



HAL
open science

Arrêts et Accidents du travail de plus de 3 mois : étude qualitative du vécu, des attentes et des difficultés des patients et des médecins généralistes prescripteurs

Thibault Prael, Laetitia Ben Saïd

► To cite this version:

Thibault Prael, Laetitia Ben Saïd. Arrêts et Accidents du travail de plus de 3 mois : étude qualitative du vécu, des attentes et des difficultés des patients et des médecins généralistes prescripteurs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02978229

HAL Id: dumas-02978229

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02978229>

Submitted on 26 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Arrêts et Accidents du travail de plus de 3 mois :
Etude qualitative du vécu, des attentes et des difficultés des patients et des
médecins généralistes prescripteurs**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 2 Octobre 2020

Par Madame Laetitia BEN SAÏD

Née le 13 juillet 1992 à Marseille 08eme (13)

Et par Monsieur Thibault PRAEL

Né le 7 décembre 1992 à Bretigny-Sur-Orge (91)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Directeur

Madame le Docteur (MCU-PH) SARI-MINODIER Irène

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude Assesseur



**Arrêts et Accidents du travail de plus de 3 mois :
Etude qualitative du vécu, des attentes et des difficultés des patients et des
médecins généralistes prescripteurs**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 2 Octobre 2020

Par Madame Laetitia BEN SAÏD

Née le 13 juillet 1992 à Marseille 08eme (13)

Et par Monsieur Thibault PRAEL

Né le 7 décembre 1992 à Bretigny-Sur-Orge (91)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Directeur

Madame le Docteur (MCU-PH) SARI-MINODIER Irène

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGEADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUVE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTEY Georges
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUÇASSOU Jacques		MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFUO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGÉON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMONOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)
DRH Campus Timone

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU-PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU-PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU-PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)

GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
 THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303**NEPHROLOGIE 5203**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BRUNET Philippe (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NEUROCHIRURGIE 4902**NUTRITION 4404**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -**PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

REMERCIEMENTS DE LAETITIA

A Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan,

Merci d'avoir accepté de présider notre thèse et de nous faire l'honneur de juger notre travail. Merci pour tout ce que vous m'avez enseigné au cours de mon parcours d'internat aussi bien au niveau professionnel qu'au niveau humain et ce, toujours dans la bonne humeur.

A Madame le Docteur ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle, notre directrice de thèse,

Merci d'avoir accepté de diriger notre travail, de nous avoir aiguillé et corrigé. Nous espérons que notre travail est à la hauteur de vos attentes. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A Madame le Docteur SARI-MINODIER Irène, Maître de Conférence Universitaire,
Merci d'avoir accepté d'être membre de notre jury de thèse. Votre présence en tant que Médecin du travail nous tenait à cœur.

A Madame le Docteur LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude, Maître de Conférence Universitaire,

Merci d'avoir accepté d'être membre de notre jury, nous sommes honorés que vous y apportez votre vision en tant que médecin de la santé publique.

Merci à Thibault,

Mon binôme de thèse sans qui tout ce travail n'aurait pas vu le jour, à nos longues heures passées sur ce travail, merci pour ta rigueur de planification, merci de m'avoir soutenu et supporté.

Merci à tous les médecins qui ont jalonné notre cursus d'internat, qui nous ont épaulé, formé, transmis leur expérience et leur amour de ce métier.

Merci aux médecins et aux patients qui ont si gentiment accordé de leur temps pour participer à cette étude, partager ces moments avec vous a été très enrichissant, aussi bien sur le plan professionnel que sur le plan humain.

Merci à toute ma famille,

A mes parents,

Merci pour votre présence, votre soutien, votre aide, votre compréhension. Vous m'avez vu grandir, et avez fait au mieux afin que je puisse arriver là où je suis, alors aujourd'hui à un tournant de ma vie, je vous dis merci.

A mon frère et ma sœur,

« L'union fait la force », merci pour votre bonne humeur, vos sourires, à ces barres

de rires en cours de salsa... à tous les bons moments passés ensemble et ceux qu'ils restent à venir.

Merci à tous mes amis,

A Sarah, mon pilier durant tout notre parcours médical de l'externat à l'internat, à nos nombreux fous rires en cours et en stage, à nos moments les plus difficiles où l'on s'est soutenu. Merci pour ton pep's, ta bonne humeur et ton big smile.

A Sara,

Ma coloc de choc, à notre amitié depuis le collège et toutes nos péripéties, je te remercie particulièrement pour ton soutien de lors cette thèse, à ton ordinateur sans qui tout ça n'aurait pas été possible.

A ma bande de copines,

Lisa, Magalie, Maëva, Florence, merci pour tout, à nos moments, les pires comme les meilleurs, à nos rigolades, nos séances de soutien psychologique.

A ma team de voyage de Paris à Marseille,

Jessica, Marine, Sébastien, Laurent, Fabrice, Tricia, merci pour nos petits moments détentes de voyages, Jess merci pour tout ce que tu m'as enseigné, tu respires la vie et la joie malgré tout ce qui peut arriver, merci d'avoir été présente et de m'avoir redonné de la force dans mes moments de faiblesse.

A la team Saint Charles,

Kathia, Julie, Aurélien, merci de faire partie de ma vie, on n'a passé une période importante de notre vie ensemble, merci d'avoir supporté ma timidité et de m'avoir soutenu, même si nos chemins se sont un peu séparés, on garde contact, je vous vois évoluer, je suis fier de vous.

REMERCIEMENTS DE THIBAULT

Je remercie tout d'abord les membres du jury d'avoir honoré de leur présence en ce jour si spécial pour moi.

Au **Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**,

Merci d'avoir accepté d'être le président de notre jury de thèse et de nous avoir soutenu dans ce projet.

A **Madame le Docteur ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle**,

Merci de nous avoir aiguillé et de nous avoir apporté votre expérience durant ces nombreux mois de dur labeur.

A **Madame le Docteur SARI-MINODIER Irène** et à **Madame le Docteur LAGOUNELLE-SIMEONI Marie-Claude**, Vous avez su prêter attention à notre projet de recherche et à vous engager, respectivement en tant que médecin du travail et médecin de la santé publique. Votre place est toute trouvée en tant que membre de notre jury de thèse. Je vous en suis reconnaissant.

A **Laetitia**,

Merci pour le soutien que tu m'as apporté durant ces longs moments de travail en commun. Mais surtout merci pour ta patience et ton abnégation qui nous ont permis d'en arriver là aujourd'hui.

A **mes parents**, que je remercie du fond du cœur pour leur amour inconditionnel et leur soutien dont ils m'ont fait preuve durant toutes ces années. Un grand merci :

- Parce que manger à 12h05 tapante était très important durant mes deux P1
- Parce que j'ai tapissé ma chambre à coup de fiches révisions
- Parce que vous vous êtes tout simplement adaptés à mes études durant ces longues années

Merci de m'avoir offert un cadre de vie familial idéal pour que je puisse réussir. Maintenant, votre titi est bien loin de vous mais vous serez toujours proches dans mon cœur.

A **Coralie** et à toutes nos bêtises. Je ne saurai toutes les citer tellement elles sont nombreuses. Merci d'avoir été présente depuis le début, merci d'avoir partagé avec moi tous ces moments, qu'ils aient été heureux ou difficiles. J'espère que tu seras présente encore de longues années !

A **Emma**, à notre rencontre inattendue, aux nombreux projets que l'on a et surtout à celui en cours de réalisation !

Merci d'être présente pour moi et d'avoir fait tout ce qu'il fallait pour m'épauler durant ces longs mois de travail intensif. L'avenir est à nous, je t'aime !

A **Lisa** et tous nos moments partagés à la fac et en dehors. Tu as été à la fois ma partenaire de révision à la BU, mon soutien lors des moments difficiles et ma confidente durant ces nombreuses années.

A **Erwan** et à nos merveilleuses vacances au Maroc ! J'espère que nous pourrons partager de nouvelles aventures ensemble ! Merci de continuer à être présent, malgré la distance qui nous sépare, je suis très fier que tu puisses continuer à faire partie de ma vie.

A **Marie ou Jul** et à notre première expérience de Novembre 2018 ! Merci pour tous les conseils et pour l'écoute que tu m'as apportés !

A **Arnaud ou Mike** et à notre première rencontre « si tu paies pas, je te défonce », qui t'a marqué et qui a lancé une belle amitié.

A **Agathe et Raph**, mes anciens colocs, il n'y a pas l'un pour rattraper l'autre, vous avez bien fait la paire pendant cette aventure ! Ce semestre restera un très bon souvenir du début de ma vie marseillaise !

A **Marine** et son degré de folie. Toujours souriante et de bonne humeur, tu as illuminé ce semestre à la Ciotat, il y en avait bien besoin !

A **Marie** et aux cours de rock acrobatique que tu me dois toujours !

A **mes grands-parents et au reste de ma famille**, merci de m'avoir soutenu toutes ces années.

A **Maëlys** et à ses fameuses parties de jeu. Merci d'être restée présente durant tout ce temps, en dépit du peu de temps que je pouvais te consacrer.

A **Bzz Bzz** et à tes discussions à tomber par terre... Qu'est-ce que tu m'en as fait voir depuis qu'on se connaît !

A **Taco**, que je remercie pour l'aide précieuse que tu m'as apportée grâce à tes connaissances en langues étrangères.

A **Brioche**, il ou elle se reconnaîtra !

Et à tous ceux que je n'ai pas cités, mais si vous faites partie de ma vie, c'est que vous comptez pour moi !

Sommaire

I) INTRODUCTION.....	7
II) HISTOIRE DES ASSURANCES MALADIES FRANCAISES	10
III) REGLEMENTATIONS EN FRANCE ET ORGANISATION DE LA SECURITE SOCIALE.....	11
IV) MATERIEL ET METHODES	12
A. Type d'étude	12
B. Population étudiée	12
C. Recrutement	13
D. Elaboration des guides d'entretiens et des questionnaires quantitatifs	14
E. Recueil des données et analyse	15
V) RESULTATS DES MEDECINS	16
A. Population des médecins participants.....	16
B. Démarche de soins des médecins généralistes.....	18
1) Etiologies.....	18
2) Interrogatoire.....	19
C. Communication avec le patient.....	20
1) Explications	20
2) Abord de refus	21
3) Conseils.....	22
4) Entretiens motivationnels et recherche du cheminement psychologique du patient.....	22

D. Comportements des médecins	23
1) Attitude des médecins	23
2) Sentiments des médecins	24
E. Aides à la prise en charge.....	27
1) Via le médecin du travail	27
2) Via l'organisme de la Sécurité Sociale	28
3) Recours aux spécialistes et aux paramédicaux.....	28
4) RQTH via la MDPH	28
5) Développement professionnel continu (DPC) et site internet sur la souffrance au travail	28
F. Difficultés des prises en charges	29
1) Liées au patient.....	29
2) Liées au travail	31
3) D'objectivité.....	31
4) Liées au type d'arrêt.....	32
5) Liées au temps	33
6) Liées au système	34
G. Conséquences de l'arrêt ou de l'accident du travail	36
1) Economiques : pour le patient, le médecin et la Sécurité sociale	36
2) Sociales	36
3) Psychologiques.....	36
4) Professionnelles.....	36
H. Retour d'expérience et avis des médecins.....	37
1) Vis-à-vis des patients	37

2) Vis-à-vis des conflits au travail	38
3) Vis-à-vis du système de soin.....	39
I. Amélioration à entrevoir	39
VI) RESULTATS DES PATIENTS.....	41
A. Population des patients participants	41
B. Sentiments positifs relatifs au travail / à l'employeur.....	43
C. Difficultés perçues par les patients relatives à leur travail / à leur employeur.....	43
1) Préexistantes à l'arrêt.....	43
2) Survenues au cours de l'arrêt.....	45
D. Autres difficultés rencontrées.....	46
1) Liées à la situation.....	46
2) Liées à la pathologie.....	47
3) Liées au patient	48
E. Attentes et relations avec le médecin traitant.....	49
1) Points positifs	49
2) Points négatifs.....	51
F. Vécu de l'arrêt.....	51
1) En lien avec le travail et le médecin traitant	51
2) En lien avec la prise en charge sociale	52
3) Vécu sociétal de l'arrêt	52
G. Attentes.....	53

1) Reprise.....	53
2) Reconversion professionnelle	53
3) Accompagnement : Sécurité Sociale et médecin du travail	54
H. Conséquences.....	54
1) Pour le patient.....	54
2) Relatives au travail.....	55
3) Financières.....	55
I. Solutions proposées aux patients	56
1) Formations	56
2) Mutations/ Changements d'entreprise	56
3) Aménagements de poste	56
4) Mi-temps thérapeutique.....	57
5) Invalidité et RQTH.....	57
6) Bénévolat	57
VII) DISCUSSION.....	58
A. Forces et limites de l'étude	58
1) Validité de l'étude	58
2) Limites.....	58
3) Forces	58
B. Discussion relative aux médecins.....	59
1) Démarches de soins.....	59
2) Communication du médecin avec le patient	59
3) Comportement des médecins.....	60
4) Retour d'expérience des médecins	61

5) Difficultés liées aux prises en charges	62
6) Aides à la prise en charge	63
C. Discussion relative aux patients.....	63
1) Difficultés et sentiments relatifs au travail.....	63
2) Difficultés de communication et celles liées à la situation.....	64
3) Difficultés liées aux patients	65
4) Difficultés liées à l'employeur	65
5) Vécu des patients au cours de leur arrêt.....	66
6) Relation avec des médecins vue par les patients.....	66
D. Comparaison avec les autres pays européens	67
1) Modèle danois.....	67
2) Modèle suédois	68
3) Modèle allemand	68
E. Nos recommandations.....	69
VIII) CONCLUSION	72
IX) RESUME.....	74
X) BIBLIOGRAPHIE.....	75
XI) GLOSSAIRE	78
XII) ANNEXES.....	80
Annexe 1 : Questionnaire quantitatif médecins.....	80
Annexe 2 : Guide d'entretien semi-dirigé médecins.....	81
Annexe 3 : Questionnaire quantitatif patients.....	82
Annexe 4 : Guide d'entretien semi-dirigé patients.....	83

« Mon médecin traitant m'a proposé le dossier MDPH et même la médecine du travail. Je l'ai rempli mais je ne l'ai pas envoyé, j'avais l'impression d'être un boulet, je ne me sentais pas (...) j'avais l'impression de profiter du système avec ce dossier (...) je ne voulais pas être un boulet pour l'équipe et pour la société ? Je voulais reprendre le travail »

Entretien issu du patient P3

I. INTRODUCTION

Le médecin généraliste est le premier prescripteur d'arrêt de travail (dans environ 72% des cas). (1) Les conséquences de la prescription ou du renouvellement d'un arrêt maladie sont peu abordées lors des études universitaires alors que les médecins généralistes y sont très fréquemment confrontés dans leur pratique.

Selon les données de l'Assurance Maladie datant de 2015, 8% des arrêts maladie indemnisés ont une durée supérieure à 6 mois et représentent presque 52% du montant des indemnités journalières attribuées. 22% des arrêts ont une durée de 1 à 6 mois. (2)

En 2016, 12,5 milliards d'euros d'indemnités journalières ont été versées par l'Assurance Maladie, soit une augmentation de 14% en termes de dépenses sur la période 2009-2015 (arrêts maladie et accidents du travail confondus). (2)

Après plusieurs mois d'arrêt, soit pour arrêt maladie soit pour accident de travail, les chances de reprise du travail s'amenuisent.

Ce constat flagrant a été fait par l'Assurance Maladie qui a communiqué les chiffres suivants sur le pourcentage des assurés qui reprennent le travail selon leur durée d'arrêt de travail :

- 1 mois = retentissement sur la reprise du travail
- 6 mois = 50 %
- 2 ans = seulement 10%

Parmi les salariés du secteur privé ayant été arrêtés plus d'un mois dans l'année pour maladie, 15% des femmes et 11% des hommes sont au chômage ou inactifs l'année suivante. (3)

D'autre part, à partir d'un mois d'arrêt, le risque de chômage et d'inactivité serait augmenté. (4)

Une récente publication de 2018 (5) a recherché les facteurs qui seraient associés à un risque plus élevé d'aménagement de poste ou de reclassement professionnel.

Les éléments mis en évidence étaient les suivants :

- Durée d'arrêt de travail supérieure à 90 jours,
- Cause de l'arrêt due au travail,
- Perception d'avoir une santé dégradée.

Une autre étude portant sur le devenir des salariés ayant reçu notification d'une fin d'indemnités journalières a montré que le retour au travail est moins important dans le groupe ayant reçu la notification (34%) que dans celui qui n'en a reçu aucune (70%). (6)

Les douleurs chroniques seraient un facteur de risque important de désinsertion professionnelle à cause de l'absentéisme et induiraient ainsi une perte de productivité pour l'employeur.

Selon la Haute Autorité de Santé, sur un échantillon de patients ayant des douleurs chroniques, 70% étaient en âge de travailler mais seulement 43% étaient actifs.

Les autres, soit ne travaillaient pas, soit étaient en arrêt prolongé. (7)

Et selon l'étude Econep, chez les patients ayant des douleurs chroniques, les arrêts de travail seraient cinq fois plus fréquents que dans la population générale. (8)

Selon l'étude Eurostat en 2011, les projections démographiques en 2050 seraient en faveur d'un financement de chaque retraité par les cotisations de seulement deux personnes en âge de travailler. Le vieillissement est en partie responsable de cette démographie et du problème de financement des assurances sociales. (9)

Les arrêts maladies et accidents de travail représentant une dépense importante, l'intérêt serait de favoriser un retour au travail précoce.

La maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie est un objectif perpétuel. Elle nécessite une phase de compréhension des facteurs influençant la prescription et le renouvellement d'arrêts de travail de longue durée.

Il faudrait s'intéresser :

- Aux patients se retrouvant en arrêt depuis plus de 3 mois et tenter de comprendre leurs difficultés, leurs attentes, leur vécu et leurs freins à une réinsertion. En dépistant ces facteurs, on pourrait mettre en évidence des paramètres permettant d'améliorer la réinsertion professionnelle.
- Aux médecins généralistes prescripteurs d'arrêts en recueillant leurs difficultés, leurs attentes, leur vécu et les freins à la réinsertion.

Cette étude qualitative, réalisée "en miroir" par deux investigateurs, vise à décrire et analyser les difficultés, les attentes et le vécu des patients en arrêt ou accident du travail de plus de 3 mois ainsi que celles des médecins généralistes prescripteurs, afin de mettre en lumière les éléments freinant la réinsertion professionnelle.

II. Histoire des assurances maladies

L'arrêt maladie est bientôt centenaire. L'essor de l'arrêt maladie date du 5 Avril 1928 et la loi intitulée « Loi sur les assurances sociales », permettant ainsi de couvrir les risques maladie, invalidité, vieillesse et décès. Cette loi a été faite pour protéger les travailleurs les plus précaires. Ils devaient cotiser à cette assurance sous réserve que leur salaire ne dépassait pas un certain seuil, pondéré au nombre d'enfants à charge notamment. Autant les femmes que les hommes pouvaient bénéficier de celle-ci. « 2. *Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés de l'un ou l'autre sexe dont la rémunération totale annuelle, qu'elle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 15.000 fr* » (10)

Au lendemain de la Première Guerre Mondiale, la France devait se rebâtir. Tandis que les conditions de travail étaient rudes et les salaires bas avec une protection sociale absente, il y a eu des grèves dans les années 1920 avec l'existence d'un fort mouvement syndical pour la lutte ouvrière. Ce combat syndical a fait naître la loi de 1928, modifiée le 30 avril 1930 permettant d'avoir un régime d'assurances sociales. (11)

Au départ, l'assurance maladie octroyait un forfait qui représentait la moitié du salaire moyen, avec cinq jours de carence et une durée maximale de 6 mois. Au-delà des 6 mois, il existait une assurance invalidité. Ces assurances étaient financées par les entreprises et les ouvriers. (11)

En ce qui concerne les accidents du travail, il existe une loi du 9 Avril 1898 à l'initiative de Martin Nadaud. Cette loi a été déposée et permis de passer les travailleurs d'une responsabilité individuelle pour faute à une responsabilité pour risque professionnel. Celle-ci a donné lieu à une indemnisation forfaitaire et a ainsi permis de protéger leur famille par la même occasion. En effet, auparavant le salarié devait apporter les preuves nécessaires pour prouver son accident et devait supporter les frais engagés dans cette procédure. Bien souvent, la cause était inconnue et empêchait toute indemnisation pour le salarié. Depuis la proclamation de cette loi, les travailleurs sont beaucoup plus protégés dans le cadre de leur travail. (12) (13)

III. Réglementations en France et organisation de la Sécurité Sociale

En France, une consultation médicale chez un médecin généraliste peut aboutir à un arrêt de travail. Ceci est un acte médical qui engage la responsabilité du médecin. Il juge l'incapacité physique du patient à poursuivre son activité professionnelle ou non. Selon les situations et les pathologies, certains arrêts de travail peuvent être prolongés.

Cet arrêt de travail ouvre donc les droits aux indemnités journalières qui sont versées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Ceci est prévu dans le code de la Sécurité Sociale sous l'article L321-1 « *L'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1* » (14)

Le médecin conseil de l'Assurance Maladie réalise nécessairement un contrôle des assurés au bout du 4^e mois d'arrêt de travail. Ce contrôle s'associe à un échange avec le médecin traitant en envisageant la reprise professionnelle. Il serait ainsi intéressant d'agir en amont.

A noter qu'une visite de pré-reprise est obligatoire après 3 mois d'arrêt prolongé. Ce délai est inscrit dans l'article R 4624-29 du code du travail.

IV. MATERIEL ET METHODE

A Type d'étude

Selon Strauss et Corbin en 1998 « nous utilisons le terme de recherche qualitative pour définir tout type de recherche qui amène des résultats produits ni par des procédures statistiques ni par d'autres moyens de quantification ».

La recherche qualitative cherche à comprendre un phénomène, un ressenti, un vécu, une expérience, par l'analyse de contenus verbaux le plus souvent, que l'on nomme également « matériaux ». (15)

En recherche qualitative, il est possible de réaliser une analyse de nombreuses manières selon l'axe souhaité : la théorisation ancrée, la phénoménologie interprétative, l'analyse de discours et l'ethnographie.

L'objectif principal de cette étude était de décrire et d'analyser les difficultés, les attentes et le vécu des patients en arrêt ou accident du travail de plus de 3 mois ainsi que celles des médecins généralistes prescripteurs.

Notre travail visant à étudier un ressenti et un vécu, nous avons choisi de travailler en utilisant la technique de théorisation ancrée.

B Population étudiée

Les critères d'inclusion des participants médecins étaient :

- Être médecin généraliste prescripteur d'arrêt ou d'accident de travail de plus de 3 mois,
- Dans la région de Marseille et ses alentours, limité aux départements des Bouches-du-Rhône et du Var.

Les critères d'exclusions des participants médecins étaient :

- Médecins généralistes ayant seulement une activité hospitalière,
- Spécialistes autres que médecins généralistes.

Les critères d'inclusion des participants patients étaient :

- Avoir un âge supérieur ou égal à 18 ans,
- Être en arrêt ou accident de travail de plus de 3 mois.

Les critères d'exclusions des participants patients étaient :

- Les femmes enceintes,
- Les patients présentant une pathologie cancéreuse.

C Recrutement

L'échantillon a été constitué en variation maximale afin de permettre la diversité.

Les participants étaient informés de l'objectif de l'étude afin de planifier un rendez-vous pour les entretiens. Le recrutement s'est poursuivi, jusqu'à l'obtention de la saturation des données.

Lors de l'inclusion, une information écrite a été lue à chaque participant en précisant le cadre de l'étude, l'objectif et le déroulement des entretiens (dont leur enregistrement audio). Leur accord oral a été sollicité, puis un consentement écrit, garantissant leur anonymat, a été daté et signé pour chaque entretien.

Ce projet de thèse a été soumis au comité d'éthique universitaire, mais nous n'avons eu aucune réponse de leur part après plusieurs relances, incluant la période de confinement liée au COVID-19. Nous avons donc pris parti de débiter l'étude après avoir sollicité l'avis de notre directrice de thèse et de notre président du jury de thèse, qui sont aussi membres du Département Universitaire de Médecine Générale de l'Université Aix-Marseille.

1) Recrutement des médecins

Le recrutement des médecins était réalisé à partir de l'annuaire, avec des numéros pris au hasard. Tous les médecins ont été contactés par téléphone. L'absence de réponse après 2 appels était considérée comme un refus. Lors d'un refus, son motif était noté.

2) Recrutement des patients

Le recrutement des patients a été obtenu via les médecins généralistes ayant accepté de participer, via l'entourage, via un maître de stage universitaire et grâce à

l'aide d'un tuteur de la faculté de Médecine d'Aix-Marseille.

D Elaboration des guides d'entretien et des questionnaires quantitatifs

1) Pour les médecins participants

Un questionnaire quantitatif a été réalisé pour caractériser l'échantillon.

Ces données recueillies étaient relatives à : l'âge, le sexe, la supervision d'internes en formation, l'exercice libéral ou salarié, les années d'ancienneté, les autres expériences (en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), urgences ou autre), les visites d'un représentant de l'assurance maladie au sujet des arrêts et des accidents du travail, la zone d'installation (rurale, semi-rurale, urbaine), les caractéristiques du cabinet (individuel, de groupe, ou structure pluridisciplinaire), les diplômes universitaires et formations supplémentaires.

Il est présenté en **annexe 1**.

Un guide d'entretien a été rédigé pour répondre à l'objectif de l'étude.

Les thèmes abordés étaient relatifs à :

- Leur situation d'exercice,
- Le déroulement d'une consultation pour un arrêt ou un accident de travail de plus de 3 mois,
- Leurs ressentis et leurs difficultés dans ce cadre,
- Les aides apportées à leurs patients,
- L'abord du refus de prolongation d'un arrêt ou d'un accident du travail de plus de 3 mois,
- Leur retour d'expérience.

Le guide d'entretien est présenté en **annexe 2**.

2) Pour les patients participants

Un questionnaire quantitatif a été réalisé pour caractériser l'échantillon.

Ces données recueillies étaient relatives à : l'âge, le sexe, le nombre d'enfants à charge, la situation maritale, la durée de l'arrêt de travail, la profession actuelle, les professions antérieures, les formations et le niveau d'étude ainsi que le lieu de vie (rural, semi-rural, urbain).

Il est présenté en **annexe 3**.

Un guide d'entretien a été rédigé pour répondre à l'objectif de l'étude.

Les thèmes abordés étaient relatifs à :

- L'entreprise dans laquelle ils travaillent et leurs difficultés,
- La représentation de leur emploi,
- Les motifs de l'arrêt ou l'accident de travail,
- Leur parcours médical,
- Les attentes envers leur médecin traitant,
- L'impact de l'arrêt sur leur vie,
- Les souhaits sur leur avenir professionnel.

Le guide d'entretien est présenté en **annexe 4**.

E Recueil des données et analyse

Le recueil des données a été réalisé par des entretiens semi-dirigés auprès de patients en arrêt ou accident de travail de plus de 3 mois et de médecins généralistes prescripteurs.

Un guide d'entretien pour les médecins et un autre pour les patients ont été rédigés pour répondre à l'objectif de l'étude et ont été utilisés lors des entretiens.

L'entretien se déroulait en plusieurs phases : une phase de recueil de données sociodémographiques via un court questionnaire quantitatif et une deuxième phase d'entretien semi-dirigé.

Chaque entretien a été enregistré via un dictaphone puis retranscrit fidèlement par chacun des enquêteurs afin d'obtenir des verbatims.

L'anonymat a été respecté en attribuant un code unique à chaque entretien puis lors de la rédaction des résultats.

V. RESULTATS DES MEDECINS

A. Population des médecins participants

Pour arriver à saturation des données, 12 entretiens ont été nécessaires. Une liste de 66 médecins a été obtenue.

Sur 66 médecins contactés :

- Numéros non attribués : 3 (4,6 %)
- Numéros injoignables : 5 (7,7 %)
- Nombre total de refus : 46 (69,7 %)
 - Absence de réponse après 2 relances : 15 (22,8 %)
 - Pas intéressés : 21 (31,9 %)
 - Pas le temps : 4 (6 %)
 - Exerce de l'acupuncture : 1 (1,5 %)
 - Malade : 1 (1,5%)
 - Entretien trop long : 2 (3%)
 - Médecin nutritionniste : 1 (1,5 %)
 - A la retraite : 1 (1,5 %)
- Acceptations : 12 (18 %)

Les entretiens des 12 médecins se sont déroulés :

- dans leur cabinet : 7
- par téléphone : 4
- en visioconférence : 1

Les entretiens individuels semi-dirigés des médecins ont duré entre 11 et 40 minutes pour une moyenne de 21 minutes

La population recrutée était variée selon l'âge, le sexe, la zone d'installation, les années d'ancienneté et le mode d'exercice (**tableau 1**).

Tableau 1 : données socio-démographiques	
Population de médecins participants	Effectif n=12
Sexe	Homme 41,7% (n=5) Femme 58,3% (n=7)
Âge	Âge moyen 48 ans Âge médian 46,5 ans Ecart type 14 ans Âge minimum 29 ans Âge maximum 69 ans
Internes en formation	Oui 33,3% (n=4) Non 66,7% (n=8)
Mode d'exercice	Libéral 83,3% (n=10) Salarié 0% (n=0) Mixte 16,7% (n=2)
Années d'ancienneté	Moyenne 19,3 ans Médiane 17,5 ans Ecart type 13,7 ans
Autres expériences	Aucune 50% (n=6) SSR 16,7% (n=2) Urgences 25% (n= 3) Autres 33,3% (n=4)
Visites d'un représentant de l'assurance maladie au sujet des arrêts et des accidents de travail de plus de 3 mois	Oui 75% (n=9) Non 25% (n=3)
Zone d'installation	Rurale 0% (n=0) Semi-rurale 58,3% (n=7) Urbaine 41,7% (n=5)
Cabinet	Individuel 25% (n=3) De groupe 66,7% (n=8) Structure pluridisciplinaire 8,3 (n=1)
Diplômes universitaires et formations supplémentaires	Oui 66,7% (n=8) Non 33,3% (n=4)

Les autres expériences professionnelles des médecins participants étaient les suivantes :

- Médecine humanitaire,
- SSR nutrition et gériatrie,
- Urgence pédiatrique, maison de retraite,
- Pédiatrie générale, urgence adulte.

Les diplômes universitaires (DU) et formations supplémentaires des médecins participants étaient les suivants :

- DU réparation du dommage corporel,
- DU de traumatologie du sport,
- DU de tabacologie,
- DU d'homéopathie,
- DU de gynécologie,
- DU médecine d'urgence pédiatrique,
- DU diabétologie,
- DU sur la douleur,

Les résultats ci-dessous ont été regroupés en thèmes et sous-thèmes afin de catégoriser les propos des participants. Ces derniers sont illustrés par des verbatims (citations issues des entretiens).

B. Démarche de soins des médecins généralistes

1) Etiologies

- Les troubles musculosquelettiques englobant les pathologies discales, lombaires et leurs complications post-opératoires

M3 « Là, les derniers accidents de travail que j'ai eu et qui se sont prolongés, souvent ça va être des pathologies discales au niveau lombaire (...) les pathologies discales au niveau du dos pour les accidents du travail, c'est quand même très fréquent. »

- La traumatologie surtout pour les accidents de travail incluant les accidents de la voie publique

M7 « *Ça peut être soit des patients qui ont eu soit un accident de la voie publique, par exemple en se rendant sur leur lieu de travail, soit des personnes qui ont fait des chutes sur leur lieu de travail (...) le plus, oui je pense que c'est ça.* »

- Les pathologies psychiatriques incluant les syndromes dépressifs

M4 « *une lombosciatique, ou pour un syndrome dépressif, les 2 grands cas d'arrêts de travail prolongé c'est ça* »

- La souffrance au travail surtout chez les « gros bosseurs » (surmenage, épuisement, harcèlement), incluant le burnout

M9 « *Il semble que je sois de plus en plus confrontée à de la souffrance au travail. Qu'elle soit objective ou subjective, parce que la sensibilité et le profil psychologique des gens (...) leur état antérieur sur le plan psychique, je veux dire quelqu'un qui est solide (...) il va beaucoup mieux supporter des problématiques professionnelles"*

2) Interrogatoire

- Le contexte global

Les circonstances de l'arrêt ou de l'accident de travail ont été recherchées avec les symptômes actuels et leur intensité ainsi que le parcours médical incluant le bilan des soins entrepris et l'efficacité des traitements. Le contexte psycho-socio- économique du patient entrain aussi en jeu.

M9 « *Selon le lien que j'ai avec le patient et le degré de connaissances, de son antériorité, de sa vie privée, de ses soutiens familiaux, de ses difficultés, de son cadre socio-économique, donc on aborde plus ou moins ces aspects* »

- Les motifs cachés

M8 « *Après, souvent quand il y a cette volonté qui n'est pas là, j'essaie de trouver est-ce qu'il y a un autre motif qui fait que cette volonté n'est pas bonne, ou en tout cas ne va pas dans le bon sens, s'il y a quelque chose, ben soigner ce qui ne va pas* »

- Souffrance au travail

M6 « *si (...) on est dans l'impasse, ou que le patient n'a pas de soins en cours et qu'il demande une prolongation d'arrêt, je cherche pourquoi : si c'est lié à un problème avec l'employeur, s'il y a un problème de souffrance au travail, et quel est l'intérêt dans ce cas-là de la prolonger ?* »

- Les signes de dépression

M8 « *et souvent je creuse le reste parce que, quand la personne est arrêtée on va dire pour les arrêts difficiles et longs, j'entends par là psychologiques, c'est où ils en sont sur le point psychologique, c'est déjà s'ils sont toujours en dépression ou pas donc je recherche les signes de syndrome dépressif* »

- Activités quotidiennes et parcours de réflexion du patient

M8 « *j'essaie de savoir ce qu'il fait de ses journées (...) c'est une question ouverte qui permet ensuite d'orienter la consultation.* »

M10 « *C'est important pour moi de savoir où est-ce qu'ils en sont, ce qu'ils ont pu mettre en place pour essayer d'y remédier, pour essayer de reprendre soit dans de bonnes conditions, soit de faire autre chose éventuellement.* »

C. Communication avec le patient

1) Explications

- L'invalidité et la MDPH si l'arrêt est prolongé, pouvant aussi être une aide complémentaire à la reprise

M12 : « *Donc essayer de trouver les intervenants sociaux qui peuvent leur expliquer (...) combien je touche en invalidité, en invalidité est-ce que je vais cotiser pour ma caisse de retraite* »

M3 : « *Le retour au travail est inéluctable (...) je leur explique que l'invalidité ça va être une aide pour le travail mais ça ne va pas les empêcher de travailler.* »

- L'arrêt de travail n'est pas un droit acquis du patient

M3 : « *ce n'est pas forcément quelque chose qui est un du pour eux. (...) J'essaie toujours d'être la décisionnaire vraiment principale et qui ... Et qu'ils sentent qu'ils ne soient dans leurs petits souliers et qu'ils ne viennent pas réclamer ça comme un du.* »

- Sur l'intérêt de la visite de pré-reprise

M5 : « *On va demander une visite de pré-reprise à la médecine du travail et on verra ce qu'il dit avec un aménagement du poste etc. (...) Mais ce n'est pas gagné à tous les coups (rire) »*

- Bénéfices liés à la réinsertion (relations sociales, intérêt économique) :

M8 : « *trouver des arguments (...) de motif médical et d'amélioration sur certaines choses, des compromis qui peuvent être faisables, de l'avantage de retourner travailler en termes de relations sociales tout ça, essayez de valoriser le retour au travail un maximum »*

2) Abord du refus

- Refus si non-respect des recommandations du médecin

M7 : « *si le patient n'a pas respecté les consignes que je lui avais donné la fois précédente (...) je lui explique clairement que s'il ne va pas dans ce sens pour essayer d'aller mieux, moi je me verrai dans l'obligation d'arrêter de le prolonger.* »

- Appui sur des éléments objectifs (examens paracliniques, l'avis des spécialistes et du médecin de la sécurité sociale) et utilisation du caractère
« non médicalement justifié »

M1 : « *soit c'est purement médicalement non justifié, et on l'explique, par exemple on dit là : vous voyez la radio il n'y a rien, les examens sont normaux donc nous on ne peut pas justifier l'arrêt, donc il faut reprendre. Quand on a ces arguments-là, généralement ils sont audibles »*

M9 : « (Rires) ... *Je ne l'envisage pas (le refus) sauf quand j'ai la lettre de la sécu me disant voilà j'ai ce courrier ... "à partir de telle date, je ne le renouvellerai plus", je dis*

oui, je n'ai plus le droit. Je me protège devant ce courrier. »

- Prétexe de la sécurité sociale qui n'acceptera pas la poursuite de l'arrêt

M1 : *« Soit on se réfugie derrière la sécu, on dit là, la sécu elle ne va pas valider. »*

- Préparation psychologique précoce à la reprise du travail

M1 : *« dès qu'on atteint 6 mois, on les engage à la reprise, on commence à en parler dès le 3e mois, si vraiment on sent qu'ils ne vont pas reprendre »*

M3 : *« En fait j'essaie de les préparer psychologiquement à la reprise, je leur dis " vous savez, plus on s'arrête plus ça va être dur de reprendre »*

3) Conseils

- Encouragement à communiquer avec l'employeur

M6 : *« j'encourage l'employé à discuter avec son employeur pour voir ce qui peut être amélioré dans ces conditions (...) Après c'est plus facile à dire qu'à faire. »*

- De réfléchir à une éventuelle alternative

M12 : *« Il faut fortement, très clairement, au-delà de 3 mois qu'il y ait une issue qui soit proposée, soit c'est une reprise du travail à plein-temps qui est proposée (...), mais sinon (...) je demande aux patients, qu'est-ce que vous voulez faire après, qu'est-ce que vous pensez que vous pourrez faire ? »*

- Réévaluation lors d'une nouvelle consultation si difficulté à la reprise

M11 : *« on peut lui dire que si jamais il essaie de reprendre, que la reprise se passe mal, qu'il n'hésite pas à reconsulter et on verra comment on peut faire »*

4) Entretiens motivationnels et recherche du cheminement psychologique du patient

M3 : *« on leur fait reformuler ce qu'ils ressentent (...). L'entretien motivationnel est d'appréhender le fait que sa santé ne sera peut-être pas la même qu'avant mais il y a des choses à aménager afin de pouvoir repartir au travail. »*

- L'intérêt d'une prolongation

M10 : « *C'est important pour moi de savoir où est-ce qu'ils en sont, ce qu'ils ont pu mettre en place (...) pour essayer de reprendre soit dans de bonnes conditions, soit de faire autre chose éventuellement. Après je les examine en fonction, et puis on discute d'une prolongation ou pas.* »

- Evaluation des modalités de reprise (si la reprise n'est pas envisageable, interrogation sur le devenir du patient)

M8 : « *si c'est y retourner ça va être dans quelle limite ? Est ce qu'ils ont réfléchi sur les limites qu'ils voulaient mettre au travail par exemple.* »

M6 : « *si ce n'est pas possible, je demande au patient ce qu'il envisage de faire avec son employeur, s'il envisage de démissionner, s'il y a une cessation de contrat qui est en cours, voilà mais je n'aime pas laisser des situations qui sont latentes* »

- Recherche d'une anticipation du patient pour éviter la récurrence

M8 : « *ils se sont remis en question, ils se sont dit ben ok je retourne au travail, mais je coupe mon téléphone quand je rentre à la maison, je pars à telle heure même si je n'ai pas fini mes tâches administratives où ce que je devais faire, les réunions si elles ne sont pas préparées de façon optimale, et ben tant pis.* »

D. Comportement des médecins

1) Attitude des médecins

- Remise en question systématique de l'utilité d'une prolongation

M8 « *C'est d'éviter cette routine là au maximum, cette remise en question à chaque patient et de repartir à zéro quasiment à chaque renouvellement, se reposer à chaque fois la question.* »

- Certains exercent une pression sur les patients et raccourcissent la durée de l'arrêt

M1 : « on peut imposer plus de choses qu'il y a quelques années (...) aujourd'hui on arrive mieux à mettre la pression sur les patients (...), en leur disant que s'ils n'ont pas envie de travailler, on va s'orienter vers l'invalidité, voilà. »

M6 : « si je vois qu'il ne l'a pas fait (la kinésithérapie) je diminue la durée d'arrêt, je repasse à 15 jours, (...) pour voir si vous avez commencé la kiné et voir s'il y a une amélioration. »

- Pragmatique, empathique, d'écoute, franche et directe

M9 : « ils savent quelque part qu'il va y avoir le fait que je vais les recevoir et les entendre ... dans le discours avec empathie sinon je pense qu'ils iraient ailleurs. »

M2 : « je me mets à discuter, à expliquer, surtout en proposant assez rapidement un programme derrière (...) puis je vais essayer de trouver un plan B à cette situation délicate. »

- Certains ont une attitude directive, mais à la fois souple et éducative

M3 : « Je ne suis pas quelqu'un de très brutal, c'est-à-dire, c'est un peu comme les enfants "attention la prochaine fois que tu vas faire ça tu es puni", je leur dis "là attention ça dure trop longtemps, ça ne va pas le faire" (...) ça évite qu'ils aillent faire le nomadisme médical. »

- Un médecin ne propose pas systématiquement l'arrêt mais laisse ses patients le réclamer

M3 : « je ne dis rien, je ne propose pas d'arrêt et des fois ils sont obligés de demander, (...) j'aime bien qu'ils aient l'effort à fournir aussi. »

2) Sentiments des médecins

a- Un sentiment d'inconfort global

M6 : « Clairement je ne suis pas à l'aise ! Ce sont des consultations qui me tendent dès le début, c'est souvent difficile de faire la part des choses entre un patient qui est

réellement en souffrance psychologique ou physique et un patient feignant. »

M8 : « En fait, ce qui va être compliqué parfois, ça va être la négociation sure : la durée (...) en fait des fois y a des patients qui vont dire, oui mais c'est les vacances, donc vous pouvez me prolonger »

- Inconfort lors de conflits employeurs-employés

M6 : « une allégation d'anxiété et de dépression due au travail, moi ça me met assez mal à l'aise ces problèmes employeur-employé, parce que finalement on se rend compte que lorsque les patients sont mis en dehors de leur travail, (...) qui changent de boulot, ça marche mieux, donc finalement le problème n'est plus médical, et ça c'est dur de leur faire comprendre. »

- Sentiment d'être piégé devant certains renouvellements

M1 : « Quelqu'un qui a eu des accidents répétés pour ça, on sera vigilant de faire des arrêts de plus en plus courts, voilà. Mais des fois on se fait piéger, (...) les gens qui sont en accident du travail professionnel, donc cela c'est beaucoup plus dur de les faire reprendre que ceux qui sont en maladie, parce que la prise en charge en accident, elle est à 100 %, (...) ils n'ont pas beaucoup de scrupules à demander une prolongation et tout ça. »

- Sentiment d'être abusé par certains patients

M1 : « Je ne vais pas être politiquement correct, mais qu'il y a des gens qui sont feignants (...) ils sont bien avec les minimums sociaux, se complaisent dedans et qui font leur petite vie en travaillant un petit peu à côté, quoi ça existe, c'est une réalité, donc c'est ça qui est le plus gênant ... »

- Agacement lors de demandes d'arrêts prolongés non justifiés

M5 : « les gens mais tu le sens d'emblée, tu n'as pas besoin d'attendre 3 mois pour savoir ce qu'il va se passer. Alors moi ça m'agace profondément (rire), (...) une dame de mon âge, toute belle toute bronzée (...) m'a dit "j'ai eu la chance de pouvoir m'occuper de mes petits-enfants " vous avez surtout la chance que des cons comme moi travaillent pour payer votre invalidité. "oh bah vous alors" et je dis "oui bah moi alors quoi ?" elle est plus en forme que moi. »

- Sentiment d'échec injustifié devant des pathologies d'évolution longue

M4 : « *C'est vrai que quelque fois, on a un peu un sentiment d'échec, mais sur ces pathologies qui sont prolongées, en général, on sait qu'il faut du temps... un sentiment d'échec, mais finalement on n'y peut pas grand-chose quoi.* »

- Routine liée aux prolongations successives

M4 : « *la prolongation de la consultation (...) À partir des 3 mois, si on ne se méfie pas, on rentre un peu dans une routine.* »

- Sentiment de détachement de la prise en charge lors du recours aux spécialistes

M4 : « *quand on a l'impression de compter un peu plus sur le spécialiste (...) c'est vrai que moi j'ai l'impression d'être un peu plus détaché de la prise en charge...c'est un peu une erreur.* »

- Sentiment d'avoir le mauvais rôle lors du refus d'un arrêt

M6 : « *c'est toujours un peu difficile, de dire aux patients stop, mais je pense que c'est nécessaire (...) on a l'impression d'être le méchant dans l'histoire, donc c'est difficile.* »

b- Questionnement sur le rôle du médecin traitant pour la prolongation de ces arrêts / accidents

- Rôle ambivalent du médecin

M1 : « *la difficulté, c'est que souvent on nous impose un rôle (...) on est juge et parti, c'est-à-dire en même temps, on doit les défendre dans notre système de soins, c'est nos patients, mais on n'est pas là non plus pour faire la police, et ce n'est pas notre boulot.* »

- Rôle de protection du patient vis-à-vis de la souffrance au travail

M10 : « *si je sens des signes de souffrance psychique à l'examen j'ai tendance à prolonger sans souci, parce qu'on ne se rend pas compte comment le monde du*

travail devient de plus en plus difficile et stressant pour les gens, c'est aussi notre rôle de les protéger. »

- Le rôle de partenaire économique pour le patient ne devrait pas être le rôle du médecin traitant

M1 : *« ça peut être aussi juste de la stabilité économique, on n'a rien à voir dedans, mais on se retrouve euh mis dans le circuit alors que bon on ne devrait pas »*

- Souhait de ne pas garder le privilège sur les arrêts

M1 : *« si c'était tenu par le médecin conseil, ou quelqu'un d'extérieur, ça pourrait être beaucoup plus entre guillemet objectif et court, (...) Ou le médecin du travail par exemple (...) qui lui fixe la durée d'arrêt de travail (...) moi je ne me battrais pas pour qu'on garde la prérogative sur les arrêts, si le système change, c'est d'autres qui le font... ce n'est pas plus mal. »*

- Sentiment de réaliser des prises en charge sociales et de ne pas être un médecin contrôleur

M12 : *« Moi, je fais aussi du social dans ce cadre-là (...) c'est le médecin de la caisse qui est un contrôleur, je ne suis pas un médecin du contrôle ce n'est pas ma fonction. »*

E. Aides à la prise en charge

1) Via le médecin du travail

Les différents champs de prise en charge du médecin du travail mentionnés sont :

- Rôle d'intermédiaire en cas de conflit avec l'employeur,
- La reprise à temps partiel,
- La visite de pré-reprise,
- L'inaptitude,
- L'adaptation du poste,
- La mutation.

M6 : *« j'oriente facilement vers la médecine du travail pour voir (...) s'il n'y a pas une négociation possible, qui serve d'intermédiaire entre l'employeur et l'employé. »*

M7 : « demander en fonction du poste du patient si la pathologie qu'il présente est une contre-indication formelle, si le médecin du travail va dans ce sens de prolonger ou de mettre en inaptitude. »

2) Via l'organisme de la Sécurité sociale

M7 : « ça m'arrive aussi, d'être en difficultés sur un arrêt qui me paraît un peu prolongé de façon abusive, d'effectivement prendre un avis auprès de la sécurité sociale. »

M5 : « j'essaie d'envoyer les gens à l'assistante sociale de la Sécu pour voir ce qu'on peut faire ... sur les remises à niveau. »

3) Recours aux spécialistes et paramédicaux

M3 : « ceux qui me posent des problèmes euh ... Je finis par dire " non c'est plus possible" (...) 'il faut que vous alliez voir un spécialiste pour (...) l'arrêt de travail. »

M6 : « j'essaie, quitte à multiplier les intervenants, à envoyer vers les kinésithérapeutes, les spécialistes pour aussi avoir un retour de leur part. »

4) RQTH via la MDPH

M4 : « la reconnaissance de travailleur handicapé permet au patient d'avoir un poste de travail adapté, ou en tout cas, s'il n'est pas adapté entièrement, l'employeur peut accepter d'un patient handicapé puisqu'il a des déductions sur ces charges, d'accepter que le patient soit plus souvent en arrêt de travail pour la pathologie. »

5) DPC et site internet sur la souffrance au travail

M5 : « j'ai fait l'an dernier une DPC en présentiel avec "La revue du Prat" qui était bien fait sur le burn-out (...), ils ont parlé d'une société "Souffrance et Travail" qui se trouve sur internet c'est fait par cette psychanalyse. »

F. Difficultés liées aux prises en charges

1) Liées aux patients

- Refus de quitter l'entreprise et manque de confiance en soi rendant les bilans de compétences et les formations inefficaces

M1 : « *On les engage à entamer une formation, (...) et aussi faire un bilan de compétences tout ça, le problème c'est que ça ne fonctionne pas. (...) soit parce que, on est à des niveaux trop bas et les gens n'ont pas confiance en eux pour se relancer dans des formations, où parce qu'ils ne veulent pas partir...* »

- Absence d'intérêt pour son travail

M1 : « *si son travail l'intéressait, si elle était passionnée, elle aurait déjà repris. (...) on a aussi un monsieur, qui a eu aussi des fractures (...), comme il était relativement bien dans son travail, il a repris.* »

- Inquiétude vis-à-vis de la reprise

M4 : « *ce n'est pas rassurant, pour un patient qui doit reprendre son poste de travail, de ne pas le reprendre entièrement, c'est inquiétant (...) les patients sont un peu en retrait, quand on commence à avoir un arrêt de travail prolongé* »

- Sentiment d'habitude et de normalité à ne plus aller travailler

M4 : « *il s'était installé dans cette situation et finalement j'avais l'impression... qu'il n'y perdait rien quoi, (...) pour lui c'était normal, voilà !* » (De ne plus travailler).

- Non compliance

M7 : « *on leur donne des conseils d'avoir un suivi par (...) un psychologue ou un psychiatre et qui finalement n'y vont pas, ou prétexte que c'est compliqué d'avoir un rendez-vous, ou que le psychologue n'est pas toujours pris en charge.* »

M11 : « *on est vite coincé car on ne va pas prendre rendez-vous pour eux (...) Quand on leur dit de le faire et que ce n'est pas fait.* »

- Attitude d'opposition

M5 : « *Alors d'une, le patient qui ne veut plus travailler (...) Qui n'a jamais repris. Le patient aurait dit que le cardiologue disait de se reposer. Vrai ou pas vrai, c'est bien sûr l'opposition des patients (la difficulté) »*

- Travail non déclaré retardant la guérison

M8 : « *quelqu'un qui a une tendinite et qui va me dire (...) j'ai quand même fait du bénévolat ou du black (...) on sait très bien du coup que sa pathologie ne va pas s'améliorer et que ça va prendre encore plus de temps. »*

- Raccourcissement voire refus de la période de repos par intérêt financier ou peur de perdre leur emploi

M8 : « *quelqu'un qui a une tendinite (...) c'était pas suffisant les indemnités, du coup elle a continué à travailler »*

M11 : « *le problème c'est que, ils ont souvent peur de perdre leur emploi donc on est coincé entre les deux. »*

- Difficultés d'acceptation du handicap et du dossier MDPH

M2 : « *ce que je retiens surtout c'est le besoin de reconnaissance du patient quand ça dure, (...) le patient se sent reconnu et ça l'aide à reprendre le travail malgré son handicap persistant ou en acceptant le handicap persistant. »*

- Bénéfices à être en arrêt

M11 : « *il y a de multiples causes qui font qu'ils n'ont pas envie de reprendre le boulot, (...) des soucis avec l'employeur ou des soucis pour garder les enfants, en ne travaillant pas, c'est plus simple de garder les enfants. »*

M12 : « *Les gens ont souvent des bénéfices secondaires autres, qu'on ne maîtrise pas bien (...) votre prêt est remboursé par votre assurance, vous gagnez plus d'argent en arrêt maladie qu'au travail, (...) je suis à la maison je m'occupe de mes enfants. »*

- Patients « malhonnêtes »

M8 : « Alors malhonnête, (...), ça va être des gens qui à chaque fois vont demander plus, quasiment à chaque consultation : plus long, qui n'ont plus forcément de traitement, (...) et pour lesquels tout ce qu'on a mis en place a été mis en échec »

- A l'approche de la retraite, difficulté de réinsertion professionnelle modifiant l'objectif de l'arrêt

M12 : « Au jour d'aujourd'hui dans le marché qui est là, 58 ans vous ne retrouvez pas de boulot (..) la problématique là est liée au chômage, c'est pour ça que le côté médicalement justifié oui, ce n'est pas vrai, c'est socialement justifié »

2) Liées au travail

- Déceler des problèmes au travail

M3 : « Quand il y a une mauvaise ambiance, forcément ils vont essayer de faire tirer (...). Il faut arriver à déceler quelque chose qui finalement n'est pas forcément du ressort de l'arrêt mais ce n'est pas évident. »

- Difficultés des arrêts pour souffrance au travail

M7 : « des patients qui ont des problèmes psychologiques, que ce soit un burnout, un harcèlement au travail, voilà c'est ces patients-là, pour lesquels c'est plus compliqué de faire reprendre. »

M8 : « y a des gens où on découvre autre chose, et leur burnout est une porte d'entrée sur d'autres types de pathologies, où ça se transforme petit à petit en syndrome dépressif, et là c'est compliqué. »

3) D'objectivité

- Des médecins ont souligné le manque d'outils pour objectiver la symptomatologie et justifier la prolongation

M6 : « savoir si le patient, quand il nous présente des symptômes qui sont subjectifs, comme la douleur, comme les sensations vertigineuses, comme de la tristesse, de la fatigue, ce sont des choses qui sont difficilement appréciables et que nous sommes finalement uniquement sur le ressenti du patient. »

M4 : « *les patients qui ont des lombosciatiques, quelques fois on a un peu de difficultés, à se rendre à l'évidence sur l'examen clinique (...) une pathologie qui peut contre-indiquer une reprise du travail.* »

M7 : « *sur le plan psychologique, c'est toujours pareil, c'est quand même plus compliqué d'évaluer si le patient est apte à reprendre* »

- D'objectiver le handicap professionnel

M2 : « *se mettre à la place du patient pour savoir dans son métier de ce qu'il a à faire et ben s'il peut bouger sa jambe, lever son bras, à quel point ça peut l'empêcher de...* »

- D'objectiver l'évolution de la pathologie

M2 : « *D'abord des éléments objectifs de ce qui s'est passé, (...) une réévaluation régulière du chirurgien avec son avis (...) ça c'est une partie difficile puisqu'on n'a pas toujours les courriers, c'est souvent des transmissions orales.* »

4) Liées au type d'arrêt

- Reprise du travail plus compliquée en accident de travail car la prise en charge est à 100%

M4 : « *le patient en AT perd pas beaucoup d'argent (...), y a peut-être certains avantages à ne pas aller au travail (...) ne pas être obligé de se lever, prendre sa voiture (...) il s'installe un peu dans sa maladie, (...) il ne va pas travailler, il s'est organisé comme ça.* »

M1 : « *la prise en charge en accident, elle est à 100 %, (...) ils trouvent ça très confortable, et ils n'ont pas beaucoup de scrupules à demander une prolongation.* »

- Difficultés de reprise pour les syndromes dépressifs

M4 : « *pour les dépressifs c'est toujours compliqué la reprise.* »

- Difficultés de réinsertion après un long arrêt

M4 : « *les patients sont un peu démotivés hein... souvent après l'arrêt de travail qui dure un peu, la reprise est difficile hein* »

5) Liées au temps

- Consultations chronophages

M2 : « *une consultation, temps record de 15 minutes, arriver à évaluer son état psychologique par rapport à ça, ça ce sont les grandes difficultés* »

M8 : « *c'est ce temps-là qui manque le plus, parce que ça a des conséquences sur tout le reste, si l'on ne parle que de la salle d'attente, c'est une salle d'attente qui se remplit, un stress sur les autres consultations, moins de temps pour les autres patients, une rémunération qui baisse aussi.* »

- Démarches hors temps de consultation

M2 : « *les appels par ailleurs et tout ça, les coups de téléphone qu'on va avoir du retour du médecin conseil et de l'avocate, (...) une gestion administrative mais qui va nous prendre du temps, hors temps de consultation* »

- Délai d'obtention des rendez-vous chez les spécialistes et les paramédicaux

M8 : « *Et souvent c'est ça, qui parfois pêche, c'est le recours au spécialiste prend du temps, et parfois dans les douleurs de dos c'est le kiné qui aussi lui prend du temps.* »

- Délai d'attente des retours : expertise judiciaire, employeur, médecin du travail

M8 : « *on attend ces trucs administratifs (...) c'est embêtant quoi, parce qu'on ne peut pas jouer dessus. On attend ! Et c'est pareil pour les accidents de la route (...), on va attendre l'expertise judiciaire, on va attendre le jugement, et des fois ça s'est compliqué.* »

« *Des démarches avec des employeurs, (...) prennent du temps, (...) que l'employeur veuille bien faire la rupture conventionnelle et nous on attend que le patient ait bien la consultation avec la médecine du travail.* »

6) Liées au système

a- Système autre que le régime général

Reprise difficile des employés municipaux et collectivités territoriales

M1 : « *on les engage à la reprise (...), ça marche pour le régime général ou les gens qui sont à la sécu, mais les collectivités territoriales et les employés municipaux ça échappe (...) on n'y comprend rien (...) il n'y a pas de reclassement, il ne propose pas d'invalidité* »

b- Coordination des soins

• Centrées sur le médecin du travail

- Difficultés d'accessibilité au médecin du travail et aux retours de leur part

M2 : « *le médecin du travail (...) là par contre, je ne les emploie pas beaucoup parce qu'on n'a pas leur numéro parce que le patient n'a pas le numéro.* »

M6 : « *je n'ai pas de retour vis-à-vis de la médecine du travail, moi je dis au patient de prendre contact avec la médecine du travail, mais du coup souvent je n'en sais pas plus, voilà.* »

- Désaccord entre le médecin traitant et le médecin du travail

M3 : « *Mais après, c'est vrai que c'est compliqué ... Les médecins du travail ... Leur avis est parfois surprenant. Il y a tout qui se voit.* »

• Centrées sur le médecin conseil

- Difficultés d'accessibilité au médecin conseil

M6 : « *j'ai essayé de les appeler mais ça n'a pas répondu, et je trouve que c'est toujours un peu difficile d'accéder (au médecin conseil).* »

- Désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil

M3 : « *médecin de la MSA a validé l'arrêt de travail donc moi je commençais (...) à*

grincer des dents (...) trouver toujours des opérations à se faire faire, (...) Il ne m'écoutait pas et enfin, il a été contrôlé deux fois par le médecin de la MSA, (...) le médecin a dit "oui oui votre arrêt de travail est justifié " (...) Je me disais que ce n'était pas possible quoi (...) mais le fait qu'il accumule les pathologies comme ça c'était juste hallucinant ! »

- Avis partagés sur l'efficacité du médecin conseil

M5 : « *Les médecins conseils en dernier recours parce que ce n'est pas gentil de ma part mais bon ... je trouve qu'ils ne nous aident pas à grand-chose. »*

M6 : « *je pense que ça peut être un bon relais, ça peut être le juge quand nous on a du mal à trancher, ou lorsqu'on a des doutes. »*

- Centrées sur les spécialistes

- Difficultés de retour des spécialistes

M5 : « *la 2e chose c'est le manque de coordination avec les spécialistes. »*

M2 : « *on n'a pas toujours les courriers, c'est souvent des transmissions orales " le chirurgien m'a dit en consultation que " ça c'est une (...) difficulté. »*

- Difficultés liées à l'absence de prescription d'arrêt de travail par les psychiatres

M9 : « *La plupart des psychiatres (...) le plus souvent, ils me renvoient le patient pour prolonger. Ils ne veulent pas se salir les mains à cette tâche inférieure ... (rires) (...) ils peuvent avoir à l'esprit d'avoir des mauvaises notes auprès de la Sécurité Sociale (rires). »*

- c- Absence de formation médicale à la gestion des arrêts

M2 : « *on n'est pas formé à arriver à dire un jour que vous n'évoluerez plus (...) donc il existe une case pour (...) dire "bah en fait on va faire un final" et là il a été appelé par le médecin conseil qui du coup a fait une évaluation du handicap et tout d'un coup les taux se sont déclenchés. »*

G. Conséquences de l'arrêt ou l'accident du travail

1) Economiques : pour le patient, le médecin et la Sécurité Sociale

M8 : « *les gens ne se rendent pas forcément compte, ça va être l'argent qui rentre chez eux, (...) cette perte financière qui n'est pas forcément gérée ou anticipée par les patients.* »

M1 : « *ce sont des arrêts qui nous plombent, nos objectifs dans le ROSP, clairement.* »

M2 : « *pleins de conséquences économiques pour le patient et pour le trou de la sécu comme on dit.* »

2) Sociales

M11 : « *au plus c'était prolongé au plus le retour à l'emploi est compliqué, au plus les gens il y avait une désinsertion sociale finalement.* »

3) Psychologiques

M8 : « *Donc les arrêts de longue durée, c'est souvent pour les pathologies lourdes (...), ce vécu chez la population active de brutalement un arrêt, (...) est mal vécu en fait.* »

M2 : « *pour le moral des gens parce que je pense quand on a passé 3 mois (...) Ça a des conséquences psychologiques à ça, c'est quand même un cap !* »

4) Professionnelles

- Risque de licenciement

M1 : « *les conséquences, (...) on a des gens, qui demandent des arrêts, sans voir les difficultés dans lesquelles ils vont être confrontés après (...) ils ne mettent pas en balance avec le fait d'avoir un emploi, donc après s'ils sont licenciés ...* »

- Désinsertion professionnelle

M8 : « *La non reprise du travail. Le premier truc c'est plus l'arrêt est long, moins les gens retournent au travail.* »

H. Retour d'expérience et avis des médecins

1) Vis-à-vis des patients

- Moindre recours médical chez les personnes ayant une classe sociale élevée

M1 : « *plus le revenu monte moins on consomme du médecin.* »

- Disparité de durée d'arrêt pour une même pathologie en fonction du contexte psycho-socio-économique

M3 : « *certaines branches de la population ne s'arrêtent jamais (responsables de leur propre activité par exemple) (...) la structure dans laquelle évolue les gens, la motivation et le bien-être au travail, c'est un élément super important par rapport aux prolongations d'un arrêt de travail.* »

- Reprise plus facile pour les problèmes physiques que psychiques

M7 : « *ceux qui ont des vrais problèmes physiques, (...), ce sont des patients qui ont des métiers qui sont assez lourds, mais justement ont l'habitude d'être dans l'exercice physique, (...) ce patient-là va être un peu plus motivé à se prendre en charge, (...) plutôt que le patient, qui va avoir un problème psychologique avec son patron.* »

- Existence de patients récalcitrants au travail, exploitant le système

M6 : « *c'est souvent difficile de faire la part des choses entre un patient qui est réellement en souffrance psychologique ou physique et un patient feignant, parce qu'il y en a, on sent bien qu'il y a une possibilité de reprise du travail et que le patient n'a pas envie.* »

M8 : « *ils vont me demander 2 mois parce que c'est l'été, (...), ils partent dans un pays étranger, et ils ne reviennent qu'en septembre quoi, (...) c'est compliqué à gérer je trouve ce type de demande.* »

- Existence d'un motif caché toujours justifié lors d'une demande d'arrêt

M10 : « *s'il y a demande, c'est qu'il y a quelque chose aller chercher derrière, même*

si ce n'est pas le truc évident (...), je ne vais pas partir du principe que c'est le patient qui abuse. »

- Incertitude sur la reprise de la moitié des patients en arrêt

M12 : *il y a « plus de 50 % dans lequel la problématique du retour au travail est un vrai problème (...) On ne sait pas si le patient reprendra son travail en fait. »*

- Absence d'issue pour certaines situations

M1 : *« on ne voit pas d'issue, il n'y a rien qui est proposé, la dame qui est tombée, qui a mal au dos, qui ne peut plus rester debout. Elle pouvait avoir un emploi à la mairie comme secrétaire (...) le problème, c'est que la qualification, elle ne l'avait pas (...). Et en même temps, elle n'a pas voulu, (...) elle n'a pas tiré bénéfice de son temps d'arrêt pour avoir la formation donc euh... »*

- Influence de l'âge sur l'avenir professionnel

M12 : *« son âge joue beaucoup oui, c'est clair si le patient a 58, 59 ans oui, (...) parfois c'est de l'abus du choix jusqu'à la retraite, le patient me dit je ne veux pas reprendre mon travail, clairement la problématique du travail c'est la problématique de la capacité à assurer son autonomie financière et sociale. »*

2) Vis-à-vis des conflits au travail

- Conflits au travail : intérêt d'un arrêt le plus court possible pour favoriser la réinsertion

M6 : *« je pense que c'est nécessaire (de réduire la durée de l'arrêt), un pour lui, parce que plus il est arrêté longtemps plus c'est difficile de reprendre une activité »*

- Augmentation de la souffrance au travail

M9 : *« il semble que je sois de plus en plus confrontée à de la souffrance au travail. »*

- Existence d'employeurs malsains profitant de leur statut

M9 : *« le petit chef qui se plaint avec perversité à embêter le salarié. »*

- Le médecin traitant ne devrait pas être le médecin prescripteur d'arrêt lors de ces conflits, ne détenant que des allégations subjectives

M6 : « finalement on est leur seul recours, alors que ce n'est pas ça le recours qu'il faudrait utiliser (...). C'est toujours difficile de faire la part des choses, aussi avec des employés qui veulent gêner l'employeur en se mettant en arrêt, qui viennent avec des plaintes subjectives chez le médecin. »

3) Vis-à-vis du système de soin

- Absence d'amélioration suite à un travail commun

M4 : « il y a 2 ans, la sécurité sociale avait mis un numéro en place pour les patients, pour se faire aider, justement pour une éventuelle reprise (...) Et on nous avait proposé aussi de se faire aider par le médecin du travail, (...) les médecins du travail sont souvent débordés (...) Mais moi à l'évidence je n'ai vraiment pas vu d'amélioration »

- Système de santé français favorable par rapport à celui d'autres pays

M5 : « si elle avait été aux USA, elle serait allée travailler, vu qu'il n'y avait pas d'aide sociale, moi je trouve que les aides sociales, les arrêts de travail, (...) c'est formidable de vivre dans un pays comme ça mais quand on en a besoin, pas quand on a un poil dans la main. »

- Rares convocations par la Sécurité Sociale à 3 mois d'arrêt

M11 : « convoqués par la sécurité sociale, c'est un peu rare au bout de 3 mois. »

I. Améliorations à entrevoir

- Délégation de la prescription d'arrêts au médecin du travail ou médecin conseil

M1 : « on nous impose un rôle, qui ne nous est pas forcément dévolu, (...) si c'était tenu par le médecin conseil, ou quelqu'un d'extérieur, ça pourrait être beaucoup plus entre guillemet objectif et court, que nous parce qu'on est juge et parti, (...) on n'est pas là non plus pour faire la police, et ce n'est pas notre boulot ... ou le médecin du

travail par exemple (...) je ne me battrais pas pour qu'on garde la prérogative sur les arrêts, si le système change, c'est d'autres qui le font... ce n'est pas plus mal.»

- Développer une meilleure relation entre le médecin traitant et le médecin du travail.

M3 : « *En fait, moi je trouve dans l'idéal qu'on devrait les appeler et discuter avec eux (...) établir un contact et qu'ils n'hésitent pas à m'appeler pour qu'on en discute. »*

- Prise en charge plus rapide du médecin du travail pour encourager une reprise plus rapide et adaptée au handicap

M4 : « *S'il y avait une prise en charge immédiate du médecin du travail, qui le rassure, qui dit au patient on va vous trouver un poste de travail, vous avez la possibilité dans cette entreprise, c'est leur boulot, ils le font. (...) Mais ils le font avec retard quoi. Trouver un espace de travail qui convient au patient qui a un certain handicap, (...) ça pourrait encourager une reprise plus rapide »*

- Développer une meilleure coordination médecin traitant / autres spécialistes / médecins de la sécurité sociale

M5 : « *restructurer le maillage entre les spés, la Sécurité Sociale pour nous aider face aux patients. »*

VI. RESULTATS DES PATIENTS

A. Population des patients participants

Pour arriver à saturation des données, 13 patients ont été nécessaires. Une liste de 25 patients a été obtenue par l'intermédiaire de médecins que nous avons contactés. Ces médecins nous ont communiqué les coordonnées de leurs patients après avoir obtenu leur accord verbal.

Sur ces 25 patients

- Ont été interrogés : 13 (52%)
- Etaient favorables à la réalisation de l'entretien mais présentaient une pathologie qui était trop redondante parmi les patients déjà interrogés : 7 (28%)
- Non contactés car obtention de la saturation des données depuis plusieurs entretiens : 3 (12%)
- Non contactés car reprise avant 3 mois d'arrêt possible sans le confinement : 1 (4%)
- Aucune réponse après 2 appels de la part de l'investigateur : 1 (4%)

Les entretiens des 13 patients se sont déroulés :

- Au domicile des patients : 7
- Au cabinet d'un Maître de Stage Universitaire : 4
- Au domicile d'un des deux investigateurs : 1
- Par téléphone : 1

Les entretiens individuels semi-dirigés des patients ont duré entre 18 et 61 minutes pour une moyenne de 36 minutes par entretien.

La population recrutée était variée sur l'âge, le sexe, la situation maritale et le nombre d'enfant à charge. **(Tableau 2)**

Tableau n°2 : données sociodémographiques	
Population des patients participants	Effectif (n=13)
Sexe	Hommes 46% (n=6) Femmes 54% (n=7)
Age	Age médian 48 ans Age moyen 47,8 ans Extrêmes : 33 et 58 ans
Situation maritale	Marié 38% (n=5) Célibataire 38% (n=5) Pacsé 8% (n=1) Concubinage 8% (n=1) Divorcé 8% (n=1)
Enfants à charge	0 : 46% (n=6) 1 : 15% (n=2) 2 : 30% (n=4) 3 : 8% (n=1)
Lieu de vie	Urbain 54% (n=7) Semi-rural 15% (n=2) Rural 30%(n=4)
Patients en arrêt de travail	85% (n=11)
Patients en accident de travail	15% (n=2)

Les catégories socio-professionnelles des patients participants étaient variées :

- Professions paramédicales : aide-soignante, infirmière de bloc opératoire, auxiliaire de vie,
- Professions de main : boucher, menuisier, maintenance en micro-électronique,
- Métiers de bureau et gestion du personnel : responsable de contrôle médical, responsable administratif, conseiller en insertion professionnelle,
- Métiers itinérants : facteur et commercial à bord de TGV.

Les motifs des arrêts de travail étaient les suivants :

- Orthopédiques : capsulite rétractile, tendinite aux épaules et aux poignets, lombalgies, suspicion de SLA, arthrodèse sur hernie discale, fracture du radius
- Psychologiques : syndromes anxiodépressifs liés au travail

B. Sentiments positifs relatifs au travail / à l'employeur

- L'amour du métier

P2 : *“oui c'est avoir une fierté, et une fierté de dire je suis boucher et j'aime mon boulot, parce que j'adore ça, j'adore préparer des plats, bien présenter les vitrines, j'adore la décoration, le fignolage !”*

- Une bonne ambiance au travail

P4 : *“j'aime bien rester déjeuner au sein de l'équipe en fait, parce que ça crée le lien oui, c'est toujours intéressant en tout cas qu'il y ait lien humain au sein d'une équipe je trouve ça important”*

- Sentiment d'être valorisé

P5 : *“mais c'est un épanouissement personnel, les filles ont besoin de moi, de mon expérience, les anesthésistes les chirurgiens se réfèrent souvent à moi parce que justement je suis une des plus anciennes”*

- Permet un lien d'encrage dans la société

P2 : *« Mon emploi, c'est important, c'est être actif dans la société »*

C. Difficultés perçues par les patients relatives au travail / à l'employeur

1) Préexistantes à l'arrêt

- Tensions avec l'employeur et les collègues

P6 : *“Après il y a les difficultés avec la hiérarchie (...) c'est surtout avec les dirigeants, les directeurs qui sont de plus en plus dans leur tour d'ivoire et très éloignés de la réalité du terrain (...) ils sont formatés dans un moule et ils ont ce côté*

obsessionnel des budgets à réduire et à faire avaler la pilule qu'il faut dégraisser le mammoth (rires)»

P11 : « Au bout d'un quart d'heure, il m'insulte ! Ah il me hurle dessus ! (...) Mais devant témoin ! Il m'a hurlé dessus ! Il m'a (pfff) voilà ! Et quand je remonte les informations, rien n'est fait en fait, rien ! (...) c'est inadmissible, pourquoi tu dis des choses comme ça, tu verras ça ne se terminera pas comme ça ! Et devant le directeur qui n'a rien dit ! »

P13, au sujet d'une faute professionnelle : « ce qui est très grave et donc moi j'ai été témoin malheureusement j'étais là, (...) elle m'a rappelé en me disant « tu te tais » et elle a couvert ça. (...) elle a commencé à être désagréable, à me faire des réflexions, à m'ajouter du boulot, elle a appuyé, j'étais devenue gênante »

- Chutes au travail non déclarées

P7 : « Je suis tombée, tout mon corps à droite, j'ai eu des bleus mais je n'en ai pas parlé avec ma directrice parce que je viens d'être embauchée et j'ai peur d'être virée »

P9 : “ je n'ai pas déclaré les accidents du travail parce que j'avais besoin d'argent”

- Comme un gagne-pain

P13 : « Alors mon emploi, je vais vous dire, c'est alimentaire, c'est un boulot que j'ai eu par nécessité, donc j'ai pris ce qu'il venait, c'est pas vraiment ce que j'aurai aimé faire »

- Exclusion à cause d'une de ses maladies

P13 : « l'encadrante (...) m'a vraiment déçue, je me suis sentie comment dire, une bête de foire, je suis malade donc on me met de côté, voilà, ma maladie, c'était une tare quoi donc je l'ai très mal vécu »

- Dégradation des conditions de travail

P1 : « ça a beaucoup changé, on était sur du qualitatif mais maintenant on est plutôt

sur du quantitatif. Ce n'est pas nouveau dans la profession »

P4, emploi dans la réinsertion professionnelle : *« j'ai le sentiment en fait qu'on vit dans un monde où les salariés en fait sont plus de la chair à canon en gros ! Et les droits des salariés sont un peu bafoués ! Et que moi-même au sein d'un dispositif comme celui-là, il se passait ça ! Ce n'est pas possible ! Ça ne va pas être possible là ! »*

- Multiplicité des tâches à réaliser

P4 : *« j'ai souvent le cerveau à plusieurs endroits à la fois, ce qui est dommageable parfois, parce que ça m'empêche en fait d'être complètement dans l'entretien et en fait au final concrètement c'est assez épuisant »*

- Perte d'intérêt pour le poste

P7 : *« Je m'occupais des gens c'était important pour moi, j'aimais bien m'occuper des gens, mais à partir du moment où l'on ne me laisse plus m'occuper des gens, on m'obligeait de faire autre chose que je souhaitais faire, à partir de ce moment dans ma tête ça n'allait plus »*

2) Survenues au cours de l'arrêt

- Frustration devant l'absence de proposition pour favoriser la reprise

P1 : *« pour moi c'est du temps perdu, j'aurai pu travailler j'aurai pu me rendre utile même si ce n'était pas la même chose, j'aurai pu ... Et je pourrai y être actuellement, être au travail et je n'y suis pas et c'est frustrant »*

- Abandon et absence de considération

P6 : *« Avoir été balancé, bon on n'attend jamais de reconnaissance (...) mais de la considération (...) Bon je raye du jour au lendemain, vous avez le sentiment de ne servir à rien (...) être rejeté comme une merde appelons un chat un chat, j'ai beaucoup de mal et ça m'a pris du temps, à l'accepter »*

- Incitation à la prolongation pour motif économique

P10 : « Je comptais reprendre le travail donc j'ai recontacté mon employeur. Il a eu quelques problèmes de chantiers qui se sont annulés, du coup il m'a demandé de prolonger encore un peu mon arrêt de travail car il n'avait pas assez de boulot pour moi. »

P6 : « Bon voilà tu as fait l'effort de vouloir reprendre et de l'autre côté il n'y a aucun effort et finalement on vous dit « restez chez vous, vous êtes bien » »

- Refus
 - Mi-temps thérapeutique

P4 : « j'ai évoqué une reprise en mi-temps thérapeutique qui m'a été refusée, on m'a dit non non ce n'est pas question ! On ne va pas mettre deux personnes sur un poste (...) donc tu as une remplaçante c'est très bien, (...), mais un mi-temps thérapeutique non non ça nous complique plus la vie qu'autre chose ! »

- Aménagement de poste

P4 : « Les escaliers ça va mais bon le faire 70 fois par jour, j'ai demandé à pouvoir me servir du copieur au premier étage, non non c'est hors de question ! Il n'y aura aucune adaptation de poste ! »

- Mutation

P6 : « par rapport à la mutation (...) Ils ont refusé donc ça été la médecine du travail, après le 1^{er} refus, a fait une relance qui a essuyé un 2^e refus, la direction m'a fait comprendre que de toute façon, vu mon âge ... »

D. Autres difficultés rencontrées

1) Liées à la situation

- Administratives
 - Judiciaires

P11 : « là toute façon je n'ai pas le choix, aujourd'hui moi je ne peux rien faire, je suis liée aux annonces qui sont faites par rapport à mon magasin. Donc pour l'instant le redressement judiciaire il est mis de côté »

- Difficultés à se procurer le dossier MDPH

P1 : « je ne sais pas où trouver ce dossier MDPH. On me dit « oui vous pouvez le télécharger (...) mon médecin (...) Là je l'ai vu, je le vois avec le dossier mais ce n'est pas le bon ! Donc j'ai appelé la Sécu, c'est fermé, j'ai essayé de les appeler 40 fois bon voilà, le parcours de fou et au final ils me disent « non ce n'est pas chez nous » ah mais c'est où ? « C'est à la MDPH, mais ils sont fermés ! » Ah d'accord, mais on peut peut-être les joindre quand même ! »

- Absence d'intervention
 - Du médecin conseil

P2 : « après la question que je posais au docteur, ça fait 6 mois que je suis arrêté, au niveau de la CPAM il n'y a pas de suivi »

- Du médecin du travail / refus de la visite de pré-reprise

P10 : « J'ai contacté la médecine du travail. Mais on m'a dit que ce n'était pas à moi de faire les démarches et que c'est l'employeur qui devra organiser la visite auprès de la médecine du travail lorsque j'aurai repris le travail. Je voulais avancer les démarches pour une visite de pré-reprise »

P2, au bout de 6 mois d'arrêt : « je trouve ça bizarre que je n'ai pas été convoqué par la médecine du travail »

- Confinement : indisponibilité de plusieurs intervenants

P1 : « J'avais de la kiné mais malheureusement je n'ai pas pu la faire parce qu'il y avait le confinement.

2) Liées à la pathologie

- Dépendance aux traitements (sommeil et douleurs)

P5 : « d'antalgiques que je prends pour rebondir, pour éviter de trop en prendre quand même, ça fait plus d'un an et demi où je prends systématiquement du TRAMADOL »

- Persistance des douleurs

P9 : « *C'est la douleur, une fois il n'y a pas longtemps, je n'ai pas dormi, ça a duré jusqu'à 4 heures du matin, j'ai eu mal au poignet mais comme jamais, ça m'a vraiment fait peur* »

- Persistance de l'anxiété liée au travail

P11 : « *on était juste à côté du magasin, je ne pouvais pas passer devant, je ne pouvais pas passer devant ! Ce n'est pas possible ! (...) je ne suis pas à l'aise, je ne suis pas à l'aise.* »

3) Liées au patient

- Appréhension d'une récurrence de la pathologie lors de la reprise

P3 : « *La douleur, la douleur et la peur de me blesser, de faire une déchirure* »

- Appréhension de reprendre le travail

P11 : « *Avec certainement de la peur, savoir comment ça va se reprendre, effectivement ça fait déjà 1 ans que je ne travaille plus (...) L'appréhension de reprendre un boulot* »

- Troubles psychologiques

P3, à propos de l'ostéopathe : « *elle me dit « c'est mental, c'est psychologique la capsulite » et quand je suis allée voir ce spécialiste à Marseille (orthopédiste), il m'a dit pareil. Il m'a dit que c'est psychologique, il y a eu un traumatisme, il y a eu quelque chose qui a déclenché ça* »

P7 : « *Et là lorsque je fais les courses je sors du magasin sans acheter quoique ce soit, j'ai entendu des bruits dans ma tête et j'ai commencé à trembler et je ne supporte pas lorsqu'il y a trop de monde* »

- Avantage financier à rester en arrêt, en s'aidant de la compréhension du médecin pour la prolongation

P10 : « *En fait on est sur un crédit et si j'ai une période longue d'arrêt, je peux bénéficier d'un remboursement du prêt, donc je me suis servi un peu aussi de ça (...)*

au lieu de retourner travailler (...), il valait mieux que je reste arrêté. Donc ça il a été compréhensif là-dessus »

- Non acceptation de la maladie

P5 : « quand j'ai appris la maladie dégénérative, donc je n'ai pas trop bien vécu en fait. Donc il a fallu que je l'accepte car je ne l'acceptais pas du tout. »

P1 : « j'étais choquée, j'étais choquée (...) Il m'a fallu plusieurs jours pour l'avaler quoi (...) C'était un peu la douche froide car je ne m'y attendais pas du tout. »

- Refus
 - Reclassement professionnel

P5 : « Un reclassement professionnel à 50 balais, ça me semble compliqué, je n'ai rien qui me donne envie et le souci c'est que je me vois mal sur une formation (...). Et puis faudrait en avoir l'envie, je n'en ai pas envie du tout, je n'en ai pas envie. La psychologue m'a dit « de toute façon avec cet état d'esprit-là, on va aller loin » (rires).

- Dossier MDPH et du statut RQTH

P3 : « Je l'ai rempli mais je ne l'ai pas envoyé, j'avais l'impression d'être un boulet, je ne me sentais pas (...) C'est stressant, de devoir prouver que l'état dans lequel vous êtes (...) en reprenant le boulot, je ne voulais pas être un boulet pour l'équipe et pour la société. Je voulais reprendre le travail. »

P9 : « je suis jeune et je veux reprendre une vie active, fin une vie professionnelle normale comme j'ai toujours connu. »

E. Attentes et relation avec le médecin traitant

1) Points positifs

- Attitude humaine avec relation de partage

P13 : « c'est quelqu'un à qui je fais totalement confiance (...) il n'y a pas de tabous, il sait tout de ma vie, c'est quelqu'un qui est à l'écoute, (...) le peu qu'il dit, c'est

toujours dans le bon sens »

P9 : *« c'est un docteur très humain, c'est vraiment quelqu'un qui est à l'écoute de ses patients, qui brusque pas, qui prend son temps (...) quand vous allez voir votre médecin ne serait-ce que 10 minutes, je peux vous assurer que quand je sors de là-bas, j'ai pris ma bouffée d'oxygène »*

- Avertissement sur la fin de droits en arrêt maladie

P3 : *« Ça m'a fait peur parce qu'elle me disait que je risquais de recevoir (...) les indemnités journalières, d'être, que ça s'arrête d'un seul, qu'ils ne t'avertissent pas »*

- Aide psychologique importante

P9 : *« C'est vrai que pour moi, un médecin n'est pas qu'un médecin, ça reste aussi un psychologue parce qu'il est vraiment là pour aider son patient, ça c'est important. Franchement, bravo. »*

- Recherche d'un retentissement psychologique lié à l'arrêt de travail

P4, à propos du médecin traitant *« il a fait un point aussi, sur comment je me sentais psychologiquement parlant »*

- Orientation vers l'hypnose

P5 : *« c'est lui qui m'a orienté vers l'hypnose. J'ai la chance parce qu'il m'écoute (...) Ce que j'attends c'est ça, qu'il soit là quand j'en ai besoin et il est tout le temps là quand j'en ai besoin. Il est au top je dois dire »*

- Education thérapeutique

P8 : *« ses conseils m'ont aidé, effectivement de palier à la douleur au niveau des bras, au niveau des épaules donc oui j'ai fait attention de respecter ça tout à fait »*

- Planification d'objectifs à court terme durant l'arrêt de travail

P4 : *« Et à l'issue de cet état des lieux un peu, on se dit OK mais pendant ce temps vous mettez en place votre projet professionnel, et l'objectif c'est ça »*

2) Points négatifs

- Manque de communication et temps de consultation court

P3 : « *c'est très court 15 minutes (...) on se rend compte que ça va très vite (...) j'aborde quelques sujets mais on ne peut pas s'éterniser (...) il manque ce dialogue je trouve, de la communication* »

- Manque d'empathie

P11 : « *m'a donné un SERESTA, il m'a dit vous continuez à travailler, de toute façon ça ne va pas vous faire de mal mais moi psychologiquement parlant, ça n'allait pas, ça ne suffisait pas, je n'en pouvais plus, je n'en pouvais plus ! (...) Sincèrement je pensais sortir avec un arrêt, j'ai pleuré dans son bureau* »

- Présence de non-dits

P6 : « *on se cantonne à une consultation plus par rapport à mes autres pathologies que la pathologie psy, disons-moi je ne l'évoque pas et lui non plus d'ailleurs. (...) moi je n'en parle pas, j'ai toujours ce blocage pour en reparler quoi (...) c'est complètement idiot* »

F. Vécu de l'arrêt

1) En lien avec le travail et le médecin traitant

- Anxiété à l'approche de la fin de l'arrêt

P6 : « *Ça partait en boucle parce que c'était de plus en plus anxiogène au fur et à mesure que l'échéance approchait* »

P12 : « *j'avais l'appréhension tous les trois mois si jamais je devais reprendre le boulot avec ce qu'il s'est passé.* »

- Mise à l'écart par ses collègues

P4 : « *quand j'envoyais des messages, j'aurais bien aimé avoir des réponses. Là j'ai eu le sentiment d'être sorti complètement (...) je ne suis plus productif, je ne suis*

plus intéressant »

- Mal être lors de la consultation médicale

P3 : *« j'ai l'impression d'être un boulet à chaque fois que je vais la voir, je me dis « elle va encore me voir pour une prolongation », je me sens gênée en fait »*

- Patient proche de la retraite

P12 : *« J'ai le droit de la retraite à 60 ans (...) j'ai eu une carrière très longue (...) je n'ai jamais été au chômage, donc je pense que j'ai fait ma part du travail »*

2) En lien avec la prise en charge sociale

- Reconnaissance du système social français

P9 : *« je suis fière d'être française et d'être en France parce qu'on a une sécurité sociale qui est formidable (...) ils ne nous ont pas lâché (...) ils m'ont soutenu dans mes démarches, (...). Je suis contente parce que j'ai été entendue et ça, ça fait plaisir. »*

- Reconnaissance du statut de fonctionnaire

P1 : *« Heureusement que j'ai ce statut-là. (...) c'est bien d'avoir une sécurité financière, c'est énorme d'accord mais après on a envie ... d'aller travailler »*

3) Vécu sociétal de l'arrêt maladie

a- Sentiments négatifs

P3 : *« même au niveau de mon entourage c'est des gens qui me disaient « ah tu es en arrêt, ils vont te virer, ils vont te licencier ! (...) une amie qui disait « vous profitez du système », (...) en vrai c'est les gens en fait qui me mettent, pas ce doute, mais cette culpabilité de « t'es en arrêt en gros t'es mytho » c'est horrible ! »*

P7 : *« j'ai l'impression que depuis que j'ai été (mise en arrêt) je ne fais plus partie de la société. »*

P5 : *« Je me sentais inutile parce que j'existais au sein de mon travail et j'avais*

l'impression de beaucoup moins exister à la maison »

b- Sentiments positifs : soutien familial

P12 : « *Pour aller mieux, la vie de famille, mon épouse, les petits-enfants (...) c'est ce qui m'a donné de la pêche, c'est de voir mes petits-enfants grandir.* »

P5 : « *mon équilibre, entre les enfants, la maison, mon activité au sein de l'association, voilà j'ai trouvé mon équilibre, je me suis accommodée dans un deuxième temps.* »

G. Attentes

1) Reprise du même travail

- Lorsque la guérison sera totale

P8 : « *je veux vraiment guérir de ce souci, et pouvoir repartir correctement après.* »

- Par intérêt financier

P10 : « *c'est toujours par rapport à l'immobilier justement, alors c'est bien que la banque nous rembourse le prêt mais nous actuellement on aimerait faire un autre prêt pour acheter un autre appartement* »

- Mi-temps thérapeutique

P9 : « *Je vais aller au taquet pour le mi-temps et me mettre dans le bain, je ne reprendrai pas le boulot tant que je ne suis pas soignée à fond* »

2) Reconversion professionnelle

P2 : « *j'espère avoir rendez-vous avec le médecin conseil et la médecine du travail, me rediriger vers un métier où je suis assis* »

P13, en incluant sa fille « *on est toutes les deux passionnées de cuisine, de pâtisserie et donc elle voudrait qu'on ouvre un genre de petit snack* »

3) Accompagnement : Sécurité Sociale et médecin du travail

P4 : « A partir de 6 mois, il faudrait un accompagnement plus important, (...) Nécessité de l'accompagner dans ses réflexions, qui pourraient déboucher sur des choix, le but c'est que la personne reste décisionnaire et ne reste pas dans un état passif. »

H. Conséquences de l'arrêt

1) Pour le patient

a- Négatifs

P6 : « Dans un cocon, on se forme, on se met dans une cage, pour moi c'était rassurant, je sortais juste pour, je vais chercher mon pain, mon journal, je n'avais plus le goût de la lecture, de la télévision »

« Il n'y avait plus rien qui m'intéressait et après on se renferme sur soi-même et on essaie de se protéger, on se crée une bulle, (...) c'est le vide dans la tête »

b- Positifs

P2, en acceptant le statut d'handicapé : « effectivement j'ai vu qu'il y avait trois niveaux d'invalidité et sur les deux premiers niveaux on peut quand même travailler en parallèle » « c'est que j'ai moins mal au dos, j'ai moins de douleur dues aux fasciculations, ça je dois quand même reconnaître que c'est pas mal. »

P4 : « cette dernière période en arrêt de travail me permet de (...) l'optimiser en fait, pour pouvoir retrouver un emploi en fait mais comme je le conçois avec ce fameux recul que j'ai pris durant cette période d'arrêt, qui a mis en lumière beaucoup de choses ! »

P13 : « Je suis quand même mieux, je dors mieux, je recommence à dormir, chose que je ne faisais plus (...) j'ai réussi à avoir moins de variations de mon diabète parce que c'était très compliqué lorsque je devais travailler »

P11 : « je ne réagis certainement plus de la même manière quand j'ai réagi dans ce magasin (...) quelque part ça m'a servi de leçon entre guillemets, en me disant je ferai certainement autrement si je rencontre le même genre de problème demain »

2) Relatives au travail

P2 : « j'ai eu une notification par mon employeur d'un licenciement (...) peut-être que là ça va te donner l'occasion de voir déjà un médecin du travail (...) pour voir si (...) tu ne peux pas avoir une formation ou autre pour trouver un autre job »

P4 : « Une rupture conventionnelle ça m'ouvre des droits, pendant 2 ans, je vais toucher ce qu'on appelle banalement le chômage (...) ce qui moi me donne une garantie parce que si je me lance dans un projet professionnel en autonomie »

P7 : « il m'a déclaré l'inaptitude au poste (...) il a marqué pas de poste en contact avec le public »

3) Financier

- Complément de salaire par la mutuelle ou relai du crédit immobilier par l'assurance

P8 : « j'ai l'assurance qui prend le relai (...). Je suis à 100% dessus, le crédit est intégralement pris en charge par l'assurance donc je pense que je pourrai facilement me retrouver arrêté pendant 2-3 ans »

P12, en plus de l'inaptitude : « comme je suis dans un grand groupe (...) c'est 14000 employés direct, donc on a un service de prévoyance qui nous maintient le salaire jusqu'à la retraite. »

- Perte financière

P9 : « Aussi, il y a une perte des indemnités repas de 400 euros par mois, c'est pourquoi je n'ai pas déclaré les précédents accidents du travail. »

- Perte financière avec retentissement social majeur

P7 : « *je suis retournée avec mon mari, parce qu'on était séparé, (...) j'étais vraiment dans la rue et (...) je n'arrivais pas à payer mon loyer (...) je suis vraiment seule, je n'ai pas de famille ici* »

I. Les solutions proposées aux patients

1) Formations

P3 : « *Il y a des réunions de groupe de la Sécu pour proposer une réinsertion, des formations (...) mais je me disais au moins il y a une sortie, on est aidé, on a senti un soutien, c'était super bien, mais ça ne me correspondait pas.* »

P4 : « *j'avais beaucoup de mal à obtenir une formation pour me reconvertir. Un jour je suis tombé sur un médecin de la sécu, il m'a dit qu'il fallait faire une demande de RQTH pour avoir une formation, vous serez prioritaire sur les listes (...) Ça m'a servi à rebondir.* »

2) Mutation / changement d'entreprise

P10 : « *il m'a déjà dit d'aller voir ailleurs, de me mettre à mon compte ou n'importe quoi. Donc c'est pas ... Me mettre à mon compte, ce n'est pas trop mon truc.* »

P11, en évoquant le médecin du travail : « *il me proposait une mutation sur un autre magasin parisien éventuellement. Mais (...) le problème c'est qu'ils se connaissent un petit peu tous entre eux dans les magasins (...), donc si c'est pour vivre le même calvaire dans un autre magasin* »

3) Aménagement de poste

P8 : « *l'employeur, ce qu'il m'a dit c'est que lui, il pourrait essayer de voir pour essayer d'adapter le poste oui* »

4) Mi-temps thérapeutique

P6 : « *j'ai vu la médecine du travail, qui a été très compréhensive, m'avait proposé une reprise en mi-temps thérapeutique en télétravail* »

5) Invalidité et RQTH

P3 : « *Mon médecin traitant m'a aussi parlé d'invalidité. Je ne veux pas de cette étiquette d'invalidité* »

P9, via l'assistante sociale de la Sécurité Sociale : « *me faire reconnaître travailleur handicapé mais ça ne m'intéresse pas (...) je suis jeune et je veux reprendre une vie active* »

6) Bénévolat

P7, à propos de la psychiatre : « *elle m'a conseillé (...), pour que je puisse sortir de la maison, aller dans une association et de faire du bénévolat, et peut-être par-là que je retrouve le goût d'être au contact avec les gens et à partir de là je peux faire une reconversion* »

VII. DISCUSSION

A Les forces et les limites de l'étude

1) La validité de l'étude

La réalisation d'une étude qualitative semblait être la méthode la plus adaptée au recueil des ressentis des médecins et des patients sur le thème de l'arrêt maladie et de l'accident de travail de plus de 3 mois.

Elle nous a permis d'obtenir des informations variées, parfois inattendues, et enrichissantes pour notre travail de recherche. Cette exploration en miroir en fait toute son originalité.

Notre travail a été mené selon une méthodologie applicable aux critères de scientificité COREQ-32.

Le cadre théorique utilisé pour sa conception se base sur la méthode de théorisation ancrée.

2) Limites

Les investigateurs étaient novices dans la réalisation d'une étude qualitative. Le biais lié à l'analyse par les chercheurs constitue un biais d'interprétation, chaque personne ayant sa propre manière d'interpréter. Il existe également une limite due aux personnes interrogées, chaque personne ayant sa propre manière de s'exprimer. Il a donc parfois été difficile de saisir le sens exact de certaines phrases.

Un biais de volontariat est inhérent à la méthode qualitative.

Le biais de désirabilité sociale a été grandement diminué par la multiplicité des entretiens que nous avons réalisés. Les points de vue des patients ont été très variés.

3) Forces

Cette étude est originale parce qu'elle a été réalisée en miroir. Nous avons ainsi

voulu mettre en lumière les différents points de vue de médecins et de patients au sein d'un seul travail de recherche.

Nous avons fait le choix de réaliser une triangulation des données via un double codage sur tous les entretiens que nous avons réalisés. L'interprétation des informations recueillies pour chaque entretien a été réalisée de manière indépendante par les deux investigateurs puis ensuite mise en commun.

B Discussion relative aux médecins

1) Démarche de soins

Ils se sont attachés à rechercher de manière systématique l'évolution des symptômes, l'efficacité des traitements ainsi que l'avis des spécialistes.

Une des difficultés mise en évidence par les médecins est de déceler à l'interrogatoire un ou des motifs cachés faisant perdurer l'arrêt. Ce sont essentiellement des problèmes au travail se traduisant par une absence de motivation du patient à la reprise.

2) Communication du médecin avec le patient

La communication s'est avérée importante au cours de la consultation pour les médecins généralistes. Elle s'est faite de manière adaptée à chaque patient avec des conseils et des explications concernant l'invalidité et la MDPH, les bénéfices à la reprise du travail et sur l'intérêt d'une visite de pré-reprise. Ils ont aussi exercé le rôle d'avertisseur concernant les droits des patients en arrêt.

Les médecins font en sorte de recueillir les réflexions des patients concernant leur futur professionnel et les éléments nécessaires afin d'éviter la récurrence.

Certains médecins réalisent des entretiens motivationnels afin de recueillir les attitudes des patients vis-à-vis de la reprise du travail.

3) Comportement des médecins

Une attitude pragmatique, empathique et éducative avec une remise en question systématique de l'utilité de la prolongation afin de ne pas tomber dans une routine de renouvellement, sont les points forts mis en relief. Bien que ces consultations soient chronophages et mal rémunérées.

Un sentiment d'inconfort global des médecins est ressorti, notamment lors de conflits employeurs-employés. Ils ne se prêtent pas un rôle de médecins contrôleurs, ils ont parfois la sensation d'être abusé par la complaisance de certains. Et parfois même être piégé par la situation confortable des patients en accident de travail avec une prise en charge à 100% de leur salaire. Certains ainsi optent pour le raccourcissement des durées d'arrêt au moment de prolonger.

Ils se sont questionnés sur le rôle qu'ils devraient jouer dans le cadre de ces arrêts. Ils ont un rôle ambivalent entre la défense de leur patient et celle du système de santé. Un médecin ne souhaite pas garder la prérogative sur les arrêts, il préférerait qu'un médecin extérieur (médecin du travail, médecin conseil ou autre) plus neutre s'en charge.

Dans certains pays, l'arrêt maladie n'est pas seulement réalisé par des médecins, mais aussi par des kinésithérapeutes ou des sages-femmes. (16)

En Europe, le médecin traitant est en charge des arrêts de travail mais la durée est variable selon les pays. Par exemple, en Angleterre, il s'occupe de l'arrêt jusqu'à l'invalidité, comme en France. Alors qu'en Allemagne ou en Suisse, c'est seulement fait pour quelques semaines. Au-delà de ce délai, le relai est pris par le médecin de l'assurance maladie. (16)

Un autre exemple est aux Pays-Bas où c'est seulement le médecin du travail qui s'occupe de faire les arrêts maladie car il est plus en accord avec les exigences du travail et des salariés dont il s'occupe. (16)

4) Retour d'expérience des médecins

Les médecins interrogés constatent une disparité de la durée d'arrêt pour une même pathologie en fonction du contexte psycho-socio-économique du patient. Comme le montre une étude qui a retrouvé des facteurs physiques (séquelles fonctionnelles), sociodémographiques (âge avancé, faible niveau d'étude) et psychologiques (non-acceptation de leur état de santé et manque de motivation à la reprise du travail) qui peuvent être associés à un échec dans la démarche de maintien dans l'emploi. (17)

Des facteurs tels qu'appartenir à autre régime que le régime général, des problèmes psychiques, un âge proche de la retraite, une longue durée d'arrêt étaient des freins à une réinsertion professionnelle.

Des difficultés de maintien dans l'emploi des personnes de plus de 50 ans ainsi que les travailleurs physiques atteints de pathologies ostéoarticulaires, ont été documentées dans une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. (18)

L'augmentation des arrêts de travail des patients « séniors » constitue la deuxième cause majeure d'augmentation de la dépense globale en santé. L'accompagnement des « séniors » suite à la réforme des retraites n'a pas été suffisant car la réduction des capacités de travail avec l'âge n'a pas été prise en compte.

Ainsi, il serait intéressant d'adapter le poste de travail de cette population vieillissante, mais aussi se donner les moyens de faire davantage jouer les dispositifs de retraite progressive, de réduction progressive d'activité et de retraite pour inaptitude. (1)

Une relation conflictuelle entre employeur et salarié engendrant une souffrance au travail est un frein principal à la réinsertion professionnelle comme le retrouve aussi cette étude (17). Les médecins constatent une hausse de l'incidence des conflits au travail, ce qui représente une difficulté supplémentaire pour eux.

5) Difficultés liées aux prises en charge

Des difficultés liées au patient ont été mises en relief, lorsque le patient n'est pas motivé et impliqué dans sa prise en charge. Aussi lorsqu'il manifeste peu d'intérêt pour son travail et qu'il refuse de le quitter ou de s'investir dans une nouvelle formation. Ou bien lors de la réalisation de travaux non déclarés ne permettant pas une amélioration de la pathologie pour laquelle ils sont arrêtés.

Les médecins ont été confrontés à une autre difficulté importante, celle liée au refus de remplir le dossier de la MDPH. Les patients ont des représentations négatives par rapport au statut de travailleur handicapé. (17)

Reconnaître un patient non motivé à une réinsertion peut se trouver compliqué pour les médecins. Ils ont souligné le manque d'outils permettant d'objectiver la symptomatologie (telle que la douleur, l'anxiété, l'asthénie...), celle-ci étant subjective. Un médecin évoque la difficulté de se représenter le handicap fonctionnel professionnel pour des corps de métiers différents et variés.

Des difficultés de coordination sont aussi au premier plan, parmi lesquelles l'accessibilité aux médecins du travail et médecins conseil (17). Par ailleurs, les médecins traitants peuvent être en désaccords avec eux sur les avis prononcés.

Sous réserve du consentement du patient, le médecin prescripteur doit pouvoir communiquer au médecin du travail les informations d'ordre médical utiles à son traitement. Or, dans l'immense majorité des cas, le médecin prescripteur et le salarié ne connaissent pas l'identité du médecin du travail. Ce dernier pourrait être identifié dans le DMP. (1)

Les délais pour obtenir un rendez-vous chez les spécialistes ou les paramédicaux sont importants. Les médecins sont souvent dans l'expectative du retour des employeurs ou de l'expertise judiciaire, ce qui retarde la réinsertion.

6) Aides à la prise en charge

Ces aides passent par le médecin du travail, qui a un rôle central. Il a pour mission d'évaluer l'adéquation entre l'état de santé d'un salarié et son poste de travail. (17) Il peut aussi exercer un rôle d'intermédiaire dans les conflits employeurs-employés. Une visite de pré-reprise est aussi attendue, afin d'évaluer la nécessité d'un aménagement de poste, d'une reprise à temps partiel, de proposer une mutation et en dernière alternative, prononcer l'inaptitude au poste.

Les services de la sécurité sociale sont aussi sollicités, via le médecin conseil et l'assistant social, dans l'optique de prendre un avis ou d'informer le patient sur ces droits en arrêt.

La MDPH via la RQTH permet au patient d'obtenir un statut handicapé en vue de bénéficier d'un emploi réservé et adapté à sa pathologie.

Le recours aux spécialistes permet de compléter la prise en charge lorsque les symptômes persistent. Cela apporte une aide pour les médecins généralistes qui se retrouvent bloqués face à une pathologie.

Lorsqu'il n'y a aucune solution pérenne qui a été retrouvée pour le patient, une reconversion professionnelle était encouragée avec un bilan de compétences et des formations.

C Relative aux patients

1) Difficultés et sentiments relatifs au travail

Parmi les principaux enseignements que cette étude nous apporte, la souffrance au travail est présente de façon prédominante. Elle se trouve être le deuxième groupe pathologique le plus fréquent en milieu professionnel. (19) (20)

Les patients étaient nombreux à évoquer les tensions avec l'employeur, les désaccords avec les tâches à réaliser, les obligations de rendement toujours plus

importantes et l'absence de soutien de l'employeur face aux problèmes rencontrés dans leur travail.

Des patients ont allégué avoir subi un harcèlement au travail.

Des patients n'avaient pas une haute estime de leur emploi, des sentiments de perte de plaisir au fil du temps et d'un emploi seulement synonyme de gagne-pain.

De l'autre côté, des patients ont relaté l'amour qu'ils éprouvaient pour leur métier ainsi qu'un sentiment de valorisation et d'enracinement dans la société.

2) Difficultés de coordination et celles liées à la situation

Le long délai de prise en charge par la médecine du travail ou par le médecin conseil est une difficulté majeure exprimée par les patients. Ils se sont sentis peu épaulés et orientés dans leur parcours médical.

Même au bout de 6 mois, deux d'entre eux n'ont eu aucun contact avec ces deux corps médicaux.

La réglementation en France ne prévoit l'intervention du médecin conseil qu'au bout de 6 mois d'arrêt maladie et 12 mois pour l'accident du travail.

En comparant à d'autres pays européens (1), le système français fait office de retardataire.

Au Danemark, le premier contrôle s'effectue à 8 semaines tandis qu'en Allemagne, 3 semaines.

Dans ce contexte de crise sanitaire due au COVID-19, nous avons dû faire face à des patients dont les délais de prise en charge médicale et paramédicale ont été allongés. Ainsi, nous avons fait en sorte de ne sélectionner que les patients qui, même sans le confinement, n'auraient pas repris le travail, en accord avec leur médecin traitant. Quatre d'entre eux ont signalé ce fait comme étant un frein à leur réinsertion mais en réalité, leur pathologie ne leur aurait pas permis de reprendre avant trois mois d'arrêt de travail.

3) Difficultés liées aux patients

Après une certaine période d'arrêt, les priorités des patients changent au profit de la famille. Ils ont trouvé un nouvel équilibre, détachés du monde du travail. Ils disposent de plus de temps pour s'occuper de leurs enfants, chose qu'ils ne pouvaient pas faire autant lorsqu'ils travaillaient.

Des solutions leur ont été proposées mais elles ont été refusées, que ça soit de la mutation, du reclassement professionnel ou la perspective d'entrevoir une formation. Certains refusent de remplir le dossier MDPH pour entrevoir une RQTH, ils n'acceptent pas la maladie et d'avoir un statut de personne en situation de handicap.

Les patients qui sont propriétaires de leur logement bénéficient d'un relai par l'assurance du prêt immobilier après un certain nombre de mois d'arrêt de travail. Cela peut représenter un frein dans la motivation du patient à reprendre le travail.

4) Difficultés liées à l'employeur

L'incitation à la prolongation a été retrouvée chez des patients, proposition émanant de leur employeur et ce, afin de simplifier la gestion de l'effectif mais aussi pour motif économique.

Les patients se sont heurtés à des limites imposées par leur employeur. Un patient s'est vu refuser le mi-temps thérapeutique sans même avoir consulté le médecin du travail. D'autres refus ont été relatés, comme celui de l'aménagement de poste, de télétravail ou bien de mutation.

Au Royaume-Uni, le risque d'incapacité temporaire est pris en charge par les entreprises afin de les responsabiliser et les inciter à réaliser des contrôles plus stricts des arrêts de travail. Cette mesure, datant des années 1980, engage aussi les entreprises à développer des actions d'aménagement du poste de travail afin de préserver la santé au travail de leurs salariés. (1)

5) Vécu des patients au cours de leur arrêt

Les principaux ressentis qu'expriment les patients sont envers l'employeur ou leur responsable.

Ce sont l'exclusion à cause de leur pathologie, la frustration, l'abandon et l'incompréhension devant l'absence de proposition pour favoriser la reprise.

L'arrêt de travail se trouve être bénéfique avec une diminution des douleurs pour les problèmes orthopédiques. Il apporte une amélioration de l'anxiété et du sommeil pour les syndromes anxiodépressifs ou un temps de réflexion sur leur avenir professionnel.

L'inactivité professionnelle peut avoir d'autres conséquences, entre le sentiment d'isolement social, d'être rejeté par la société, d'inexistence et d'inutilité.

Les patients ont besoin de se sentir écouté. Ils peuvent se sentir fautifs de prolonger plusieurs fois leur arrêt, se sentir stressés de ne pas trouver une issue favorable concernant leur futur professionnel. Ce temps privilégié d'écoute et de partage est souvent insuffisant au regard des besoins du patient, lors de la consultation chez leur médecin traitant.

Nous avons aussi retrouvé que les patients développaient un sentiment de culpabilité, en ayant l'impression de profiter du système.

Ils ont aussi développé une appréhension à la reprise du travail dont la peur d'une récurrence des douleurs, une appréhension d'intégrer une nouvelle équipe ou une nouvelle entreprise.

6) Relation avec les médecins vue par les patients

Les patients étaient nombreux à dire que leur médecin est à l'écoute, pédagogue, qu'il a une attitude humaine et de réassurance, qu'il reste disponible pour eux et qu'ils ont confiance en lui.

Le médecin traitant est vu par le patient comme un point de repère au sein de ce bouleversement, il est aussi vu comme une personne apportant une aide

psychologique importante et pourvoyeuse de conseils.

Néanmoins, quelques limites ont été mises en évidence comme la notion de consultations trop courtes non propices à une communication optimale, le manque d'empathie et la présence de non-dits.

D Comparaison avec les autres pays européens

Il est difficile de pouvoir comparer le système français aux autres systèmes européens car le fonctionnement de l'assurance maladie est différent d'un pays à l'autre et ce, sur plusieurs critères (1) :

- Durée de la prise en charge initiale par l'employeur : de 0 à 104 jours,
- Durée de versement des indemnités journalières : de 22 semaines à 3 ans,
- Délai de carence : de 0 à 7 jours.

Dans la majorité des pays européens, les dispositifs d'arrêt de travail cessent la première année pour laisser place aux dispositifs de maintien dans l'emploi.

Dans tous les pays de l'Union Européenne, sauf la France et Malte, le système fait intervenir dans un premier temps un maintien partiel ou total du salaire par l'employeur.

Cette partie présente les expériences réussies dans les autres pays européens à partir des éléments rassemblés par l'IRDES, l'IGAS et la CNAM. (1)

1) Modèle danois

Au Danemark, il existe une plus forte implication des assurés et des employeurs. L'employeur verse les 30 premiers jours d'IJ, ce qui permet de responsabiliser l'employeur et l'incite à anticiper le retour à l'emploi de son salarié.

A 8 semaines d'arrêt, un premier contrôle par un gestionnaire administratif (différent d'un médecin) met en place avec l'employeur des procédures d'accompagnement s'il existe un risque de désinsertion, de manière plus précoce qu'en France. Un second contrôle à lieu à 22 semaines. Si le salarié est dans une situation sans perspective, un parcours de « clarification professionnelle » lui est proposé et lui permet de

bénéficiaire d'une aide sociale. Les danois ne parlent pas d'« incapacité » mais de « capacité restante ».

2) Modèle suédois

La Suède a opté pour un système baptisé « the rehabilitation chain ». Si le salarié ne peut pas reprendre son poste habituel au bout de 3 mois d'arrêt, ses capacités à occuper n'importe quel autre poste chez l'employeur sont examinées, de même qu'à 6 mois.

Au bout de 12 mois, s'il est incapable de travailler, il peut prétendre à une demande d'invalidité.

3) Modèle allemand

Dès la 3^{ème} semaine d'arrêt, un processus de « **case management** » est mis en place. Ce modèle consiste en un suivi médical individualisé, destiné à rétablir la capacité de travail, avec des conseils sur les services disponibles.

En France, le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit dans toute la France le déploiement de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer, dites MAIA, au sein desquelles travailleront des pilotes et des coordonnateurs gestionnaires de cas. La création de la fonction de gestionnaire de cas est l'une des avancées les plus marquantes que porte le plan national Alzheimer.

Ce sont des travailleurs sociaux ou professionnels paramédicaux. Ils interviennent dans les situations complexes, afin de coordonner le travail des différents intervenants. Ces professionnels sont les équivalents français des "case managers" allemands ou coordonnateurs de santé en gériatrie : leur expertise est pluridisciplinaire. Leur mission est d'intervenir dans les situations complexes de personnes subissant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle. Dans le cadre du maintien dans l'emploi, la création d'un dispositif équivalent pourrait améliorer la réinsertion.

E Nos recommandations

La recommandation que nous pourrions proposer en tant que médecin généraliste est de faire davantage attention à la souffrance au travail.

Il serait souhaitable de l'anticiper en posant des questions axées sur l'emploi du patient, simplement pour s'assurer que le bien-être est présent. Ceci permettrait d'une part de pouvoir savoir si le travail correspond aux attentes du patient et d'autre part, agir rapidement pour l'aider à se maintenir dans le monde du travail.

Pour cela, il serait nécessaire de se rapprocher du médecin du travail de manière précoce et de l'assistant social de la Sécurité Sociale. (21) Pour le premier, il serait intéressant d'avoir un contact privilégié et direct avec le médecin traitant afin d'être le plus réactif possible.

La loi prévoit que les employeurs doivent garantir la sécurité de leurs employés. Mais ils doivent aussi protéger leur santé physique et mentale à travers des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation. (Article L4121-1 du code du travail) (22)

Mais selon une étude publiée en 2018 (17), la plupart des employeurs ne connaissent pas suffisamment les risques psycho-sociaux liés au travail et ils présentent des difficultés à reconnaître les problèmes psychiques que peuvent rencontrer leurs employés.

Il existerait ainsi de l'incompréhension de la part des employeurs concernant les facteurs de risque de souffrance psychique au travail. Ce qui pourrait avoir pour conséquence une altération de la relation employeurs-employés par l'apparition d'un sentiment de méfiance, d'injustice et de perte de confiance (20). Ces facteurs de risques psycho-sociaux sont définis comme des éléments liés à l'organisation et aux relations liées à l'environnement professionnel du travailleur pouvant concourir à l'apparition de troubles psychiques chez lui. (23) (24)

Ainsi, la mission du médecin du travail pourrait être de renforcer les formations des employeurs et des salariés afin d'assurer une meilleure santé au travail.

Des patients ont refusé de faire la démarche pour obtenir la RQTH. Ceci est lié au fait qu'il existe des représentations négatives relatives à la notion de handicap, que

ça soit aux yeux des salariés mais aussi de l'entreprise. Les patients présentent des réticences et ne souhaitent pas se faire étiqueter « personne handicapée », ce qui les poussent à refuser de faire les démarches nécessaires. (17) Pourtant, ces démarches restent utiles, afin de favoriser leur réinsertion professionnelle.

Les différents acteurs relatifs au travail, notamment les médecins généralistes et les médecins du travail, devraient prendre plus de temps afin d'expliquer toutes les informations relatives à ce statut. Ceci est dans le but de mieux le faire accepter par les patients.

Dans ce contexte d'handicap et d'impossibilité de reprendre l'emploi dans la même entreprise, on pourrait orienter les patients vers l'AGEFIPH. Créée en 1987, elle favorise l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. (25)

Une formation sur la gestion des patients en arrêt maladie ou accident de travail serait nécessaire et ce, dès le cursus de l'internat. Les médecins généralistes ont regretté cette absence de formation puisque cette dernière les met en difficulté. Une étude de 2007 met en évidence le manque d'expertise des médecins généralistes en matière de capacités fonctionnelles exigées dans le travail de chacun de leur patient. Il est difficile d'évaluer le retentissement de la maladie sur ces capacités-là (26). Le médecin reste dépendant de l'information du patient mais ce dernier peut aussi avoir d'autres intérêts que de reprendre aussi vite que possible. (27) (28)

Le site SISTEPACA n'a pas été mentionné par les médecins, il peut être une aide supplémentaire. On y retrouve diverses informations, les recours à proposer aux patients lors de difficultés de maintien dans l'emploi, ainsi que l'annuaire santé travail avec les coordonnées des médecins du travail.

Des améliorations de coordination et de relation entre les différents acteurs de la prise en charge, médecins traitants, médecins du travail, spécialistes et médecins conseils, devraient se développer. Pour cela, utiliser le DMP pourrait être une aide précieuse, on pourrait y consigner les coordonnées du médecin du travail. (1)

Une prise en charge plus rapide du médecin du travail pourrait encourager une reprise plus rapide et adaptée au handicap. L'emploi de la téléconsultation médecin

traitant-médecin du travail-patient pourrait être à développer, permettant d'établir un contact direct. (1)

Ces résultats sont aussi retrouvés dans une étude qualitative sur les pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi. Elle retrouvait le rôle central du médecin du travail, l'importance d'une prise en charge précoce des salariés et la nécessité de travailler en partenariat pour optimiser les perspectives de maintien dans l'emploi, ainsi que des difficultés de communication entre professionnels. (17) Un rapport du gouvernement de janvier 2019, laisserait entrevoir l'intérêt d'une visite d'évaluation ou de pré-reprise avec le médecin du travail entre 6 semaines et 3 mois maximum. (1)

VIII. CONCLUSION

A l'heure où la place de la santé au travail dans la société est à l'origine de nombreuses interrogations, l'arrêt ou l'accident de travail de plus de 3 mois constitue un enjeu de santé publique qui dépasse largement le cadre médical.

Cette thèse s'est intéressée aux résultats obtenus par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés de médecins généralistes prescripteurs d'arrêts de travail ainsi que des patients en situation d'arrêt maladie et d'accident du travail de plus de 3 mois.

Cette recherche a permis de mener une réflexion sur les facteurs qui pérenniseraient la durée des arrêts de travail et ainsi de pouvoir agir le plus rapidement possible afin de diminuer le risque de désinsertion professionnelle.

Nous avons pu mettre en évidence que cette thèse s'est inscrite dans un contexte de souffrance au travail toujours plus importante chaque jour mais aussi dans le cadre de patients qui montrent des difficultés d'ordre physique et motivationnel posant ainsi des problèmes à la reprise du travail.

Au cours de l'arrêt de travail, les habitudes des patients changent ainsi que leurs priorités. Retirés du monde du travail, ils se recentrent sur leur famille et c'est ce qui représente un facteur important à prendre en compte pour le médecin généraliste.

L'âge du patient a une place déterminante dans la prise en charge. Un âge proche de la retraite se trouve être un réel frein à la reprise de toute activité professionnelle.

Il existe différents acteurs qui peuvent aider les patients dans leur prise en charge. Entre le médecin du travail, le médecin conseil, l'assistant social de la Sécurité Sociale et les spécialistes, les patients se retrouvent vite débordés par la multiplicité des démarches qu'ils doivent réaliser. C'est ainsi que le médecin généraliste a sa place centrale dans la prise en charge des patients en arrêt de travail prolongé, une véritable personne apportant les conseils et les ressources nécessaires afin de guider le patient pour retrouver le chemin de l'emploi.

Pour cela, il est nécessaire de développer les relations entre ces différents acteurs afin d'avoir une meilleure coordination dans les prises en charges.

Le comparatif fait avec les autres systèmes européens montre que la France met en place plus tardivement le parcours de maintien dans l'emploi.

Il existe une perception négative du statut de personne handicapée par les patients. Ainsi, développer une meilleure communication relative à la RQTH pourrait améliorer sa représentation et son acceptation par les patients, via des entretiens motivationnels réalisés par les médecins traitants.

La visite chez le médecin du travail de manière précoce pourrait encourager une reprise plus rapide et adaptée au handicap.

Il serait intéressant lors d'une nouvelle étude de recueillir le ressenti des patients et des médecins vis-à-vis du statut de travailleur handicapé.

IX. RESUME

Introduction : Le médecin généraliste est le premier prescripteur d'arrêt de travail. Après plusieurs mois d'arrêt, les chances de reprise du travail s'amenuisent, à 6 mois seulement 50% reprennent et à 2 ans, ce taux s'effondre à 10%. Notre objectif est de décrire et d'analyser les difficultés, les attentes et le vécu des patients en arrêt ou accident de travail de plus de 3 mois ainsi que celle des médecins généralistes prescripteurs, afin de mettre en lumière les éléments freinant la réinsertion professionnelle, enjeu majeur de santé publique.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, réalisée « en miroir », a été menée auprès de 12 médecins généralistes et 13 patients des Bouches-du-Rhône et du Var. L'échantillonnage s'est fait en variation maximale et jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous formes de verbatims en respectant l'anonymat. Puis une analyse thématique des verbatims a été effectuée en double codage pour tous les entretiens avec triangulation des données afin de faire émerger des thèmes.

Résultats : Un sentiment d'inconfort global des médecins est ressorti. Les principales difficultés sont rencontrées lors de la non-compliance du patient, les conflits employeurs-employés, les problèmes psychiques, l'âge proche de la retraite, le problème d'acceptation du statut de travailleur handicapé, l'accessibilité, le délai d'attente et le retour des médecins d'une autre spécialité, des médecins du travail et médecins conseil.

Les patients relatent une souffrance au travail dominante, des tensions avec l'employeur, les collègues, le désaccord avec les tâches à réaliser, les obligations de rendement au détriment de l'humain. Ils se sentent isolés, inutiles, rejetés par la société. Cependant, grâce aux assurances souscrites, certains patients ont une perte financière négligeable en arrêt et ne ressentent pas le besoin d'avoir une activité professionnelle car ils adoptent un nouvel équilibre de vie en se recentrant sur leur famille.

Conclusion : Le médecin traitant a un rôle central, de conseil, d'orientation et d'écoute du patient. La recherche d'une souffrance au travail est primordiale. Développer une meilleure coordination et relation entre les différents acteurs de la prise en charge faciliterait la réinsertion. Une plus ample communication et information sur la RQTH pourrait améliorer sa représentation et son acceptation par les patients. Une prise en charge précoce par le médecin du travail pourrait encourager une reprise plus rapide et adaptée au handicap.

Mots-clés : Etude qualitative / Arrêt et accident de travail de plus de 3 mois / Vécu, attentes, difficultés / Patients, médecins généralistes

X. **BIBLIOGRAPHIE**

1. Jean Luc BERARD Pr Stéphane OUSTRIC Stéphane SEILLER. Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail Neuf constats, vingt propositions [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000183.pdf>
2. Datamart IJ et Prestations en espèces (SNIIRAM DCIR) Champ : régime général – France entière.
3. BARNAY (Thomas), BARNAY (Thomas), POLLAK (Catherine), FAVROT (Julie). Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles. Arrêts Mal Longue Durée Pénalisent Traject Prof. 2015
4. « Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles. » - Etudes & Résultats, n°0938 – octobre 2015
5. Duburcq A, Courouve L, Havette P, Dab W. Facteurs associés au maintien dans le poste de travail après un épisode d'absence : résultats de l'étude MAPOST des médecins du travail du groupe La Poste. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. déc 2018;79(6):705-16
6. Courtois R, Lefebvre A, Gehanno J-F, Rollin L. La visite de pré-reprise avec notification de fin d'indemnités journalières : un facteur défavorable au maintien dans l'emploi ? Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2019 Apr 1;80(2):108–14.
7. Lanteri-Minet. ECONEP :évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Nantes ; 2016.
8. Chartier H, D'Escatha A. Douleur et travail. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. 2018 Dec 1;19(6):247–54
9. Somville PR, Mairiaux P. Incapacité de travail prolongée. Revue des facteurs de risque professionnels et des stratégies d'intervention. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. oct 2015;76(5):458-67.
10. Texte officiel et complet de la loi sur les assurances sociales. Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930. :54.
11. publication @FO RD system. 5 avril 1928 : les confédérés imposent les assurances sociales - FO Retail Distribution [Internet]. FO Retail Distribution. [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: <http://foed.over-blog.com/5-avril-1928-les-confederes-imposent-les-assurances-sociales.html>

12. Les grandes dates [Internet]. [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/histoire/les-grandes-dates?type=part&id_mot=138
13. Laroque M. Des premiers systèmes obligatoires de protection sociale aux assurances sociales. *Vie sociale*. 2015/2 (n°10) 31-48
14. Code de la sécurité sociale - Article L321-1. Code de la sécurité sociale.
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. 2008
16. De Boer W. Arrêt de travail en Europe. La gestion de l'absentéisme. Colloque Arrêt de travail, de l'analyse à la reprise. Fév 2013. Disponible sur <http://www.inma.fr/wp-content/uploads/2017/08/2013-ACTES-ARRET-TRAVAIL.pdf#page=23>
17. Saliba M-L, Arnaud S, Souville M, Viau A, François G, Verger P. Pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi : étude qualitative en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. avr 2013;61(2):172-9.
18. 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'Ile-et-Vilaine, Noémie Ruello ; Jean-Yves Limeul
19. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol M-C, et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012 à partir du programme MCP, 2015
20. Foure J, Vincent F, Cade C, Bellanger W, Petit A, Begue C. Perceptions par leurs employeurs des salariés en situation de souffrance psychique liée au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. févr 2019;80(1):16-26.
21. Jaworski F. Souffrance au travail : quelle synergie pour une meilleure efficacité au maintien professionnel ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. sept 2016;174(7):592-7.
22. Code du travail - Article L4121-1. Code du travail.
23. Dominique C. Santé et risques psychosociaux au travail. :41.
24. Lascar P. Souffrance et risques psychosociaux au travail. *Eur psychiatr*. nov 2014;29(S3):628-9

25. Travail M du, l'Insertion de l'Emploi et de, Travail M du, l'Insertion de l'Emploi et de. AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées) [Internet]. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. 2020 [cité 27 août 2020]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/agefiph>
26. Arrelöv, Alexanderson, Hagberg, Löfgren, Nilsson, Ponzer. Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. BMC Public Health 2007, 7:273
27. Black C. 2008 Working for a healthier tomorrow. TSO London
28. Soklaridis, Tang, Cartmill, Cassidy, Andersen. “Can you go back to work?” Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. Can Fam Phys 2011 202-209

XI. GLOSSAIRE

AGEFIPH : Association de Gestion du Fond pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi

AT : Accident du travail

CCPMA : Caisse Centrale de Prévoyance Mutuelle Agricole

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

RH : Ressources Humaines

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SISTEPACA : Système d'Information en Santé, Travail et Environnement de la région PACA

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TGV : Trains à Grande Vitesse

XII. ANNEXES

1) Annexe 1 : Questionnaire quantitatif médecins

- Âge :
- Sexe : Masculin Féminin

- Avez-vous des internes en formation : oui non

- Médecin : Libéral Mixte : Libéral et Salarié
- Années d'ancienneté :
- Autres expériences : SSR urgences autres :

- Visites d'un représentant de l'Assurance Maladie au sujet des arrêts ou accidents du travail : OUI NON
- Si oui, combien de fois :

- Vous exercez en milieu : RURAL SEMI RURAL URBAIN
- Vous exercez en : cabinet individuel cabinet de groupe structure pluridisciplinaire
- Si oui, laquelle :

- Avez-vous des Diplômes Universitaires supplémentaires, des formations supplémentaires : OUI NON
- Si oui, lesquels :

2) Annexe 2 : Guide d'entretien semi-dirigé - Médecins

1/ Pouvez-vous me décrire la situation dans la laquelle vous exercez ?

Relances :

Combien d'années d'exercices avez-vous derrière vous ?

Quel est le type de patientèle que vous avez dans votre cabinet ?

Quel type d'exercice pratiquez-vous ?

Comment décririez-vous le lieu dans lequel vous exercez ?

2/ Pouvez-vous me décrire comment se déroule une consultation pour un arrêt ou accident de travail de plus de 3 mois ?

Relances :

Quelles sont les circonstances de leurs prescriptions ? Quel type de pathologie rencontrez-vous dans ce cadre ?

Quel est votre ressenti face à ce type de demande ?

Racontez-moi les difficultés que vous rencontrez.

3/ Que faites-vous pour aider votre patient dans cette situation ?

Relances :

Quels sont les outils d'aide et les moyens humains que vous connaissez et que vous employez ?

Quel est votre avis sur les conséquences probables du renouvellement d'un arrêt ou accident de travail de plus de 3 mois ?

4/ Comment abordez-vous le refus de prolongation d'un arrêt ou accident de travail de plus de 3 mois ?

Relance :

Quel est l'argumentaire que vous mettez en place face à votre patient ?

5/ Quel est votre retour d'expérience sur les arrêts ou accident de travail de plus de 3 mois ?

Relance :

Que reprenez-vous d'une manière générale sur ce type de situation ?

6/ Avez-vous des commentaires ? Des choses à rajouter ?

3) Annexe 3 : Questionnaire quantitatif patients

- Âge :
- Sexe : M / F
- Situation maritale : célibataire / marié / pacsé / divorcé / veuf
- Enfants à charge
- Lieu de vie : urbain / rural / semi-rural
- Durée de l'arrêt de travail actuel
- Diplôme / formations effectuées :
- Professions antérieures :
- Profession actuelle :

1) Annexe 4 : Guide d'entretien semi-dirigé - PATIENTS

1/ Pouvez-vous me parler de l'entreprise dans laquelle vous travaillez ?

Relances :

Pouvez-vous me décrire votre journée type au travail ? Détaillez-moi les éléments marquants de votre journée type.

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

2/ Que représente votre emploi à vos yeux ?

Relances :

Comment vous sentez-vous au sein de cette entreprise ?

Est-ce un facteur de stress ou d'épanouissement ?

3/ Quel est ou quels sont les motifs de votre arrêt ou accident de travail ?

Relances :

Depuis combien de temps êtes-vous arrêté ?

Quel est le facteur déclenchant de votre arrêt ?

4/ Quels est le parcours médical que vous avez effectué pour aller mieux ?

Relances :

Quels sont les éléments dans ce parcours qui vous ont aidés pour une éventuelle reprise ?

Y a-t-il d'autres facteurs qui vous auraient aidé ?

Quels sont les éléments qui font que ça dure dans le temps ?

5/ Quelles sont vos attentes lorsque vous consultez votre médecin traitant dans le cadre de l'arrêt ?

Relances :

Est-ce que les conseils de votre médecin vous aident-il ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Y a-t-il des points que vous ne souhaitez pas aborder avec votre médecin ? Si oui lesquels ?

Comment décrivez-vous votre relation avec votre médecin traitant ?

Par rapport à votre arrêt, quelles alternatives propose votre médecin traitant ?

6/ Quel est l'impact de votre arrêt sur votre vie au quotidien ?

Relances :

Quels sont les changements positifs et négatifs ? (Avec vos proches ...)

7/ Envisagez-vous de reprendre une activité dans votre entreprise ou la possibilité d'une reconversion ?

Si oui, quelles aides espérez-vous ? Si non pourquoi ?

Dans la prise en charge, qu'est-ce que vous auriez changé ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction : Le médecin généraliste est le premier prescripteur d'arrêt de travail. Après plusieurs mois d'arrêt, les chances de reprise du travail s'amenuisent, à 6 mois seulement 50% reprennent et à 2 ans, ce taux s'effondre à 10%. Notre objectif est de décrire et d'analyser les difficultés, les attentes et le vécu des patients en arrêt ou accident de travail de plus de 3 mois ainsi que celle des médecins généralistes prescripteurs, afin de mettre en lumière les éléments freinant la réinsertion professionnelle, enjeu majeur de santé publique.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, réalisée « en miroir », a été menée auprès de 12 médecins généralistes et 13 patients des Bouches-du-Rhône et du Var. L'échantillonnage s'est fait en variation maximale et jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous formes de verbatims en respectant l'anonymat. Puis une analyse thématique des verbatims a été effectuée en double codage pour tous les entretiens avec triangulation des données afin de faire émerger des thèmes.

Résultats : Un sentiment d'inconfort global des médecins est ressorti. Les principales difficultés sont rencontrées lors de la non-compliance du patient, les conflits employeurs-employés, les problèmes psychiques, l'âge proche de la retraite, le problème d'acceptation du statut de travailleur handicapé, l'accessibilité, le délai d'attente et le retour des médecins d'une autre spécialité, des médecins du travail et médecins conseil.

Les patients relatent une souffrance au travail dominante, des tensions avec l'employeur, les collègues, le désaccord avec les tâches à réaliser, les obligations de rendement au détriment de l'humain. Ils se sentent isolés, inutiles, rejetés par la société. Cependant, grâce aux assurances souscrites, certains patients ont une perte financière négligeable en arrêt et ne ressentent pas le besoin d'avoir une activité professionnelle car ils adoptent un nouvel équilibre de vie en se recentrant sur leur famille.

Conclusion : Le médecin traitant a un rôle central, de conseil, d'orientation et d'écoute du patient. La recherche d'une souffrance au travail est primordiale. Développer une meilleure coordination et relation entre les différents acteurs de la prise en charge faciliterait la réinsertion. Une plus ample communication et information sur la RQTH pourrait améliorer sa représentation et son acceptation par les patients. Une prise en charge précoce par le médecin du travail pourrait encourager une reprise plus rapide et adaptée au handicap.

Mots-clés : Etude qualitative / Arrêt et accident de travail de plus de 3 mois / Vécu, attentes, difficultés / Patients, médecins généralistes.