisses ne peuvent en prescrire. Les dentistes et sages-femmes peuvent également prescrire un arrêt de travail dans certaines conditions.

En cas de prolongation nécessaire de l'arrêt de travail, celle-ci donne lieu à une indemnisation uniquement si elle est prescrite par le médecin ayant prescrit l'arrêt initial, le médecin traitant du patient ou son remplaçant, un spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à la suite d'une hospitalisation².

L'arrêt de travail peut être prescrit pour une pathologie sans rapport avec l'activité professionnelle, il s'agit d'un **arrêt de travail en maladie**. Dans ce cas la prescription de l'arrêt de travail se fait sur un formulaire d'avis d'arrêt de travail (Cerfa n° 10170*05), qui se présente sous la forme d'un triptyque, ou bien de manière dématérialisée via le compte professionnel du médecin prescripteur.

Le médecin doit renseigner la durée de l'arrêt de travail et la possibilité de sortie du domicile. Il n'est pas autorisé à antidater le certificat, ni effectuer un certificat médical sans avoir examiné le patient.

Les deux premiers volets doivent être adressés par l'assuré à sa caisse d'affiliation sous 48 heures³ :

- Le premier volet de l'arrêt de travail est pour le service médical, l'élément d'ordre médical justifiant l'interruption de travail doit obligatoirement y figurer⁴.

¹ Article L321-1 du code de la Sécurité sociale.

² Article L162-4-4 et R 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article R321.2 du Code de la sécurité sociale.

- Le deuxième volet, administratif, est transmis par le service médical au service de liquidation de la caisse.

Le troisième volet est destiné à l'employeur qui doit établir, dès réception de celui-ci, l'attestation de salaire du salarié afin que l'organisme d'assurance maladie calcule l'indemnité journalière.

L'assuré est soumis à des obligations sous peine de sanctions :

- il doit transmettre l'avis d'arrêt de travail à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sous quarante huit heures ;
- suivre les prescriptions du médecin⁵ ;
- respecter les heures de présence à son domicile pendant toute la durée de l'arrêt⁶.
- Se soumettre aux contrôles médicaux⁷ ;
- faire une demande préalable à la caisse d'assurance maladie s'il doit séjourner en dehors de son département.

Les indemnités journalières en maladie sont versées par la CPAM dont dépend l'assuré à partir du quatrième jour suivant la rédaction du certificat médical d'arrêt de travail. Les trois premiers jours constituent **le délai de carence**. Un complément d'indemnité est versé par l'employeur. La durée maximale de versement de l'IJ est fixée à trois ans⁸ en maladie.

L'arrêt de travail peut aussi être prescrit dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie en lien avec l'activité professionnelle. Dans ce cas on parle de **prise en charge en accident de travail (AT) ou maladie professionnelle (MP)**. Le certificat médical s'effectue alors sur un formulaire AT-MP (Cerfa n°11138*01) composé de quatre volets, deux sont transmis par le médecin prescripteur à la CPAM dans les 24 heures suivant leur rédaction, les deux autres sont remis à la victime, l'un d'eux est destiné à l'employeur. A la fin de la prise en charge, le médecin doit établir le certificat médical final, il fixe ainsi la date de guérison ou la date de consolidation en cas de séquelle.

Lors des périodes d'arrêt de travail suite à un AT ou une MP, la victime bénéficie d'IJ sans délai de carence⁹, jusqu'à la guérison, la consolidation ou le décès. Le montant de l'IJ est supérieur à celles versées en cas d'arrêt maladie. Après la consolidation en AT ou en MP, si le travailleur conserve des séquelles, il peut bénéficier de prestations en espèces dont le montant varie en fonction de la gravité de celles-ci, évaluée par un taux d'incapacité permanente partielle (IPP). Ce taux est fixé par le médecin-conseil.

Les prescriptions d'arrêt de travail sont soumises à des contrôles administratifs et médicaux (Cf E 2.2.2).

⁴ Article L162-4-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L324-1 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article R323-11-1 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article L315-2 du code de sécurité sociale.

⁸ Article R323-1 du Code de la sécurité sociale.

⁹ Article L343-2 du code de la sécurité sociale.

3- Différentes situations d'arrêts de travail

Suite à l'augmentation importante du nombre d'arrêt de travail durant l'année 2002, L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) a été mandatée par la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) pour réaliser une étude sur la prescription des arrêts de travail en maladie (1). Trois situations d'arrêt de travail ont été définies dans le rapport:

- **Les arrêts de travail de courte durée**, justifiés médicalement, qui ne posent pas de problème aux prescripteurs. Cependant la détermination de leur durée est délicate.
- **Les arrêts de longue durée ou les prolongations** qui relèvent soit de pathologies bien identifiées, soit de situations complexes faisant intervenir des problèmes sociaux, familiaux, professionnels ou économiques.
- Enfin **les arrêts de travail abusifs** qui sont prescrits pour répondre à des dysfonctionnements (tels que les situations de chômage temporaire, l'attente d'un rendez-vous, etc...) ou des demandes de patients qui semblent injustifiées.

4- L'arrêt de travail de longue durée

D'un point de vu administratif, l'arrêt de travail de longue durée en maladie correspond à l'arrêt de travail de plus de six mois.

La prise en charge par l'assurance maladie de l'arrêt de travail de plus de six mois nécessite la réalisation d'un protocole de soins en « ALD non exonérante ». Médecins-conseils et médecins traitants doivent s'entendre sur l'affection en cause et les modalités de traitement¹⁰. Le patient doit donc être atteint d'affections individualisées suffisamment sévères pour justifier la prescription d'un arrêt de travail supérieur à six mois.

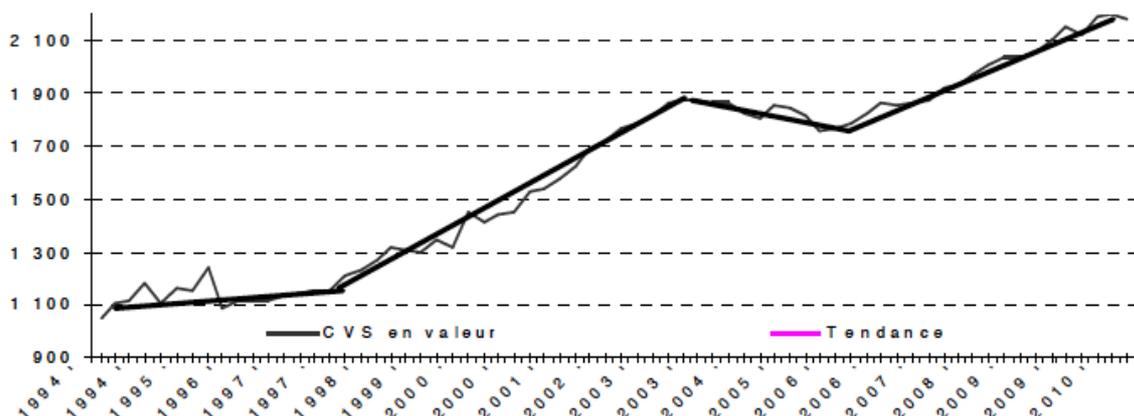
Lors de nos entretiens nous n'avons pas défini au préalable l'arrêt de travail de longue durée. D'un point de vu médical cette durée ne peut-elle pas être variable en fonction de la pathologie à l'origine de l'arrêt ? Nous avons souhaité avoir l'avis des médecins interrogés.

B- Les dépenses liées aux arrêts de travail

1- L'évolution des dépenses d'indemnités journalières

La dépense globale en IJ a très fortement augmenté de 1992 à 2013 connaissant différentes phases d'évolution très contrastées :

¹⁰ Article L324-1 du code de la sécurité sociale.



Source : données en date de soins de la CNAMTS à fin mai.

Fig. 1. Dépenses trimestrielles d'IJ du régime général de 1994 à 2010 (2)

- Après une **baisse de 1992 à 1997**, les indemnités journalières ont connu une très **forte progression de 1997 à 2002**. Le nombre d'indemnités journalières maladie a augmenté de 34%, dont 10% pour la seule année 2002 (3). La dépense d'indemnité journalière a quant à elle progressé de 46% sur cette période (4).
- A partir du troisième trimestre de l'année **2003 et jusque mi-2006**, la dépense au titre des IJ diminue.
- **En 2007, la tendance repart à la hausse**. Entre 2007 et 2010 la croissance annuelle moyenne des dépenses d'indemnités journalières est de 4,7% (5).
- A partir de **2011, on observe une décélération** du rythme de croissance des dépenses d'indemnités journalières (+2,1% en 2011 par rapport à 2010). Les dépenses baissent en 2012 (-1,1%) et se stabilisent en 2013 (6).

Ainsi en **2013**, les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM (objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie) se sont élevées à 174 milliards d'euros. Les dépenses de soins de ville ont atteint 79,4 milliards d'euros. La masse versée au titre des IJ pour le régime général a été de 8,79 Md€ dont 6,248 Md€ en maladie et 2,541 Md€ en accident de travail (6).

Soulignons par ailleurs que le montant total de la dépense d'IJ est inconnu. En effet il est très difficile de connaître le montant des IJ complémentaires versées par les entreprises, d'autre part il existe des incertitudes sur les chiffres dans la fonction publique (7).

Depuis plus de dix ans, la réduction des dépenses liées aux prescriptions d'arrêts de travail est au cœur des préoccupations de l'assurance maladie. Le rapport de l'Inspection générales des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) de 2003 avait mis en évidence l'existence de disparités importantes dans la structure des dépenses et des lacunes dans le contrôle des arrêts (4). Cette analyse est toujours valable actuellement comme en témoigne les rapports de la cour des comptes de 2012 et de la commission des affaires sociales de 2013 sur les indemnités journalières (7 et 8).

2- Facteurs déterminants l'évolution des dépenses

D'après le rapport de l'IGAS et de l'IGF de 2003 **(4)**, **l'accroissement du nombre de salariés du secteur privé et leur vieillissement expliquent 36% de l'augmentation des IJ entre 2000 et 2002**. Cependant, l'autre partie de l'augmentation ne peut s'expliquer par la croissance des affections longues durées, ou par la réforme de l'assurance chômage, ou encore par la baisse des mesures d'âge. Il semblerait donc que le comportement des assurés et des prescripteurs ait joué un rôle important dans la croissance constatée.

En 2004 et 2005, on observe une diminution des IJ alors que la population active continue à augmenter et à vieillir, et que le chômage se stabilise puis baisse. Les facteurs démographiques et conjoncturels n'expliquent donc pas cette baisse des IJ. Le facteur explicatif essentiel semble être le **renforcement de la politique de contrôle** par les caisses à compter d'avril 2003 **(3)**.

La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a mis en place différentes mesures afin de maîtriser les dépenses liées aux IJ notamment le renforcement du contrôle des bénéficiaires et la responsabilisation des prescripteurs. Le contrôle des arrêts devient systématique au bout de 60 jours.

Plus récemment, **entre 2008 et 2012**, l'augmentation des dépenses d'IJ serait liée à une progression du nombre d'arrêts maladie longs **(9)**. Le vieillissement de la population active explique l'augmentation de la durée des arrêts. La part des plus de 50 ans s'accroît par rapport aux autres classes d'âge. Ces derniers bénéficient d'arrêts plus longs **(8)**. Par ailleurs ces salariés sont en fin de carrière, ils ont donc des salaires plus conséquents. D'autre part, selon plusieurs études **(10 et 11)** la pénibilité du travail et l'exposition à des contraintes physiques et psychosociales engendrent plus d'arrêts maladie.

Le ralentissement puis la baisse des dépenses d'IJ observés depuis 2012 s'expliquent principalement par la hausse du chômage **(5, 6 et 12)**. La précarité de l'emploi (emploi en contrat à durée déterminée et contrat à durée indéterminée de moins d'un an) participe également à cette baisse **(11)**. De plus, depuis 2007 diverses mesures réglementaires se sont appliquées :

- Le contrôle des arrêts de travail est devenu systématique à partir de 45 jours d'arrêt au lieu de 60 jours.
- Depuis 2008, le versement des IJ peut être suspendu lorsque le médecin diligenté par l'employeur conclut à l'aptitude au travail d'un salarié en arrêt maladie après accord du service du contrôle médical.
- Depuis le premier décembre 2010, le calcul des IJ versées est effectué sur la base de 365 jours au lieu de 360 jours¹¹.
- Enfin depuis 2012, le salaire maximal pris en compte pour le calcul des IJ maladie est abaissé à 1,8 fois le Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance¹² (SMIC) **(12)**.

Ces deux dernières mesures ont atténué l'impact des hausses de salaire sur le calcul des IJ **(5 et 6)**.

¹¹ Décret n°2010-1305

¹² Décret n°2011-1957

C- Une couverture inégale suivant les régimes

Selon le rapport de la commission des affaires sociales sur « les arrêts de travail et les indemnités journalières » (7), les différents régimes de protection sociale proposent des prestations compensatoires inégales en cas d'arrêt de travail.

1- IJ au titre de la maladie

1.1 Le régime général

Le régime général assure une couverture sociale aux salariés et assimilés ne relevant pas d'un régime spécial, aux non salariés non agricoles et aux inactifs.

Pour prétendre au versement des IJ, deux conditions doivent être remplies: des règles relatives à une durée minimale d'activité et des règles relatives à un montant minimum de cotisations¹³. Ces conditions sont différentes si l'arrêt dépasse six mois.

Si l'assuré remplit ces conditions, il peut prétendre au versement d'une prestation en espèce, l'indemnité journalière¹⁴, qui obéit à des modalités de calcul complexes.

Le montant de l'IJ correspond à une fraction de gain journalier de base¹⁵, soit 50% du gain journalier brut (8). Ce salaire de base est plafonné à 1,8 fois le SMIC¹⁶. Le versement de l'indemnité journalière s'effectue après un délai de carence de trois jours pour une durée maximale de trois ans¹⁷ dans la limite de 360 jours indemnisés.

Parallèlement, sous réserve d'une ancienneté de plus d'un an¹⁸, l'employeur verse des indemnités complémentaires à partir du huitième jour afin de maintenir des revenus correspondants à 90% du salaire pendant les trente premiers jours et deux tiers du salaire pendant les trente jours suivants. Ces durées sont augmentées avec l'ancienneté. Il s'agit ici des minimums légaux mais les conventions collectives sont en général plus généreuses, permettant de diminuer les délais de carence ou souvent de majorer les versements pour atteindre 100% du salaire.

1.2 Le régime des professions agricoles

Le régime agricole assure une couverture sociale autonome aux agriculteurs, aux travailleurs du secteur agricole et à leur famille.

Les salariés agricoles peuvent prétendre aux IJ liées à la maladie, lors d'un arrêt de travail. Les conditions d'ouverture des droits et de prise en charge sont les mêmes que celles du régime général. Les indemnités complémentaires sont gérées par la mutualité sociale agricole (MSA).

Depuis le premier janvier 2014¹⁹, le bénéfice des IJ s'applique aux chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles ainsi qu'aux aides familiaux et associés après un délai de carence de sept jours.

¹³ Article R313-3 du code de la sécurité sociale.

¹⁴ Article L321-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁵ Article L323-4 du Code de la sécurité sociale.

¹⁶ Article R323-4 du code de la sécurité sociale

¹⁷ Article R323.1 du code de la sécurité sociale.

¹⁸ Article L1226-1 du code du travail.

¹⁹ Article L732-4 du code rural et de la pêche maritime.

2- Les IJ au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles

Dans le régime général, lors des périodes d'arrêt de travail suite à un AT ou à une MP, les conditions de prise en charge sont plus favorables qu'en cas d'arrêt pour maladie. Le début de prise en charge n'est pas soumis au délai de carence. L'indemnisation n'est pas limitée dans le temps mais est liée à l'évolution du problème de santé et prend fin à la guérison ou à la date de consolidation. Le montant de l'indemnisation est plus conséquent. L'IJ correspond à 60% du salaire journalier de base brut jusqu'au 28^{ème} jour puis à 80% au delà. Ces conditions de prise en charge sont identiques pour les salariés agricoles.

3- Le régime des professions non salariées non agricoles

Le régime social des indépendants (RSI) gère les assurances maladie, maternité invalidité, décès, et vieillesse des artisans, commerçants et des professions libérale, exception faite des pensions vieillesse des professions libérales.

Les artisans et les commerçants bénéficient d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident sous réserve d'être affilié au régime depuis au moins un an et d'être à jour de leurs cotisations. Le montant est égal à 50% du revenu professionnel moyen de l'assuré des trois dernières années dans la limite du plafond de la Sécurité sociale. La durée de carence est de sept jours en cas de maladie ou d'accident et de trois jours en cas d'hospitalisation.

Il n'existe pas de couverture particulière en cas d'accident de travail.

Les professions libérales ne bénéficient pas de cette prise en charge. Certaines d'entre-elles bénéficient d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire d'exercice par l'intermédiaire de leur caisse nationale d'assurance vieillesse. Par exemple, les médecins libéraux reçoivent des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire d'exercice après un délai de carence de 90 jours par la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF).

4- Les régimes spéciaux des fonctionnaires

Les fonctionnaires bénéficient d'un régime spécial en matière d'arrêt de travail. L'arrêt de travail du fonctionnaire est nommé « congé ». Ils ne bénéficient pas d'indemnités journalières mais d'un maintien de leur salaire appelé traitement par leur employeur.

Le fonctionnaire bénéficie de prestations en espèces d'un montant supérieur et sur une durée plus longue que les assurés affiliés au régime général, sous le contrôle d'un comité médical, instances propres aux administrations.

Trois régimes existent en fonction de la gravité de l'état de santé du fonctionnaire²⁰.

- Le **congé de maladie ordinaire**, le fonctionnaire reçoit son traitement plein durant trois mois puis la moitié de ce dernier pendant neuf mois. Il peut atteindre un an.

²⁰ Loi n°2013-1278 du 29 décembre 2013 – art 126

- Le **congé de longue maladie**, il perçoit un an de plein traitement et deux ans de demi-traitement. Sa durée maximale est fixée à trois ans.
- Le **congé de longue durée**, il perçoit trois ans de plein traitement et deux ans de demi-traitement. Cinq affections donnent le droit à ce congé : la tuberculose, la maladie mentale, le cancer, la poliomyélite et le déficit immunitaire grave ou acquis. La durée maximale du congé est fixée à cinq ans.

Les demandes de congé de longue maladie, de longue durée et le congé de maladie ordinaire dépassant six mois sont soumises à l'avis du comité médical départemental.

La journée de carence appliquée au premier janvier 2012 pour les congés de maladie ordinaire a été supprimée au premier janvier 2014.

5- D'autres régimes spéciaux

D'autres régimes offrent des conditions plus avantageuses que le régime général. Il s'agit entre autre du régime des mines, du régime des marins et du régime des salariés de la SNCF et de la RATP.

D- Le médecin généraliste et l'arrêt de travail

1- Le prescripteur principal des arrêts de travail

Selon les chiffres de 2002 **(1)**, les médecins libéraux étaient à l'origine de 85% des prescriptions d'arrêts maladie. Les plus gros prescripteurs étaient les omnipraticiens (75% des arrêts prescrits) suivis par les gynécologues (3,14%), les chirurgiens orthopédiques (1,7%), les rhumatologues et les psychiatres (moins de 1% chacun). Selon une étude de la CNAMTS de 2004, plus de la moitié des prescripteurs d'arrêts de travail étaient des médecins généralistes. Parmi les autres spécialistes, les plus gros prescripteurs étaient les chirurgiens orthopédiques **(13)**.

La prescription d'un arrêt de travail est un acte fréquent en médecine de ville. Une étude sur la typologie des actes effectuée en médecine générale en 2003 retrouve qu'un arrêt de travail est prescrit lors de 8% des consultations et 2% des visites **(14)**. Enfin selon les chiffres de 2010, les médecins généralistes sont les plus prescripteurs d'IJ avec 3507 prescriptions d'IJ en moyenne en 2010, suivi des chirurgiens (1945) et des psychiatres (1724) **(15)**.

2- Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est donc l'acteur principal dans la prescription de l'arrêt de travail. Il est chargé d'évaluer l'état clinique du patient et ainsi l'aptitude du patient à son travail. Il doit également réfléchir aux bénéfices et aux risques de l'arrêt de travail. L'arrêt de travail est donc une thérapeutique dont dispose le médecin.

L'évaluation du degré d'aptitude est l'élément primordial pour décider de prescrire ou non l'arrêt. Le médecin doit apprécier le degré d'aptitude de son patient. Il ne dispose pas de référentiels officiels, mais simplement de recommandations indicatives limitées à certaines pathologies établies par l'assurance maladie **(16)**. Il

n'existe pas non plus de formation spécifique au cours du troisième cycle des études médicales, ni de formation continue. L'examen clinique est la première étape de cette évaluation, parfois délicate en l'absence de signes cliniques objectifs ou en présence de symptômes difficiles à quantifier tels que la douleur. Le médecin doit ensuite confronter la clinique au type de poste du patient. Il peut être mis en difficulté par manque de connaissance du poste de travail, des conditions de travail et des tâches effectuées par le patient.

Le médecin doit également **mettre en balance les bénéfices et risques de l'arrêt**. L'arrêt maladie est une thérapeutique dont dispose le médecin pour faciliter la guérison ou prévenir la détérioration de l'état de santé de son patient. Cependant, le repos peut devenir délétère lorsqu'il entraîne un isolement excessif à l'origine de troubles psychologiques pouvant conduire à une désocialisation. C'est pourquoi, il semble important que la question de la reprise du travail soit abordée lors des consultations.

Le médecin généraliste a une **position ambivalente**. Il a une place intermédiaire entre le patient et ses intérêts d'une part, et la société d'autre part. Il doit sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins²¹ tout en observant la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins²². Par ailleurs dans notre système de soins libéral où règne la loi de l'offre et la demande, le risque de perdre un patient a pu parfois inciter les médecins à adapter leur pratique et à prescrire plus d'arrêt de travail.

Le médecin traitant joue un rôle dans le **signalement des personnes en difficulté à leur poste de travail**. Il peut donc conseiller au patient en arrêt de travail de rencontrer le médecin du travail dans le cadre de la visite de pré-reprise. Le médecin généraliste est également le prescripteur du temps partiel thérapeutique.

E- De l'arrêt de travail longue durée vers la reprise du travail

1- Les partenaires du médecin généraliste

1.1 Le médecin du travail et les services de santé au travail

1.1.1 Organisation de la médecine du travail

Avant la loi du 20 juillet 2011²³, seules les missions du médecin du travail étaient codifiées au sein du code du travail. La réforme inscrit dorénavant les missions des services de santé au travail. Ils ont pour mission « *d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail* »²⁴.

²¹ Article 8 du code de déontologie médicale.

²² Article L162-2-1 du code de la sécurité sociale.

²³ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

²⁴ Article L4622-2 du Code du travail.

L'employeur peut instituer un service de santé au travail dit « autonome », sous la surveillance du comité d'entreprise, s'il emploie au minimum 500 salariés²⁵.

Le médecin du travail exerce ses missions selon le principe d'indépendance²⁶, en coordination avec l'employeur et les représentants du personnel : les membres du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et les délégués du personnel, ainsi que les personnes désignées en charge des activités de protection des risques professionnels²⁷.

Sinon, l'entreprise doit adhérer à un service de santé au travail interentreprise²⁸. Leurs missions sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail composée :

- de médecins du travail ;
- d'intervenants en prévention des risques professionnels ;
- d'infirmiers ;
- d'un(e) Assistant(e) de Service de Santé au Travail.

Les médecins du travail coordonnent cette équipe pluridisciplinaire²⁹.

Les services de santé au travail doivent comporter un service social du travail, ou travailler en lien avec les services sociaux du travail déjà mis en place dans l'entreprise.

1.1.2 Le médecin du travail acteur du maintien dans l'emploi

Le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif³⁰. Il a pour missions l'amélioration des conditions de travail dans l'entreprise, l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés, la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, l'hygiène de l'établissement, les modifications des équipements.

Le médecin du travail est donc le « *conseiller de l'employeur, des travailleurs et de leurs représentants* ».

- Pendant l'arrêt de travail : *la visite de pré-reprise*

« *Afin de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de pré-reprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié.* »³¹

La visite de pré-reprise peut être demandée avant ce terme par le salarié, le médecin traitant ou le médecin-conseil si le maintien dans l'emploi précédent n'est pas envisageable. Le médecin du travail ne donne pas un avis sur l'aptitude médicale du salarié au poste mais émet des recommandations en matière :

- d'aménagements et d'adaptation du poste de travail ;
- de préconisations de reclassement ;
- de formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.

²⁵ Article D 4622-5 du code du travail.

²⁶ Article L 4622-4 du code du travail.

²⁷ Article L 4644-1 du code du travail.

²⁸ Article D 4622-14 du code du travail.

²⁹ Article L 4622-8 du code du travail.

³⁰ Article L 241-2 du code du travail.

³¹ Article R 4624-20 du code du travail.

Pour ce faire le médecin du travail s'appuiera sur le service social du travail du service de santé au travail interentreprise ou sur celui de l'entreprise.

Sauf opposition du salarié, il informe l'employeur et le médecin-conseil de ses recommandations afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi³².

- A la fin de l'arrêt de travail: *la visite de reprise*

Suite aux modifications du décret n°2012-135 du 30 janvier 2012, l'employeur doit désormais organiser une visite de reprise auprès du médecin du travail dans les conditions suivantes³³:

- à la suite d'un arrêt de travail d'au moins 30 jours, consécutif à un accident de travail, un accident ou une affection d'origine non professionnelle ;
- après un congé maternité ;
- après une absence pour cause de maladie professionnelle, quelle que soit la durée.

Néanmoins le médecin du travail doit être informé de tout arrêt de travail inférieur à trente jours sans qu'une visite médicale soit nécessaire. La visite de reprise doit avoir lieu dans les huit jours qui suivent la reprise du travail du salarié.

L'examen de reprise a pour objet³⁴ :

- de délivrer l'avis d'aptitude médicale du salarié à reprendre son poste ;
- de préconiser l'aménagement, l'adaptation de poste ou le reclassement du salarié ;
- d'examiner les propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de pré-reprise.

L'employeur doit obligatoirement suivre les recommandations écrites du médecin du travail sur l'aménagement du poste de travail, le reclassement doit se faire sur un poste « *aussi comparable que possible à l'emploi précédent* »³⁵.

- L'inaptitude définitive au poste de travail :

Seul le médecin du travail est autorisé à prononcer l'avis d'inaptitude définitive d'un salarié à son poste de travail. Cette déclaration d'inaptitude ne peut intervenir que si le médecin du travail a :

- effectuer une étude du poste de travail ;
- réaliser une étude des conditions de travail dans l'entreprise ;
- procéder à deux examens médicaux espacés de deux semaines³⁶.

Lorsque le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un ***danger immédiat*** pour sa santé, sa sécurité, ou pour celles de tiers, ou lorsqu'une visite de pré-reprise a eu lieu dans un délai de trente jours, un seul examen permet de conclure à l'inaptitude définitive.

³² Article R 4624-21 du code du travail.

³³ Article R.4624-22 du Code du travail.

³⁴ Article R 4624-23 du code du travail.

³⁵ Article L 1226-2 du code du travail.

³⁶ Article R 4624-31 du code du travail.

Lorsque le salarié est déclaré inapte à son poste de travail, l'employeur a un mois maximum pour lui proposer un poste adapté à son état de santé ou un licenciement pour inaptitude médicale.

Devenir du salarié après inaptitude au poste : à l'issue de la procédure d'inaptitude au poste de travail, soit le salarié reste dans l'entreprise sur un autre poste, soit il est licencié. Dans ce cas, *l'employeur doit justifié, par écrit, de l'impossibilité où il se trouve, de donner suite aux propositions de reclassement du médecin du travail*³⁷.

Le salarié licencié dans le cas d'une inaptitude d'origine non professionnelle bénéficie de l'indemnité légale de licenciement et de l'indemnité compensatrice de congés payés. L'indemnité de préavis n'est pas due. En cas de licenciement suite à une inaptitude d'origine professionnelle le salarié perçoit une indemnité de licenciement égale au double de l'indemnité de licenciement conventionnelle et une indemnité compensatrice égale à l'indemnité légale de préavis³⁸.

Le salarié licencié peut s'inscrire à pôle emploi et bénéficier des aides du dispositif réservé aux demandeurs d'emploi, en particulier l'allocation chômage. Si le salarié a la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé, il peut bénéficier des aides à la recherche d'emploi et à l'orientation professionnelle (Cf E.3.5).

- Le médecin du travail effectue d'autres visites : visites d'embauche, visites périodiques.

³⁷ Article L321-13 du code du travail.

³⁸ Article L1226-14 du code du travail.

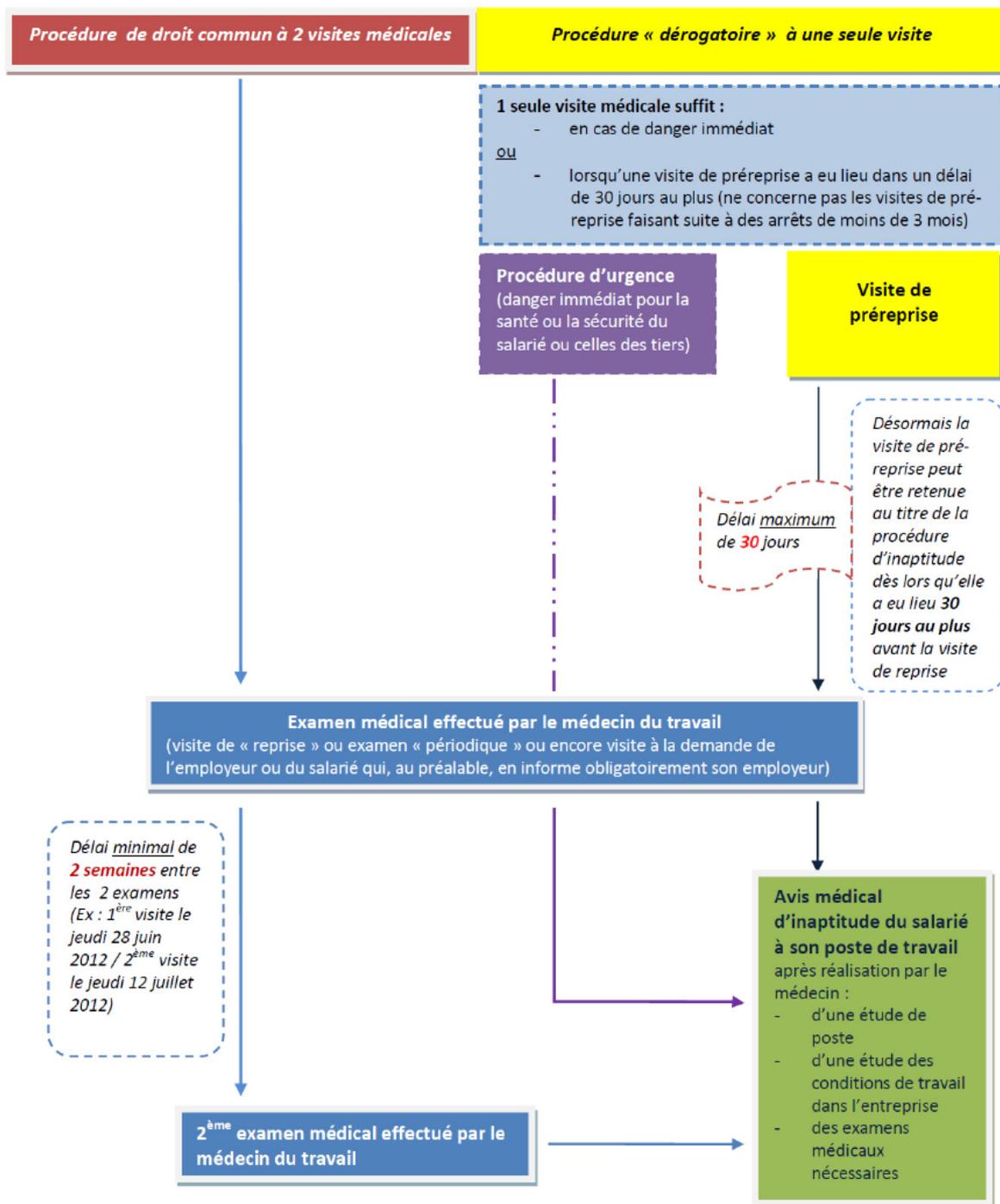


Fig.2. La procédure de constatation de l'incapacité médicale au poste de travail à compter du 1^{er} juillet 2012 (17).

1.2 Le médecin-conseil et l'assurance maladie

1.2.1 Organisation de l'assurance maladie

Les 101 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) réparties sur l'ensemble du territoire de France métropolitaine versent les prestations en nature et en espèce aux assurés du régime général. Elles identifient les salariés en arrêt de travail prolongé et les signalent au service médical (arrêt supérieur à 45 jours) et au service social (arrêt de plus de 90 jours). Elles accompagnent sur le plan administratif et financier des mesures de retour à l'emploi.

Elles sont sous la direction d'organismes régionaux, **les caisses d'assurance retraite et de santé au travail** (CARSAT) qui ont succédé aux caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) depuis le premier juillet 2010.

Le service social de l'assurance maladie est rattaché à la CARSAT. Ce service propose aux assurés du régime général présentant un risque de désinsertion professionnelle des actions collectives ou individuelles pour les aider à construire un projet professionnel adapté.

Le service du contrôle médical est indépendant des directions et des conseils d'administration des caisses primaires (CPAM) et régional (CARSAT). Il est directement rattaché à la CNAMTS qui organise et contrôle ce service. Dans chaque région, le contrôle médical est placé sous la direction d'un médecin-conseil régional nommé par le directeur de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Pour chaque caisse primaire, le contrôle médical est dirigé par un praticien conseil chef de service. Le contrôle médical est assuré par des médecins-conseils, des chirurgiens-dentistes conseils et de pharmaciens-conseils.

Les services du contrôle médical examinent sur le plan médical, l'activité des établissements de santé, des professionnels de santé et des pharmaciens et sont amenés à constater « *les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.* »³⁹. Ils contrôlent également la justification de l'ensemble des prestations couvertes par l'assurance maladie notamment **l'incapacité au travail pour les arrêts de travail et l'admission en invalidité.**

1.2.2 Le contrôle des arrêts de travail

L'assurance maladie exerce un double contrôle sur les arrêts de travail :

- D'une part un contrôle administratif portant sur le respect des obligations administratives auxquelles doit se soumettre l'assuré (envoi de l'avis de l'arrêt de travail dans les deux jours, respect des heures de sorties, interdiction d'exercer toute activité non autorisée).
- D'autre part un contrôle médical, exercé par un médecin-conseil du service médical de l'assurance maladie, portant sur l'adéquation entre la pathologie de l'assuré et sa justification.

Ainsi, le médecin-conseil analyse l'incapacité physique de l'assuré à reprendre un travail. La jurisprudence a précisé plusieurs fois cette notion : « *l'incapacité physique de l'assuré de reprendre le travail s'analyse non pas dans l'inaptitude de l'assuré à*

³⁹ Article L.315-1 du code de la sécurité sociale.

reprendre son ancien emploi, mais dans celle d'exercer une activité salariée quelconque.»⁴⁰

Le médecin-conseil peut donner un avis favorable avec poursuite du versement des IJ ou un avis défavorable, dans ce cas l'arrêt peut être considéré injustifié, l'assuré doit reprendre le travail. Pour les arrêts longs, il inclut les décisions de passage en invalidité lors de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré.

La réforme de l'assurance maladie de 2004 avait entraîné un renforcement des contrôles notamment en cas de répétition d'arrêt de travail ou de façon systématique à partir de 60 jours.

Depuis 2007, le contrôle est devenu systématique pour les arrêts de plus de 45 jours. Ce contrôle ne signifie pas convocation systématique de l'assuré, ils peuvent être effectués sur dossier. Le contrôle de tous les arrêts atteignant six mois est systématique⁴¹. L'avis du service médical est obligatoire pour le versement de l'indemnité journalière. Au delà de six mois, les assurés sont tous contrôlés entre neuf et douze mois lors d'un bilan médico-socio-professionnel. Ensuite la fréquence des contrôles est décidée par le médecin-conseil. L'avis du service du contrôle médical s'impose à la caisse. Un contrôle constatant un arrêt de travail injustifié conduit à la suspension du versement des IJ et à la fixation de la date de reprise du travail⁴².

Une deuxième voie de contrôle existe, l'employeur peut diligenter un contrôle de manière discriminatoire en s'adressant à une entreprise spécialisée qui missionne un médecin pour examiner le salarié.

1.2.3 L'invalidité

Pour bénéficier d'une pension d'invalidité, l'état de santé de l'assuré doit être stabilisé. Cette notion ne s'applique qu'aux blessures consécutives à un accident de la vie courante ou à une maladie non professionnelle. L'état de santé est stabilisé lorsqu'il n'y a plus d'amélioration possible de celui-ci.

La sécurité sociale verse une pension d'invalidité aux assurés n'ayant pas atteint l'âge légal du départ à la retraite et présentant une réduction des deux tiers de leur capacité de travail ou de gain⁴³.

Sur le plan administratif l'assuré doit attester d'une durée minimale d'immatriculation de 12 mois⁴⁴ et d'un montant de cotisations ou un nombre d'heures de travail minimum. Cette pension est attribuée à titre temporaire⁴⁵, elle peut être révisée par le médecin-conseil selon l'état de santé du bénéficiaire.

Le montant de la pension augmente en fonction de la gravité de l'incapacité⁴⁶. Il existe trois catégories d'invalidité⁴⁷ :

- **1^{ère} catégorie** : invalides capables d'exercer une activité rémunérée à temps partiel; La pension s'élève à 30% du salaire brut.

⁴⁰ Cass.Soc.2 juillet.1998 : RJS 1998, n°1280.

⁴¹ Article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

⁴² Article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

⁴³ Article L.341-1 et R.341-2 du code de la sécurité sociale.

⁴⁴ Article L.341-2 du code de la sécurité sociale.

⁴⁵ Article L.341-9 et L.341-11 à 14 du code de la sécurité sociale.

⁴⁶ Article R.341-4 à 6 du code de la sécurité sociale.

⁴⁷ Article L.341-4 du code de la sécurité sociale.

- **2^{ème} catégorie** : invalides incapables d'exercer une profession quelconque; La pension s'élève à 50% du salaire brut.
- **3^{ème} catégorie** : invalides dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Pension qui s'élève à 50% du salaire brut + majoration tierce personne.

Les personnes victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ne peuvent obtenir la pension d'invalidité. Lorsque leur état est jugé consolidé, un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) peut-être fixé par le médecin-conseil. L'assuré perçoit alors une indemnisation en capital lorsque le taux est inférieur à 10%. Au delà de ce taux il reçoit une rente.

2- Les autres acteurs pouvant être sollicités

2.1 La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Les MDPH ont été créées dans chaque département par la loi du 11 février 2005⁴⁸. Elles exercent « *une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille* ». Elle organise la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH= ex-COTOREP). La CDAPH doit répondre aux demandes faites par les personnes handicapées et peut ainsi assurer aux salariés concernés la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) nécessaire pour accéder à de nombreux dispositifs liés au maintien dans l'emploi.

2.2 L'association de gestion du fond pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH)

Cette association apporte son soutien financier aux entreprises privées, en milieu ordinaire de travail pour engager des actions visant à favoriser l'insertion ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées (aménagement de poste, formation professionnelle, bilan de compétences). Elle encourage l'entreprise à embaucher des personnes handicapées en lui attribuant une prime d'insertion.

La RQTH n'est pas obligatoire pour obtenir les aides de l'AGEFIPH si le patient bénéficie d'une pension d'invalidité, de l'allocation personne handicapée, d'un taux d'incapacité permanente supérieur à 10%.

2.3 Le service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)

Il est financé par l'AGEFIPH. Sur sollicitation du médecin du travail, du salarié ou de l'entreprise il informe et accompagne les personnes sur le maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

⁴⁸ Loi n°2005-102 du 11 février 2005.

3- Quelles aides pour le patient en arrêt de travail (18)

3.1 Reprise du travail à temps partiel thérapeutique (19)

La reprise du travail à temps partiel thérapeutique (TPT) est possible dès lors que « *la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré* » ou « *l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé* »⁴⁹.

Il s'agit d'une période transitoire durant laquelle l'assuré n'effectue pas toutes ses heures de travail et perçoit une indemnité journalière pour compléter la perte de salaire. L'objectif est de permettre une réadaptation graduelle au travail.

Un arrêt de travail à temps complet doit précéder immédiatement la reprise du travail à temps partiel sauf pour les assurés qui souffrent d'une affection longue durée (ALD) ou victimes d'un AT-MP. Dans le cas de l'ALD la prescription d'un temps partiel peut être faite dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet fait suite à cette affection et qu'un arrêt de travail à temps complet a déjà été indemnisé dans le cadre de cette affection⁵⁰.

La mise en place du temps partiel n'est possible qu'après :

- prescription par le médecin traitant ;
- accord de l'employeur ;
- accord du médecin du travail qui valide l'aptitude du salarié à reprendre son poste ;
- Par ailleurs l'accord de la caisse n'est plus nécessaire, la prescription du médecin traitant suffit, sauf en cas d'AT et de MP.

La durée maximale du TPT dépend de l'épuisement des droits à arrêt maladie précédent la demande. « *La durée maximale durant laquelle, en cas de reprise du travail, l'IJ peut être maintenue par la caisse ne peut excéder d'un an le délai de trois ans prévu à l'article R323-1* »⁵¹.

Le TPT existe également dans la fonction publique. Sa mise en place nécessite d'avoir été arrêté six mois au minimum à temps complet et d'obtenir l'accord du comité médical départemental. Sa durée est limitée à un an.

3.2 L'unité de réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel (20)

En Bretagne, la seule unité de réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel (URFMP) est située à Vern-sur-Seiche au centre du Patis Fraux.

Cette unité accueille des personnes en arrêt de travail suite à une maladie ou un AT-MP, ayant une pathologie physique, le plus souvent ostéo-articulaire, présentant un besoin de rééducation-réadaptation, pour lesquelles les capacités de reprise du travail sont questionnées. Les objectifs de cette unité sont :

- d'évaluer la situation handicapante globale.

⁴⁹ Article L323-3 du Code de la sécurité sociale.

⁵⁰ Article L323-3 du Code de la sécurité sociale.

⁵¹ Article R323-3 du Code de la sécurité sociale.

- d'effectuer une rééducation-réadaptation fonctionnelle par l'intermédiaire d'un réentraînement à l'effort ;
 - de prendre en charge la douleur chronique par l'intermédiaire d'un programme d'éducation thérapeutique ;
 - d'effectuer une préparation physique et psychologique à la reprise du travail
- Cette prise en charge vise à rétablir un rythme proche de l'activité professionnelle. Elle a lieu sur prescription médicale, est financée par un organisme de sécurité sociale après avis d'un médecin-conseil.

3.3 Action de Remobilisation Professionnelle en Indemnités Journalières (ARPIJ) (21)

Ce dispositif est proposé par l'assurance maladie, la MSA, l'ENIM pour une remobilisation vers l'emploi.

L'objectif est de faciliter la reprise du travail pour les assurés sociaux :

- En arrêt maladie ou AT-MP ;
- En risque d'inaptitude au poste sans possibilité de reclassement professionnel dans l'entreprise ;
- Ayant besoin d'aide et de soutien pour construire un projet professionnel ;

Il s'agit d'une période d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseils qui peut-être suivi d'un stage en entreprise.

En Ile-et-Vilaine, ce dispositif existe depuis deux ans. Trois sessions de vingt personnes sont organisées par an. Chaque session dure 8 semaines. Les personnes pouvant être incluses sont repérées par le service social de l'assurance maladie, le médecin-conseil ou le médecin du travail. L'accord du médecin traitant est sollicité ainsi que l'avis du médecin-conseil. L'accord final est délivré par la Cellule Départementale de Prévention de la Désinsertion professionnelle pour les assurés du régime général. Le stage est assuré par des organismes spécialisés dans la formation et l'orientation professionnelle (actuellement il s'agit du Patis Faux et l'AREP en Ile-et-Vilaine). La CPAM, La MSA et l'ENIM assurent la continuité du versement des IJ pendant le stage et participent au financement de l'ARPIJ avec l'AGEFIGH.

3.4 Formations continues

Des formations professionnelles continues telles que des bilans de compétences, des validations des acquis de l'expérience, des actions d'adaptation et de développement de compétences peuvent être proposés aux patients pendant la période d'arrêt de travail.

3.5 La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

« Est considérée comme travailleur handicapé [...] toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite

de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique. »⁵²

La demande de RQTH doit être retirée et déposée auprès de la MDPH. Elle comporte un certificat médical rempli par le médecin traitant. Après instruction de la demande par une équipe pluridisciplinaire, la CDAPH se prononce sur la reconnaissance.

Ce statut permet aux personnes de bénéficier :

- D'une aide à l'embauche par l'intermédiaire de **l'obligation d'emploi** : les entreprises du secteur public ou privé de plus de 20 salariés, doivent embaucher 6% de personnes ayant la RQTH.
- D'une aide au **maintien dans l'emploi** pour les patients en arrêt de travail.
 - Il s'agit d'aides mobilisables au titre de l'AGEFIPH (le bilan de compétence, les aides techniques et humaines pour adapter le poste de travail, l'offre de service SAMETH, les aides à la formation professionnelle).
 - de mesures gérées par la sécurité sociale :
 - Certaines peuvent être appliquées à tous les patients en arrêt de travail qu'ils aient ou pas la RQTH (le TPT, la réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel, la pension d'invalidité) ;
 - Une autre impose d'avoir la RQTH, il s'agit du contrat de rééducation professionnelle en entreprise. Il s'agit d'un contrat conclu entre la CPAM, l'employeur et le salarié reconnu travailleur handicapé à l'issue d'un arrêt de travail en maladie, en AT ou en MP. Il permet au salarié de reprendre progressivement une activité professionnelle à son poste ou à un autre poste.
- D'une aide à **l'orientation professionnelle et à l'accompagnement pour la recherche d'un emploi** :
 - En milieu ordinaire par l'intermédiaire de CAP Emploi.
 - Soit vers un centre de pré-orientation, sur décision de la CDAPH, lorsque l'orientation professionnelle présente des difficultés. Il existe deux centres de pré-orientation en Ille-et-Vilaine : l'ADAPT à Betton et l'unité d'observation préparation à l'emploi au Patis Fraux à Vern-sur-Seiche.
 - Soit vers les centres de rééducation professionnelle, les personnes handicapées en situation d'inaptitude à leur poste de travail accèdent à une formation qualifiante et diplômante. Deux centres sont agréés en Ille-et-Vilaine, L'ADAPT à Betton et l'école de reconversion professionnelle Jean Janvier à Rennes.

Ce chapitre nous a permis de faire le point sur l'environnement global qui encadre la prescription de l'arrêt de travail et de présenter les rôles et missions des intervenants et dispositifs.

Malgré cet éventail d'intervenants et de dispositifs, la réalité du terrain met en évidence des difficultés parfois grandes à la reprise du travail. Nous allons tenter, au travers d'une enquête auprès des acteurs principaux que sont les médecins généralistes, de donner un éclairage sur ces freins à la reprise du travail.

⁵² Article L323-10 du code du travail.

Matériel et méthode

A- Type d'étude

L'étude que nous avons réalisée, s'intègre dans une démarche qualitative, de type descriptif. Elle a consisté à la réalisation d'entretiens semi dirigés, conduits auprès de médecins généralistes installés en secteur libéral en Ile-et-Vilaine. Le contenu des entretiens a ensuite été analysé.

B- Méthodologie de sélection des médecins généralistes interrogés

Nous voulions obtenir un échantillon de médecins généralistes installés, des hommes et des femmes, exerçant dans différentes conditions (en groupe ou seul), sur l'ensemble du département d'Ile-et-Vilaine, en milieu urbain, rural ou semi-rural. L'ensemble de ces données est facilement accessible à partir de l'annuaire pages jaunes.

Nous avons dans un premier temps contacté vingt sept médecins. Parmi eux, nous avons eu dix médecins directement au téléphone, deux médecins ont été contactés par mail suite aux conseils de leur secrétaire, treize médecins ont été contactés par l'intermédiaire de leur secrétariat. Parmi les vingt sept médecins, quatorze médecins ont accepté de nous recevoir pour un entretien, quatre médecins exerçant seuls ont refusé de nous recevoir par manque de temps, deux médecins n'ont pas donné suite à notre demande écrite par mail, quatre médecins ont transmis à leur secrétaire qu'ils ne pouvaient nous recevoir, trois médecins n'ont pas donné de réponse malgré plusieurs relances auprès de leur secrétaire.

Après la réalisation des quatorze premiers entretiens, la saturation des données n'était pas atteinte. Nous avons dans un deuxième temps contacté huit nouveaux médecins généralistes. Parmi ces huit médecins, cinq exerçaient au niveau de zones géographiques d'Ile-et-Vilaine où nous ne nous étions pas encore rendu. Six médecins nous ont accordé un entretien, deux médecins ont refusé de nous recevoir par manque de temps.

Lors de ce premier contact avec le médecin ou son secrétariat, nous présentions le sujet de la thèse, l'objectif de l'interview et la méthode utilisée. Nous avons demandé aux médecins de nous consacrer une plage horaire comprise entre trente minutes et trois quart d'heure.

Nous avons recruté au total vingt médecins généralistes. Le recrutement s'est arrêté après saturation des données c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas eu de nouveaux éléments à être développé au cours de deux entretiens successifs.

C- Méthodologie d'entretien

Un entretien semi-dirigé est caractérisé par l'existence d'un guide d'entretien. Ce guide défini au préalable les thématiques à aborder lors de la discussion. Le guide d'entretien est modulable en fonction du déroulement de la rencontre.

Avec l'accord des participants et en leur garantissant l'anonymat, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité.

1- Le guide d'entretien : Description

Tout d'abord, Nous avons demandé aux médecins interrogés de nous fournir quelques informations générales les concernant : âge, année d'installation, milieu d'exercice, secteur d'exercice, activité spécifique, son type de patientèle et les catégories socio-professionnelles de ses patients.

Le guide d'entretien a été élaboré en s'inspirant de questionnaires préexistants ayant servi dans le cadre de l'étude de l'ANAES en 2004 (1) et dans le cadre de travaux de thèse sur le thème de l'arrêt de travail (22, 23).

Il a ensuite été soumis pour avis à un médecin du travail et à un médecin-conseil, puis à deux médecins généralistes volontaires afin de vérifier la compréhension des questions. Suite à leurs conseils nous avons remplacé l'intitulé du sous thème « situations difficiles » par « situations douteuses et situation de conflit ou de désaccord ».

L'entretien débute par la question suivante :

« Avez-vous des exemples de situations d'arrêt de travail longue durée pour lesquelles la reprise du travail vous a mis en difficulté ? »

Les thèmes suivants sont ensuite évoqués:

- La prescription de l'arrêt de travail de longue durée.
- Les difficultés rencontrées.
- Les partenaires du médecin généraliste.
- Les dispositifs d'aide au maintien dans l'emploi.
- Modifications des pratiques et formation.

Le guide d'entretien se trouve dans son intégralité en ANNEXE 1.

2- Réalisation des entretiens

Vingt entretiens ont été menés de septembre 2013 à juin 2014. Ils ont été réalisés en deux phases. Quatorze d'entre eux se sont déroulés entre le 24 septembre et le 22 octobre 2013. La saturation des données n'était pas atteinte. Six entretiens complémentaires se sont déroulés du 18 mars au 18 juin 2014. La durée des entretiens varie de 15 minutes à 70 minutes environ. Tous les entretiens ont été enregistrés sauf deux suite au refus du médecin, un maximum de notes a alors été pris durant l'entretien puis celui-ci a été retranscrit juste après sa réalisation afin de conserver l'ensemble des données. Les entretiens enregistrés ont été transcrits "mots à mots".

D- Retranscription et analyse des entretiens

La retranscription a été faite mot pour mot en respectant l'anonymat des participants. Après une analyse du discours en première lecture isolant des idées clés, un découpage des entretiens a été réalisé à partir de thèmes tels que :

- l'arrêt de travail de longue durée ;
- les facteurs influençant la prescription de l'arrêt de travail ;
- l'appréciation des médecins vis-à-vis de l'arrêt de travail ;
- de l'arrêt de travail longue durée vers la reprise du travail ;
- partenaires des médecins généralistes, les filières possibles pour le patient en arrêt de travail ;
- les réponses des médecins généralistes aux difficultés rencontrées.

Ces thèmes ne suivent pas ceux du guide d'entretien. Procéder de la sorte facilite à notre sens, l'analyse qui en découle.

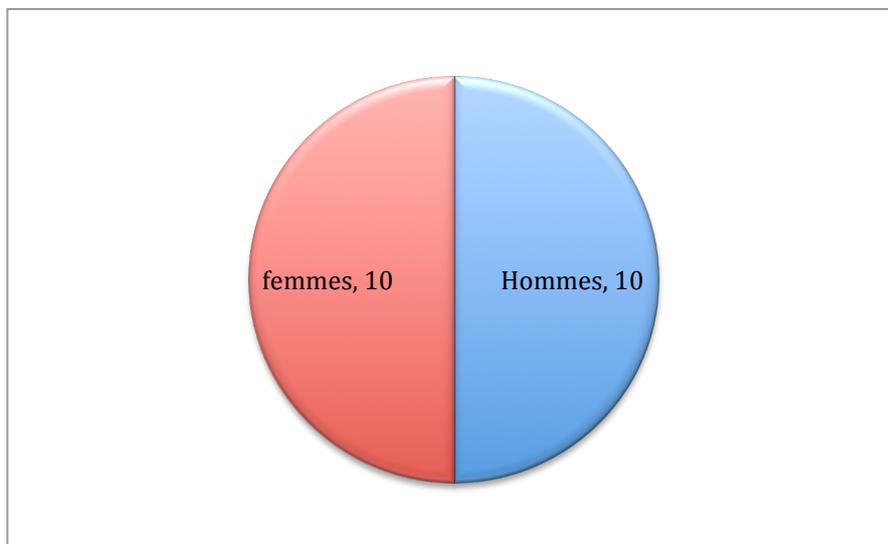
Résultats et analyse

A- Données socio-démographiques de la population interrogée

1- Caractéristiques démographiques de la population étudiée

❖ Sexe des médecins interrogés

Nous avons interrogé autant de femmes que d'hommes.



❖ Âge

L'âge des médecins de l'étude varie de 31 à 65 ans.

L'âge moyen de la population interrogée est de 50 ans et 4 mois.

L'âge des hommes participant à l'étude varie entre 37 et 65 ans.

L'âge moyen des hommes est de 52 ans et onze mois.

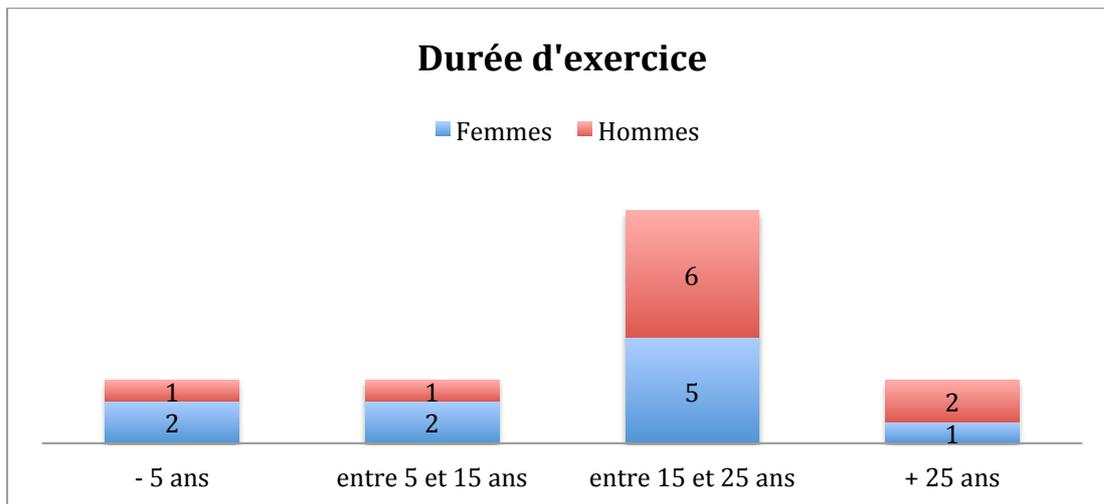
L'âge des femmes participant à l'étude varie de 31 à 60ans.

L'âge moyen des femmes est de 47 ans et 9 mois.

2- Caractéristiques socio-professionnelles

❖ Durée d'exercice

La durée d'exercice varie de 1 an à 39 ans.

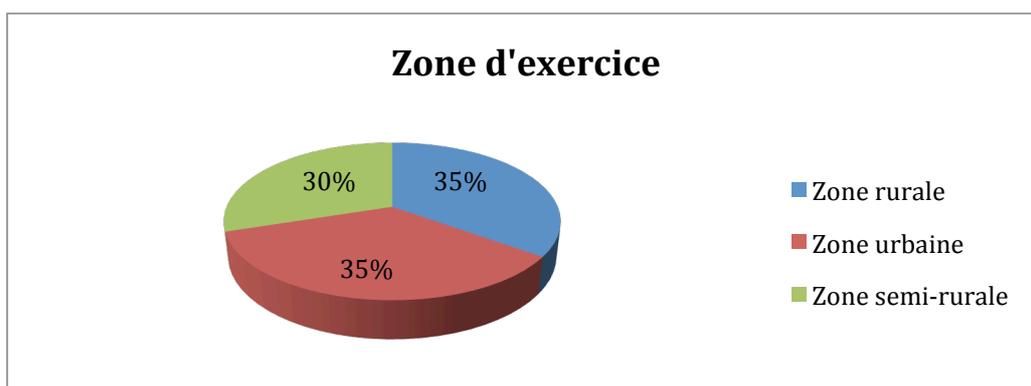


❖ Type de cabinet

Un homme interrogé exerce seul en cabinet particulier. Il n'a pas de secrétaire. Une femme interrogée exerce dans un cabinet particulier à mi-temps, sans secrétaire. Une autre femme réalise le mi-temps complémentaire. Tous les autres médecins interrogés exercent en groupe (cabinet d'au moins deux médecins) avec un secrétariat sur place.

❖ Lieu d'exercice

Tous les médecins interrogés sont installés en Ile-et-Vilaine.
 7 médecins exercent en zone urbaine (5 femmes et 2 hommes).
 7 médecins exercent en zone rurale (4 hommes et trois femmes).
 6 médecins exercent en zone semi-rurale (4 hommes et deux femmes).



❖ Secteur d'activité et mode d'exercice

Tous les médecins interrogés exercent en secteur 1.
 Deux femmes interrogées exercent une activité salariée et libérale.
 Tous les autres médecins exercent leur activité en libéral exclusivement.

❖ Type d'activité et patientèle par médecin, synthèse

N°	Sexe	Âge	Année d'installation	Mode exercice	Zones	Type de patientèle, professions	Durée de l'entretien
1	H	50	2010	Libéral	Semi-rurale	Jeunes couples, enfants peu de pathologies chroniques.	35 minutes
2	F	55	1990	Libéral et salarié	Urbaine	Femmes, enfants Pas de profession dominante.	50 minutes
3	H	52	1994	Libéral	Rurale	Personnes âgées, 1/3 actifs : Ouvriers, employés, agriculteurs.	33 minutes
4	H	38	2005	Libéral	Rurale	Mixte Employés agro alimentaires, agriculteurs, cadres.	37 minutes
5	H	58	1992	Libéral	Semi-rurale	Mixte Actifs travaillant à Rennes, agriculteurs, employés.	62 minutes
6 non enregistré	F	50	1994	Libéral	Urbaine	Patientèle privilégiée, cadres, IDE, enseignants, peu de CMU	30 minutes
7	H	65	1975	Libéral	Rurale	Patientèle mixte, Cadres, agriculteurs, employés Citroën	59 minutes
8	F	31	2012	Libéral	Rurale	Patientèle mixte Agriculteurs, ouvriers.	28 minutes
9	H	45	1996	Libéral	Rurale	Adultes jeunes. Professions variées	19 minutes
10	H	65	1978	Libéral	Semi-rurale	Patientèle mixte. Professions variées.	31 minutes
11	F	45	2001	Libéral	urbaine	Femmes, étrangers, classe défavorisée, 20% de CMU, beaucoup d'inactifs.	67 minutes
12 non enregistré	H	50	1994	Libéral	Semi-rurale	Patientèle mixte. Professions agricoles et intermédiaires.	15 minutes
13	F	60	1980	Libéral	Urbaine	Jeunes, étrangers, personnes âgées Personnes peu aisées, chômeurs.	52 minutes
14	H	51	1990	Libéral	Urbaine	Patientèle variée. Catégories socio professionnelles basses, ouvriers, employés, immigrés.	34 minutes
15	F	55	1995	Libéral	Rurale	Patientèle variées. Beaucoup d'ouvriers et de retraités, secteur tertiaire, quelques agriculteurs.	35 minutes
16	F	52	1994	Libéral	Rurale	Patientèle variée. Métiers de la mer, ouvriers, professions du tertiaire, retraités.	62 minutes
17	F	53	1990	Libéral	urbaine	Patientèle mixte. Catégories socio professionnelles variées	29 minutes
18	F	45	2000	Libéral et salarié	Semi-rurale	Jeunes femmes, enfants. Catégories socio-professionnelles variées	37 minutes
19	F	32	2013	Libéral	Semi-rurale	Patientèle mixte, Peu de CMU, quelques agriculteurs, salariés, employés	36 minutes
20	H	55	1993	Libéral	Urbaine	Patientèle mixte et professions variées.	34 minutes

Tableau I- Caractéristiques de la population d'étude.

B- Analyse thématique

Les citations en italique et entre guillemets correspondent aux propos des médecins interrogés, ils sont rapportés mot pour mot. A la suite de chaque propos, nous avons désigné le médecin par M pour médecin, suivi de son numéro correspondant à celui du tableau se trouvant dans la partie résultats, puis de F pour féminin ou M pour masculin désignant le sexe du médecin. Nous avons choisi de ne pas mettre l'intégralité des entretiens afin de garantir l'anonymat des participants et de conserver le secret professionnel.

1- L'arrêt de travail de longue durée

1.1 Définition selon les médecins généralistes

La définition d'un arrêt de travail de longue durée est clairement définie d'un point de vue administratif. Il s'agit d'un arrêt de plus de six mois nécessitant la réalisation d'un protocole de soins en « ALD non exonérante ». Cependant cette définition nous semble restrictive, c'est pourquoi nous avons voulu savoir quelle en était la définition pour les prescripteurs.

1.1.1 La durée

Pour certains médecins, l'arrêt de travail de longue durée correspond à un arrêt de travail supérieur à une certaine durée. Nous avons obtenu quatre durées différentes à partir de laquelle il s'agit d'un arrêt de travail de longue durée : quinze jours, un mois, trois mois, six mois

« Un arrêt de quinze jours c'est déjà long » (M20H)

« Mais pour moi ça devient long à parti de 15 jours. » (M13F)

« Au bout de six mois ça commence à être long » (M18F)

« Au delà de trois mois ça commence à être long. » (M19F)

1.1.2 La pathologie

Pour certains médecins, l'arrêt de travail de longue durée est conditionné par la lourdeur de la pathologie à l'origine de l'arrêt.

« Dans le cadre des arrêts en maladie la définition dépend de la lourdeur de la pathologie et de la pathologie, par exemple dans une pathologie de l'appareil locomoteur pour moi 90 jours c'est très long, par contre pour une néoplasie ce n'est pas long. » (M4H)

« C'est long quand ça dépasse trois mois... mais ça dépend de la pathologie et c'est modulable en fonction de la pathologie de départ. » (M2F)

1.1.3 Incertitude sur l'avenir professionnel et la reprise du travail

D'autres médecins proposent une définition qualitative de l'arrêt de travail. Pour eux il s'agit d'un arrêt de travail prescrit dans un contexte de difficultés probables pour la reprise du travail. Cette définition introduit donc la notion de désinsertion professionnelle qui est l'une des conséquences négatives de l'arrêt de travail.

« L'arrêt de travail de longue durée pour moi ne s'exprime pas en terme de durée, c'est qualitatif, pour moi cela s'exprime en terme d'incertitude sur l'avenir professionnel, c'est lorsque que l'on sent qu'il y aura un problème pour la reprise du travail. » (M1H)

« L'arrêt de travail de longue durée c'est difficile à dire mais l'arrêt de travail de trop longue durée je pense que c'est un arrêt de travail après lequel il est difficile d'envisager une reprise de travail. » (M9H)

« C'est un arrêt supérieur à 30 jours, mais surtout qui est sous-tendu par des problèmes complexes gênant la reprise. » (M14H)

1.1.4 En fonction du nombre de prolongations de l'arrêt

Un médecin considère que l'arrêt devient long après deux à trois renouvellements de prescription.

« Pour moi c'est quand j'arrive à deux ou trois renouvellements quelle que soit la durée de l'arrêt. C'est mon ressenti disons qu'à partir du deuxième renouvellement je commence à me poser des questions. » (M17F)

1.2 Pathologies et symptômes à l'origine des arrêts de travail de longue durée

1.2.1 Deux groupes d'affections citées par tous les médecins

Les troubles ostéo-articulaires et les pathologies psychiatriques sont les deux affections citées par tous les médecins généralistes à l'origine d'arrêt de travail de longue durée. L'évaluation de l'incapacité au travail engendrée par ces pathologies semble mettre les médecins généralistes en difficulté. La reprise du travail et le maintien dans l'emploi deviennent alors délicats.

« Deux grands types de pathologies, pathologies mentales, dépression, alcoolisme et pathologies ostéo-articulaires avec les lombalgies... Toutes les autres pathologies ça se passe bien... mais ces deux groupes de pathologies c'est toujours difficile. » (M1H)

« Les deux groupes les plus fréquents pour les arrêts longs sont la dépression et les lombalgies. » (M2F)

❖ Les troubles ostéo-articulaires

Les lombalgies et lombosciatiques ont systématiquement été citées.

« En maladie, surtout dans les problèmes ostéo-articulaires, typiquement les lombosciatiques. » (M4H)

« Les gens qui ont du mal à reprendre ont des pathologies de l'appareil locomoteur, les problèmes de dos essentiellement, les lombalgies. » (M5H)

« Oui effectivement j'ai quelques personnes que j'ai du mal à faire reprendre. Les lombalgies, c'est toujours le plus compliqué. » (M7H)

« Le plus souvent ce sont des problèmes rhumatologiques, problèmes de lombalgies, de sciatique. » (M10H)

« J'en ai également pour d'autres pathologies comme des lombalgies, c'est classique. » (M9H)

Les troubles musculo-squelettiques (TMS), en particulier les pathologies de l'épaule sont également cités par plusieurs médecins. Seuls trois médecins évoquent l'origine professionnelle des TMS.

« Les maladies professionnelles, les problèmes de tendinopathie de la coiffe. » (M18F)

« Les arrêts problématiques sont les tendinites, les lombalgies, certains états dépressifs » (M16F)

« Donc ce qui flambe c'est les pathologies professionnelles avec les tendinites et les pathologies ostéo-articulaires. » (M15F)

❖ **Les affections psychiatriques.**

Le syndrome anxio-dépressif est cité par la grande majorité des médecins. Ceux-ci évoquent soit les troubles anxio-dépressifs réactionnels, le plus souvent en lien avec les conditions de travail (conflit au travail, harcèlement, burn-out).

« Syndrome dépressif également, mais ça on peut mieux comprendre surtout lorsqu'il existe un gros problème relationnel au travail... » (M7H)

« Les pathologies les plus fréquentes, syndrome anxieux ou anxio-dépressifs liés au travail, ça devient un gros problème... » (M14H)

Soit ils évoquent les dépressions chroniques.

« ... soit des patients qui sont dans des états psychiques difficiles comme la dépression chronique ou trouble de l'humeur. » (M17F)

Deux médecins ont évoqué l'addiction à l'alcool, un autre a cité les troubles obsessionnels compulsifs et les phobies.

« Je m'occupe beaucoup de TOC, phobie, dépression réactionnelle, manque de confiance en soi... ce sont les pathologies que je rencontre qui donnent des arrêts de travail de longue durée. » (M9H)

1.2.2 Un symptôme: la douleur

❖ **La douleur est le symptôme le plus souvent cité.**

Elle peut être physique ou psychologique. Elle est subjective, son évaluation est donc difficile. Elle accompagne les pathologies citées précédemment.

« La douleur est probablement l'un des symptômes le plus fréquent pour expliquer un arrêt qu'elle soit morale ou physique. » (M2F)

« Soit ils souffrent physiquement ça me paraît pas possible qu'ils soient au travail... Soit il existe un problème psychologique. » (M5H)

« En fait il existe une souffrance physique ou moral. » (M3H)

❖ **La fibromyalgie est individualisée par trois médecins.**

« Je ne parle pas des fibromyalgies, on va rentrer dans le doute et à partir de là on va glisser parce que les douloureux chroniques à qui on ne trouve rien qui sont un jour baptisés par quelqu'un fibromyalgie, c'est l'horreur... » (M20H)

1.2.3 Les risques psychosociaux et leurs conséquences

Tous les médecins ont fait référence au moins une fois au cours de l'entretien aux risques psychosociaux ou à leurs conséquences. Selon l'institut national de

recherche et de sécurité (INRS) (24), les risques psychosociaux regroupent le stress au travail, le harcèlement moral, les conflits au travail, l'épuisement professionnel, les formes de mal-être, de souffrance, de malaises ressentis par le salarié. Comme nous l'avons vu précédemment, ces risques peuvent-être à l'origine de syndromes anxio-dépressifs réactionnels. Les médecins constatent une forte augmentation de ces troubles depuis quelques années, en lien avec un durcissement des conditions de travail. Certains médecins précisent que l'arrêt de travail est souvent supérieur à six mois, la reprise du travail est souvent difficile, voire même impossible.

« La situation qui me pose le plus de problème c'est le conflit au travail. Des burn-out, des états dépressifs secondaires, on a de plus en plus ce type de situation [...] A l'heure actuel les gens qui n'ont pas de travail ont des tas de problèmes et le vivent mal et les gens qui ont du travail ont des tas de problèmes et le vivent mal également. On est dans une mauvaise société au niveau travail » (M14H)

« Par contre depuis le début de la crise je trouve que le nombre de situations conflictuelles au travail augmente énormément, il s'agit actuellement de mes arrêts les plus longs, en général environ quatre mois. » (M6F)

« Ce n'est pas rare d'avoir des situations de burn-out avec des gens qui sont épuisés psychologiquement, physiquement et là on sait que l'on part pour six mois d'arrêt minimum... et je trouve que ça s'est vraiment majoré » (M16F)

1.2.4 Cas particulier des femmes enceintes

Trois médecins ont évoqué l'arrêt de travail précoce au cours de la grossesse non pathologique pouvant conduire à un arrêt de travail de longue durée non justifié.

« Un arrêt pour une femme enceinte peut donner un arrêt long, il y a les grossesses pathologiques, c'est différent mais quelqu'un qui a trois mois de grossesse, qui n'a pas un poste difficile, qui ne travaille pas en usine, qui ne porte pas de charges lourdes et qui souhaite s'arrêter pour fatigue... non il ne faut pas exagérer non plus. » (M18F)

« Dans certaines grossesses également, les femmes qui se font arrêter très tôt vers le troisième, quatrième mois, on essaie de les faire reprendre mais on y arrive jamais. » (M8F)

« La grossesse car l'arrêt trop tôt dans la grossesse n'est pas forcément justifié, l'arrêt est d'autant plus difficile à maîtriser que parfois l'initial est fait par une sage-femme. » (M4H)

Deux autres médecins évoquent également les femmes enceintes. Ils reconnaissent être plus tolérants avec les femmes enceintes même si l'arrêt ne leur semble pas totalement justifié.

« Les femmes enceintes, j'ai souvent des difficultés pour leur dire non et je suis souvent plus tolérante [...] mais lorsqu'elles souhaitent un arrêt trop tôt j'essaie de reculer la date car ça me gêne quand même un peu. » (M6F)

1.2.5 Affections de longue durée

❖ Les pathologies cancéreuses

Elles ont été évoquées par un grand nombre de médecins. Les arrêts de travail sont considérés comme étant justifiés. Par ailleurs, la reprise du travail est un symbole de guérison pour le patient, elle ne pose donc pas de problème la plupart du temps.

« Les seuls à être contrôlés plus tardivement sont les patients qui ont un cancer, mais généralement ce sont des patients qui ne posent pas de problème. » (M6F)

« On va se retrouver avec des cancers en cours de traitement ; l'arrêt est justifié. » (M20H)

❖ **Autres affections longues durées**

D'autres affections de longue durée ont été évoquées telles que la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, les pathologies neurologiques évolutives telles que la sclérose en plaque, le diabète compliqué. Les médecins semblent plus tolérants dans ces cas, l'incapacité présentée par le patient est alors évidente.

« Sinon les ALD, ce sont des trucs neurologiques évolutifs ou comme ma dame des polyarthrites rhumatoïdes, donc il y a ceux qui ont des trucs bien identifiés, puis après vous avez les TMS là au sens strict mais vous mettez tout, les lombalgies chroniques et tout ça, je ne parle pas des fibromyalgies, on va rentrer dans le douteux... » (M20H)

1.2.6 Les arrêts de travail de courte durée

La prescription des arrêts de travail de courte durée ne rentre pas dans notre sujet de thèse. Nous souhaitons y faire référence car elle a été abordée par plusieurs médecins généralistes. Cette prescription s'effectue principalement dans le cas des pathologies aiguës telles que les pathologies infectieuses. Sa durée est le plus souvent inférieure à huit jours. Elle ne pose pas de problème pour la reprise mais les médecins se sentent dans certains cas pris au piège. En effet, certains patients réclament un arrêt de travail après le début de celui-ci. Le médecin est alors contraint et forcé d'effectuer la prescription pour permettre au patient de rester en règle vis-à-vis de son travail.

« Ce qui me gêne le plus avec les arrêts de travail, ce sont les petits arrêts itératifs lorsque la personne nous met devant le fait accompli, donc au bout d'un moment je leur dis « stop », tu vas te débrouiller autrement tu peux prendre une journée de congé. » (M2F)

« Les patients viennent nous voir car ils n'ont pas été travaillés depuis trois jours, [...] on n'a pas le choix, le problème c'est qu'ils sont en faute vis-à-vis de leur employeur s'ils n'ont pas d'arrêt... on est presque obligé de faire l'arrêt [...] C'est pour des arrêts courts dans ce cas. » (M18F)

1.3 La prescription de l'arrêt de longue durée

1.3.1 Déroulement des consultations

❖ **Lors de la première consultation**

Le certificat médical initial de l'arrêt est prescrit au cours d'une consultation simple et rapide. Il s'agit d'une consultation sans spécificité ni particularité.

« Le premier arrêt est souvent facile et standard » (M2F)

« Dans le cas d'un certificat initial c'est assez simple... » (M4H)

Un médecin précise que lors de cette consultation il n'est pas possible de savoir si l'arrêt sera long. Aucun médecin n'a précisé s'il recherchait des facteurs prédictifs de difficultés pour la reprise du travail.

« Lorsque l'on prescrit l'arrêt initial on ne peut pas savoir si on part sur un arrêt de longue durée. » (M3H)

La durée initiale de l'arrêt est décidée par le médecin seul ou conjointement avec le patient. Cette durée est souvent de huit ou quinze jours voire un mois d'emblée lorsqu'il s'agit d'une pathologie traumatique ou d'une pathologie lourde.

« Dans le cas d'un certificat initial c'est assez simple [...] il est le plus souvent justifié. La durée est fonction de la pathologie, dans la pathologie lourde d'entrée de jeu on met des délais assez longs, dans la pathologie infectieuse et dans les pathologies ostéo-articulaires on n'est pas enclin à partir avec un arrêt très long. Souvent il est de 8 à 15 jours. » (M4H)

Certains médecins précisent qu'ils préfèrent faire un arrêt court au début et revoir les patients afin de suivre l'évolution des symptômes. Un médecin précise qu'il a modifié ses pratiques, les prescriptions initiales sont plus courtes afin de garder le contrôle de sa prescription. D'autres adoptent l'attitude inverse.

« J'ai des stratégies, je les arrête un peu et je les fais revenir pour suivre l'évolution. » (M5H)

« Je vois les patients régulièrement, au début je fais une semaine d'arrêt. » (M11F)

❖ **Lors des consultations suivantes**

Certains médecins semblent adopter des stratégies pour rester actifs et garder le contrôle de la prescription.

« Le problème se trouve plutôt dans les renouvellements d'arrêt et c'est là que l'on perd ou que l'on garde le contrôle. On peut le perdre très facilement si on est trop gentil, le fait de les faire revenir ça crée une contrainte c'est la seule possibilité que l'on ait car le plus souvent on est sur des douleurs qui ne sont pas toujours faciles à établir. » (M4H)

Les médecins considèrent qu'il s'agit de consultations normales, il reste systématique dans le déroulement de cette consultation qui comporte pour la plupart des médecins un temps d'examen clinique puis un temps de discussion et d'explications.

« Je réexamine les patients, je ne fais pas d'arrêt comme ça sans voir les patients, on essaie d'évaluer les choses » (M10H)

La durée des renouvellements varie, plusieurs médecins essaient de faire des arrêts plutôt courts au début afin de revoir les patients et de réévaluer régulièrement l'incapacité engendrée par la pathologie. C'est également un outil pour exercer une contrainte sur le patient.

« Je vois les patients régulièrement, au début je mets une semaine d'arrêt, pour les longs arrêts au bout d'un moment je prescris un mois et je renouvelle mois par mois jamais plus. » (M11F)

Plusieurs médecins souhaitent être actifs, ils planifient leur prise en charge, ils adressent aux spécialistes pour aide au diagnostic, préconisent une visite en médecine du travail, prescrivent rapidement des examens complémentaires. Ils s'entourent rapidement pour ne pas rester seul et ne pas perdre de temps.

« Maintenant j'explique aux gens d'emblée les démarches, comment ça va se passer, je planifie très vite les choses, je prescris vite les examens complémentaires, dès que je fais une prolongation j'adresse à un spécialiste pour avis [...] donc ma prise en charge des arrêts de travail est active, je dispatche aux différents partenaires » (M6F)

D'autres au contraire se laissent plus de temps.

« Je laisse venir en général. Ce sont des patients que je vois tous les mois ou tous les deux mois. La question reste ouverte. » (M17F)

Seul un médecin a évoqué une durée de consultation lors des renouvellements allant de vingt à trente minutes. D'autres ont évoqué des consultations plus ou moins

longues en fonction des points abordés. Les consultations où la reprise du travail est évoquée sont plus longues.

« On voit les gens 20 minutes à trente minutes quand on prend le temps... » (M17F)

« Certaines consultations peuvent être très rapide et d'autres sont plus longues car on aborde la reprise du travail, on explique certaines choses, on aborde différents sujets. » (M16F)

1.3.2 Situations de conflit et situations douteuses

Nous avons choisi de faire une distinction entre ces deux types de situations. On parlera de situations douteuses lorsque le patient ne présente pas de symptômes objectifs et que le médecin commence à se questionner sur le bien-fondé de l'arrêt de travail. Les situations de conflit correspondent aux cas où le médecin refuse de renouveler l'arrêt de travail.

Spontanément, les médecins ont fait référence à de telles situations plutôt dans le cadre des arrêts de courte durée avec demande de prescription d'un arrêt de travail par le patient après le début de celui-ci.

❖ Situations de conflit

Les médecins que nous avons rencontrés sont rarement confrontés à des situations de conflit lors de la prescription de l'arrêt de travail. Par contre tous reconnaissent s'opposer au patient lorsqu'ils trouvent que la prescription est totalement injustifiée ou lorsqu'ils estiment avoir été trompés.

Un médecin relate la réaction violente d'un patient suite à un refus de renouvellement. Le patient avait été surpris en train de travailler alors qu'il était en arrêt de travail.

« Je lui ai dit non, il a tapé un grand coup sur le bureau, est parti mécontent, je ne l'ai jamais revu et j'étais très content » (M3H)

Un autre médecin reconnaît avoir perdu un patient dans une situation de refus de prescription.

« Je pense par exemple à un patient qui à mon avis attend la retraite, 55 ans, un peu dépressif au bout d'un moment je lui ai dit qu'il exagérait, on est fâché... » (M2F)

Un autre médecin avoue se mettre en opposition avec certains patients lorsqu'il souhaite qu'ils changent de médecin.

« Dans ce cas je ne fais pas l'arrêt et je m'arrange pour être en conflit avec le patient pour qu'il change de médecin et comme ça je n'ai plus ce problème là. » (M4H)

❖ Situations douteuses

Les médecins adoptent des attitudes différentes:

Deux médecins renouvellent la prescription d'arrêt de travail mais font part de leurs doutes et interrogations aux patients. Ces médecins semblent considérer que l'arrêt de travail permet parfois de résoudre une situation plus qu'un problème médical. Ainsi, contrairement au médecin-conseil qui a une lecture stricte de la prescription d'un arrêt de travail, le médecin traitant prend en compte la situation globale du patient.

« Je le dis au patient mais je prolonge l'arrêt. Je considère que je ne peux pas tout juger de leur vie, il y a peut-être aussi des choses que le patient ne peut pas me dire, quand je connais le patient. » (M17F)

« Je refuse rarement de prescrire un arrêt, j'essaie de comprendre la situation. » (M19F)

D'autres médecins au contraire ne font pas part de leur doute au patient, sont exaspérés par l'attitude du patient, mais préfèrent attendre une prise de position des médecins-conseils. Deux médecins femmes ont décrit une situation presque similaire. Il s'agissait de patients ayant tous les deux une impotence fonctionnelle non objectivée par l'examen clinique, elles avaient des doutes, mais elles n'ont pas osé faire part de ceux-ci aux patients et attendaient avec impatience que les patients soient contrôlés par un médecin-conseil.

« J'ai de gros doutes sur la réalité des douleurs, j'ai rien pour le prouver mais ça me gonfle comme on dit [...] C'est gonflant lorsque l'on se rend compte que l'on est impuissant [...] Oui mais je ne peux pas le prouver, c'est très délicat d'être en porte-à-faux avec les gens. Je préférerais ne plus être son médecin traitant, mais comment prouver qu'il n'a pas si mal... » (M15F)

D'autres médecins s'entourent dans ce type de situation, soit du médecin du travail, soit de spécialistes.

« Je fais des arrêts courts et je m'entoure de spécialistes. Le médecin du travail peut m'aider, le rhumatologue peut m'aider. » (M4H)

« Donc souvent quand j'ai vraiment un doute je leur dis de réévaluer les choses avec leur médecin du travail. » (M19F)

Un médecin précise que la relation médecin-patient est menacée par ce type de situation.

« C'est très complexe car la relation médecin-malade se fait sur le lien et sur la confiance donc on peut pas leur dire que l'on a des doutes car sinon on ne les revoit plus mais on a des doutes et dans ce cas le rôle du médecin-conseil est primordial, à lui de faire son travail, moi je suis médecin et non pas gendarme. » (M3H)

2- Facteurs influençant la prescription de l'arrêt de travail longue durée

Différents facteurs influencent les prescriptions d'arrêt de travail et ont ainsi des répercussions sur la reprise du travail. Certains sont indépendants de la volonté du médecin et sont vécus comme une contrainte.

2.1 Le contexte socio-économique et le marché du travail

2.1.1 Répercussions sur le patient

❖ Refus de prescription d'un arrêt de travail

De plus en plus de patients refusent qu'un arrêt de travail leur soit prescrit par crainte de perdre leur emploi mais aussi pour des raisons financières. Certains médecins regrettent cette évolution car ils trouvent que la santé de leur patient peut être menacée. Ces refus interviennent surtout pour des arrêts de courte durée. Les

journées de carence dans le secteur privé ont un effet financier bénéfique mais peuvent aussi avoir une incidence médicale négative.

« Ce que j'ai vu évoluer aussi au fil du temps, c'est les gens qui ne veulent surtout pas s'arrêter, avant je mettais un ou deux jours d'arrêt de travail, maintenant les gens me disent qu'ils ne peuvent plus. Financièrement par rapport à la carence de 3 jours dans le secteur privé, et puis par rapport à la peur de perdre son travail. Il y a une certaine pression. » (M11F)

« Parmi les salariés, on a salarié et salarié. Dans le privé certains nous disent « si je m'arrête, en cas de licenciement je suis le premier sur la liste ». » (M5H)

« Le délai de carence est soit trop court, soit trop long. [...] Je pense par exemple aux aides soignantes lorsqu'elles ont la gastro qu'elles sont en maison de retraite, qu'elles se lavent à peine les mains ça me dérange. Et là c'est le délai de carence de trois jours qui nous met dedans car comme l'arrêt sera court elles ne veulent pas perdre de l'argent. » (M4H)

Un médecin semble considérer que cette évolution est une aide.

« Depuis le début de la crise soit depuis trois ans environ j'ai le sentiment d'avoir moins de problème. Les gens ont peur pour leur emploi, j'ai l'impression d'avoir moins de lombalgiques dépressifs. Il existe quelques professions plus protégées que d'autres... » (M6F)

❖ Naissance d'un sentiment d'injustice

Deux médecins ont constaté l'existence d'un sentiment d'injustice chez les patients. Le renforcement des contrôles et la conjoncture économique diminuent la tolérance des prescripteurs vis-à-vis de la prescription de l'arrêt de travail. Les plus anciens ont pu bénéficier d'une plus grande complaisance. Les plus jeunes ne bénéficiant plus de ces prises en charge se sentent lésés.

« On a un problème, entre les jeunes et les plus anciens. Je trouve qu'il y a l'ancienne génération qui en a bien profité et je vois les jeunes arriver qui me disent j'ai mon collègue de 55 ans il y a quelques années il a eu telle chose et il a été arrêté deux ans, et donc ils pensent qu'ils vont avoir la même chose. Donc je leur dis mais non ce n'est plus comme ça, c'est fini [...] ils trouvent ça injuste mais ils comprennent. La conjoncture fait que l'on est plus sévère. » (M11F)

« Il y a eu une évolution de la tolérance vis-à-vis de l'arrêt de travail et pour les gens des fois c'est vécu comme une injustice car ils ont des exemples autour d'eux de gens qui ont obtenu des choses... » (M16F)

❖ Les troubles psycho sociaux

Comme nous l'avons déjà évoqué au paragraphe 1.2.3, les risques psychosociaux et leurs conséquences sur l'état de santé ont été cités par tous les médecins. Ils sont fréquemment impliqués dans la prescription de l'arrêt de travail et sont directement en lien avec le durcissement des conditions de travail au sein des entreprises. Plusieurs médecins ont établi un lien entre le contexte économique, l'augmentation de l'intensité de travail, dégradation des conditions de travail et l'arrêt de travail.

« Vous savez les burn-out chez l'employé de bureau, les cadres. Je pense que la conjoncture rend les gens de plus en plus mal dans leur travail. » (M11F)

« Depuis quelques années j'ai l'impression que les gens souffrent au travail. Ça va moins bien économiquement, il y a une pression au travail ; au travail les gens sont moins bien. C'est une impression globale. » (M15F)

« Par contre depuis le début de la crise je trouve que le nombre de situations conflictuelles au travail augmente énormément, il s'agit actuellement de mes arrêts les plus longs, en général environ quatre mois. » (M6F)

« Dans le sens où la souffrance psychologique en lien avec le travail est de plus en plus importante, avant c'était une exception, maintenant c'est quasiment une règle [...] elle majore toute pathologie sous-jacente donc ça ne fait que compliquer la remise en place d'un patient au travail d'autant plus que la situation économique est compliquée. » (M14H)

2.1.2 Répercussions sur le retour au travail et le maintien en emploi

Certains médecins signalent également que la conjoncture a un impact sur le devenir des patients en arrêt de travail de longue durée.

❖ Moins de possibilités de reclassement professionnel au sein des entreprises

Les possibilités d'adaptation de poste et de reclassement professionnel interne semblent limitées depuis plusieurs années. Certains médecins trouvent plus fréquents les licenciements pour inaptitude au poste. Les patients licenciés actuellement ont des difficultés pour trouver un emploi, surtout s'ils ont plus de cinquante ans.

« Le plus souvent ça aboutit ensuite à une inaptitude totale puis à un licenciement ce qui peut être une solution sociale même si le chômage n'a pas vocation à ça mais pour les gens de 55 ans qui ne peuvent pas reprendre leur travail ça peut être une solution. » (M4H)

« Ils peuvent alors être licenciés sachant que le licenciement ce n'est pas la panacée contrairement à ce que les gens croient surtout après cinquante ans car pour retrouver un travail ensuite c'est très difficile, les gens n'ont pas l'âge de la retraite non plus. » (M15F)

« Maintenant c'est simple c'est rupture conventionnelle, refus de rupture conventionnelle, inaptitude au poste et on passe à autre chose...C'est de plus en plus fréquent... » (M14H)

❖ Émergence des démissions et des ruptures conventionnelles

Un médecin considère que les démissions sont également plus fréquentes, principalement dans les cas de conflits au travail. Les patients ne sont pas reconnus inaptes par le médecin du travail mais ne peuvent reprendre leur poste. Cependant la démission majore la précarité, elle n'ouvre pas le droit à l'assurance chômage et le patient ne reçoit pas de prime de licenciement.

« Je n'avais pas ça auparavant, avec des gens à bout qui finissent par démissionner. C'est nouveau je trouve. Je pense que c'est la conjoncture, il y a beaucoup de gens qui sont en recherche d'emploi, donc lorsque les gens ne sont pas au maximum de leur santé on est un peu sans pitié et on prend quelqu'un d'autre. » (M11F)

2.1.3 Répercussions sur les médecins du travail

Les dégradations des conditions de travail au sein des entreprises se répercutent également sur les médecins du travail qui ont moins de possibilité d'adaptation de poste et semblent d'avantage contraint par leur employeur.

« Il y a un autre problème, c'est les médecins du travail contraints par les employeurs qui refusent que le patient reprenne son travail, je trouve que c'est de plus en plus fréquent surtout avec le marché difficile du travail. » (M10H)

2.2 Professions et régimes de prise en charge des patients

La profession exercée par les patients et le régime de protection sociale dont ils dépendent, semblent conditionner l'attitude des patients face à l'arrêt de travail.

« Il y a quelque chose qui change beaucoup l'attitude des patients c'est leur catégorie socio-professionnelle. Ça c'est évident. » (M5H)

2.2.1 Un régime de protection sociale avantageux : la fonction publique

Plusieurs médecins font allusion au système de protection sociale des fonctionnaires qui est avantageux. Ils n'ont pas de journée de carence, peuvent bénéficier d'un plein traitement pendant au moins trois mois, voire plus en fonction du congé maladie. Certains médecins soulignent que cette protection sociale très avantageuse est parfois responsable de demandes d'arrêts excessives de la part des assurés.

« J'étais assez pour que la journée de carence dans la fonction publique reste en place, ça commençait déjà à freiner les gens, certains ont besoin de ça... de toute manière il n'y a qu'un seul critère c'est le porte monnaie. » (M5H)

« Elle est en arrêt depuis plus de trois ans, mais comme elle est dans la fonction publique et que c'est un système à part, elle reste en arrêt maladie...C'est royal quand tu rentres dans la fonction publique, tu as un poste et il ne peut plus rien t'arriver. » (M19F)

« Il y a toujours chez certains fonctionnaires des gens qui exagèrent un peu, ils nous disent oui mais j'ai le droit à trois ans en plein salaire... A une époque c'était très banalisé [...] Donc lorsque je ne veux pas, je leur explique que ça me choque que par rapport aux personnes travaillant dans le privé et qui ont que quelques mois et même pas à 100% car ça décote très vite, et que vu la conjoncture et les restructurations je me méfie de ce genre de comportement. » (M11F)

Deux médecins soulignent qu'il y a un changement de comportement positif chez les fonctionnaires probablement en lien avec les conditions socio-économiques.

« Pas chez les fonctionnaires, chez les fonctionnaires on a vu évoluer les arrêts de travail dans le bon sens c'est à dire que l'on n' a plus d'arrêt de complaisance. Moi de toute façon je n'en fais pas mais je n'en ai plus la demande non plus. » (M11F)

2.2.2 Des régimes de protection sociale moins avantageux

Plusieurs médecins prennent l'exemple des professions libérales et des agriculteurs qui s'arrêtent très peu. Leur régime de protection sociale sont moins avantageux que d'autres régimes. Les patients dépendant de ce régime refusent l'arrêt de travail le plus souvent même s'il paraît indispensable. Lorsqu'ils sont en arrêt de travail, des contraintes financières les poussent à reprendre leur travail le plus vite possible.

« Les professions libérales s'arrêtent très peu. J'ai des patients qui devraient être arrêtés mais qui ne le sont pas et s'ils avaient la possibilité de s'arrêter je pense qu'ils le feraient mais ils me disent qu'ils ne peuvent pas, ils me disent : « ce n'est pas possible, vous pouvez toujours me faire un arrêt mais si vous m'arrêtez qui va ouvrir la boutique, qui va faire mon travail » » (M5H)

« Non en milieu rural on n' a pas à se plaindre. Déjà l'agriculteur ne s'arrête pas et parfois il le devrait.» (M7H)

2.2.3 Des inégalités dans la protection sociale qui entraînent une injustice

Plusieurs médecins soulignent que ces différences de protection sociale sont à l'origine d'injustice. Pour les arrêts de courte durée, la carence initiale serait un facteur dissuasif d'arrêt de travail. Pour les arrêts plus longs la perte de salaire observée suivant le régime de protection sociale est injuste, crée des inégalités surtout dans les situations où l'arrêt de travail est indispensable. Ainsi, la faible indemnisation des assurés de certains régimes les pousse à continuer leur travail au détriment de leur santé.

« Ça dépend également certainement aussi de la protection sociale, il faut pas généraliser non plus mais quand les gens sont très protégés, ceux qui n'ont pas de journée de carence par exemple, en fonction des conventions d'entreprise. Finalement le système est un peu inégal. » (M10H)

« Il faudrait certainement légiférer car il existe une injustice de fait devant l'arrêt. Car quand quelqu'un vous dit « non je ne peux pas docteur prendre d'arrêt, c'est impossible, j'ai pas intérêt à m'arrêter » il est pénalisé par rapport à la personne qui nous dit « pas de problème docteur mettez moi en arrêt », lorsque j'entends de tels discours j'ai tendance à dire non, non... » (M5H)

« C'est toujours pareil on ne sait pas si en fonction du régime dont ils relèvent c'est vraiment pris en charge de la même façon avec les gens de la MGEN, du régime général, on n'arrive plus à savoir si tout le monde est vraiment sur le même pied d'égalité. » (M20H)

Ce sentiment d'inégalité est exacerbé chez certains médecins. Ils ne bénéficient pas eux-mêmes d'une protection sociale avantageuse, prescrivent des arrêts de travail à certains patients qui présentent une pathologie pour laquelle ils ne s'arrêtent pas eux-mêmes. Certains médecins en fin de carrière soulignent n'avoir presque jamais pris d'arrêt de travail.

« J'ai peut-être une santé de fer, mais il est vrai que dans les libéraux il y a peu de gens à avoir des arrêts de travail. Mon associé qui est parti en retraite l'année dernière il a travaillé 35 ans sans avoir un jour d'arrêt, moi ça fait plus de 30 ans que je suis ici, j'ai eu un jour, il est vrai que nous n'avons pas un travail physique mais bon... » (M10H)

« C'est comme nous médecins, les gens me disent des fois « si vous êtes fatigués vous pouvez vous arrêter » et je leur dis « qui ouvre le cabinet, qui consulte » : et ce n'est pas sans conséquence car tout le travail se reporte sur mon collègue et au bout d'un moment lui ne peut pas tenir [...] Donc j'angoisse à l'avance si un jour je dois être en arrêt... Les gens qui sont dans cette situation, ce sont les artisans, les commerçants, les libéraux et les agriculteurs... » (M5H)

2.3 Facteurs qui influencent la durée de l'arrêt de travail

2.3.1 L'accès au système de soins

Cinq médecins généralistes considèrent que dans un certain nombre de cas les délais pour obtenir des rendez-vous spécialisés ou des examens complémentaires allongent la durée de l'arrêt de travail de plusieurs semaines ou mois. Les médecins sont alors contraints de prolonger l'arrêt de travail.

« Par contre, je suis un peu ennuyée car je leur dis ça mais parfois le délai d'attente pour certains examens est de trois mois. Donc dans ce cas on n'est pas logique [...] alors que si j'avais l'examen plus rapidement je pense que je gagnerais du temps. » (M11F)

« Un point qu'il faut aborder également c'est la longueur pour avoir des examens complémentaires et les consultations avec certains spécialistes [...] Donc dans certaines pathologies, il y a un délai incompressible. » (M16F)

Un autre médecin fait référence aux très longs délais pour obtenir une date d'intervention chirurgicale.

« Les délais avec les chirurgiens sont très longs, donc des gens qui ont une impotence physique importante à cause d'une épaule par exemple sont en arrêt de travail mais l'intervention est deux mois plus tard par rapport à l'accident qu'ils ont eu. Ces deux mois là font que l'arrêt de travail est long, il serait facilement compressible si on avait un accès aux soins plus facile. » (M14H)

2.3.2 L'organisation du contrôle médical dans la fonction publique

Dans la fonction publique, lors de la reprise de fonction d'un assuré après douze mois consécutifs de congé « ordinaire » de maladie, après une période de congé de longue maladie ou de longue durée, ou pour l'octroi d'une période de temps partiel thérapeutique, un comité médical donne obligatoirement un avis sur l'état de santé du fonctionnaire et valide la reprise du travail. Deux médecins soulignent que le temps pour obtenir l'examen des dossiers par le comité médical est long et majore les durées d'arrêt de travail, les comités médicaux ne se réunissant que tous les deux ou trois mois.

« J'ai également le cas d'une fonctionnaire [...] pour reprendre le travail il fallait qu'elle passe devant une commission donc elle était prête à reprendre mais son dossier n'était pas à l'ordre du jour de la commission d'octobre donc il a fallu attendre janvier et en attendant elle était en arrêt de travail et une fois la commission réunie avec un accord de reprise, le temps que le dossier soit complet et tout et tout il s'est passé encore deux mois. » (M11F)

2.3.3 La mise en place des aménagements de poste

La mise en place de certains aménagements de poste par les employeurs est longue parfois et empêche la reprise du travail du salarié.

« [...] mais ce qui est long c'est la mise en place des aménagements par l'employeur. Des gens prêts à reprendre et finalement il existe une difficulté technique qui ne dépend pas de nous. » (M11F)

2.3.4 Le renforcement des contrôles

Certains médecins reconnaissent que le renforcement des contrôles est à l'origine d'une diminution des durées d'arrêt de travail notamment dans le cadre des pathologies ostéo-articulaires.

« L'arrêt de travail de trois ans sans se poser de question, c'est fini cette époque. Avant pour une hernie discale 3 ans d'arrêt c'était très banal. Quand j'ai commencé le maçon qui avait une hernie discale bien confirmée par les examens complémentaires, on n'était pas pressé ; c'était au moins deux ans. Maintenant j'en ai vu certain qui reprennent en six mois. » (M11F)

3- Appréciation des médecins généralistes concernant l'arrêt de travail de longue durée et la reprise du travail

3.1 Absence de difficulté pour certains médecins

Lors de la réalisation des entretiens, cinq médecins ont dans un premier temps répondu qu'ils ne présentaient pas de difficulté dans la prise en charge des arrêts de travail longue durée. (M2, M6, M7, M18 et M20)

Deux médecins se considèrent autoritaires. Ils n'hésitent pas à dire aux patients ce qu'ils en pensent. Ils ne semblent pas ennuyés de perdre des patients.

« Je suis assez « rentre dedans » donc je n'ai pas beaucoup de problèmes [...] Pour les arrêts chroniques oui en effet j'en ai quelques-uns mais ça ne me dérange pas, je ne suis pas dérangée par beaucoup de chose, je suis franche donc si je suis dérangée je le dis au patient. Bon je ne sais pas trop, là comme ça... » (M2F)

« En fait je n'ai pas de difficulté ou plutôt je n'en ai plus. » (M6F)

Le médecin 6 reconnaît au cours de l'entretien avoir eu des difficultés, il a réalisé une formation qui lui ont permis de mettre en place une stratégie pour éviter les difficultés. Très vite au cours de sa prise en charge de l'arrêt de travail il fait intervenir les différents partenaires pour ne pas rester seul.

Le médecin 2 ne semble pas intéressé par la prise en charge des arrêt de travail longue durée. Il n'a pas de problème pour prescrire un arrêt de travail mais n'a pas fait de proposition concrète au cours de l'entretien visant à faciliter la reprise du travail de ses patients en arrêt long.

Le médecin 18 dans un premier temps a considéré ne pas avoir de difficulté. Mais au fur et à mesure de l'entretien elle a évoqué certaines situations qui semblaient l'avoir mises un peu en difficulté notamment lorsqu'il n'existe pas de signe clinique objectif.

« mais sinon des difficultés particulière non... » (M18F)

Les médecins 7 et 20 ne ressentent plus de difficulté car ils ont décidé de ne plus avoir de difficulté. Le médecin 20 semble avoir démissionné. Le médecin 7 semble être lui aussi plutôt directif, il utilise son expérience et la relation qu'il a développé avec ses patients.

« Fondamentalement moi je n'ai pas de difficulté, Je suis trop vieux pour m'empêcher de dormir à cause de ce genre de souci, enfin ce n'est pas un souci j'ai envie de dire... Il faut faire des arrêts prolongés, et bien je fais un arrêt prolongé, et voilà. » (M20H)

3.2 La prescription de l'arrêt de travail est subjective

Cette subjectivité est liée au médecin, à la pathologie et au travail exercé par le patient.

3.2.1 Liée au médecin

❖ Son jugement personnel et la relation médecin-patient

L'attitude adoptée par le prescripteur est donc soumise à son jugement personnel, ses propres valeurs, mais aussi la relation qui le lie à son patient. Il s'agit donc d'une prescription variable d'un médecin à un autre.

« Il faut y ajouter nos valeurs personnelles donc c'est très subjectif puisqu'on a tous des valeurs très différentes et en plus on a tous un feeling différent avec les patients donc on peut se faire avoir par quelqu'un que l'on trouve sympathique et on peut être dur avec quelqu'un qui nous est antipathique. On est pas du tout objectif dans la prescription de l'arrêt de travail et donc dans l'attitude que l'on adopte. » (M4H)

« On les connaît depuis longtemps on soigne ses patients dans une relation de confiance donc on veut croire à ce qu'ils nous disent... » (M3H)

❖ Différentes attitudes sont adoptées par les médecins (Cf 7.1.3)

En effet nos différents entretiens ont mis en évidence différentes attitudes adoptées par les médecins. En voici quelques exemples.

Les médecins ont différentes manières d'appréhender les situations douteuses et conflictuelles. (Cf paragraphe 1.3.2)

Deux femmes médecins se trouvent autoritaires avec les patients. (M2 et M6)

« Maintenant je suis autoritaire avec les patients, c'est moi qui décide et qui dirige, je ne me laisse plus faire. » (M6F)

Un médecin adapte son attitude en fonction du patient. Suivant la situation il peut apparaître indulgent ou autoritaire.

« Quand on les connaît depuis longtemps on peut savoir, on sait qui pose problème, c'est toujours les mêmes [...] « mais le boulot c'est le boulot et aujourd'hui le mal de dos ne justifie plus forcément un arrêt de travail au contraire, il faut marcher et travailler un peu. Donc tu reprends ». » (M7H)

« Oui je suis beaucoup plus indulgent avec les patients qui ont des pathologies organiques lourdes qu'avec le professeur de sport qui travaille peu d'heures par semaine... » (M7H)

Un médecin préfère ne pas brusquer le patient.

« J'accède à la demande du patient, je leur explique pourquoi je pense qu'il serait bien pour eux qu'ils reprennent le travail quand je sais qu'ils sont physiquement aptes à faire leur travail mais je prolonge l'arrêt tant qu'ils ne sont pas prêts eux-mêmes à reprendre. » (M17F)

Enfin plusieurs médecins affirment qu'ils ne font pas de clientélisme.

« On a pas à faire de relation de clientèle... » (M4H)

❖ Une prescription sous l'influence de facteurs humains

La prescription de l'arrêt de travail est une prescription subjective car elle fait intervenir un facteur humain. Le prescripteur est humain et travaille sur de l'humain. Comme le souligne le médecin 4 et le rapport de la cour des comptes de 2012 (8), il existe des disparités importantes dans les durées de prescription des arrêts de travail pour une même pathologie.

« Il y a avait une étude de la sécurité sociale : l'arrêt moyen pour un syndrome dépressif va de 5 jours à 3 mois [...] Il y a donc un facteur humain qui intervient, et ce n'est pas

simplement le médecin gentil qui prescrit des arrêts de travail par clientélisme. On est sur un facteur humain qui nous échappe car nous ne sommes pas formés pour ça. » (M4H)

« On n'est pas dans du simple, c'est de l'humain, on travaille avec des humains et non avec du matériel. Dans certains cas c'est simple en médecine et d'autres fois c'est très complexe. » (M5H)

3.2.2 Liée à la pathologie

Les pathologies à l'origine d'arrêt de travail longue durée ont fréquemment un symptôme en commun, la douleur, d'évaluation très difficile.

« En plus c'est très difficile à apprécier. Quelqu'un qui a mal au dos n'a pas de marqueur. C'est vrai que l'on peut voir à la manière dont il se déplace, à la démarche, on peut voir s'il souffre mais certaines personnes peuvent ne pas avoir très mal dans les gestes de la vie quotidienne mais si elles ont un travail avec une certaine intensité peuvent être douloureuse... » (M5H)

3.2.3 Liée à l'évaluation de l'aptitude au travail (Cf 3.4.1)

L'évaluation de l'aptitude au travail passe par l'évaluation du poste de travail du patient et des conditions de travail. Pour cela le médecin s'appuie sur les dires du patient et donc de la perception qu'il a de son travail.

« Nous on a que les dires du patients, quand le patient me dit je porte des charges lourdes, « qu'est-ce une charge lourde », mon travail est difficile, c'est très subjectif. » (M11F)

3.3 Une prescription complexe

3.3.1 Elle ne résulte pas que d'un problème médical

La prescription de l'arrêt de travail de longue durée est un acte complexe car multifactoriel. Il n'y a pas simplement un problème médical. Le plus souvent cette prescription résulte de l'association d'un problème médical et de problèmes sociaux, économiques, familiaux, professionnels. Cette prescription s'intègre donc dans une prise en charge globale du patient. Le médecin 4 considère même que l'arrêt de travail est politique et qu'il contribue au maintien de la paix sociale.

« L'arrêt maladie c'est politique. Ce n'est pas que du soin, c'est des sous, mais c'est aussi une paix sociale... » (M4H)

« L'arrêt long est multifactoriel, il y a autre chose, un malaise au travail, des conditions de travail. Il y a autre chose mais on n'arrive jamais à vraiment savoir, on ne peut que le supposer. » (M15F)

« On sent que des fois on est le dernier recours mais on ne solutionne pas le problème car le problème n'est pas médical [...] mais on intervient dans un domaine qui dépasse le médical. » (M16F)

3.3.2 Elle ne s'intègre plus dans les missions du médecin généraliste

A partir du moment où le cadre de prescription de l'arrêt de travail dépasse le médical, plusieurs médecins considèrent que ce n'est plus leur rôle et leur travail.

« Nous sommes des médecins donc ce qui prime c'est l'aspect médical mais lorsque le social et l'économique se mettent dedans j'orienté, je conseille mais ce n'est plus mon travail. » (M15F)

« Je trouve que ce n'est pas mon rôle de m'occuper de ça... » (M11F)

3.3.3 C'est une réponse sociale à un problème lié au travail

Plusieurs médecins trouvent que la prescription de l'arrêt de travail émane le plus souvent d'une situation sociale complexe. Pour certains médecins, la prescription d'un arrêt de travail est une solution sociale à un travail inadapté. Elle permet au patient une compensation financière. Les médecins soulignent que l'aspect financier est très important.

« Le travail n'est plus adapté donc il faut les arrêter mais moi je ne suis pas ennuyée de les arrêter mais dans ce cas je n'ai plus l'impression que c'est de mon domaine je trouve que c'est plutôt social. » (M2F)

« Souvent dans ces arrêts prolongés on cherche une solution qui est plus sociale que médicale. » (M4H)

« On est dans une mauvaise société au niveau travail, et on nous demande à nous de gérer ça sachant que la sécu derrière nous dit que ce n'est pas à nous de gérer ça sauf que l'on n'a pas d'autre solution. Ce sont des arrêts de longue durée en attendant que le médecin du travail trouve le moyen souvent par une inaptitude au poste d'extraire les gens de leur milieu du travail sans les mettre dans une pénurie sociale importante. » (M14H)

3.4 Des difficultés

3.4.1 Liées à l'évaluation de l'aptitude au travail

L'analyse de l'aptitude au travail est conditionnée par la connaissance du poste de travail et des conditions de travail. Les médecins obtiennent cette connaissance par l'intermédiaire du patient. Les patients donnent des renseignements sur leur travail qui peuvent être très subjectifs. Le ressenti du patient intervient donc forcément.

« Je ne connais pas tous les postes de travail donc je ne me rends pas compte des difficultés... » (M10H)

« L'une de nos difficultés c'est que l'on ne sait pas comment les postes sont aménagés donc on n'a que les dires et le ressenti des patients, quand le patient me dit « je porte des charges lourdes », qu'est-ce une charge lourde ? « mon travail est difficile », c'est très subjectif... » (M11F)

« Je trouve que c'est difficile car on ne connaît pas le milieu de travail des gens donc ils peuvent nous dire plein de choses mais comment je peux vérifier moi... » (M19F)

« Moi je ne sais pas ce qu'il fait au travail. Je ne connais pas le poste de travail ni l'entreprise, je ne sais que ce que me dit le patient. » (M15F)

3.4.2 Liées au travail

Le travail est très souvent évoqué par les médecins comme étant l'une des sources de difficulté.

« C'est compliqué car dans les arrêts longs ce qui est en jeu c'est le travail [...] Le problème c'est le travail [...] Les patients veulent en profiter pour arrêter leur travail, avoir un autre poste... Toute la difficulté est là. » (M15F)

« Elles peuvent être liées au travail, le patient est amélioré mais son poste de travail et ses conditions de travail font que l'on sait que le patient ne pourra pas reprendre dans ces conditions on peut être effectivement un peu hésitant mais il faut le dire au patient en discuter avec lui. » (M2F)

« Les difficultés pour la reprise sont donc liées au travail, c'est plus lié au travail qu'au problème médical. Les gens auxquels je pense ne sont pas des gens qui ne veulent pas travailler mais on ne leur trouve pas de travail adapté à leurs conditions. » (M1H)

3.4.3 Liées à la mise en place des dispositifs de maintien dans l'emploi

❖ Mise en place des adaptations de poste de travail

L'inadéquation entre l'état de santé du patient et son poste de travail est souvent source de difficultés pour la reprise du travail. Dans ce cas une adaptation du poste de travail est nécessaire mais les médecins regrettent que la mise en place de ces adaptations de poste soit le plus souvent très compliquée ou même impossible.

« C'est l'adéquation entre le poste du travail et l'état du patient. Je me retrouve dans des situations où les gens pourraient reprendre mais il faudrait un petit aménagement de poste [...] mais ce qui est long c'est la mise en place des aménagements par l'employeur [...] des gens prêts à reprendre et finalement il existe une difficulté technique qui ne dépend pas de nous. » (M11F)

« Donc entre la théorie et la pratique, l'adaptation de poste n'est pas simple. » (M16F)

« Ce n'est pas facile d'aménager des postes non aménageables, ou de mettre des gens qui sont déclarés inaptes à ce poste là, faut-il encore qu'il y ait d'autres postes au sein de l'entreprise. Ils ne vont pas créer ce qui n'existe pas. Je me souviens d'un médecin du travail qui m'a dit « ben oui tous les lombalgiques chroniques du bâtiment je ne peux pas les recaser à des postes assis avec micro-ordinateur » ben oui on est d'accord ce n'est pas possible. » (M20H)

❖ Absence de possibilité de reclassement interne

En l'absence de reclassement au sein de son entreprise, le patient déclaré inapte à son poste de travail sera licencié. Les médecins constatent que les seniors en situation de licenciement pour inaptitude au poste ont des difficultés pour retrouver un emploi.

« Effectivement c'est le problème lorsque la personne n'est plus apte à faire son travail à son poste de travail alors qu'elle est considérée comme apte au travail par le médecin-conseil, elle se retrouve alors en position de licenciement pour raison médicale. Il s'agit de situations classiques qui nous posent problème. » (M3H)

« Ils peuvent alors être licenciés pour inaptitude médicale sachant que le licenciement ce n'est pas la panacée contrairement à ce que les gens croient surtout après cinquante ans car pour retrouver un travail ensuite c'est très difficile, les gens n'ont pas l'âge de la retraite. » (M15F)

« Une autre difficulté qui est difficile à gérer c'est lorsque le patient est en arrêt qu'il lui faut un reclassement mais que son entreprise n'a rien à lui proposer. » (M12H)

❖ Des processus de reconversion professionnelle très longs

Lorsque le patient ne peut être reclassé au sein de son entreprise, il faut envisager une reconversion professionnelle. Ces processus de reconversion sont le plus souvent longs et s'adressent à des patients capables d'effectuer une formation, suffisamment jeunes pour avoir envie d'apprendre un autre métier.

« Mais là on va se trouver avec quelqu'un qui sera prêt à reprendre mais dont l'entreprise ne voudra pas car ne peut pas lui proposer de reclassement [...] Après effectivement il va postuler pour un reclassement, pour une formation et ça va durer très longtemps. » (M5H)

« Mais ce qu'il faut signaler aux patients également c'est que toutes ces situations de reclassement sont très longues. » (M3H)

❖ L'influence du contexte économique (Cf 2.1)

Les médecins trouvent que le contexte économique actuel a une influence négative sur le monde du travail. Ils soulignent l'émergence des troubles anxio-dépressifs d'origine professionnelle, des difficultés de reclassement qui entraînent une augmentation des licenciements pour inaptitude et des démissions. De plus la RQTH ne semble pas être une aide à la reprise du travail, le handicap véhiculant une image négative au sein des entreprises.

« Je trouve que l'on a beaucoup de situations d'arrêt de travail avec difficultés pour la reprise surtout depuis 4 à 5 ans, les choses ont beaucoup évolué depuis quelques années, on voit par rapport à la conjoncture économique la situation n'est plus la même. [...] Je pense que le problème c'est la conjoncture économique. Déjà les gens valides, diplômés ne trouvent pas de travail alors les gens limités invalides... les employeurs ne se jettent pas dessus. » (M11F)

❖ Attitude défavorable de l'employeur

L'attitude de l'employeur a été évoquée par deux médecins comme étant parfois un frein à la reprise du travail.

« Ce n'est certainement pas simple pour les employeurs selon la taille de l'entreprise, il y en a aussi qui mettent de la plus ou moins bonne volonté. Ce n'est pas simple. » (M16F)

« Lorsque j'ai évoqué la reprise, il m'a dit que son employeur ne faisait pas d'effort, qu'il ne souhaitait pas reprendre avec ses conditions de travail antérieures. » (M13F)

3.4.4 Liées aux patients

❖ L'âge du patient

Les caractéristiques des patients sont également source de difficultés, en particulier l'âge du patient.

« Souvent on sent que c'est difficile dans cette tranche d'âge au-dessus de 50 ans. » (M16F)

Les patients de plus de cinquante ans sont souvent plus fatigués, abîmés voir usés surtout lorsqu'ils exercent un travail physique dans le bâtiment ou les travaux publics.

« Après 50 ans tout est compliqué, on est usé, donc si on ne peut pas reprendre son travail c'est encore plus compliqué. » (M15F)

« Ce sont surtout des gens qui ont travaillé dans le bâtiment et qui arrivent à des âges proches de la retraite ou des gens qui travaillent dans les travaux publics, ils ont une usure... » (M10H)

De plus, la réorientation professionnelle après cinquante ans est plus complexe, soit parce que le patient n'en a pas la capacité, soit parce qu'il estime qu'il n'a plus l'âge de réapprendre un autre travail.

« En fait, ce sont des patients d'environ 50 ans qui estiment qu'arrivés à un certain âge il ne faut plus qu'ils changent de travail, car ne se sentent pas capables de s'adapter. » (M11F)

« Réapprendre un autre métier à 50 ans ce n'est pas simple. » (M1H)

La reconnaissance perçue par le patient de la part de son milieu professionnel, l'intérêt qu'il porte à son travail et ses motivations au travail jouent également un rôle dans la reprise du travail.

❖ La Volonté du patient

Le désir du patient de reprendre ou pas son travail intervient également. Un patient qui ne se sent pas apte ou qui ne souhaite pas reprendre sera très difficile à faire reprendre.

« La difficulté c'est de les faire reprendre car les patients ne veulent pas reprendre. » (M17F)

« Les difficultés sont liées au fait que les gens n'ont pas envie de reprendre pour diverses raisons parfois ils n'ont pas forcément tort, ils ne se sentent pas d'attaque. Mais parfois derrière l'arrêt il y a un problème au travail. » (M13F)

« On est un peu piégé par le patient nous dit : « j'ai mal je ne peux pas reprendre » , on constate qu'il n'y a pas grand chose à la clinique mais en même temps si on le fait reprendre et bien les gens reviennent ensuite pour prolonger. » (M8F)

❖ Un faible niveau de qualification

« La difficulté est donc d'adapter le poste de travail chez des gens n'ont pas forcément une capacité très importante pour acquérir de nouvelles compétences et donc chez qui il faut refaire un apprentissage. » (M1F)

« Ce sont des gens qui sont peut-être un peu limite. » (M10H)

« Il y a des problèmes pas simplement chez les gens peu qualifiés. » (M13F)

3.4.5 Liées aux mesures sociales prises par les gouvernements

Un médecin a signalé que le recul de l'âge de départ à la retraite a majoré les difficultés de reprise du travail et sont à l'origine d'arrêt plus long.

« J'ai eu l'impression que les difficultés se sont majorées avec le recul de l'âge de départ à la retraite. Je pense que ce phénomène ne va pas durer car les gens vont intégrer qu'ils vont devoir travailler plus tard, mais j'ai le sentiment qu'il y a une tranche d'âge limite actuellement qui peut en avoir marre de son travail et qui s'est mis une date et actuellement ils savent qu'ils ne pourront pas partir à cette date et devront partir plus tard à la retraite. Donc les mesures sociales prises en ce moment peuvent pour certaines personnes être à l'origine d'arrêts longs. » (M16F)

3.4.6 L'évaluation des symptômes

❖ La douleur : symptôme le plus fréquent

La douleur est le symptôme le plus souvent cité par les médecins. Ils ont tous fait part des difficultés qu'ils rencontrent pour évaluer cette douleur et l'impotence fonctionnelle qu'elle entraîne.

« Car le plus souvent on est sur des douleurs qui ne sont pas toujours faciles à établir. » (M4H)

« Les symptômes les plus difficiles sont la douleur et l'impotence fonctionnelle qui va avec, comment savoir, c'est le patient qui dit avoir mal mais comment prouver s'il a mal ou pas ? » (M15F)

*« La difficulté pour moi c'est d'arriver à évaluer la réelle souffrance du patient. »
(M8F)*

❖ **La douleur est difficile à évaluer**

L'intensité de la douleur n'est pas quantifiable, l'examen clinique n'est souvent pas un bon moyen pour l'évaluer, l'attitude du patient n'est pas un bon moyen d'analyse. Elle peut être variable en fonction de l'activité professionnelle exercée.

« En plus c'est très difficile à apprécier. Quelqu'un qui a mal au dos n'a pas de marqueur. C'est vrai que l'on peut voir à la manière dont il se déplace, à la démarche, on peut voir s'il souffre mais certaines personnes peuvent ne pas avoir très mal dans les gestes de la vie quotidienne mais si elles ont un travail avec une certaine intensité peuvent être douloureuses... » (M5H)

« Mais la lombalgie représente 90% et c'est invérifiable. Ils ont tous un lasège, mais quand on les fait descendre et monter du lit ils ne semblent pas trop douloureux. » (M7H)

❖ **La douleur est à l'origine de situation douteuse**

« J'ai de gros doutes sur la réalité des douleurs, j'ai rien pour le prouver mais ça me gonfle comme on dit. » (M15F)

❖ **Évaluation des symptômes sur un temps de consultation assez court**

Par ailleurs deux médecins signalent que l'évaluation des symptômes se fait uniquement sur le temps de la consultation. Impossible de savoir comment sont les symptômes au travail et dans les conditions de vie quotidiennes.

« En psychiatrie les gens peuvent simuler et nous on ne les voit que le temps d'une consultation, on ne les voit pas dans la vie courante. » (M11F)

« On voit les gens 20 minutes à trente minutes quand on prend le temps, que font-ils le reste du temps, quelle est leur vie autour, on ne peut pas se rendre compte complètement même si on devine des bribes. » (M17F)

3.4.7 Liées aux médecins généralistes

❖ **L'âge et le sexe**

Deux médecins évoquent l'influence de l'âge et du sexe sur les difficultés qu'elles ressentent. Être une femme jeune semble entraîner des difficultés notamment pour s'affirmer vis-à-vis de certains patients.

« Lorsque j'étais plus jeune, vers l'âge de trente ans, j'avais des difficultés, je pense que les patients se disaient « c'est une jeune femme je vais lui imposer les choses... » (M6F)

❖ **La durée d'installation semble influée également.**

« Oui ça m'arrive de dire non, mais moi je suis jeune médecin installée donc c'est quand même compliqué... » (M8F)

❖ **Un sentiment de solitude face au patient**

Les médecins trouvent que le fait d'être seul face au patient rend la prise en charge plus difficile.

« On se sent un peu seul avec ces histoires d'arrêts maladie prolongés. » (M19F)

3.4.8 La relation médecin-patient

Certains médecins soulignent que la relation établie entre le médecin et son patient peut être source de difficulté pour favoriser la reprise du travail. Certains médecins ont peur de décevoir leurs patients. Un médecin souligne que la relation de confiance établie l'empêche de leur faire part des doutes qu'il peut avoir. Plusieurs médecins se sentent en porte-à-faux et adaptent leurs prescriptions afin de limiter les risques de rupture relationnelle.

« C'est vis-à-vis des patients, ils se disent que c'est de ma faute, que je ne veux pas prolonger l'arrêt. Je trouve que ça engendre une relation avec le patient qui n'est pas confortable. Rien que lors des consultations lorsqu'il faut batailler sur la durée de l'arrêt : « mais pourquoi vous ne me mettez qu'une semaine »... ce sont mes patients, ce sont des gens gentils, je ne suis pas là pour les contrarier. Je ne suis pas dans cette relation là avec les gens. » (M11F)

« C'est très complexe car la relation médecin-malade se fait sur le lien et sur la confiance donc on ne peut pas leur dire que l'on a des doutes car sinon on ne les revoit plus. » (M3H)

« Je trouve que c'est se mettre en porte-à-faux. C'est difficile de faire un arrêt maladie lorsque l'on n'est pas vraiment d'accord mais à qui on le fait quand même ou au contraire ne pas faire d'arrêt à un patient alors que l'on pense que dans ce cas l'arrêt s'impose. » (M4H)

« Les reprises d'autorité ne sont pas très fréquentes [...] ça arrive que le médecin-conseil consolide mais dans ce cas je trouve ça assez justifié et même ça me rend service, car le rôle du médecin généraliste n'est pas toujours facile par rapport à des gens, ce n'est pas uniquement pour ne pas perdre de client, mais il y a des gens que je connais depuis tellement longtemps, c'est quelques fois un peu difficile de leur dire vous allez retourner au travail, car on se sent pris dans un piège. Oui de temps en temps ça me fait plaisir que le médecin-conseil prenne cette décision. » (M10H)

3.4.9 Liées à la désinsertion professionnelle engendrée par l'arrêt

Quatre médecins trouvent que la durée de l'arrêt influence la reprise du travail, plus l'arrêt est long et plus la reprise du travail semble difficile. Ce constat a également été mis en évidence dans des études. Ainsi, moins de 50% des patients en arrêt de travail depuis plus de six mois reprennent une activité professionnelle, et très peu après un à deux ans d'absence **(1)**.

« Certains patients qui ne travaillent pas depuis deux ans, qui sont complètement déconnectés on se dit qu'ils ne reprendront jamais, je peux le comprendre...les choses évoluent au sein d'une entreprise, quelqu'un qui est complètement déconnecté du milieu du travail pendant plus de deux ans, pour reprendre c'est violent, déjà après un congé maternité c'est dur alors après deux ans d'arrêt de travail » (M19F)

« La reprise de travail est difficile car il faut se réinsérer dans le milieu professionnel [...] plus le patient est arrêté longtemps, plus la reprise sera dure, car souvent il appréhende la reprise. » (M9H)

« Pour moi déjà un arrêt qui est supérieur à trois mois justifie que l'on voit où se situe déjà le patient car plus on attend plus la reprise sera difficile. » (M16F)

3.4.10 Liées aux bénéfices secondaires

Les médecins évoquent deux bénéfices secondaires.

L'un est financier, le médecin 4 évoque les différents systèmes de compensation financière qui peuvent se mettre en place suite à un arrêt de longue durée. Par exemple les assurances des prêts contractés (immobilier ou autres) par les patients se mettent en place après un certain délai d'arrêt de travail. Ainsi, malgré la perte de salaire engendrée par l'arrêt de travail, les ressources financières du patient seraient supérieures pendant la période d'arrêt de travail.

« Quelqu'un qui a un arrêt de 2 à 3 mois a son assurance de prêt par exemple qui commence à fonctionner et donc là il ne veut pas reprendre car ça améliore ces fins de mois... » (M4H)

Un autre médecin considère que le fait de ne pas exercer leur activité professionnelle constitue également un bénéfice secondaire.

« Il y a des gens qui font du forcing pour rester plus longtemps chez eux car ils recherchent un bénéfice secondaire. » (M14H)

3.4.11 Liées à une carence de formation des médecins généralistes

Tous les médecins généralistes ont fait référence à un manque de formation. Ce manque de formation concerne les démarches administratives à effectuer au cours de la prise en charge du patient en arrêt de travail, les règles de prescription de certains dispositifs, la connaissance de ces dispositifs.

« Je trouve que la formation initiale sur les arrêts de travail est très mal faite. Elle n'intervient pas au bon moment, il faudrait être sur le terrain et être confronté au problème pour intégrer les différentes procédures à suivre. » (M6F)

3.4.12 Liées au contexte de prescription

Quelques médecins trouvent que la reprise du travail suite à un accident du travail est souvent plus difficile à mettre en place. L'accident survenant sur le lieu du travail à l'origine de séquelles serait vécu comme une injustice par les patients selon les médecins 5 et 19. Un même accident survenant dans le cadre d'un loisir n'aurait pas le même retentissement sur l'activité professionnelle.

Les médecins 4, 14 et 19 pensent que la reprise du travail est plus difficile lors d'une prise en charge en accident du travail car l'indemnité journalière perçue par le patient est plus importante.

Cependant d'autres médecins soulignent que les contrôles exercés lors d'une prise en charge en accident du travail sont plus fréquents.

« Incontestablement c'est plus difficile en accident de travail car la couverture sociale est plus avantageuse en accident de travail qu'en maladie. » (M14H)

« Je trouve que c'est moins bien vécu lorsque c'est en accident du travail, surtout si la personne n'aime pas son travail. Les gens ont plus d'appréhension à retourner travailler, Les indemnités ne sont pas les mêmes non plus donc ça n'est pas la même motivation pour retourner travailler. » (M19H)

« Les gens ont une réelle situation bénéficiaires en étant en maladie professionnelle ou accident de travail et donc sont moins enclins à reprendre leur travail même lorsqu'ils ont récupérés la totalité de leur capacité. » (M4H)

4- De l'arrêt de travail de longue durée vers la reprise du travail

4.1 Facteurs prédictifs de difficultés pour la reprise du travail

Aucun médecin n'a évoqué spontanément l'existence de ces facteurs prédictifs, il s'agit d'une question qui leur a été posée.

4.1.1 Caractéristiques du patient

❖ L'âge

Une tranche d'âge a souvent été évoquée par les médecins. L'arrêt de travail à partir de cinquante ans semble être un facteur de difficultés pour la reprise du travail. Les patients après cinquante ans sont usés. Par ailleurs l'adaptation du poste de travail est considérée comme plus difficile par les médecins après cinquante ans.

« Souvent on sent que c'est difficile dans cette tranche d'âge au-dessus de 50 ans en fin de carrière surtout lorsqu'il y a un travail un peu physique. » (M16F)

❖ Environnement familial

Les problèmes familiaux rencontrés par les patients semblent également être un facteur pouvant précipiter l'arrêt de travail.

« Ce sont des gens qui souvent ont été abimés par la vie et par le travail, des conflits conjugaux, des problèmes avec leurs enfants, donc ils sont cassés. » (M13F)

❖ Milieu socio-culturel

Un médecin évoque un faible milieu socio-culturel.

« Au milieu social des gens et au fait que les gens travaillent en industrie sont souvent payés au SMIC... » (M4H)

4.1.2 La pathologie

Les pathologies citées au paragraphe 1.2, c'est-à-dire les pathologies ostéo-articulaires telles que les lombalgies et les troubles musculo-squelettique (TMS) et les troubles psychiatriques semblent être prédictives d'arrêt de travail longue durée pour la plupart des médecins surtout lorsqu'elles sont associées à des conditions de travail difficiles.

« Les facteurs prédictifs sont surtout liés au travail et la pathologie ostéo-articulaire et les problèmes psychologiques. » (M1H)

« A 50 ans ou plus un patient avec une pathologie du travail ostéo-articulaire ou tendineuse... méfiance. » (M15F)

4.1.3 Le travail

❖ Travail physique et conditions de travail pénibles

Un travail physique et des conditions de travail pénibles sont souvent évoqués comme ayant des répercussions négatives sur la santé du patient et donc majorant les risques d'arrêts de travail longs.

« On a l'impression que les gens qui ont du travail actuellement ils en ont beaucoup, et qu'ils sont un peu pressés autant physiquement avec des conditions qui peuvent être difficiles [...] j'ai des couples ça fait des années qu'ils n'ont pas eu de congés ensemble [...] pour beaucoup ce sont des conditions vécues difficilement et qui ont un impact certain sur la santé. » (M16F)

« Ce sont surtout des gens qui ont travaillé dans le bâtiment et qui arrivent à des âges proches de la retraite ou des gens qui travaillent dans les travaux publics, ils ont une usure. » (M10H)

« Souvent la plainte est orientée sur le travail : « je ne peux plus s'est tellement dur ! ». » (M7H)

❖ L'intérêt du travail exercé par le patient semble aussi être un facteur prédictif.

« Mais si on était à la place des gens qui découpent du cochon à longueur de journée on verrait les choses autrement. » (M4H)

❖ La reconnaissance perçue par le patient de la part de son entreprise est aussi évoquée.

« Les gens qui travaillent dans des entreprises où le travail n'est pas forcément reconnu où on leur dit que ce qu'ils font n'est pas bien, ils ne sont pas très motivés. » (M10H)

❖ Les revendications du patient vis-à-vis de son milieu professionnel

Elles constituent également un facteur prédictif surtout lorsqu'il semble exister une colère vis-à-vis du monde du travail et des conditions de travail. Dans certains cas un conflit au travail peut être sous-jacent et expliquer cette colère.

« Les revendications que peut avoir le patient vis-à-vis de son milieu professionnel. Lorsque le patient s'épanche sur ses douleurs mais aussi le chef de service, les collègues, sa rémunération... on sent souvent qu'il y a une colère vis-à-vis du travail et du monde du travail... ils veulent en sortir et le plus souvent ils ne veulent pas y retourner. » (M4H)

« Si la personne nous dit qu'elle était au travail, que ça ne se passait pas bien, que bien sûr elle s'est fait mal car comme d'habitude on lui a demandé de faire ci... Là je me dis c'est mal parti, il n'est pas prêt de guérir. » (M5F)

« Lorsqu'il existe un malaise au travail comme une mésentente avec les collègues, avec le patron, dans ces situations c'est prédictif de complications, lorsque le travail est mal vécu. » (M15F)

« Souvent ce sont des patients en conflit avec l'employeur, peu efficaces au travail, ils ont la pression des employeurs mais sont mis en difficulté car ne se sentent pas capables d'accélérer. » (M10H)

❖ L'insatisfaction au travail

« Lorsque le travail est mal vécu. » (M15H)

« Pour moi les arrêts longs sont retrouvés chez des gens qui n'aiment pas leur métier. » (M2H)

4.1.4 Profil et attitude du patient face à l'arrêt

Deux médecins évoquent les patients qui se victimisent, d'autres les patients plaintifs. L'attitude du patient face à l'arrêt est également un signal d'alarme, un patient qui semble se complaire dans l'arrêt de travail est une attitude prédictive de difficulté pour la reprise.

« Les facteurs prédictifs sont le profil du patient, un patient plaintif ... les patients qui semblent se complaire dans l'arrêt. » (M12H)

4.1.5 Le milieu socio-professionnel et la protection sociale qui en découle

Un médecin considère que la protection sociale des patients influence leur attitude vis-à-vis de l'arrêt de travail. Plus la protection sociale est avantageuse plus la reprise du travail peut être compliquée. Le régime des fonctionnaires est cité par plusieurs médecins comme étant très avantageux.

« Le premier facteur pour moi c'est la protection sociale que l'on a au sein d'une profession. » (M5H)

4.1.6 Le caractère multifactoriel de l'arrêt

« Si on sait que ça va être compliqué certaines fois [...] Les facteurs prédictifs sont donc un ensemble d'éléments qui rend la situation complexe. Le travail, la douleur, le profil du patient... » (M3H)

« Après des pathologies comme les pathologies de la coiffe, lorsqu'ils travaillent en usine et qu'ils sont déjà sur un poste aménagé et que même là ça ne va pas, on se retrouve vite dans l'impasse... » (M18F)

« Ça dépend du travail, ça dépend de la personne, il n'y a pas d'élément bien spécifique mais c'est un ensemble d'éléments. » (M9H)

« Le problème c'est le travail donc on est dans le multifactoriel, l'arrêt long est multifactoriel, il y a autre chose, un malaise au travail, des conditions de travail. » (M15F)

4.2 Quand abordent-ils la reprise du travail ?

4.2.1 Au début de l'arrêt de travail

Certains médecins abordent la reprise du travail et ses difficultés dès le début de la prescription de l'arrêt de travail puis à chaque consultation. Ces médecins évoquent rapidement la reprise de travail pour éviter que la situation ne se pérennise et pour faire comprendre aux patients qu'il existe une fin à l'arrêt de travail.

« Dès le départ j'aborde la reprise du travail, ça ne m'intéresse pas d'avoir des gens en arrêt qui viennent juste chercher une prolongation. C'est pas valorisant professionnellement, si quelqu'un est en arrêt je me pose des questions. » (M5H)

« Dès la première consultation, il faut que ça bouge. Les arrêts trop longs ce n'est pas mon truc. » (M6F)

« On l'aborde à chaque consultation, dès le début de l'arrêt, on parle d'emblée de ce qui va se passer ensuite. Lorsque les arrêts se répètent j'aborde la question de la suite, ce qu'ils envisagent pour la suite, les indemnités journalières, l'invalidité...la reconversion, c'est important de l'évoquer rapidement pour la suite. » (M1H)

4.2.2 Certains médecins l'abordent plus tard

Un médecin attend d'obtenir une amélioration clinique avant d'aborder la reprise du travail.

*« On aborde la reprise une fois les examens faits et une fois que le patient va mieux »
(M2F)*

Un autre médecin l'aborde après une convocation par le médecin-conseil.

« Après une convocation auprès du médecin-conseil, ça permet de l'évoquer. « Donc à ce moment-là ça fait six mois ? » Oui du coup ça fait six mois. » (M19F)

Un autre commence à l'aborder après trois mois d'arrêt de travail dans le cadre des troubles ostéo-articulaires.

*« Mais dans les pathologies type lombalgies, TMS, tendinite généralement lorsque l'on arrive à trois mois, j'essaie de voir comment le patient envisage le travail et sa reprise. »
(M16F)*

4.2.3 Un médecin ne l'aborde pas

« On en parle pas vraiment, pour moi c'est logique qu'ils reprennent le travail » (M8H)

5- Les partenaires du médecin généraliste

5.1 Les médecins du travail

5.1.1 Relations entre médecins généralistes et médecins du travail

A l'exception de trois médecins, tous les autres semblent avoir une image positive du médecin du travail et entretenir de bonnes relations.

*« Les relations sont bonnes, non je ne les contacte pas mais les relations sont bonnes... »
(M3H)*

❖ Le médecin du travail est un confrère à part entière

*« Je n'ai aucune réticence à leur égard, ce sont des médecins et des confrères, je leur faxe des comptes rendus si besoin, je leur téléphone, on discute ensemble comme avec un confrère hospitalier. C'est très important pour qu'ils puissent prendre des décisions.»
(M1H)*

« Je renvoie les patients vers le médecin du travail. Soit je les appelle mais le plus souvent je leur dis de voir le médecin du travail. C'est une bonne aide.» (M4H)

« Le médecin du travail, c'est souvent un très bon partenaire, j'entretiens de très bonnes relations avec eux, ils font partie des partenaires dont il faut s'entourer. J'utilise beaucoup les visites de pré-reprise. » (M6F)

❖ Contact par téléphone/ Contact par écrit

Quatre médecins n'hésitent pas à téléphoner aux médecins du travail, ils ne semblent pas avoir de problème pour les joindre. D'autres préfèrent communiquer par écrit.

« Souvent c'est moi qui contacte le médecin du travail, je demande le N° et je les appelle, je parle aussi aux gens de la visite de pré-reprise. Il m'arrive aussi de faire des courriers. » (M11F)

❖ Un médecin ne les appelle pas à cause de leurs horaires de travail.

« J'appelle très rarement les médecins du travail car ils sont très rarement présents ; ils ont des horaires de fonctionnaires, c'est difficile de les joindre : quand je pense appeler, il est trop tard. » (M2F)

❖ Certains médecins ont peu de contact direct mais prennent le rendez-vous.

« ça m'arrive de prendre rendez-vous pour les gens, mais j'ai peu de contact. » (M19F)

5.1.2 Méconnaissance des rôles du médecin du travail par les patients

Un médecin trouve que les patients ne savent pas que le médecin du travail peut être une aide pour la reprise du travail.

« Les patients ne savent pas souvent que l'on peut aller voir un médecin du travail en dehors des visites systématiques. Quand je leur en parle, je leur dis que le médecin du travail peut les voir et être un intermédiaire entre eux et l'entreprise afin de préparer la reprise. » (M17F)

5.1.3 La visite de pré-reprise

Plusieurs médecins ont fait référence à la visite de pré-reprise spontanément. Ils connaissent son fonctionnement.

« Le médecin du travail, c'est souvent un très bon partenaire, j'entretiens de très bonnes relations avec eux, ils font partie des partenaires dont il faut s'entourer. J'utilise beaucoup les visites de pré-reprise. » (M6F)

« J'essaie de réagir vite pour ne pas laisser la situation se pérenniser, je fais appel aux médecins du travail dans le cadre des visites de pré-reprise. » (M12H)

« Depuis plusieurs années je vais beaucoup plus rapidement vers le médecin du travail. Je n'attends pas deux mois pour demander au patient de le rencontrer dans le cadre de la visite de pré-reprise. » (M17F)

« Souvent c'est moi qui contacte le médecin du travail, je demande le N° et je les appelle, je parle aussi aux gens de la visite de pré-reprise. » (M11F)

Seul un médecin ne connaissait pas le fonctionnement de la visite de pré-reprise.

« Vous utilisez les visites de pré-reprise ? Je ne sais pas très bien comment ça marche, si c'est à nous de solliciter le médecin du travail ou c'est les entreprises ? Non je ne connais pas trop. On n'en parle pas trop à la fac. »

5.1.4 Qu'attendent les médecins généralistes du médecin du travail?

❖ Qu'ils renseignent le médecin généraliste sur l'aptitude au poste

« Le médecin du travail sait ce que l'on demande à la personne, les contraintes au travail, l'ambiance au travail et si le patient est apte à faire ça au vu de sa situation clinique. » (M15F)

❖ **Qu'ils confirment l'inaptitude au poste et donc le bien-fondé de l'arrêt de travail.**

Plusieurs médecins attendent du médecin du travail qu'il se positionne sur l'aptitude au poste de travail du patient. Si le médecin du travail se prononce en faveur d'une inaptitude au poste, le bien-fondé de l'arrêt de travail prescrit par le médecin généraliste est confirmé.

« Ce que j'ai tendance à demander à quelqu'un c'est de voir le médecin du travail, oui comme je vais être amené à prolonger j'aime bien que le médecin du travail indique sur un papier « il est inapte ». Bon bien ça fait du bien ça [...] Donc c'est l'avis du médecin du travail, finalement il est peut être plus important qu'on ne le croit. Le bon avis c'est lui. » (M20H)

« Ça permet certaines fois de confirmer les choses, si le médecin du travail dit « reprise pas possible », là au moins je me dis que je peux prolonger. Je me dis que c'est une petite aide en plus. » (M19F)

❖ **Que les médecins du travail réalisent une interface entre le monde du travail et le médecin généraliste.**

« Je dis toujours au patient que moi je ne peux pas être sur le lieu du travail mais par contre le médecin du travail peut se déplacer sur le lieu de travail et prendre contact avec l'employeur. » (M17F)

❖ **Qu'ils proposent des adaptations de poste.**

Les médecins généralistes attendent aussi des médecins du travail qu'ils proposent des solutions afin de permettre un retour au travail.

« Je bosse souvent avec les médecins du travail pour envisager les adaptations de poste. » (M14H)

❖ **Ils permettent aux médecins généralistes de ne pas rester seuls en collaborant.**

« Au moins on est deux à collaborer dans ce cas, je trouve ça mieux de collaborer... » (M15F)

5.1.5 Quatre médecins ont émis des réserves sur l'aide qu'ils apportent

❖ **Deux médecins regrettent certaines décisions d'inaptitude au poste prises par les médecins du travail.**

Ces médecins trouvent certaines décisions d'inaptitude injustifiées, regrettent le manque de concertation entre le médecin du travail et eux, qui ne connaissant pas la situation globale du patient ne prend pas en considération le rapport bénéfice-risque de cette mesure.

« A par contre inscrivez-le bien, notez-le, les gens qui me cassent les pieds c'est le médecin du travail, ce sont des emmerdeurs. Ils ne prennent pas d'autres décisions que « non monsieur vous ne pouvez pas reprendre », même si le malade souhaite reprendre son travail et que moi aussi je pense qu'il peut reprendre, « Non Monsieur il y a un petit risque » répond le médecin du travail. » (M7H)

« Le médecin du travail c'est au cas par cas. Souvent lors de la reprise, soit je les appelle soit je fais un courrier, mais je ne trouve pas qu'il nous aide toujours [...] Je trouve que certains médecins du travail avant de prendre certaines décisions d'inaptitude ne prennent pas la peine de nous consulter pour évaluer le rapport bénéfice-risque. » (M16F)

❖ Deux autres médecins trouvent qu'ils ne font pas toujours leur travail.

« Dans son cas la médecine du travail elle dit il est inapte, donc il va probablement y avoir une procédure de licenciement pour inaptitude au poste donc on le prolonge encore, c'est moi qui lui ai expliqué qu'il va y avoir un probable licenciement mais ce n'est pas à moi d'expliquer tout ça... c'est le travail du médecin du travail. » (M2F)

« C'est un partenaire indispensable, après efficace ?? Certains le sont mais pour un certain nombre ils ne font pas leur boulot, ou n'ont aucun moyen de le faire [...] C'est un métier qui n'est pas destructeur, si vous voulez avoir une carrière tranquille n'hésitez pas à faire de la médecine du travail. » (M14H)

5.1.6 Partenaire indispensable mais action limitée

❖ Manque d'indépendance vis-à-vis de l'employeur.

Plusieurs médecins considèrent qu'il s'agit de partenaires indispensables mais que leur efficacité est limitée par son manque d'indépendance vis-à-vis de l'employeur. Le médecin du travail travaillant dans un service « autonome » de médecine de santé au travail est salarié de l'entreprise donc il est rémunéré par l'entreprise. Sa rémunération est fixée librement par l'employeur, cependant la loi rappelle que le médecin du travail doit exercer ses missions selon le principe d'indépendance.

« Ils n'ont pas d'arme. La méfiance du salarié vis-à-vis du médecin du travail est très importante car ils disent tous que le médecin du travail est acheté par l'entreprise car c'est elle qui le paye... Ils n'ont pas tort c'est elle qui le paye. » (M14H)

« Pour un médecin du travail employé par une entreprise ce n'est pas simple pour lui non plus. Il faudrait une médecine du travail très indépendante, étatisée, qui dirait c'est comme ça et pas autrement, il faudrait qu'ils ne soient pas payés par l'employeur car c'est biaisé. On le ressent surtout depuis quelques années. » (M11F)

❖ Moins de possibilité d'adapter les postes de travail.

Un médecin souligne que les possibilités d'adaptation de poste au sein des entreprises ont diminué. La flexibilité au sein d'une entreprise vis-à-vis du poste occupé par un salarié a elle aussi diminué, il s'agit d'une conséquence de la crise économique.

« J'avais plus d'aide de la part de la médecine du travail [...] Au fil des années, je me suis rendu compte que lorsque je téléphonais au médecin du travail il me répondait « mais ma pauvre dame j'ai plein de gens dans cette situation et je ne sais pas où les mettre ». Donc il y a une dégradation sérieuse je trouve de la prise en charge des patients atteints de pathologies nécessitant une adaptation de leur poste de travail. » (M11F)

5.2 Le médecin-conseil

5.2.1 Relations entre médecins-conseils et médecins généralistes

Dans l'ensemble les médecins interrogés semblent avoir peu de contact direct avec le médecin-conseil. Ils peuvent être amenés à les rencontrer lors d'entretiens confraternels mais seulement deux médecins n'hésitent pas à leur téléphoner.

« Ça se passe bien dans l'ensemble, on a moins de contact avec eux. » (M1H)

« Je n'ai pas trop de contact non plus mais je trouve que ça se passe plutôt bien [...] je n'ai pas de problème. » (M3H)

5.2.2 Demande de contrôle

❖ Quatre médecins sollicitent des contrôles.

Ces médecins n'hésitent pas à donner des noms de patients aux médecins-conseils pour accélérer un contrôle.

« *Quand on met sur le formulaire d'arrêt de travail devrait être convoqué pour une reprise de travail anticipée [...] cependant aucun patient n'a été contrôlé suite à une demande de ma part* » (M14H)

❖ Les autres médecins n'osent pas faire de demande de contrôle.

D'autres médecins n'osent pas solliciter le médecin-conseil car auraient le sentiment de faire de la délation. Ils préfèrent attendre que le patient soit contrôlé de manière systématique même s'ils estiment que l'arrêt n'est plus justifié ou que la prescription de l'arrêt leur pose problème.

« *Le médecin de la caisse ça me gêne un peu de prendre contact avec lui. J'ai des collègues qui vont mettre de petits mots, moi non je ne fais jamais rien dans ce sens.* » (M13F)

« *Vous ne contactez pas le médecin-conseil ? Non, généralement de toute manière la caisse les convoque après six mois d'arrêt de travail. C'est vrai que je n'ai jamais appelé la caisse, mais pour lui ça me démangeait.* » (M18F)

« *Est-ce mon rôle de téléphoner à la caisse en leur demandant de contrôler telle ou telle patient ? De toute manière je n'ai pas le temps et puis je ne pense pas que ce soit mon rôle.* » (M5H)

5.2.3 Le médecin-conseil est une aide pour le médecin généraliste

Tous les médecins reconnaissent que le contrôle médical exercé par les médecins-conseils leur apporte une grande aide.

« *Le médecin-conseil contrôle souvent les arrêts qui se prolongent, c'est également une grande aide pour nous.* » (M6F)

« *Mais oui je trouve qu'il faut qu'il y ait des contrôles car c'est une aide. Je suis pour que certains se fassent remonter les bretelles même si c'est moi qui les arrête.* » (M5H)

« *On collabore avec le médecin-conseil et c'est utile d'avoir enfin un médecin-conseil qui peut servir à quelques chose.* » (M7H)

« *Mais je trouve qu'ils sont une aide pour nous. Heureusement qu'ils sont là parce que sinon on aurait des difficultés à remettre certaines personnes au travail. Par contre je ne suis pas une cafteuse et je ne donne jamais de nom de patient pour qu'ils soient contrôlés.* » (M11F)

5.2.4 Le médecin-conseil incarne l'autorité et la loi

Plusieurs médecins reconnaissent utiliser l'image du médecin-conseil face à certains patients pour favoriser la reprise du travail.

« *Quand je veux freiner des prescriptions il m'arrive de dire aux patients mais vous savez, la sécu elle ne va plus rembourser, on se met derrière la loi.* » (M15F)

« *Quand je suis dans une situation où ça bloque et que les gens commencent à se complaire dans cette situation je leur mets un peu la pression maintenant. Je leur dis il va falloir que l'on réfléchisse assez vite à des solutions car moi j'ai les médecins-conseils derrière qui risquent de vous arrêter vos indemnités journalières...donc je mens un peu et je me sers des médecins-conseils.* » (M11F)

« Je travaille beaucoup avec un médecin-conseil, que je connais bien donc les rapports sont simples. Je la trouve assez juste, parfois elle joue le rôle de gendarme mais c'est un peu ça leur rôle. » (M16F)

5.2.5 Mission principale du médecin-conseil : le contrôle médical

❖ Le contrôle médical est considéré justifié et normal par tous les médecins

« Le médecin-conseil contrôle souvent les arrêts qui se prolongent, c'est également une grande aide pour nous. Lorsque l'augmentation des contrôles par les CPAM a été mise en place on aurait pu croire que c'était pour nous surveiller, mais finalement je trouve cela très bien, car le plus souvent on est d'accord. » (M6F)

« Le contrôle ne me pose aucun problème, c'est normal. » (M16F)

❖ Le contrôle est trop tardif

Les médecins trouvent le contrôle indispensable mais certains regrettent qu'il soit trop tardif dans l'histoire de l'arrêt de travail.

« ça me paraît long 4 mois avant contrôle du médecin-conseil, si ça pouvait être plus tôt je pense que ça serait mieux, troisième mois dans ce cas-là, il faut accélérer les choses. » (M20H)

« Je trouve que les médecins-conseils voient peut être les gens trop tard, ils devraient peut-être les voir un peu plus tôt... » (M13H)

❖ Le contrôle est mal ciblé

Un médecin regrette que le contrôle soit ciblé principalement sur les arrêts courts. En effet, ce médecin pense que le contrôle des arrêts longs engage plus la responsabilité du médecin-conseil, surtout dans le cas des pathologies psychiatriques.

« Je pensais qu'il y avait plus de contrôles? » Effectivement, mais pas des bonnes personnes. On contrôle sur les arrêts courts mais pas sur les arrêts longs, car c'est plus compliqué. L'implication de la responsabilité du médecin-conseil sur les arrêts longs est beaucoup plus difficile à gérer que sur les arrêts courts. » (M14H)

❖ Contrôle brutal

Un des médecins regrette que certains contrôles soient réalisés de manière brutale, les patients se sentent maltraités et le vivent mal. Ces contrôles aboutissent à des reprises du travail très rapide.

« Dernièrement je trouve que les caisses ont été très dures, il y a un mouvement pour faire reprendre les gens, et en fait les gens s'arrêtent plus tard pour une autre raison, une dépression [...] Je n'ai pas trouvé que les contrôles étaient justifiés, ils faisaient reprendre les gens comme ça du jour au lendemain [...] Mais je trouve qu'il ne faut pas que ce soit « là ça fait un an que vous êtes en arrêt maintenant il faut reprendre... ». Même pour nous dans ce cas on est en difficulté. » (M13F)

❖ Le contrôle s'effectue en dehors des conditions de vie du patient

Un médecin pense donc que les contrôles ne reflètent pas la réalité de la situation du patient.

« Ils contrôlent le patient au centre de la sécurité sociale donc le patient n'est pas vraiment dans son espace de vie [...] tout se fait sur une communication orale ; il n'y a pas de

contrôle du patient dans son espace de vie habituel, donc il est difficile de dire si c'est du lard ou du cochon. » (M3H)

❖ **Un médecin trouve que le nombre de contrôles effectués est insuffisant**

« Sinon il n'y a pas énormément de contrôles, ce n'est pas très fréquent, il pourrait y en avoir plus. » (M7H)

5.3 Les spécialistes non généralistes

5.3.1 Différents spécialistes sollicités

Tous les médecins généralistes ont recours à des spécialistes dans le cadre de la prise en charge d'un arrêt de travail de longue durée.

« Tous ceux qui sont en arrêt de travail ont toujours une consultation chez le spécialiste. Soit parce qu'ils ont des maladies spécifiques, mais les lombalgiques et les douloureux chroniques sont chez le rhumato, chez tout ce que vous voulez, tout y passe. » (M20H)

« Il est vrai que dans les arrêts longs je demande souvent l'avis des spécialistes. J'arrête rarement quelqu'un dans la durée sans explorations ou avis spécialisé. » (M16F)

❖ **Les rhumatologues et les psychiatres sont les plus sollicités**

En effet comme nous l'avons vu les pathologies de l'appareil locomoteur et les pathologies psychiatriques sont responsables d'un grand nombre d'arrêts de travail de longue durée.

« Les spécialistes que l'on sollicite le plus pour les arrêts de longue durée sont les psychiatres et les rhumatologues car ce sont principalement ces pathologies qui nous amènent aux arrêts de longue durée. » (M11F)

Un médecin regrette n'avoir aucun retour des psychiatres.

« Le problème avec certains psychiatres on a aucun retour. C'est le problème des arrêts psychiatriques et finalement dans ce cas on est là que pour faire l'arrêt et on a l'impression que l'arrêt ne sert à rien. » (M2F)

❖ **D'autres spécialistes sont également sollicités**

Les oncologues, chirurgiens, neurologues ou encore les centres de rééducation fonctionnelle ont été cités par les médecins.

« Éventuellement la neurologie avec quelques pathologies neuro-dégénératives ou des SEP. » (M11F)

5.3.2 Quelle est l'aide apportée par le spécialiste?

❖ **Il permet aux médecins généralistes de ne pas rester seuls**

« Oui je les sollicite beaucoup. Il ne faut pas être seul. » (M13F)

❖ **Il apporte une aide pour le diagnostic**

« Souvent j'adresse aux spécialistes pour répondre à une question précise, si j'ai un doute et donc savoir s'il faut réaliser certains examens complémentaires. (M1H)

« Pour confirmer le bon diagnostic je fais appel aux spécialistes. » (M17F)

❖ **Il conforte l'avis du médecin généraliste.**

« Il me donne son avis, j'ai quand même souvent un petit avis sur la question mais il me conforte dans mon idée, surtout lorsque j'ai un doute sur le patient. » (M6F)

❖ **Il donne une indication pour la reprise du travail**

« J'ai ensuite un document écrit que je peux lire au patient pour l'inciter à reprendre le travail. » (M6F)

« Les comptes-rendus sont donnés aux patients, les rhumatologues par exemple mettent très souvent noir sur blanc le temps de repos indispensable puis ensuite la reprise est à envisager, donc je dis au patient d'essayer et de revenir me voir si ça ne va pas, je dis au patient de tenter. » (M16F)

5.3.3 L'aide apportée par les spécialistes est partielle ou nulle

L'aide apportée par les spécialistes dans la prise en charge de l'arrêt de travail est remise en question par certains médecins. L'un d'entre eux trouve les spécialistes trop éloignés du monde du travail. Ils apportent une aide diagnostique mais ils s'occupent peu de la prise en charge de l'arrêt de travail.

« On leur demande leur avis, mais j'estime qu'ils sont incompétents dans le domaine, ils ne sont pas en contact avec le milieu du travail, ils ne se rendent pas compte de l'impact de leur intervention. (M14H)

« Les spécialistes souvent je trouve qu'ils ne nous aident pas... » (M16F)

« Ça aide à la prise en charge médicale, par rapport à l'arrêt de travail pas beaucoup [...] Est ce que ça nous aiderait à juger de la prolongation d'un arrêt de travail ? L'avis du spécialiste ? Pas beaucoup, ça peut être un éclairage mais ça ne joue pas beaucoup, si possible ils essaient de ne pas s'en mêler... » (M20H)

5.3.4 Les spécialistes ne prescrivent pas les arrêts de travail

Plusieurs médecins ont le sentiment de prescrire les arrêts de travail du spécialiste. Certains spécialistes ne prescrivent pas l'arrêt de travail et invitent les patients à consulter leur médecin traitant, ou bien, ils prescrivent des arrêts à l'évidence trop courts. Les médecins généralistes trouvent qu'il s'agit d'une perte de temps mais aussi une perte d'argent pour la sécurité sociale car il s'agit de consultations inutiles, l'arrêt de travail pourrait être fait durant la consultation spécialisée.

« C'est chiant, car le patient voit le spécialiste qui lui dit certaines choses mais ne prescrit pas l'arrêt de travail puis il vient me voir juste pour avoir l'arrêt, j'ai rien à décidé j'ai juste à faire le papier car le spécialiste a dit [...] Les spécialistes ne font pas les arrêts que ce soit les courts ou les longs et c'est extrêmement pénible d'être le secrétaire du spécialiste. » (M15F)

« La grande spécialité des spécialistes est de ne pas faire d'arrêt. Le spécialiste dit au patient « Allez voir votre médecin généraliste pour qu'il vous fasse un arrêt mais moi je n'ai pas le droit. ». » (M7H)

« Ils leur disent « pour l'arrêt de travail vous revoyez votre médecin traitant. ». » (M20H)

5.3.5 De longs délais pour obtenir un rendez-vous spécialisé ou certains examens complémentaires (Cf 2.3.1)

« On découvre une rupture tendineuse, le temps d'avoir le rendez-vous chez un spécialiste, j'ai fait le tour de tous les spécialistes, car ce patient travaille seul donc il souhaite reprendre son travail très rapidement, le chirurgien demande un arthro-scanner que le patient n'aura que fin avril [...] Donc avant l'intervention on est déjà à 4 mois d'arrêt. Donc au total quoique l'on fasse il y aura 8 mois d'arrêt. » (M16F)

5.4 Partenaires non médicaux : les assistantes sociales

5.4.1 Relations avec les services sociaux

Les médecins généralistes ont peu de relations avec les services sociaux. Seul un médecin a parlé spontanément du service social de l'assurance maladie, trois d'entre eux ne le connaissent pas. Peu de médecins orientent leurs patients vers le service social de l'assurance maladie. D'autres préconisent aux patients de prendre contact avec le service social de leur entreprise.

« Il y a un service social à la sécu ? ça s'appelle une assistante sociale...De temps en temps on y fait appel mais je trouve que ça ne sert pas. » (M7H)

5.4.2 Rôle du service social

- ❖ **Il apporte des explications sur les conséquences financières de l'arrêt de travail.**

La plupart des médecins pensent que la principale mission de l'assistante sociale est de faire le point avec le patient sur sa situation financière pendant l'arrêt de travail ou en cas d'invalidité.

« Le service social de la CPAM est un très bon service, il permet aux patients d'avoir une information sur l'invalidité, les patients peuvent ainsi savoir combien ils toucheront suivant la situation dans laquelle il se trouve. » (M6F)

- ❖ **Il aide les patients à se construire un projet professionnel adapté à leur problème de santé.**

Un seul médecin a évoqué cette mission du service social. Or, il s'agit de l'une des missions majeures du service social. Il participe à la prévention de la désinsertion socio-professionnelle. Les médecins ne connaissent peut-être pas suffisamment ce service et ses missions.

« L'assistante sociale fait le point sur les tenant et aboutissant, sur ce qu'ils perdent et ce qu'ils gagnent, la situation réelle vis-à-vis du salaire, de la perte de salaire, de la compensation, ce vers quoi ils peuvent repartir et ce que ça leur donnera, chose que nous on ne connaît pas. » (M15F)

5.5 La MDPH (Cf 6.2)

6- Les différentes filières possibles pour le patient en arrêt de travail longue durée

Lors d'un arrêt de travail de longue durée pour raisons de santé en maladie, accident de travail ou maladie professionnelle, le patient peut être en situation de risque de perdre son activité professionnelle. Différents dispositifs existent pour aider le patient à garder son emploi au sein de son entreprise, à son poste de travail ou à un autre poste, ou pour effectuer un reclassement professionnel en cas d'inaptitude probable au poste de travail avec impossibilité de reclassement dans l'entreprise. L'élaboration du nouveau projet professionnel doit avoir lieu le plus précocement possible avant que les droits sociaux à l'arrêt de travail du patient ne soient épuisés et restreignent ses possibilités.

Notre étude a mis en évidence une connaissance inégale de ces dispositifs par les médecins généralistes. La visite de pré-reprise, déjà évoqué au paragraphe 5.1 et le temps partiel thérapeutique sont appréciés et bien connus des médecins généralistes.

Le Patis Fraux est connu des médecins, mais aucun d'entre eux n'a clairement évoqué ses deux pôles, l'un destiné aux personnes en arrêt de travail, l'unité de réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel, l'autre destiné aux personnes en recherche d'emploi ayant une RQTH, l'unité de pré-orientation.

Le dispositif ARPIJ est peu connu des médecins. Enfin, les aides mobilisables au titre de la RQTH n'ont pas été évoquées par les médecins.

6.1 Le temps partiel thérapeutique

6.1.1 Un dispositif apprécié par les médecins généralistes

Presque tous les médecins ont cité le « mi-temps thérapeutique » spontanément. Le mi-temps thérapeutique est un abus de langage, le terme exacte étant le temps partiel thérapeutique.

« Souvent je propose une reprise en temps partiel thérapeutique ce qui fonctionne assez bien » (M10H)

« Le mi-temps thérapeutique je trouve ça très bien et je trouve qu'il faudrait pouvoir le faire plus souvent. » (M7H)

6.1.2 Ce dispositif permet au patient de réintégrer son milieu professionnel

Ce dispositif est utilisé pour permettre au patient de réintégrer le milieu professionnel ou pour que le patient prenne conscience que le retour au poste antérieur sera impossible.

« Je fais également beaucoup de reprise à mi-temps thérapeutique ça aide aussi, en essayant de pousser les gens pour qu'ils réintègrent le milieu du travail » (M14H)

« Ça leur permet de retourner dans une ambiance de boulot avec d'autres collègues et entre eux les gens s'entraident ; donc au début les autres le laisse ne pas faire certaines tâches. » (M7H)

« Je l'utilise pour faire prendre conscience au patient qu'il ne va pas pouvoir reprendre à temps plein son travail. » (M16F)

6.1.3 Un dispositif très souvent accepté par l'employeur

« Le patron accepte presque toujours » (M7H)

Aucun médecin n'a évoqué l'accord indispensable du médecin du travail pour mettre en place ce dispositif, par contre un médecin a évoqué l'implication possible du médecin du travail pour le mettre en place.

« Quand je leur en parle et que je leur dis que le médecin du travail peut les voir et être un intermédiaire entre eux et l'entreprise afin de préparer la reprise, afin d'évoquer un mi-temps thérapeutique par exemple. » (M17F)

6.1.4 Un médecin ne semble pas bien connaître ces modalités d'application

Il s'agit d'un jeune médecin installé depuis moins de cinq ans. Il n'a probablement pas eu l'occasion de le prescrire souvent, ce qui peut expliquer sa remarque.

« Le mi-temps thérapeutique oui ça fonctionne bien, pour le mettre en place, j'étais un peu perdu au début... je ne sais plus comment ça marche... » (M8F)

6.2 La filière du handicap

Tous les médecins sont amenés à remplir le certificat médical destiné à faire une demande auprès de la MDPH. Il s'agit d'un dossier de plusieurs pages, long à remplir. Les délais de traitements de demandes MDPH sont jugés trop longs par les médecins de notre étude.

« La MDPH quand il faut remplir leur dossier quelle horreur, donc moi je les envoie très peu à la MDPH, il faut les envoyer ? Ils sont convoqués un jour ou l'autre et malheureusement on a des dossiers épouvantables à remplir. » (M20H)

6.2.1 Intérêts pour le patient

❖ La reconnaissance du statut de travailleur handicapé

Les médecins ont précisé qu'ils remplissaient ce dossier pour permettre aux patients d'avoir une RQTH. Ils espèrent que la RQTH permettra aux patients d'obtenir plus facilement un aménagement de poste ou un reclassement professionnel. Aucun médecin n'a évoqué les autres bénéfices apportés par la RQTH (Cf l'introduction). De plus quatre médecins précisent que le contexte économique actuel ne favorise pas l'embauche des personnes ayant une RQTH. Certains médecins conseillent même à leur patient de ne pas utiliser cette RQTH pour trouver un emploi.

« Je remplie également fréquemment le document de la MDPH pour permettre aux gens d'avoir une reconnaissance de travailleur handicapé » (M17F)

« ça sert uniquement pour la reconnaissance de travailleur handicapé et mes patients qui ont cette reconnaissance le plus souvent travaillent sans déclarer cette reconnaissance car n'ont pas trouvé d'emploi avec cette reconnaissance. » (M13F)

« Après le statut de travailleur handicapé je trouve qu'à l'heure actuelle ce n'est pas un avantage, les patients je leur dis de chercher du travail sans dire qu'ils ont ce statut car ils ne trouvent pas de travail. Parmi mes patients aucun ne m'a dit que grâce à ce statut de travailleur handicapé ils avait trouvé du travail. » (M11F)

❖ **Obtenir des aides financières**

Un seul médecin souligne que dans certaines situations le patient peut obtenir l'allocation adulte handicapée ou des aides pour l'obtention de certains équipements en lien avec le handicap. Aucun médecin n'a évoqué l'AGEFIPH.

« La MDPH je trouve ça bien, il y a des aides de mises en places pour des équipements, pour certaines prises en charge. » (M11F)

6.2.2 **Des remarques négatives**

❖ **Beaucoup de dossiers MDPH remplis mais peu de retour**

Plusieurs médecins constatent qu'ils n'ont pas de retour de la part de la MDPH, ils remplissent pourtant de nombreux dossiers.

« Oui je fais le dossier, mais par contre je n'ai pas le retour. J'ai le formulaire à remplir mais il n'est pas facile à remplir. Par contre ce que je ne sais pas c'est ce que ça apporte aux gens. » (M15F)

« La MDPH je trouve que ça ne donne pas grand chose, beaucoup de patients font un dossier mais je ne trouve pas que ce soit très concluant. » (M6F)

❖ **Un médecin regrette la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP)**

Elle souligne que les médecins étaient alors plus accessibles, les dossiers étaient traités plus rapidement. L'organisation de la MDPH est trop complexe et a compliqué les démarches.

« Je n'ai aucun contact avec eux, on remplit les papiers mais on a pas de retour [...] il y a avait un médecin de COTOREP, il traitait les dossiers dans les deux mois, ça fonctionnait bien. Maintenant la MDPH c'est tellement compliquée, ça peut nous aider mais j'ai l'impression de lâcher le patient car lorsque je le fais c'est pour que le patient ait une reconnaissance et un reclassement qui a lieu un an après, pour que six mois plus tard il est un stage de je ne sais quoi ... » (M13F)

❖ **Un médecin considère que de nombreuses demandes faites auprès de la MDPH sont injustifiées.**

Le personnel de la MDPH a donc beaucoup de dossiers à instruire ce qui engendre une gestion des dossiers très longue et diminue la crédibilité de cette filière.

« De toute manière maintenant tout le monde y a le droit, tout le monde fait son dossier de MDPH et les services sociaux péri-entreprises et des quartiers ne font qu'alimenter cette demande-là, c'est-à-dire la moindre personne qui dit qu'elle a mal au dos on lui dit de demander son dossier MDPH donc la file d'attente en terme de gestion MDPH est hallucinante ce qui lui enlève toute sa crédibilité. » (M14H)

6.3 **Le Patis Fraux**

Le Patis Fraux est un centre de réadaptation professionnelle constitué de plusieurs unités dont l'URFMP destinée aux personnes en arrêt de travail et l'unité d'observation et de préparation à l'emploi destinée aux personnes en recherche d'emploi et ayant une RQTH. Le Patis Fraux a également un agrément d'organisme de formation. Les médecins connaissent ce centre, cinq médecins y adressent des

patients. Cependant, les médecins ne semblent pas faire la distinction entre les différentes unités du Patis Fraux et leurs indications.

6.3.1 Rôle du Patis Fraux

La plupart des médecins évoquent les formations, les stages réalisés au Patis Fraux. Seul un médecin a évoqué la réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel. Les autres médecins n'ont pas semblé connaître les différentes unités et leurs missions.

« Le Patis Fraux, c'est la réadaptation au travail et son étude. » (M14H)

« J'adresse au Patis Fraux pour les reconversions. » (M1H)

« Je connais, mais ça n'apporte pas forcément grand chose, ça peut permettre d'adapter un poste. » (M9H)

« À part d'aller faire des formations comme au Patis Fraux mais souvent ces formations n'aboutissent pas non plus. » (M17F)

6.3.2 Des remarques négatives

❖ De longs délais pour obtenir une place.

Les délais pour obtenir une place au Patix Fraux sont d'au moins six mois. Les médecins s'interrogent sur le devenir du patient durant cette attente.

« [...] mais c'est pareil si on propose à un patient d'aller au Patis Fraux on a des délais de 6 mois donc en attendant on fait quoi ? » (M14H)

Un médecin regrette que l'étude du poste du travail effectué lors des stages au Patis Fraux ne puisse être faite dans un délai plus court.

« Nous on a besoin d'une étude de la réadaptation au poste dans les deux à trois mois après le début de l'arrêt de travail et ce ne sont pas du tout les délais du Patis Fraux » (M14H)

❖ Peu de reprise du travail suite à une prise en charge au Patis Fraux

« Avec le Patis Fraux, on a peu de résultats ensuite en terme de reprise du travail. » (M12H)

« Je crois que depuis le début de mon exercice, un seul patient a trouvé un emploi suite à une formation au Patis Fraux. » (M6F)

« Quand ils sortent avec leur dossier du Patis Fraux et bien la conclusion c'est ce que l'on savait depuis le début. Il y a pas besoin de tourner autour du pot [...] Mais souvent la réponse concernant leur orientation professionnelle c'est qu'il faut qu'ils soient à mi-temps dans un bureau ce dont je me doute depuis déjà plusieurs mois...mais ils ne trouvent pas de travail. » (M11F)

« J'ai vu des gens passer au Patis Fraux jusqu'ici ça a permis de gagner du temps dans un long cursus mais pas de retrouver un travail » (M20H)

❖ Peu de patients relèvent du Patis Fraux.

L'un des médecins remarque que les patients pour lesquels la reprise du travail est difficile sont des patients qui ont 55 ans. Or, ces patients sont peu enclins à effectuer des formations et ne sont pas le public ciblé pour faire une reconversion professionnelle.

« Mais pour moi les patients qui posent le plus de problème sont les patients de 55 ans, ce ne sont pas des candidats pour le Patis Fraux, donc il faut que ce soit des gens qui puissent évoluer physiquement et psychologiquement. » (M16F)

6.3.3 Des remarques positives

❖ Les formations proposées semblent intéresser les patients.

« Les gens sont souvent enchantés par ce type de formation. » (M16F)

❖ Les formations et les stages permettent au patient de retrouver un rythme structuré.

« Ça les occupe, si un des côtés pas mal c'est qu'ils sont obligés de se lever le matin car parfois après un certain temps d'arrêt ils ont du mal à se bouger, ils sont déstabilisés dans leur rythme. » (M11F)

❖ Le passage au Patis Fraux permet de faire une analyse complète de la situation du patient.

« C'est bien. On peut avoir environ cinq patients sur une année à faire ce type de stage à nous deux, mon associé et moi. Le plus souvent ça débouche, pas forcément sur une reprise de travail. Mais ils sont vus sur tous les plans. » (M15F)

6.4 Actions de remobilisation professionnelle en indemnités journalières

Les actions de remobilisation professionnelle en indemnités journalières ne semblent pas connues, seul un médecin a évoqué ce dispositif.

« J'ai un patient qui a fait un stage ARPIJ, après un stage au Patis Fraux [...] il a été directement contacté par la caisse, ce qui lui a permis de faire trois stage en entreprise. » (M16F)

7- Quelles sont les réponses des médecins généralistes aux difficultés rencontrées

Plusieurs médecins généralistes ont modifié et adapté leurs attitudes et pratiques au fil du temps afin d'anticiper les difficultés rencontrées lors de la prise en charge du patient en arrêt de travail de longue durée. Leur carence de formation initiale amplifie les difficultés rencontrées. Cependant les médecins considèrent que la prescription de l'arrêt de travail de longue durée dépasse leurs missions, ils ont formulé des propositions en ce sens afin d'en corriger les effets.

7.1 Modifications des pratiques

7.1.1 Facteurs à l'origine de modifications des pratiques

❖ L'expérience professionnelle à l'origine de modifications des pratiques

Les médecins généralistes ont modifié leurs pratiques au fil du temps grâce à leurs expériences antérieures. Ils soulignent ne pas avoir eu de formation initiale, certaines

notions administratives n'étaient alors pas bien connues. Par ailleurs notre système de protection est complexe pour certains médecins, ainsi les différents cas rencontrés leur ont permis de mieux le comprendre.

« Oui donc c'est l'expérience qui fait modifier nos pratiques, aucune formation. » (M7H)

❖ **Le renforcement des contrôles à l'origine de modifications des pratiques**

Plusieurs médecins ont fait évoluer leurs pratiques suite au renforcement des contrôles. En effet la réforme de l'assurance maladie d'août 2004, qui avait été mise en place suite à l'augmentation des indemnités journalières, a renforcé la place du contrôle médical des assurés en arrêt de travail. Cette réforme donne aussi davantage d'initiative aux médecins-conseils qui peuvent suspendre le versement des IJ si l'arrêt est jugé injustifié. De plus, les médecins prescripteurs peuvent être contrôlés notamment s'ils sont considérés comme étant de « gros prescripteurs ».

« Donc finalement se sont les modifications des pratiques de la CPAM qui m'ont fait modifier mes pratiques. » (M11F)

« En même temps on a une certaine pression, on nous a fait comprendre qu'il fallait arrêter de prescrire longtemps. Donc on essaie de remettre les gens au travail. (M15F)

7.1.2 **Comment ont-ils modifié leurs pratiques ?**

❖ **Prescriptions initiales et renouvellements d'arrêt de travail plus courts**

Quelques médecins font des arrêts plus courts afin de revoir le patient et de réévaluer la situation même si la pathologie justifiant l'arrêt de travail est grave. Les médecins ont ainsi le sentiment de garder un peu plus le contrôle sur leurs prescriptions.

« J'ai des stratégies, je les arrête un peu je les fais revenir pour suivre l'évolution. Même si ça paraît grave ou lourd dès le début je ne prescris plus un arrêt très long. » (M5H)

« Oui j'ai modifié ma pratique [...] mais maintenant dès le début je fais des arrêts beaucoup plus courts. Auparavant si le patient me demandait de l'arrêter deux semaines d'emblée je le faisais le plus souvent. Maintenant je ne le fais plus, deux semaines ça me semble énorme. Je fais une semaine au départ pour faire le point au bout d'une semaine. » (M11F)

❖ **Les médecins utilisent l'image incarnée par le médecin-conseil**

Le médecin-conseil incarne l'autorité et la « règle ». Certains médecins utilisent cette image pour inciter le patient à reprendre son travail ou pour l'encourager à envisager une suite à l'arrêt de travail. Suite aux renforcements des contrôles, certains médecins ont vu des patients être consolidés ou stabilisés précocement entraînant ainsi la fin du versement des indemnités journalières. Les patients se retrouvaient sans ressource, faute d'anticipation d'un éventuellement reclassement professionnel. Pour éviter ce type de situations certains médecins expliquent à leur patient plus rapidement les conséquences de l'arrêt de travail.

« Je leur dis il va falloir que l'on réfléchisse assez vite à des solutions car moi j'ai les médecins-conseils derrière qui risquent de vous arrêter vos indemnités journalières...l'arrêt de travail de trois ans sans se poser de question, c'est fini cette époque. » (M11F)

« Je planifie tout très vite, et j'explique les démarches aux gens, très vite j'utilise les différents partenaires. Avant je pense que je perdais beaucoup de temps mais la médecine a changé et on ne peut plus se permettre de perdre du temps pour le patient. Celui-ci en plus peut nous le reprocher si on perd du temps. Je n'ai pas le temps de laisser trainer les choses et je ne

veux pas qu'un patient puisse me reprocher de lui avoir fait perdre du temps. La sécurité sociale aussi peut nous le reprocher surtout depuis l'augmentation des contrôles. » (M6F)

❖ **Quelques médecins évoquent la fin de l'arrêt plus rapidement**

« Je pense que j'évoque plus rapidement la fin de l'arrêt et je parle plus vite de l'avenir pour éviter de laisser une situation en suspens, sans solution. » (M16F)

❖ **Changement d'attitudes face aux patients**

Plusieurs médecins reconnaissent avoir changé d'attitude au fil du temps face aux patients en arrêt de travail.

Certains sont devenus plus méfiants car ils ont eu parfois le sentiment d'être manipulés par des patients.

« Oui, quand on se fait avoir par exemple [...] je suis devenu plus méfiant. » (M10H)

« Donc on avait à l'époque tendance à donner de l'arrêt de travail et puis deux ans d'installation suffisent pour vous remettre dans le droit chemin car on comprend que l'on se fait avoir environ une fois sur deux, car le patient que l'on arrête qui ne pouvait pas bouger au cabinet et que l'on retrouve le même jour au café du coin en train de taper le carton. Donc au début de l'exercice médical on fait son expérience et puis ensuite il ne faut plus nous raconter trop d'histoire. » (M7H)

D'autres reconnaissent avoir été trop gentils et complaisants, maintenant ils s'affirment davantage ; ils peuvent même parfois être devenus autoritaires.

« J'étais trop gentille étant jeune mais à un moment je me suis dit je ne suis pas un pigeon. Donc maintenant c'est moi qui dirige les choses. Je n'osais pas dire non, maintenant je n'hésite pas à leur dire « mais vous n'allez pas rester comme ça ? » » (M6F)

D'autres semblent dépités et ne veulent pas résister aux exigences des patients. Ils signent le certificat d'arrêt de travail même s'ils sont en désaccord.

« Quand j'étais jeune comme vous, je me disais qu'il fallait que ce soit justifié. J'ai abandonné de savoir si c'était justifié et c'est triste. » (M20H)

« Puis il y a une situation qui s'enkyste, les gens se disent « j'étais malade, c'est trop dur de reprendre... » Une mentalité que je trouve... alors du coup je ne me bats pas forcément. » (M19F)

D'autres médecins au contraire ont le sentiment d'être moins braqué avec le patient, mais essaient de faire une analyse de la situation afin de trouver la meilleure solution possible.

« Je pense que tout s'est fait au fur et à mesure. Je me trouve plus à l'écoute de ce que les gens disent. » (M17F)

« J'ai perdu des patients car au bout d'un moment j'ai été trop braqué... ce n'est pas la solution. Maintenant j'essaie de voir comment ça va être bien pour mon patient mais aussi pour moi [...] Donc je trouve très enrichissant de voir avec le patient où est la souffrance, de voir ce qu'il se cache derrière l'arrêt. » (M13F)

❖ **Renforcement de la communication avec les différents partenaires.**

Plusieurs médecins communiquent beaucoup plus rapidement avec les différents partenaires, notamment avec le médecin du travail.

« Je n'hésite plus à prendre le téléphone pour voir avec le médecin du travail et le médecin-conseil. J'ai décidé de faire comme ça pour s'entendre, discuter. Le médecin du travail me

donne son avis vis-à-vis du travail, le médecin-conseil sait plus vite sur quelle prise en charge sociale cela va déboucher.» (M15F)

7.2 Une carence de formation initiale

Tous les médecins généralistes ont souligné ne pas avoir eu de formation sur la prescription de l'arrêt de travail durant leur étude. Les médecins sont formés pour prendre en charge des problèmes médicaux, or les compétences requises pour prendre en charge un patient en arrêt de travail de longue durée sont multiples.

7.2.1 Acquisition des connaissances grâce à l'expérience professionnelle

Les médecins soulignent avoir compris certaines notions grâce à leurs expériences. Chaque situation singulière leur permet d'apprendre.

« Oui, j'apprends des choses, lorsque l'on sort de l'internat tout ce qui est invalidité tout ça ...on y connaît rien, donc petit à petit je me débrouille un peu.» (M8F)

« J'ai appris des choses, j'ai l'impression de ne pas faire tout ce qu'il faudrait faire, ça dépend des patients, il y a des fois je rame un peu. » (M19F)

« Je pense qu'il y a des choses que j'ai comprises, au début je ne savais pas tout, entre invalidité et ALD, je pataugeais parfois beaucoup et j'ai mis un certain temps pour les comprendre. Il y a un système qui est un peu compliqué. Maintenant je me sens un peu plus à l'aise avec certaines notions. Mais je n'ai pas eu de formation initiale, ils ont peut-être fait des progrès, mais moi je ne pense pas avoir eu de formation.» (M16F)

« Chaque situation est différente, on apprend car chaque situation est singulière [...] ça m'apporte un enrichissement, car on apprend. » (M3H)

7.2.2 Besoin de formation

Plusieurs médecins regrettent de ne pas avoir eu de formation initiale. Certains se sont formés, d'autres se seraient formés si cela leur avait été proposé.

« Je n'ai jamais cherché à me former mais on ne me l'a jamais proposé. Si on me l'avait proposé oui j'aurais probablement accepté une formation pour voir ce qu'il se fait » (M14H)

« J'ai suivi une formation il y a quelques années que j'ai trouvé très enrichissante. A cette occasion j'ai découvert la visite de pré-reprise et le service social de la CPAM. Je trouve que la formation initiale sur les arrêts de travail est très mal faite. Elle n'intervient pas au bon moment, il faudrait être sur le terrain et être confronté au problème pour intégrer les différentes procédures à suivre. » (M6F)

7.2.3 Une meilleure formation serait-elle la réponse au problème de prise en charge ?

L'un des médecins considère que s'il avait eu une meilleure formation initiale il aurait mieux pris en charge les patients en arrêt de travail dès le début de son exercice professionnel.

« Je pense que si j'avais eu plus vite cette formation j'aurais été mieux armé car la prescription d'un arrêt de travail c'est tous les jours que l'on en fait et pour y faire face au mieux il faut être entouré et avoir un projet pour le patient. » (M6F)

Plusieurs médecins pensent qu'il serait important d'avoir une meilleure formation pour maîtriser les démarches administratives. Cependant, la prise en charge d'un patient en arrêt de travail requiert un grand nombre de connaissances. De plus la décision de prescription d'un arrêt de travail prend en compte à la fois les problèmes médicaux mais aussi la situation globale du patient et sa situation socio-professionnelle. Ainsi, l'idée d'avoir dès le début de la prise en charge un projet pour son patient est capitale. Une meilleure formation serait donc probablement une aide à la prise en charge, mais en définitive il n'y a pas de solution toute faite pour faciliter la reprise du travail des patients.

« J'essaie d'en faire, mais c'est tellement du cas par cas, d'avoir les grandes lignes c'est pas ça qui m'a le plus aidé finalement. » (M19F)

7.3 Une prescription qui dépasse les missions du médecin généraliste

Plusieurs médecins trouvent que les prescriptions d'arrêts qui se prolongent dépassent leurs missions. Le plus souvent ces prescriptions résultent de problèmes non médicaux et peuvent mettre en péril la relation médecin-patient.

« Quelques part ce n'est pas mon problème que le patient puisse travailler ou pas. Humainement oui c'est un problème mais ce n'est pas mon problème médical. » (M4H)

« Ben moi sur le plan médical j'y vois pas forcément d'indication, parce que c'est plus qu'un problème médical. Ça m'échappe. Depuis longtemps pour moi les arrêts de longue durée ça ne devrait même pas être signé par le médecin généraliste. » (M20H)

Les médecins ont une vision plutôt négative de ces prescriptions :

« Non, je trouve ça plutôt embêtant. Je trouve que ce n'est pas mon rôle de m'occuper de ça » (M11F)

« Il ne faudrait pas qu'il y ait trop de situations de ce type... » (M1H)

« Ce n'est pas ce que je préfère » (M19F)

« Non je trouve que ça pollue nos pratiques. » (M4H)

« Cette mission ne devrait pas nous être attribuée, nous ne sommes pas flic, je n'aime pas négocier avec les patients. » (M12H)

« Je me passerai bien de ces situations, c'est un bouffe temps inutile. » (M14H)

Finalement, il n'existe pas de solution toute faite pour faciliter la reprise du travail. De nombreux facteurs s'imposent aux médecins prescripteurs et conditionnent leurs prescriptions.

« Je fais parti d'un groupe qualité sur lequel on a tous travaillé sur les arrêts de travail de longue durée et lorsque l'on a fini la réunion on s'est rendu compte qu'il n'y avait pas de solution. Chaque situation est complexe et elle se gère au coup par coup, personne n'a de solution miraculeuse. » (M14H)

7.4 Le référentiel de prescription

Même si peu de médecins généralistes connaissent la forme papier de ce référentiel, la plupart des médecins ont pu le découvrir lors de la prescription dématérialisée d'un arrêt de travail via leur compte professionnel. Dans l'ensemble, les médecins ne sont pas contre l'idée d'avoir un référentiel pour les aider dans leurs prescriptions

d'arrêts de travail. Cependant, ils trouvent que les durées préconisées ne sont pas adaptées à la pratique. Par ailleurs, les médecins pensent que la profession exercée par le patient et la singularité de chaque situation amenant à la prescription d'un arrêt de travail de longue durée n'est pas suffisamment prise en compte dans ce référentiel.

« Je regarde les durées préconisées lorsque je fais un arrêt avec ameli car il y a des durées de préconisées. Sinon le référentiel papier non je ne le connais pas. Je trouve que pour les pathologies aiguës les durées sont longues et même pour d'autres pathologies. » (M10H)

« Je ne fais pas trop l'arrêt de travail via le site ameli. Ces durées ne sont pas applicables à tout le monde. Je pense même qu'elles sont applicables à peu de monde. » (M15F)

« C'est de l'humain donc c'est très complexe donc ça me fait sourire lorsque la caisse nous envoie des papiers en disant une lombalgie c'est tant de jours, une sciatique tant de jours... je mettrais en face ça dépend pour qui. » (M5H)

Certains médecins l'utilisent volontiers dans les cas douteux lorsqu'ils veulent inciter la reprise d'un patient.

« J'ai également les fiches que je montre parfois aux patients pour qu'ils voient un peu les durées et leur faire comprendre dès le début qu'il ne faut pas qu'ils aient l'idée qu'ils partent sur un arrêt long. » (M11F)

7.5 Quelques propositions formulées

Plusieurs médecins aimeraient que la prescription de l'arrêt de travail, après une certaine durée, soit faite soit par le médecin-conseil qui représente l'organisme qui finance l'arrêt de travail, soit le médecin du travail qui a connaissance des contraintes liées au travail, soit par une commission composée à la fois de médecins-conseils et de médecins du travail. Un autre médecin préconise de revoir les différents régimes de protection sociale afin de diminuer les inégalités.

« Moi je trouve que l'on devrait gérer l'arrêt sur le premier mois mais après ça ne devrait plus être mon travail de me poser toutes ces questions sur l'arrêt de travail. Ça devrait être fait plus en lien avec le médecin du travail, je serais plus pour que se soit le médecin du travail qui prescrive l'arrêt car il connaît le travail. » (M11F)

« Depuis longtemps pour moi les arrêts de longue durée ça ne devrait même pas être signé par le médecin généraliste [...] Définissons-le à trois mois car sinon on sature tous les services et on y arrive pas mais pour moi pour un arrêt de plus de trois mois il faut absolument un avis du médecin du travail [...] pour les arrêts de plus de six mois, un an il faut que l'arrêt soit fait par le médecin de sécurité sociale ou du travail. » (M20H)

« Il faudrait certainement légiférer car il existe une injustice de fait devant l'arrêt. » (M5H)

Discussion

L'objectif de notre travail était d'une part d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour faciliter la reprise du travail des patients en arrêt de longue durée, et d'autre part d'analyser les réponses apportées par les médecins à ces difficultés.

Notre étude nous renseigne tout d'abord sur les pathologies à l'origine de ces arrêts longs. Il s'agit **des affections ostéo-articulaires**, principalement les lombalgies et les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur mais aussi des **affections psychiatriques** notamment les syndromes anxio-dépressifs consécutifs à des difficultés professionnelles ou à des risques psychosociaux.

Le contexte économique actuel amplifie les difficultés rencontrées par les médecins. Celles-ci résultent principalement :

- des caractéristiques du patient (âge supérieur à 50 ans, travailleurs physiques, faible qualification) ;
- de l'évaluation de l'aptitude au travail, du poste de travail et des conditions de travail ;
- de l'évaluation des symptômes;
- des possibilités d'adaptation de poste et de reclassement professionnel.

Pour répondre à ces difficultés, différentes attitudes sont adoptées par les médecins généralistes. Leur expérience, leur subjectivité, la relation médecin-patient et le renforcement des contrôles conditionnent ces attitudes. La communication avec les autres professionnels est également importante. Les médecins attendent du médecin du travail qu'il se positionne sur l'aptitude au poste de travail et propose des solutions pour permettre la reprise du travail. Le médecin-conseil représente la « loi ». Le contrôle médical est souhaité par les médecins généralistes lorsque le motif de l'arrêt de travail est subjectif et donc d'évaluation délicate.

Lorsque la reprise du travail semble compromise ou lorsqu'un risque d'inaptitude au poste est identifié, certains médecins « laisse faire les choses ». Les médecins considèrent alors que la prescription de la prolongation de l'arrêt de travail ne relève plus d'un problème médical mais de problèmes sociaux et financiers qui dépassent leurs compétences. Cependant d'autres médecins ont conscience de l'importance d'élaborer un projet professionnel le plus rapidement possible afin de limiter les risques de désinsertion professionnelle. Il semble pourtant que les dispositifs existant pour faciliter la reprise d'un travail soient mal connus des médecins généralistes ou décrits négativement.

A- Limites de l'étude

Nous avons identifié un certain nombre de limites à notre travail ; certaines sont indissociables de la méthodologie utilisée, d'autres sont plus spécifiques à notre travail.

1- Liées à la méthodologie utilisée

La sélection des médecins ayant participé à l'étude n'a pas été faite de manière aléatoire. Le recrutement a été fait à partir de critères facilement accessibles à partir de l'annuaire pages jaunes, puis sur la base d'une participation volontaire. Par

ailleurs, lors de notre premier contact téléphonique le sujet a été présenté aux médecins. Nous pouvons donc supposer que les médecins qui ont accepté de participer à l'étude, étaient d'une part les plus motivés, et d'autre part ceux qui étaient intéressés par notre sujet. Ces éléments constituent **un biais de recrutement**.

Nous ne pouvons donc pas considérer que notre échantillon de médecins est représentatif de la population des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. Pourtant, les caractéristiques en terme d'âge et de sexe de notre panel de médecins (âge moyen : 50 ans, 50% d'hommes) sont proches de celles de la population des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. En effet, au premier janvier 2014, l'âge moyen des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine est de 51 ans et 51,6% d'entre eux sont des hommes **(25)**.

Plusieurs limites sont liées à la méthodologie d'entretien. Quatre médecins ont préféré que l'entretien se déroule en dehors de toute période de consultation. Ils préféreraient pouvoir nous répondre sans avoir de contrainte temporelle. Les autres entretiens se sont déroulés en début de journée ou en début d'après-midi avant les consultations. Nous avons ressenti dans certains cas que l'entretien était un peu écourté par manque de temps. Ceci a pu avoir un impact sur les réponses obtenues.

Par ailleurs notre position d'interviewer mais aussi de futur médecin généraliste a pu, selon le médecin, soit favoriser la parole soit l'inhiber.

2- Liées à notre étude

Nous avons interrogé des médecins généralistes exerçant uniquement en Ille-et-Vilaine, cependant plusieurs études ont mis en évidence des disparités départementales dans la prescription des arrêts de travail **(26,10)**. Les résultats que nous avons obtenus pourraient être différents dans un autre département. Ainsi, le nombre d'IJ de plus de trois mois par personne en âge d'activité connaît des variations départementales importantes. Il passe de 2,69 à Paris à 10,58 en Haute Corse. En Ille-et-Vilaine, il est d'environ 4,25 et est largement inférieur à celui des autres départements bretons **(26)**. Ces disparités sont liées aux différences d'état de santé de la population et aux catégories socio-professionnelles des assurés **(26)**.

Enfin, notre guide d'entretien avait été construit en s'inspirant de questionnaires existants puis il avait été soumis à l'avis de deux médecins généralistes, un médecin-conseil et un médecin du travail. Cependant après les quatre premiers entretiens nous avons supprimé la partie « législation autour des arrêts de travail » pour deux raisons :

- d'une part elle nous paraissait peu intéressante dans le cadre de l'objectif initial de notre travail.
- D'autre part elle était abordée en dernier, les médecins n'avaient alors parfois pas le temps de développer leurs réponses.

B- Discussion sur les résultats

1- Pathologies en cause

1.1 Troubles ostéo-articulaires et troubles anxio-dépressifs

Dans notre étude les pathologies ostéo-articulaires et les troubles anxio-dépressifs sont cités par tous les médecins. Ces pathologies sont à la fois à l'origine d'arrêts de travail de longue durée, mais également source de difficultés pour la reprise du travail. Ces résultats concordent avec ceux de différentes études.

Selon une étude menée par la CNAMTS en 1993, trois pathologies étaient à l'origine de plus de 30% des arrêts maladie de plus de 15 jours **(3, 27)** :

- Les pathologies ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif (21% des arrêts de travail et des IJ).
- Les troubles mentaux (14% des arrêts et 16% des IJ).
- Les traumatismes (21% des arrêts de travail et 20% des IJ).

La répartition des pathologies diffère en fonction de la durée de l'arrêt de travail. Dans les arrêts de plus de quinze jours les lombalgies arrivent en tête. Une étude de 2004, confirme ces données sur des arrêts compris entre 2 et 4 mois **(13)**.

Dans notre étude cependant les médecins n'ont pas évoqué les pathologies traumatiques alors qu'elles sont à l'origine d'arrêts longs. On peut donc supposer qu'elles engendrent peu ou pas de difficultés pour la reprise du travail.

Selon deux autres études de 2006 **(28)** et 2008 **(29)**, les affections psychiatriques et les troubles ostéo-articulaires sont les principales causes médicales à l'origine d'une mise en invalidité. Parmi les affections psychiatriques les troubles dépressifs, réactionnels et névrotiques, en représentent la première cause. Parmi les affections ostéo-articulaires, les pathologies rachidiennes et discales sont au premier plan **(28)**. Ces deux groupes d'affections sont également les principales causes de mise en inaptitude totale et définitive au poste de travail, comme en témoignent plusieurs études **(30, 31, 32, 33)**. Ces études montrent que les syndromes anxio-dépressifs à l'origine d'une inaptitude sont fréquemment d'origine professionnelle.

L'ensemble de ces constats illustre donc que ces deux affections occasionnent des difficultés de reprise du travail.

1.2 Les risques psychosociaux et leurs conséquences

Selon le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail **(34)**, il convient de considérer que ce qui fait qu'un *risque pour la santé au travail est psychosocial*, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine : **les risques psychosociaux sont définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.**

Il faut bien distinguer les risques psychosociaux qui sont des risques professionnels, des troubles psychosociaux qui en sont la conséquence sur la santé physique et mentale des travailleurs. L'expression des troubles psychosociaux recouvre un ensemble de phénomènes de mal-être au travail, mal définis, pour lesquels il n'existe pas de définition légale. On parle ainsi de stress, de souffrance mentale et psychologique au travail. Ils se traduisent également par des troubles musculo-squelettiques, des accidents cardio-vasculaires et des accidents de travail **(35)**.

Dans notre étude tous les médecins ont évoqué soit des risques psychosociaux (conflit au travail, pénibilité du travail, mauvaises conditions de travail), soit des troubles psychosociaux (stress, dépression, mal être au travail). Si deux médecins évoquent l'impact positif sur la reprise du travail qu'occasionne la peur de perdre son emploi, tous **les autres évoquent les conséquences négatives des risques psychosociaux sur la santé des patients**. Selon les médecins ces phénomènes se sont amplifiés avec le début de la crise de 2008 et sont à l'origine d'une détérioration des conditions de travail.

Cette analyse est cohérente avec les premiers résultats de l'enquête SUMER **(36)** (surveillance médicale des expositions aux risques professionnelles) réalisée entre 2009 et 2010 par 2400 médecins du travail. Ainsi entre 2003 et 2010, on observe une augmentation des contraintes professionnelles avec un accroissement de la tension au travail et une intensité élevée du travail. Tout ceci est associé à un risque plus élevé de troubles cardio-vasculaires, de troubles musculo-squelettiques et de troubles dépressifs. Par ailleurs un nombre croissant de salariés déclare subir des comportements hostiles ou ressentis comme tels sur leur lieu de travail.

Plusieurs facteurs de risques psychosociaux ont été cités par les médecins comme étant prédictifs de difficultés pour la reprise du travail. Différentes études vont également dans ce sens.

Ainsi, dans l'enquête de la CNAMTS de 2004 sur les arrêts maladie de 2 à 4 mois **(13)**, 20% des salariés disaient ressentir un conflit au travail et ceux d'autant plus que la durée de l'arrêt était longue. Dans l'enquête portant sur 1964 décisions d'inaptitude en région Bretagne en 2007 **(30)**, 25% d'entre elles sont dues à une psychopathologie, et 21% de ces psychopathologies sont dues en totalité ou en partie à une souffrance mentale au travail et dans 23% des inaptitudes le salarié est en conflit au sein de son entreprise. Ce chiffre est identique dans une enquête réalisée dans le Limousin **(33)**.

Enfin, plusieurs facteurs de risque **d'augmentation de la durée de prescription d'un arrêt de travail** ont été identifiés :

Certains sont d'ordre médicaux : la présence d'une pathologie chronique active **(37,22)**, un élément médical de type trouble ostéo-articulaire **(37,22)** ou psychologique **(37,22, 38)**, un symptôme douloureux **(39)**.

D'autres sont liées aux caractéristiques du patient **(38)** : un âge élevé et un faible niveau social.

D'autres sont contextuels et relèvent de l'environnement psychosocial professionnel comme un faible degré d'autonomie décisionnelle au travail, un faible soutien social au travail et un faible taux de satisfaction au travail, la durée de l'absence du milieu de travail, la perte de son emploi et les attentes de la personne face à son retour au travail **(37, 40)**.

Tout ceci souligne le rôle important joué par les risques et les troubles psychosociaux dans l'histoire de l'arrêt de travail. On comprend ainsi pourquoi la prescription de l'arrêt de travail de longue durée est une tâche complexe.

Quel rôle doit jouer le médecin traitant ? En tant qu'expert, il doit évaluer en toute objectivité la capacité du patient à exercer une activité professionnelle. Or, les médecins de notre étude, considèrent la prescription de l'arrêt de travail subjective. En position d'ordonnateur des dépenses financées par la collectivité, le médecin doit pondérer ses prescriptions. Mais les médecins généralistes sont des soignants avant tout, ils prennent en compte le patient dans sa globalité, au sein de la relation médecin-patient et agissent dans son intérêt comme le souligne plusieurs médecins de notre étude qui utilisent l'arrêt de travail comme moyen de protection vis-à-vis du milieu de travail.

Par ailleurs, les troubles psychosociaux engendrent le plus souvent une incapacité psychique de continuer ou de reprendre le travail, alors que la définition légale de l'arrêt de travail ne reconnaît que l'incapacité physique⁵³. Ainsi le médecin prescripteur peut se trouver en porte à faux vis-à-vis de la « loi ».

Le médecin généraliste peut toutefois faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle. Leur nombre a augmenté ces dernières années. En 2012, 225 demandes de reconnaissance en maladie professionnelle ont été formulées en France et 25% ont reçu un avis favorable **(41)**, ces chiffres paraissent néanmoins peu élevés et traduisent probablement une difficulté de reconnaissance de ces risques.

1.3 Les affections ostéo-articulaires ou troubles musculo-squelettiques

Les affections ostéo-articulaires ou troubles musculo-squelettiques (TMS), se manifestent par une gêne et des douleurs d'intensité variables susceptibles de se chroniciser et une capacité fonctionnelle réduite. Ce sont des maladies multifactorielles à composantes professionnelles.

On retrouve deux grandes familles de risques de TMS **(42)** :

- **les facteurs environnementaux** d'une part qui comprennent **des facteurs biomécaniques** (les gestes répétitifs, les positions et statiques inconfortables, les vibrations, le chaud, le froid...) et **les facteurs psychosociaux et organisationnels** (faible niveau de satisfaction vis-à-vis du travail, faible niveau d'autonomie, faible soutien de la part des collègues),
- et **des facteurs individuels** d'autre part (antécédents, âge).

En 2012, les TMS représentent 86,2% de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues **(41)**. Cependant, le nombre de TMS reconnus en MP est largement inférieur aux estimations du nombre potentiel de maladies d'origine professionnelle **(43, 44)**. Dans notre étude, seulement trois médecins ont évoqué l'origine professionnelle des TMS responsables d'arrêts de longue durée. Les médecins généralistes font-ils des déclarations en maladie professionnelle ? Notre étude ne permet pas de répondre à cette question. Par contre il pourrait être intéressant de connaître les pratiques des médecins généralistes dans ce domaine. Les médecins généralistes recherchent-ils les facteurs environnementaux auxquels sont soumis leurs patients lors d'un premier épisode de TMS ? Les orientent-ils vers le médecin

⁵³Article L321-1 du code de la Sécurité sociale.

du travail ? Cela pourrait être une piste de recherche afin de limiter l'évolution d'un TMS vers une maladie chronique.

2- Les difficultés

Les difficultés rencontrées par les médecins de notre étude sont liées à la prescription de l'arrêt de travail mais aussi aux caractéristiques des patients et aux possibilités de reconversion professionnelle.

2.1 Difficultés inhérentes à la prescription de l'arrêt de travail

La prescription d'un arrêt de travail est reconnue problématique dans plusieurs études européennes (45, 46, 47, 48, 49, 50). Selon l'étude quantitative réalisée par Lofgren auprès de 5455 médecins suédois, un tiers des médecins trouve qu'il y a au moins un arrêt de travail posant problème par semaine (46). Nous avons donc comparé nos résultats avec ceux retrouvés dans la littérature.

2.1.1 L'évaluation de l'aptitude ou de l'incapacité au travail

L'évaluation de l'aptitude au travail, est décrite comme une difficulté dans plusieurs études (45, 46, 48, 49, 50). En cas d'état pathologique manifeste comme par exemple en cas de fracture suite à un traumatisme, l'indication de l'arrêt de travail ne pose pas de problème. Mais régulièrement, le médecin est face à une situation de prescription d'arrêt de travail **sans signe physique objectif**. Une étude américaine (51) a montré que dans ces situations les médecins éprouvent dans la grande majorité des cas des réticences ainsi que le sentiment d'être manipulé et une suspicion vis-à-vis du patient. Cette difficulté est renforcée par l'absence d'outil d'évaluation validé pour l'aptitude au travail (1). Cependant une étude norvégienne a mis en évidence l'accord entre médecins et patients sur le degré d'inaptitude au travail lors de prescriptions d'arrêt de travail. Mais alors que l'appréciation du degré d'inaptitude relève d'éléments médicaux pour le médecin, il relève davantage des exigences au poste de travail pour le patient (52).

L'évaluation de l'aptitude au travail passe par **l'évaluation du poste de travail, des conditions de travail et de la charge de travail**, pour cela le médecin s'appuie sur les dires du patient (53). De plus certains médecins estiment leurs compétences insuffisantes pour ce type d'évaluation et regrettent un **manque d'entraînement et de formation** (1, 47, 54).

Selon une étude anglaise (48), l'évaluation de l'incapacité au travail doit prendre en compte différents **facteurs extra-médicaux** : le **contexte social et professionnel du patient**, son **profil psychologique**. Par ailleurs l'ancienneté de la relation avec le patient, l'absence de signes cliniques objectifs et les difficultés pour obtenir un avis spécialisé compliquent l'appréciation de l'incapacité au travail. L'ensemble de ces facteurs est considéré comme étant également **des freins à la décision de reprise du travail**.

Dans une autre étude réalisée en 1997 sur 197 sujets ayant fait l'objet d'arrêt de travail pour lombalgie et ayant été suivis pendant deux ans (55), la présence de signes subjectifs tels que l'intensité de la douleur, l'évaluation par le sujet de sa faible aptitude au travail et de son absence probable de reprise du travail, étaient en faveur d'une reprise tardive voire de l'absence de reprise du travail.

Les résultats de notre étude concordent avec ceux trouvés dans la littérature. Tout ceci illustre parfaitement les nombreux critères utilisés lors de la prescription de l'arrêt de travail. Ces critères sont subjectifs et extra-médicaux rendant ainsi la prescription de l'arrêt de travail complexe.

2.1.2 Les autres difficultés

La gestion des conflits en cas de désaccord entre le médecin et le patient est également décrite comme étant une difficulté dans de nombreuses études (**46, 50, 56, 57**). Ainsi dans ces études les médecins déclaraient préférer prescrire un arrêt de travail non justifié afin d'éviter une rupture relationnelle avec le patient. Par ailleurs dans ces situations de conflit le poids décisionnel du patient serait plus élevé en l'absence de signe clinique objectif, la relation médecin-patient jouerait un rôle important en cas de prescription d'arrêt de travail (**56**).

Dans notre étude, Les situations de conflit n'ont pas été évoquées spontanément, elles sont peu fréquentes et conduisent le plus souvent à une rupture relationnelle souhaitée par les médecins surtout lorsqu'ils pensent avoir été manipulés. Par contre des situations de doute ont été rapportées, principalement en l'absence de signe physique objectif, dans ces cas les médecins attendent l'aide du médecin-conseil.

La relation médecin-patient est au cœur de la prescription de l'arrêt de travail. Il a été mis en évidence dans de multiples études que les médecins sont tiraillés par **une dualité, d'un côté leur responsabilité économique, d'un autre côté leur fonction de soins (1, 47, 56, 57, 58, 59)**. Il existe donc un conflit entre l'intérêt du patient et l'intérêt collectif. Cette dualité occasionnerait un stress chez certains médecins (**59**). Les médecins de notre étude sont également soucieux de préserver la relation médecin-patient, ils évoquent leurs missions de soins mais ne l'opposent pas à leur responsabilité économique. En effet dans notre étude la responsabilité économique incombe aux médecins-conseils.

Comme dans certaines études (**56**), **le conflit d'intérêt engendré par le statut libéral** a été évoqué. Il existe un risque de perdre le patient en cas de refus de prescription ou d'insatisfaction pouvant conduire le médecin à prescrire un arrêt de travail. D'autres médecins ont souligné ne pas faire de clientélisme.

L'évaluation de la durée optimale d'arrêt est une difficulté mise en évidence dans plusieurs études (**46, 50**). **Il n'existe pas de référentiel (1)** si ce n'est des indications de durées pour certaines pathologies publiées par la caisse nationale d'assurance maladie (**16**). Dans notre étude les médecins n'ont pas évoqué cette difficulté. Ils précisent cependant qu'ils font des prescriptions courtes pour garder un certain contrôle sur leurs prescriptions. Même si certains médecins trouvent intéressant d'avoir un référentiel, ils considèrent difficile de généraliser les durées de prescription pour une pathologie. En effet la prescription de l'arrêt de travail de longue durée répond le plus souvent à une situation complexe et singulière.

2.2 Difficultés liées aux caractéristiques des patients

Dans notre étude les médecins présentent des difficultés pour favoriser la reprise du travail des patients de plus de cinquante ans, présentant des troubles ostéo-articulaires, un travail physique et des conditions de travail pénibles. Ces

caractéristiques sont celles des salariés déclarés inaptes à leur poste (30, 33), et des patients en arrêt de travail de longue durée. Toutes les études s'accordent sur le fait que le vieillissement augmente la durée de l'arrêt de travail (3, 60).

Se pose alors la question du maintien au travail des séniors. Les entreprises présentent des difficultés pour proposer un reclassement à ces travailleurs. Pourtant ces situations pourraient devenir de plus en plus fréquentes. En effet, on observe un vieillissement de la population, un allongement des carrières professionnelles lié au recul de l'âge légal du départ à la retraite. Les contraintes professionnelles ont augmenté ces vingt dernières années (36) et ont des conséquences sur l'état de santé des salariés (60). L'arrêt de travail deviendrait-il une solution pour sortir prématurément du marché du travail ?

Il semble pourtant que favoriser le maintien dans l'emploi des séniors soit un enjeu majeur pour notre société et son économie. Ainsi en 2010, une loi a été adoptée visant à favoriser le maintien dans l'emploi et le recrutement des salariés âgés dans les entreprises de plus de cinquante salariés. Elle a été remplacée le premier mars 2013 par la loi portant sur la création du contrat de génération⁵⁴.

3- Pratiques des médecins généralistes : Comment faciliter la reprise du travail ?

Notre étude a mis en évidence différentes attitudes adoptées par les médecins généralistes, or, il semblerait que plus que l'attitude, l'expérience ou l'opinion du prescripteur, les facteurs qui ont une influence sur la prescription de l'arrêt de travail sont plutôt liés à la situation personnelle du patient et à la relation médecin-patient (59). Certains médecins de notre étude souhaitent que la prescription de l'arrêt de travail de longue durée ne soit plus de leur ressort car ils ont le sentiment d'être moins compétents que les médecins du travail pour évaluer l'aptitude au travail. Comme dans certaines études (61), les médecins considèrent que la gestion de l'inactivité professionnelle sur le long terme ne fait pas partie de leur rôle. Mais comment peut-on accepter cette proposition alors que dans bien des situations le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié des patients? Par exemple l'attitude la plus fréquente des salariés stressés au travail est le recours au médecin généraliste avant celui au médecin du travail (62), cette même attitude est également observée chez les salariés souffrant de TMS (63).

Ainsi pouvons-nous formuler quelques propositions afin de faciliter la prise en charge des patients en arrêt de longue durée.

Tout d'abord, la communication précoce entre les différents acteurs impliqués dans la prévention de la désinsertion professionnelle apparaît essentielle. Comme dans une enquête de l'institut nationale de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (64), il apparaît que la visite de pré-reprise semble être un moyen connu et utilisé par les médecins généralistes pour communiquer avec les médecins du travail. Il convient toutefois d'interpréter ces résultats avec prudence car dans une enquête de 2007 (65) près d'un tiers des généralistes interrogés avait déclaré ne jamais avoir entendu parlé de visite de pré-reprise. De plus, les médecins généralistes gardent une opinion négative vis-à-vis de l'indépendance de tous les médecins du travail, alors que celle-ci a été confortée par l'article L.4623-8 du code du travail de la loi du 11 juillet 2011. Ainsi, dans les situations de souffrance au travail, il peut exister

⁵⁴ Loi 2013-185.

parfois des réticences à solliciter le médecin du travail alors que celui-ci devrait-être le partenaire de choix.

Par ailleurs, les médecins attendent que les médecins du travail se prononcent sur l'aptitude au poste de travail ce qui leur permet d'avoir confirmation du bien-fondé de la prescription de l'arrêt de travail, **mais peu de médecins semblent engager les démarches de reconversion professionnelle en cas d'inaptitude probable au poste alors que l'élaboration précoce d'un nouveau projet professionnel s'impose avant que les droits sociaux à l'arrêt du patient ne soient épuisés et restreignent ses possibilités. Ceci peut s'expliquer par une connaissance inégale des dispositifs et structures visant à faciliter la reprise d'un travail mais aussi par un accès difficile à ces dispositifs.** En effet peu de médecins orientent leur patient vers le service social de l'assurance maladie alors que ces missions sont de prévenir la désinsertion professionnelle. Les actions de remobilisation précoce en indemnités journalières apparaissent méconnues des médecins. Pourtant d'après un médecin-conseil que nous avons rencontré, ce dispositif a permis la reprise d'un travail chez 44% des participants. Les médecins ne semblent pas faire la distinction entre les différentes unités du Patis Fraux et regrettent des délais de prise en charge très longs. Enfin les bénéfices apportés par la RQTH semblent contrebalancés par l'image négative du handicap dans les entreprises, les délais d'examen des dossiers sont considérés trop long retardant la prise en charge des patient. Les médecins regrettent un manque de retour sur le bénéfice réel de cette reconnaissance.

On peut supposer qu'une meilleure connaissance des démarches administratives impliquées dans la prise en charge d'un patient en arrêt de longue durée mais aussi des dispositifs favorisant la reprise du travail faciliterait l'élaboration précoce d'un projet professionnel pour les patients. Par ailleurs les médecins généralistes étant les premiers interlocuteurs des patients dans de nombreuses situations, il semble évident qu'ils ont un rôle à jouer dans la prévention des risques professionnels. Tout ceci passe donc par une meilleure formation des médecins généralistes sur la prise en charge de l'arrêt de travail mais aussi dans le domaine de la santé au travail.

Une meilleure communication avec le médecin-conseil permettrait peut-être également d'éviter une stabilisation des patients et donc la fin du versement des indemnités journalières avant que les mesures de reconversion professionnelle n'aient pu être mises en place. Les médecins généralistes émettent des réticences à contacter les médecins-conseils car ont le sentiment de faire de la délation. Mais le médecin-conseil peut également orienter les patients vers les dispositifs ou structures permettant le maintien au travail. Ainsi, un contrôle plus précoce des arrêts de travail permettrait de dépister plus rapidement les patients à risque de difficulté pour la reprise du travail.

Conclusion

La prescription de l'arrêt de travail, acte fréquent en médecine générale, nécessite de nombreuses compétences et connaissances. Le renforcement du contrôle médical et l'expérience professionnelle propre à chaque médecin les incitent à modifier leurs pratiques afin d'anticiper les difficultés de reprise du travail. Mais de nombreux facteurs s'imposent aux médecins et freinent cette reprise.

L'analyse des difficultés rencontrées par les médecins généralistes a permis d'identifier deux situations :

D'un côté, les difficultés de maintien en emploi des personnes de plus de 50 ans, travailleurs physiques, atteints de pathologies ostéo-articulaires, pour lesquels il existe peu de possibilités de reclassement professionnel au sein des entreprises. Le lien entre ces troubles et l'activité professionnelle a rarement été décrit par les médecins de notre étude alors qu'il est reconnu dans la littérature. Ainsi un repérage plus précoce de ces travailleurs par les médecins traitants en collaboration avec les médecins du travail, pourrait permettre d'anticiper la détérioration de leur état de santé en mettant en place des adaptations de poste. Devant ce constat et le recul de l'âge du départ à la retraite, Il apparaît indispensable que nos gouvernements développent des actions visant à favoriser le reclassement professionnel des travailleurs vieillissants afin d'éviter que la prescription de l'arrêt de travail ne devienne un moyen pour sortir prématurément du marché du travail.

D'un autre côté, le contexte économique actuel favorise l'émergence de risques psychosociaux et la détérioration des conditions de travail. Ces deux facteurs ont des conséquences négatives sur la santé des travailleurs et sont à l'origine de troubles anxio-dépressifs réactionnels. Les médecins généralistes utilisent l'arrêt de travail pour protéger leurs patients.

Ainsi, plus que le problème médical, c'est la situation globale du patient, en particulier sa situation socio-professionnelle qui amène les médecins généralistes à des questionnements sur la reprise du travail. L'arrêt de travail permettant alors la reconnaissance sociale de problèmes non médicaux, le plus souvent insolubles. De plus, de nombreux critères décisionnels subjectifs interviennent lors de la prescription et sont laissés à l'appréciation du médecin généraliste, qui lié par une relation privilégiée avec son patient, éprouve des difficultés pour évaluer son aptitude au travail.

Notre étude confirme donc l'importance d'une communication précoce entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de l'arrêt de travail en particulier avec le médecin du travail qui apporte une analyse sur la situation au travail. Cependant, elle révèle une méconnaissance de certains acteurs et une connaissance inégale des dispositifs d'aide au maintien dans l'emploi. Ce constat appelle à des mesures de formation professionnelle.

Bibliographies

1 : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques. Paris : ANAES ; Septembre 2004.

2 : Commission des comptes de la sécurité sociale. Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2010 et prévisions 2011 et 2012 [En ligne]. Septembre 2011 [consulté le 15 septembre 2014]. Disponible à partir de : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss2011_sept_tome1.pdf

3 : Kusnik-joinville OD, Lamy CE, Merlière YV, Polton DO, CNAMTS. Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie. Points de repère N°5 [en ligne] 2006 [consulté le 25 août 2014]. Disponible à partir de : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__5.pdf

4 : Gissler E, Roquel T, Lejeune D, Mercereau F. Les dépenses d'indemnités journalières. Paris : IGAS-IGF, Octobre 2003.

5 : Commission des comptes de la sécurité sociale. Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2012 et prévisions 2013 [En ligne] Juin 2013 [consulté le 15 septembre 2014]. Disponible à partir de : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss_9-2013_vdef_15-11-2013.pdf

6 : Commission des comptes de la sécurité sociale. Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2013, prévisions 2014 [En ligne] Juin 2014 [consulté le 15 septembre 2014]. Disponible à partir de : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-2014v2-2.pdf>

7 : Poletti B, Commission des Affaires Sociales. Rapport d'information sur les arrêts de travail et les indemnités journalières. [En ligne] 2013 [consulté le 15 septembre 2014]. Disponible à partir de : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i0986.pdf>

8 : Cour des Comptes. Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie. Paris : 2012.

9 : Assemblée Nationale, Rapport N°1865 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi *relative aux arrêts de travail et aux indemnités journalières*. [En ligne] Avril 2014 [consulté le 15 septembre 2014]. Disponible à partir de : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r1865.pdf>

10 : Ali Ben Halima M, Debrand T, Regaert C. IRDES. Arrêts maladie : Comment expliquer les disparités départementales ? Premières exploitations de la base Hygie. [En ligne] Juin 2012 [consulté le 15 septembre 2014]. Disponible à partir de : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes177.pdf>

11 : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle

important des conditions de travail [En ligne]. 2013 [consulté le 15 octobre 2014]. Disponible à partir de : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-009.pdf>

12 : Le garrec MA, Bouvet M. DRESS. Comptes nationaux de la santé 2012 [En ligne] Septembre 2013 [consulté le 10 octobre 2014]. Disponible à partir de : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat185.pdf>

13 : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois. Paris : CNAMTS ; Octobre 2004.

14 : Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boissault P. Existe t'il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Revue Prat Med Gen. 2004; 18: 781-84.

15 : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Données de cadrage : Les indemnités journalières dans l'activité des médecins libéraux [En ligne]. 2010 [mis à jour 2012 ; Consulté le 24 Août 2014]. Disponible à partir de : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndemniteJournalieres/IndemniteJournalieresActiviteMedecinsLiberaux.htm>

16 : Assurance Maladie. Arrêts de travail : des référentiels de durée [En ligne]. 2009 [mis à jour octobre 2014 ; Consulté le 4 novembre 2014]. Disponible à partir de : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/arrets-de-travail-des-referentiels-de-duree.php>

17 : DIRECCTE des pays de Loire. Aptitude et inaptitude médicale au poste de travail. 7^{ème} édition [En ligne]. 2012 [consulté le 2 novembre 2014]. Disponible à partir de : http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Edt7-fiche2012-12-inaptitude_med_poste_w_-direccte_PdL.pdf

18 : CARSAT Bretagne. La prévention du risque de désinsertion professionnelle. Un enjeu important pour les entreprises [En ligne]. [consulté le 15 octobre 2014] Disponible à partir de : <http://www.carsat-bretagne.fr/images/fichutil/entreprises/risques-professionnels/doc-drp/rp028prevdesinsertionpro.pdf>

19 : Czuba C, Fantoni Quinton S. Les nouvelles règles du temps partiel thérapeutique dans le régime général. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 2014 ; 75(4) : 430-2

20 : Patis Fraux. [consulté le 15 octobre 2014]. Unité de réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel, [En ligne]. Disponible à partir de : http://www.patisfraux.fr/missions_service_urfmp.php

21 : Action de Remobilisation Professionnelle en période d'indemnités Journalières (ARPIJ) [En ligne]. 2014 [consulté le 15 octobre 2014]. Disponible à partir de :

<http://www.carsat-bretagne.fr/images/fichutil/la-carsat/publications/ss027a030-arpjibret.pdf>

22 : Fourre B. Critères décisionnels de prescription des arrêts de travail : enquête transversale en médecine générale. 79f. Thèse d'exercice. Médecine générale. Lyon-Nord : 2006.

23 : Betsch AL. Problématique de la prescription des arrêts de travail en médecine générale : revue de la littérature et élaboration d'un guide d'entretien collectif. Thèse d'exercice. Médecine générale. Créteil : 2010.

24 : Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Risques psychosociaux : Prévenir le stress, le harcèlement ou les violences [En ligne]. 2012 [consulté le 22 septembre 2014]. Disponible à partir de : <http://www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux.html>

25 : Conseil national de l'ordre des médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale [En ligne]. 2014 [consulté le 14 novembre 2014]. Disponible à partir de : <http://demographie.medecin.fr/demographie>

26 : Expert A. CNAMTS. Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières maladie. Point de repère n°11 [En ligne]. 2007 [consulté le 15 septembre 2014]. Disponible à partir de : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pt_repere_11.pdf

27 : Midy F. Les indemnités journalières versées au titre des arrêts maladie par le régime général : état des lieux et déterminants. Rev Med Ass Maladie, 2005 ; 36(3) : 237-46.

28 : Cuerq A, Païta M, Ricordeau P. CNAMTS. Les causes médicales de l'invalidité en 2006. Point repère n°16 [En ligne]. 2008 [consulté le 12 septembre 2014]. Disponible à partir de : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/points-de-repere/n-16-causes-medicales-de-l-invalidite-en-2006.php>

29 : Cour des comptes. L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général. Paris : 2010.

30 : Groupement relation emploi formation Bretagne (GREF). Inaptitudes totales et définitives en région Bretagne : Données 2007 [En ligne]. 2008 [consulté le 1 octobre 2014]. Disponible à partir de : http://www.bretagne.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/inaptitudes_etude.pdf

31 : Alcouffe J, Bruno F, Cazali N, Gal Adriana, Kesselring C, Lam L, et al. Inaptitude totale permanente au poste de travail, devenir des salariés. Enquête médico-sociale sur cinq ans. Cah Med Interprof [En ligne]. 2007 [consulté le 12/09/2014] ; 3 : 295-305. Disponible à partir de : <http://www.camip.info/IMG/pdf/Inaptitude5ans2007-3.pdf>

32 : Buchet C, Col A, De labrusse B, Rigaut H, Masse AM, Faivre-dupalgre M. Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004. Arch Mal Prof Environ. 2010 ; 71 : 108-16.

33 : Renaudie N, Gouguet D, Puybaraud R. DIRECCTE Limousin. Les inaptitudes médicales en Limousin [En ligne]. 2009 [Consulté le 30 septembre 2014] Disponible à partir de :

http://www.limousin.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Inaptitudes_medicales_en_Limousin_en_2009_-_octobre_2010.pdf

34: Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Mesurer les facteurs de risques psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser [En ligne]. 2011 [Consulté le 23 septembre 2014]. Disponible à partir de :

http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

35 : Brunet S. Conseil économique, social et environnemental. La prévention des risques psychosociaux [En ligne]. 2013 [consulté le 23 septembre 2014]. Disponible à partir de :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000304/0000.pdf>

36 : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé en 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER [En ligne]. 2012 [consulté le 23 septembre 2014]. Disponible à partir de :

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-023-2.pdf>

37 : Andrea H, Beurksen AJ, Metsemakers JF, Van Amelsvoort LG, Van den Brandt PA, Van Schayck CP. Health problem and psychosocial work environment as predictor of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work : a prospective study. Occup Environ Med. 2003 ; 60 : 295-300.

38 : Shiels C, Gabbay MB, Ford FM. Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. Br J Gen Pract. 2004; 54(499): 86-91.

39 : Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a swedish county. Scan J Prim Health Care. 2000 ; 18 :81-6.

40 : Loisel P. La douleur chronique et l'absentéisme. Le médecin du québec. 2008 ; 43 (5) : 89-90.

41 : Conseil d'orientation sur les conditions de travail. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Conditions de travail : Bilan 2012 [En ligne]. 2013 [Consulté le 23 septembre 2014]. Disponible à partir de : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_CT_2012-2.pdf

42 : Aublet-Cuvelier A. Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Le point des connaissances sur les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur [En ligne]. 2005 [Consulté le 25 septembre 2014]. Disponible à partir de :

http://www.intermetra.asso.fr/dossiers/livraisons/livraison_tmsms.pdf

43 : Rivière S, Chevalier A, Penven E, Cadéac-Birman H, Roquelaure Y, Valenty M. Approche de la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques dans sept régions françaises en 2007. Bull Epidémiol Hebd. 2012;(22-23):268-71

44 : Rivière S, Penven E, Cadéac-Birman H, Roquelaure Y, Valenty M. Institut de veille sanitaire. Approche de la sous-déclaration des TMS dans dix régions françaises en 2009 [En ligne]. 2013 [consulté le 5 novembre 2014]. Disponible à partir de : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2013/Approche-de-la-sous-declaration-des-troubles-musculo-squelettiques-dans-10-regions-francaises-en-2009>

45: Von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problem in sickness certification of patients : A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. Scand J of Prim Health Care. 2008 ; 26 : 22-8.

46 : Lofgren A., Hagberg J., Arrelöv B., Ponzer S., Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks. A cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. Scand J of Prim Health care. 2007 ; 25 : 178-85.

47: Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates : a difficult task for physicians : a qualitative analysis of written statement in a swedish survey. Scan J Public Health. 2009 ; 37 : 57-63.

48 : Hiscock J, Ritchie J. The role of GPs in sickness certification. Department for work and pensions, research Report N°148. London : 2001.

49: Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in sickness certification among swedish physicians. Eur J Public Health. 1995 ; 5 : 215-19.

50: Arrelöv B, Alexander K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification-a survey of problem and strategic among general practitioners and orthopaedic surgeon. BMC Public Health 2007, 7 :273.

51 : Mayhew HE, Nordlung DJ. Absenteeism certification : the physician's role. J Fam Pract. 1988 : 26(6) : 651-55.

52: Reiso H., Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G,. Work ability assessed by patients and their GPs in new episode of sickness certification. Fam Pract 2000 Apr ; 17 : 139-44.

53 : Tellness G, Sandvik L, Bruusgaard D. Occupational factor in sickness certification. Scan J Prim Health Care 1990 ; 8(1) : 37-44.

54 : Swartling MS, Alexanderson KA, Wahlstrom RA. Barriers to goog sickness certification-an interview study with Swedish general practioners. Scan J Public Health. 2008 Jun ; 36(4) : 408-14.

- 55: Reiso H, Nygard F, Jorgensen S, Holanger R, Soldal D, Bruusgaard D. Back to work: predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick: a two-year follow-up study. *Spine*. 2003; 28(13):1468-73.
- 56: Hussey S, Hoddinott P, Dowell J, Barbour R. Primary care, sickness certification system in the United Kingdom : qualitative study of view of general practitioners in Scotland. *BMJ*. 2004 ; 328-88.
- 57: Wynne-jones G, Mallen CD, Welsh V, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification ? A systematic search and narrative review. *Scan J of primary Health Care*. 2010 ; 82 : 67-75.
- 58 : Money A, Hussey L, Thorley K, Turner S, Agius R. Work-related sickness absence negotiations : GPs qualitative perspective. *Br J Gen Practice*. 2010 ; 60 : 721-8.
- 59: Gulbrandsen P, Hofoos D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2007 Mar ; 25(1) : 20-6.
- 60 : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. Les arrêts de travail des séniors en emploi [En ligne]. 2007 [consulté le 15 octobre 2014]. Disponible à partir de :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200702.pdf>
- 61 : Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care : a focus group study. *Occup Med*. 2010. 60(2) :121-6.
- 62 : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Le stress au travail [En ligne]. 2009 [consulté le premier octobre 2014]. Disponible à partir de :
http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ANACT_CSA_2009.pdf
- 63 : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Le TMS au travail [En ligne]. Juin 2010 [consulté le premier octobre 2014]. Disponible à partir de :
http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=10667543
- 64: Verger P, Menard Colette, Richard JB, Viau A. INPES. Enquête « médecins généralistes et santé au travail » [En ligne]. 2012 [consulté le premier octobre 2014]. Consulté à partir de :
<http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/pdf/enquete-mg.pdf>
- 65 : Arnaud S., Cabut S., Viau A., Souville M., Verger P. Different reporting patterns for occupational diseases among physicians: a study of French general practitioners, pulmonologists and rheumatologists. *Int Arch Occup environ health*. 2010 ; 83(3) : 251-58.

Table des sigles et abréviations

ADAPT	Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
AGEFIPH	Association de gestion du fond de gestion pour l'insertion des personnes handicapées
ALD	Affection de longue durée
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AT	Accident de travail
AREP	Association régionale d'éducation permanente
ARPIJ	Action de remobilisation professionnelle en indemnités journalières
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CHSCT	Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse Primaire d'assurance Maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
IDRES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales

IGF	Inspection générale des finances
IJ	Indemnités journalières
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
IPP	Incapacité permanente partielle
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MP	Maladie professionnelle
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ODNAM	Objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés
SAMETH	Service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
TMS	Trouble musculo-squelettique
TPT	Temps partiel thérapeutique
URFMP	Unité de réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Actuellement interne en médecine générale, j'effectue ma thèse sur la question des difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour faciliter la reprise du travail de leur patient en arrêt de travail de longue durée. J'enquête donc auprès de médecins généralistes exerçant en secteur libéral en Ille-et-Vilaine.

Tout d'abord je commence par vous posez quelques questions vous concernant:

Votre âge ?

Votre année d'installation ?

Votre milieu d'exercice ? (Urbain, rural, semi-urbain)

Votre secteur d'exercice ?

Avez-vous une activité salariée ?

Exercez-vous seul ou en groupe ?

Quel est votre type de patientèle ? Quelles sont les catégories socio-professionnelles de vos patients ?

Dans un premier temps, pouvez-vous me décrire quelques situations d'arrêt de travail se prolongeant pour lesquelles la reprise du travail a été difficile ?

Que signifie pour vous « arrêt de travail de longue durée » ?

Puis les thèmes et sous thèmes suivants étaient abordés :

1 : La prescription de l'arrêt de travail de longue durée.

Quelles sont les pathologies pourvoyeuses d'arrêt de longue durée ?

Comment se déroulent les consultations de prescription d'arrêt de travail ? Sont-elles longues ou courtes ? Existe-t-il des particularités lors de la prescription du certificat initial ? lors d'une prolongation ?

Quelles durées initiales d'arrêt prescrivez-vous ? et lors des renouvellements ?

Quels facteurs peuvent-être prédictifs de difficulté pour la reprise du travail ?

Quand abordez-vous la reprise du travail ?

Quelles aides vous apportent le référentiel de prescription sur les durées d'arrêts de travail édité par l'assurance maladie ?

2 : Les difficultés.

Quelles sont les pathologies qui peuvent engendrer des difficultés de reprise du travail ? Pourquoi ?

Quelles sont les caractéristiques des patients entraînant des difficultés ?

Quelles difficultés rencontrez-vous ?

Quelle est votre attitude en cas de situations de doutes cliniques ?

Peut-on refuser la prolongation d'un arrêt de travail ? Comment l'expliquer au patient ?

Avez-vous déjà eu des conflits ou désaccords avec certains patients ?

3 : Les partenaires du médecin généraliste.

Quelles relations entretenez-vous avec les autres partenaires impliqués ?

Quelles aides vous apportent-ils ?

Si non cité : médecins du travail, médecins-conseils, spécialistes, assistantes sociales du service social de l'assurance maladie, maison départementale des personnes handicapées= filière du handicap.

4 : les dispositifs d'aide au maintien dans l'emploi.

Que pensez-vous de la visite de pré-reprise ?

Que pensez-vous du temps partiel thérapeutique ?

Que pensez-vous de la filière du handicap ?

Que pensez-vous des structures telles que le Patis Faux ?

5 : Modifications des pratiques, formations.

Avez-vous modifié vos pratiques au fil du temps ?

Avez-vous cherché à vous former ?

La partie suivante a été supprimée après quatre entretiens.

6 : législation autour des arrêts de travail.

Notion d'invalidité et d'aptitude ? Quelles différences ?

Connaissez-vous la procédure d'expertise médicale ?

Connaissez-vous la législation encadrant la prescription de l'arrêt de travail ?

RUELLO, Noémie. De l'arrêt de travail de longue durée vers la reprise du travail : difficultés et pratiques. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine.

100 feuilles, 2 figures, 1 tableau. 30 cm. Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2014 ; N°

Résumé français

Il existe peu de travaux récents, en France, analysant les pratiques et difficultés des médecins généralistes dans le cadre de la prescription de l'arrêt de travail de longue durée. Nous avons effectué une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de vingt médecins généralistes libéraux exerçant en Ille-et-Vilaine de septembre 2013 à juin 2014. L'objectif principal de notre travail était d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour faciliter la reprise du travail des patients en arrêt de longue durée. Les objectifs secondaires étaient d'analyser leurs pratiques dans le cadre de la prescription de l'arrêt de longue durée et d'explorer leurs réponses face à ces difficultés. L'analyse des difficultés rencontrées permet d'identifier deux situations : D'un côté, les difficultés de maintien en emploi des personnes de plus de 50 ans, travailleurs physiques, atteints de pathologies ostéo-articulaires, pour lesquels il existe peu de possibilités de reclassement professionnel au sein des entreprises. D'un autre côté, l'émergence de risques psychosociaux et la détérioration des conditions de travail ont des conséquences négatives sur la santé des travailleurs et sont à l'origine de troubles anxio-dépressifs réactionnels. Ainsi, plus que le problème médical, c'est la situation socio-professionnelle du patient qui amène les médecins généralistes à des questionnements sur la reprise du travail. L'arrêt de travail permettant alors la reconnaissance sociale de problèmes non médicaux. Notre étude confirme l'importance d'une communication précoce entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de l'arrêt de travail, mais elle révèle une méconnaissance de certains acteurs et une connaissance inégale des dispositifs d'aide au maintien dans l'emploi. Ce constat appelle à des mesures de formation professionnelle.

Résumé Anglais

In France, there are few recent studies analyzing the practices and difficulties of family doctors when prescribing long-term sick leave for workers. A qualitative study of 20 general practitioners (GPs) working in Ille-et-Vilaine was conducted using semi-directive interviews between September 2013 and June 2014. The aim of the study was to identify the difficulties encountered by GPs to facilitate the return to work of patients on long-term sick leave. The secondary aim was to analyse their practices and explore their responses to these difficulties. Analysis of difficulties identified two issues: On the one hand, the difficulties of continued employment of physical workers over 50 years of age with osteoarticular pathologies, for whom there is little opportunity to change jobs within companies. On the other hand, the emergence of psychosocial risks and deteriorating working conditions have a negative impact on the health of workers and are sources of anxiety and depressive disorders. Thus, more than the medical problem, it is the patient's socio-professional status that leads GPs to questions about sending patients back to work. The sick leave allows social recognition of non-medical problems. Our study confirms the importance of early communication among the different actors involved, but it reveals a misunderstanding of some actors and disparities in knowledge of the measures to optimize job retention. This observation calls for vocational training measures.

Rubrique de classement :	Santé publique
Mots-clés :	Médecin généraliste, arrêt de travail de longue durée, reprise du travail.
Mots-clés anglais MeSH :	General practitioner, long-term sick leave, return to work.
JURY :	Président : Pr Jean-Louis HUSSON
	Assesseurs : -Pr Jean-Yves LIMEUL [directeur de thèse] -Pr Christian VERGER -Dr Didier MYHIE -Dr Philippe CARSON

Adresses de l'auteur :

1, rue Victor Janton, 35000 RENNES