

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

QUALIFICATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

**CONNAISSANCE, UTILISATION
ET PERCEPTION DES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES
CONCERNANT LES
RÉFÉRENTIELS DE DURÉE DES
ARRÊTS DE TRAVAIL ÉTABLIS
PAR L'ASSURANCE MALADIE**

ADOLPHE Émilie

Née le 24 janvier 1987 à Pointe-à-Pitre

&

VU Thi Men

Née le 21 mai 1985 à Hô Giang

Sous la direction du Professeur CONNAN Laurent et du Docteur BÈGUE Cyril

Membres du jury

Monsieur Le Professeur HUEZ Jean-François	Président
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Directeur
Monsieur le Docteur BÈGUE Cyril	Codirecteur
Madame le Docteur PETIT Audrey	Membre
Monsieur le Docteur CAVIN Michel	Membre

Soutenue publiquement le :
17 novembre 2016



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée ADOLPHE Émilie
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

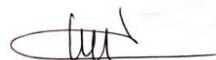
signé par l'étudiante le **02/10/16**



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée VU Thi Men
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **02/10/16**



LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETTON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstrucente et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

De notre part

À Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François
De nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider notre jury
Merci de nous avoir accompagnées tout au long de notre cursus par votre enseignement

À Messieurs le Professeur CONNAN Laurent et le Docteur BÈGUE Cyril
D'avoir accepté de diriger notre thèse
Pour votre implication et votre disponibilité
Votre aide nous a été précieuse
Nous vous exprimons notre profonde et respectueuse reconnaissance

À Madame le Docteur PETIT Audrey
D'avoir accepté de juger notre travail
Pour votre implication dans la relecture de notre article

À Monsieur le Docteur CAVIN Michel
D'avoir accepté de juger notre travail

À tous les médecins ayant participé à notre étude
Merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail
Et pour le temps que vous y avez consacré

REMERCIEMENTS

De la part d'Emilie

À Thi men,

Ma co-thésarde, merci de m'avoir demandée de participer à ce projet de thèse avec toi dans la joie, la bonne humeur et les prises de têtes ; et surtout à cette belle amitié que nous cultivons depuis quelque temps maintenant (environ 12 ans si je ne me trompe pas) et qui n'est que le début d'une plus longue et belle aventure.

À Hervé,

Mon amour, merci pour tout, ton soutien et ton amour durant cette période de thèse et toutes ces années passées et à venir... en dépit de « mon petit caractère » comme tu dirais.

Et surtout merci pour cette nouvelle vie qui va commencer, celle de devenir parents.

À mes parents et mon frère,

Pour avoir toujours cru en moi, pour leurs soutiens, leurs amours, leurs valeurs et leurs sacrifices qui m'ont permis de devenir la femme que je suis aujourd'hui et de réaliser un de mes rêves d'enfant : devenir docteur.

À mes amis,

Pour tous ces moments partagés qui nous ont permis de grandir ensemble

-Ceux de la Guadeloupe avec qui on ne se voit pas souvent mais pour qui j'ai toujours une pensée : Leïla, Parice, Nicolas, Lisa, Stéphanie,...

-Ceux de Bordeaux qui sont également venus faire leur internat sur Angers : Brett, Thi men, Malika, Hervé, Thomas, Nicolas

-Ceux rencontrés sur Angers : Souhil, Marie, Anne lise, Laure, Typhaine, Matthieu,... Et une petite note spéciale pour Elsa qui restera ma plus belle rencontre sur Angers, merci pour ta motivation pour cette thèse, pour tes conseils et surtout pour ton amitié.

-Ceux de Poitiers : Arnaud, May, Loïc, Kévin, Christopher,...

À mes co-internes rencontrés tout au long de ma formation.

À mes collègues de travail.

Je vous dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

De la part de Thi Men

À toi Emilie,

Ma co-thésarde et surtout mon amie de si longue date ! Pour le travail accompli ensemble dans la bonne humeur avec nos supers tempéraments, mais si intéressant. Je pense qu'on va devoir se supporter encore longtemps ! Je te souhaite pleins de bonheur pour la suite avec tous les projets qui s'annoncent...Hâte qu'il pointe le bout de son nez.

À toi Brett,

Mon compagnon de route, mon inspiration...

Je te remercie d'avoir croisé ma route et d'être resté à mes côtés, à toute épreuve. L'amour que tu me portes m'a rendu plus forte...avec le temps il me rendra Indestructible !

À mes parents, pour tous les sacrifices qu'ils ont dû faire pour rendre notre vie meilleure

À mes frères et sœurs, qui m'ont accompagnée depuis mes premiers cris...et qui les supportent toujours !

À mes amis,

Depuis le collège : Lucie, Laura et Virginie pour nos années de jeunesse, qui ont permis de faire moi l'adulte responsable que je suis... (oui, oui) et votre amitié

Depuis la faculté de médecine de Bordeaux : Malika, Mélaine, Hervé, Nicolas, Thomas, (re)Emilie et (re)Brett, pour le chemin parcouru ensemble. Nos expériences partagées ont été une richesse dans ma vie professionnelle et personnelle.

À mes amis rencontrés à Angers, avec qui j'ai découvert la douceur angevine

À mes co-internes pour votre compagnonnage

À mes maîtres de stage et équipes qui m'ont reçue durant mon internat, pour votre accueil et votre enseignement

Liste des abréviations

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Résultats qualitatifs

- 1.1. L'échantillon
- 1.2. Données des entretiens
- 1.3. MG et référentiels
- 1.4. Le médecin, le patient et l'AT

2. Résultats quantitatifs

- 2.1. Population étudiée
- 2.2. Connaissance et utilisation des référentiels
- 2.3. Facteurs influençant la prescription d'AT
- 2.4. Résultats de la présentation des fiches référentielles

DISCUSSION

1. Analyse des principaux résultats

- 1.1. Espace pro
- 1.2. Médecins et RDAT
- 1.3. Aides et limites des RDAT

2. Comparaison avec la littérature existante

- 2.1. RDAT dans la littérature
- 2.2. Espace pro
- 2.3. Difficulté de prescription des AT
- 2.4. Relation avec la SS

3. Forces et faiblesses

- 3.1. Les forces
- 3.2. Les faiblesses

4. Implication des résultats pour la pratique ou la recherche future

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Connaissance, utilisation et perception des médecins généralistes concernant les référentiels de durée des arrêts de travail établis par l'Assurance maladie.

Thi Men VU¹

Émilie ADOLPHE¹

Laurent CONNAN¹

Audrey PETIT^{2,3}

Catherine DE CASABIANCA¹

Cyril BÈGUE^{1,4}

¹ Département de Médecine Générale, LUNAM Université, Université d'Angers, Faculté de Médecine, Rue Haute de Reculée, 49045 Angers Cedex 01, France

² LEEST, Laboratoire d'Ergonomie et d'Epidémiologie en Santé au Travail, LUNAM Université, Université d'Angers, Faculté de Médecine, Rue Haute de Reculée, 49045 Angers Cedex 01, France

³ Centre de consultations de Pathologie Professionnelle, Faculté de Médecine, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers Cedex, France

⁴ Laboratoire Droit et changement social (DCS) UMR CNRS 6297, Université de Nantes

Connaissance, utilisation et perception des médecins généralistes concernant les référentiels de durée des arrêts de travail établis par l'Assurance maladie.

ADOLPHE Émilie ET VU Thi Men

Il s'agit d'une thèse collective dans laquelle tout le travail a été fait conjointement en dehors des entretiens où les auteurs ont réalisé chacun cinq entretiens, qu'ils ont retranscrits. Le codage des entretiens a été fait d'abord individuellement puis mis en commun.

RÉSUMÉ

Contexte : En réponse à l'augmentation des dépenses de santé et notamment des indemnités journalières, l'Assurance maladie a établi des référentiels de durée d'arrêt de travail.

Objectif : Explorer la connaissance, l'utilisation et la perception des médecins généralistes sur les référentiels de durée des arrêts de travail établis par l'Assurance maladie.

Méthode : Etude mixte, avec d'abord une partie qualitative comprenant 10 entretiens semi-dirigés menés auprès de 10 médecins généralistes. Puis une partie quantitative avec un questionnaire, construit à partir des résultats qualitatifs, distribué aux maîtres de stage universitaires de la subdivision d'ANGERS.

Résultats : Sur les 162 médecins inclus, 135 (83,8 %) connaissaient ces référentiels et 70 (43,2 %) les utilisaient. L'utilisation de l'espace pro augmente l'utilisation des référentiels ($p = 0.0028$). La connaissance des référentiels n'influence que très peu les durées d'arrêt de travail prescrites par les médecins. En effet, les référentiels sont perçus comme une aide pour déterminer une durée mais surtout par rapport au patient en cas de désaccord.

Conclusion : La prescription d'un arrêt de travail qui est un exercice difficile ne peut se baser uniquement sur les référentiels du fait de la singularité du patient et de la complexité d'une consultation de médecine générale.

INTRODUCTION

Environ 8 % des consultations aboutissent à la prescription d'un arrêt de travail (AT), et ¾ des AT sont prescrits par les médecins généralistes (MG) (1).

Un certificat d'AT est délivré par un médecin et dans certaines conditions, par une sage-femme (L321-1 du code de la sécurité sociale) ou un dentiste (Article 4.1.4 de la Convention nationale des chirurgiens-dentistes) quand il est constaté une incapacité à la poursuite ou à la reprise du travail. Cet article L321-1 définit l'octroi des indemnités journalières (IJ) en cas « d'incapacité physique ». L'incapacité psychique n'est pas prise en compte par le législateur, soulignant la difficulté de prescription d'un AT en l'absence de signes physiques. Or l'AT a un but thérapeutique pour le médecin (2). Cette prescription est un exercice complexe, qui met en jeu des éléments multifactoriels, liés à la maladie mais également inhérents à des facteurs contextuels : médecins, patients, contexte socio-professionnel, dynamique de la consultation, relation médecin/malade : la prescription d'un AT relève souvent d'une négociation en terme d'indication et/ou de durée (3) (4) (5).

L'augmentation du nombre de prescriptions des AT et donc des IJ, constitue un enjeu économique pour la société et les patients. En effet, depuis la fin des années 1997-2003, une très forte augmentation des IJ (6) et des dépenses de santé sont constatées. Cette tendance se confirme avec une augmentation de 50 % des IJ entre 2000 et 2011. Cela s'explique par plusieurs facteurs socio-économiques : l'augmentation de la masse salariale (environ 2,8 % en moyenne par an sur cette période), l'élévation globale des salaires du fait de l'inflation et de l'ancienneté du salarié, la progression du chômage depuis la crise économique de 2008. L'augmentation des AT longs du fait du vieillissement de la population salariale, des maladies chroniques et l'augmentation des affections de longue durée sont également des éléments explicatifs. (7)

En réponse au déficit croissant de la sécurité sociale (SS), les pouvoirs publics procèdent à une réforme de l'Assurance maladie (AM) (Loi du 13 août 2004 relative aux arrêts maladies articles 24, 25, 26, 27 et 28) (8). Celle-ci décrète que la prolongation d'un AT ne peut se faire que par le médecin prescripteur initial, le médecin traitant ou son remplaçant ou un spécialiste chez qui est adressé le patient ; des contrôles majorés et plus précoces, le contrôle des médecins trop « gros prescripteurs » avec obligation de soumission à l'accord préalable du médecin conseil pour la prescription des AT et les sanctions financières mises en place à l'égard du prescripteur.

Le médecin se trouve donc dans une situation ambivalente : il est à la fois en position de soignant, dont la principale préoccupation est la santé physique et psychique de son patient mais aussi de régulateur des dépenses de santé publique. En effet, d'après l'article L162-2-1 : « Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ».

C'est dans ce contexte qu'une étude a été menée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) « Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques » (1). Ce travail a abouti à six propositions en vue d'améliorer en pratique la prescription de ces AT ; la première étant de faire définir par les sociétés savantes concernées les écarts types de durée d'AT pour certaines pathologies.

Dès 2010 apparaissent des référentiels de durée d'AT (RDAT) indicatifs établis par l'AM. Il existe actuellement 67 RDAT disponibles sur le site ameli.fr et l'espace pro, classés par catégorie de pathologies : interventions chirurgicales et/ou soins post-opératoires, maladies virales et bactériennes, pathologies cardiovasculaires, rachialgies, traumatismes, troubles mentaux et troubles ostéo-articulaires (9).

L'espace pro est un accès unique sécurisé à tous les services en ligne de l'AM destinés aux professionnels de santé. Lorsque la déclaration des AT est effectuée en ligne, les durées de référence apparaissent automatiquement depuis 2011, néanmoins elles restent indicatives.

Six ans après les premières publications des RDAT, il n'y a à notre connaissance aucun travail dans la littérature actuelle s'intéressant à la pratique des MG par rapport à ces référentiels. Cette étude a pour objectif d'explorer la connaissance, l'utilisation et la perception des MG sur les RDAT établis par l'AM.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude mixte qualitative puis quantitative.

Méthodologie qualitative

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de dix MG de Mayenne, Maine-et-Loire et Sarthe. L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale selon le département, le sexe, l'âge, le type et le lieu d'exercice, le nombre de consultations par jour, leur fonction de maître de stage universitaires (MSU) ou non ; leur participation à une formation ou non sur les AT, l'accès et/ou l'usage ou non de l'espace pro pour les AT. Le recrutement a été fait par effet boule de neige, c'est-à-dire par recommandation d'un confrère participant ou non à l'étude. Le guide d'entretien a été réalisé à l'aide de la bibliographie et a été testé au préalable sur deux MG qui n'ont pas participé à l'étude. Les entretiens ont été enregistrés au cabinet du médecin ou au domicile suite à une prise de rendez-vous, après signature d'une feuille de consentement. Ils ont alors été retranscrits de manière intégrale. Puis un double codage des données a été réalisé en utilisant le logiciel NVivo avec analyse thématique inductive.

Méthodologie quantitative

Suite à l'analyse qualitative il a été décidé de prolonger l'étude en quantifiant, par une enquête descriptive, les hypothèses émises.

Un auto-questionnaire a été conçu à partir des données recueillies dans la partie qualitative.

Il a été testé au préalable auprès d'une dizaine de MG qui n'ont pas été inclus dans l'étude.

Le questionnaire, anonyme, a été mis en ligne sur le site arretdetravail.fr à l'aide de l'outil de création de questionnaire LimeSurvey.

Il a été diffusé d'avril à juin 2016 à l'ensemble des MSU de médecine générale de deuxième et troisième cycle de la subdivision d'Angers par courrier électronique, après aval du comité d'éthique le 10/02/2016. Une première relance informatique a été faite après deux semaines.

Le taux de réponse étant insuffisant, une deuxième relance a été effectuée à un mois par courrier distribué en mains propres par les étudiants et internes en stage à leurs MSU, rappelant le lien internet permettant d'accéder au questionnaire.

L'analyse statistique a été réalisée sur BiostaTGV avec utilisation des tests de Khi2 et de t Student, sans correction de Yates avec un seuil de significativité $p < 0.05$.

RÉSULTATS

1. Résultats qualitatifs

1.1. L'échantillon

Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés au cabinet sauf un effectué au domicile du médecin. La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes et 24 secondes. Le panel comportait six hommes et quatre femmes, âgés de 29 à 61 ans, avec un âge moyen de 41,7 ans. Cinq d'entre eux exerçaient en Maine-et-Loire, trois en Mayenne et deux en Sarthe ; ils

travaillaient seuls pour deux d'entre eux, en groupe pour quatre autres et en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) pour les derniers dont un était le seul médecin de sa MSP. Leur nombre de consultations quotidiennes variait entre 15 et 40. La moitié déclarait n'avoir eu aucune formation sur les AT dans leur cursus, les autres en avaient eue soit en formation initiale, soit continue (un en Formation médicale continue (FMC), un avec la CPAM).

1.2. Les données des entretiens

Le guide d'entretien explorait la connaissance et l'utilisation des RDAT par les MG ainsi que leur habitude de prescription surtout concernant trois pathologies courantes en médecine générale à savoir la grippe saisonnière, la lombalgie commune et les troubles anxiodépressifs (TAD) mineurs.

Après codage et analyse des différents entretiens, deux thèmes principaux se sont dégagés « médecins et référentiels » et « le médecin, le patient, et l'AT » avec plusieurs sous thèmes (tableau I).

1.3. MG et référentiels

Tous les MG sauf un connaissaient plus ou moins les RDAT. Leur consultation était principalement liée à la prescription d'AT en ligne sur l'espace pro. La plupart des médecins ont jugé la présentation des RDAT claire, mais il existait un problème de compréhension quant à la notion de durée de référence : tous ont compris qu'il s'agissait d'une durée initiale d'AT.

Le RDAT concernant les troubles anxiodépressifs a été jugé inutile par la totalité des médecins.

Ces référentiels restaient indicatifs, et n'étaient pas l'élément prépondérant de la décision de durée mais pouvaient avoir une influence.

Les RDAT pouvaient parfois constituer une aide mais des limites ont rapidement été soulevées, ainsi que des interrogations quant à leurs fondements.

1.4. Le médecin, le patient et l'AT

Certains MG avaient l'habitude de prescrire leurs AT sur formulaire papier alors que d'autres privilégiaient de plus en plus la prescription d'AT en ligne. Ils disaient préférer faire des AT initiaux courts pour pouvoir réévaluer le patient, en cas d'une éventuelle prolongation et privilégiaient une reprise de travail rapide. D'autres MG disaient prescrire un AT suffisamment long pour que le patient se sente écouté.

Des médecins exprimaient une difficulté à déterminer une durée d'AT, car dépendante de nombreux facteurs ; et à résister à la pression exercée par le patient, par exemple dans le cas où il estimait mériter un AT.

Les MG émettaient parfois une peur vis à vis de la SS, notamment une peur de la réprimande et du contrôle.

Tableau I : Thèmes et verbatims issus des entretiens

THEMES	SOUS-THEMES	VERBATIMS
Médecins et référentiels		
Connaissance des référentiels	Connaît	oui je connais leur existence M4
	Ne connaît pas	...Est-ce que vous en connaissez des référentiels de durée d'arrêt de travail...?? rien du tout. M9
	Par quel moyen	j'en connais surtout l'utilisation via l'espace pro M8
	Interrogation sur les référentiels	je ne sais pas la motivation initiale de l'assurance maladie de faire, de faire ces référentiels-là ? M2
Référentiels forme et contenu	Forme	Alors effectivement sur l'espace pro il y a vraiment que le tableau du référentiel à proprement parler M5
	Contenu	il y a le référentiel de durée qui est aussi fonction du « poste » enfin de la charge de travail M5
	Problème de compréhension sur la durée de référence	Le travail physique...35 jours d'arrêt en 1 temps... pour une lombalgie commune M6
Référentiels dans la pratique du médecin	Support d'utilisation des référentiels	I : Donc, vous les utilisez, vous avez mémorisé ce qui était sur l'espace pro... M : Oui plus que les fiches M5
	Pathologies traitées utiles pour le médecin	Ce que j'utilise le plus souvent moi c'est les maladies virales et bactériennes, les rachialgies...M10
	Influence des référentiels dans la pratique du médecin	...ça me faisait même parfois prescrire des arrêts plus longs que ce que j'aurais fait initialement M8
	Aides des référentiels	par rapport à des demandes abusives, remettre les gens dans la réalité M2
	Limites des référentiels	Je ne suis pas sûre que ce soit une chose essentielle de faire rentrer les gens dans des cases M5
Le médecin, le patient et l'AT		
Habitude de prescription des AT	Support de prescription des AT	I : Vous l'avez toujours fait sur l'espace pro ? M : non parce que je suis pas tout jeune I : mais ces dernières années ? M : Oui sauf quand ça marche pas. M1
	Espace pro	Après je pense que ça aide déjà, les durées d'arrêt de travail sont préenregistrées, le nom du patient, le numéro de sécu est déjà enregistré... M4
	Réévaluation du patient	on peut le revoir pour réévaluer M4
	Prolongation	on se revoit dans 4-5 jours et on verra s'il y a besoin de prolonger. M4
	Reprise du travail	C'est important pour vous que le travail soit repris rapidement ? M : Ben...alors, repris le plus rapidement possible dans les meilleures conditions M3
Difficultés du médecin dans la prescription d'AT	Difficulté à déterminer une durée d'AT	mais on sait jamais quelle va être la bonne durée d'un arrêt de travail M8
	Influence de nombreux facteurs	pff....C'est compliqué. C'est difficile les durées d'arrêt de travail parce que c'est à la fois il peut y avoir des choses assez objectives et en même temps c'est tellement selon la personne, selon son métier aussi... M1
	Volonté d'écoute procurée au patient	L'idée est de ne pas non plus d'arrêter en trop les personnes et de ne pas non plus négliger les patients et euh...leur avoir donné l'impression ou avoir fait comme si on n'avait pas entendu leurs plaintes M3
	Perception du médecin de la demande d'AT du patient	Oui, il y a ceux qui travaillent, qui cotisent à la sécu, qui payent des mutuelles et qui estiment que quand ils sont malades ils peuvent être arrêtés parce qu'ils l'ont bien mérité
	Pression exercée par le patient	I : Vous trouvez que les patients vous mettent la pression pour les arrêts de travail ? M : Certains oui, certains le font et c'est difficile de dire non.M6
	Peur de la réprimande	ça fait toujours peur que ce soit sur les médecins généralistes qu'on vienne taper qu'on vienne leur taper les doigts quand ils font trop d'arrêts. M4
	Peur du contrôle	mais je tiens pas à être contrôlé. Donc euh quand on reste dans les stats ben c'est très bien M7

2. Résultats quantitatifs

2.1. Population étudiée

Sur la totalité des 365 MSU de la subdivision d'Angers, il y avait 54,5 % de médecins dans le Maine-Et-Loire, 28,8 % en Sarthe et 16,7 % en Mayenne, avec en tout 60,5 % d'hommes.

L'enquête a permis de recueillir 199 réponses au questionnaire, dont 37 ont été exclues car incomplètes. L'analyse a donc porté sur 162 réponses, soit un taux de réponses de 41,8 %.

L'échantillon des 162 MG inclus dans l'étude, comprenait 54,3 % d'hommes et un âge qui variait de 30 à 65 ans (âge moyen de 49,6 ans) (tableau II). Il y avait plus de femmes parmi les répondants que parmi les non répondants ($p = 0.029$).

Tableau II : Données démographiques des MG inclus dans l'étude quantitative

Données démographiques	% (n)
<u>Sexe</u>	
Homme	54,3 (88)
Femme	45,7 (74)
<u>Département</u>	
Maine-et-Loire	56,2 (91)
Mayenne	16 (26)
Sarthe	27,8 (45)
<u>Type de cabinet</u>	
Seul	13,6 (22)
Groupe	56 (94)
MSP	28,4 (46)
<u>Type d'exercice</u>	
Urbain	34,6 (56)
Semi-rural	36,4 (59)
Rural	29 (47)
<u>Formation AT</u>	
Formation initiale	37,6 (61)
FMC	19,7 (32)
Délégué CPAM	2,4 (4)
Aucune	46,9 (76)
<u>Nombre</u>	
<u>de consultations/jour</u>	
Moins de 20	13,6 (22)
Entre 20 et 30	62,3 (101)
Plus de 30	24,1 (39)
<u>Utilisation de l'espace pro</u>	
Jamais	15,4 (25)
Parfois	29 (47)
Souvent	44,5 (72)
Toujours	11,1 (18)

2.2. Connaissance et utilisation des référentiels

Près de 83,3 % des médecins connaissaient les référentiels, dont 51,8 % disaient les utiliser. L'utilisation des RDAT se faisait majoritairement via l'espace pro, à 92,8 % (n=65) plutôt que sur fiches papier (Figure 1).

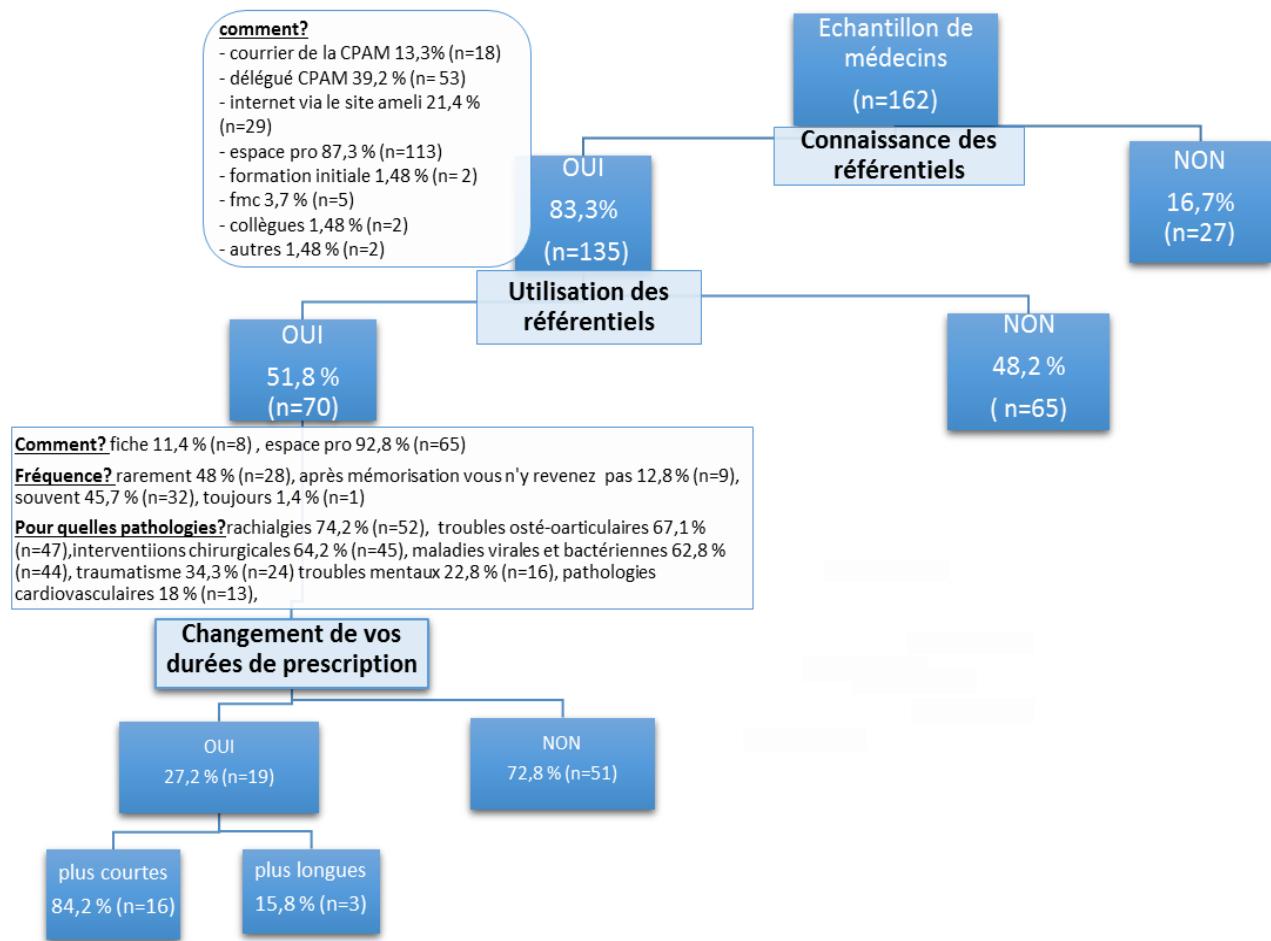


Figure 1 : Connaissance et utilisation des référentiels par les médecins

La moyenne d'âge des utilisateurs des RDAT était de 49,1 ans contre 50,5 ans pour ceux qui ne les utilisaient pas. Il n'y avait pas de différence significative pour l'utilisation des RDAT entre les hommes et les femmes, selon l'âge, entre les départements d'exercice des médecins, le type de cabinet, le type d'exercice et le fait d'avoir eu ou non une formation sur les AT. Par contre, ceux qui prescrivaient leurs AT sur l'espace pro, utilisaient très significativement plus les référentiels (48,1 % vs 16 %, $p = 0.0028$).

Les pathologies pour lesquelles les RDAT étaient les moins utilisés par les MG étaient les pathologies cardio-vasculaires, les troubles mentaux et les traumatismes.

Les RDAT ont été le plus souvent considérés comme des aides dans les situations conflictuelles avec le patient (81,4 %), pour les demandes abusives (65,7 %), comme base de prescription et pour avoir une idée de durée d'arrêt en cas de doute (61,4 %) (tableau III).

Un seul MG considérait que les RDAT pourraient être une aide « comme support pour l'enseignement aux stagiaires ».

Les limites des RDAT les plus importantes pour les utilisateurs ont été que la durée était toujours à apprécier en fonction du patient (85,7 %), que ces RDAT ne devaient pas être opposables par la SS aux médecins (70 %) et qu'il n'y avait pas de prise en compte des motifs cachés de certaines consultations (67,1 %). Certains MG ont signalé le manque de référentiel pour certaines pathologies comme la grossesse ou encore l'alcoolisme et son sevrage. Un médecin a souligné comme limite le rôle de conseil et non décisionnel des référentiels (tableau III).

Tableau III : Aides et limites des RDAT évoquées par les utilisateurs

Aides des référentiels	Répartition des réponses % (n)	Limites des référentiels	Répartition des réponses % (n)
1. Aider dans les situations conflictuelles avec le patient	81,4 (57)	1. Durée toujours à apprécier en fonction du patient	85,7 (60)
2. Aider pour les demandes abusives	65,7 (46)	2. Ne doivent pas être opposable par la sécurité sociale aux médecins	70 (49)
3. - Aider comme base de prescription - Avoir une idée de la durée d'arrêt de travail en cas de doute	61,4 (43)	3. Pas de prise en compte des motifs cachés	67,1 (47)
4. Aider pour expliquer les durées d'arrêt aux patients	55,7 (39)	4. - Aspect économique des référentiels - Défaut de fonctionnement de l'espace pro	41,4 (29)
5. Encadrer la prescription d'arrêt de travail	38,5 (27)	5. - Aspect trop somatique des référentiels - Inutile pour les pathologies psychiatriques	34,7 (25)
6. Aider comme alerte si la durée recommandée est dépassée	32,8 (23)	6. Manque de référentiels pour certaines pathologies	24,2 (17)
7. Déculpabiliser sur la durée d'arrêt	31,4 (22)	7. Homogénéisent les pratiques	11,4 (8)
8. Limiter les arrêts longs	30 (21)	8. Médecins généralistes pas concernés par toutes les pathologies	7,1 (5)
9. Evaluer sa pratique sur la prescription d'arrêts	25,7 (18)	9. Modifie la relation médecin-patient	4,2 (3)
10. - Homogénéiser les pratiques -Justification médicale de la prescription (sécurité sociale et hautes autorités de santé)	24,2 (17)	10. Perte de temps	2,8 (2)
11. Augmenter la crédibilité du médecin vis-à-vis du patient	21,4 (15)	11. - La forme et le contenu ne vous conviennent pas	1,4 (1)
12. Opposable au patient	15,7 (11)	- Autres : rôle de conseil et non décisionnel	
13. Aspect rassurant des référentiels	12,8 (9)	12. Sentiment d'être jugé par le patient de ne pas pouvoir prescrire des arrêts sans fiche	0 (0)
14. - Aider en début d'activité -Aspect économique des référentiels -Justification légale de la prescription	11,4 (8)		
15. Autre : support d'enseignement pour les stagiaires	1,4 (1)		

La majorité des MG (72,8 %) déclarait ne pas avoir modifié leurs durées de prescription suite à la consultation des RDAT.

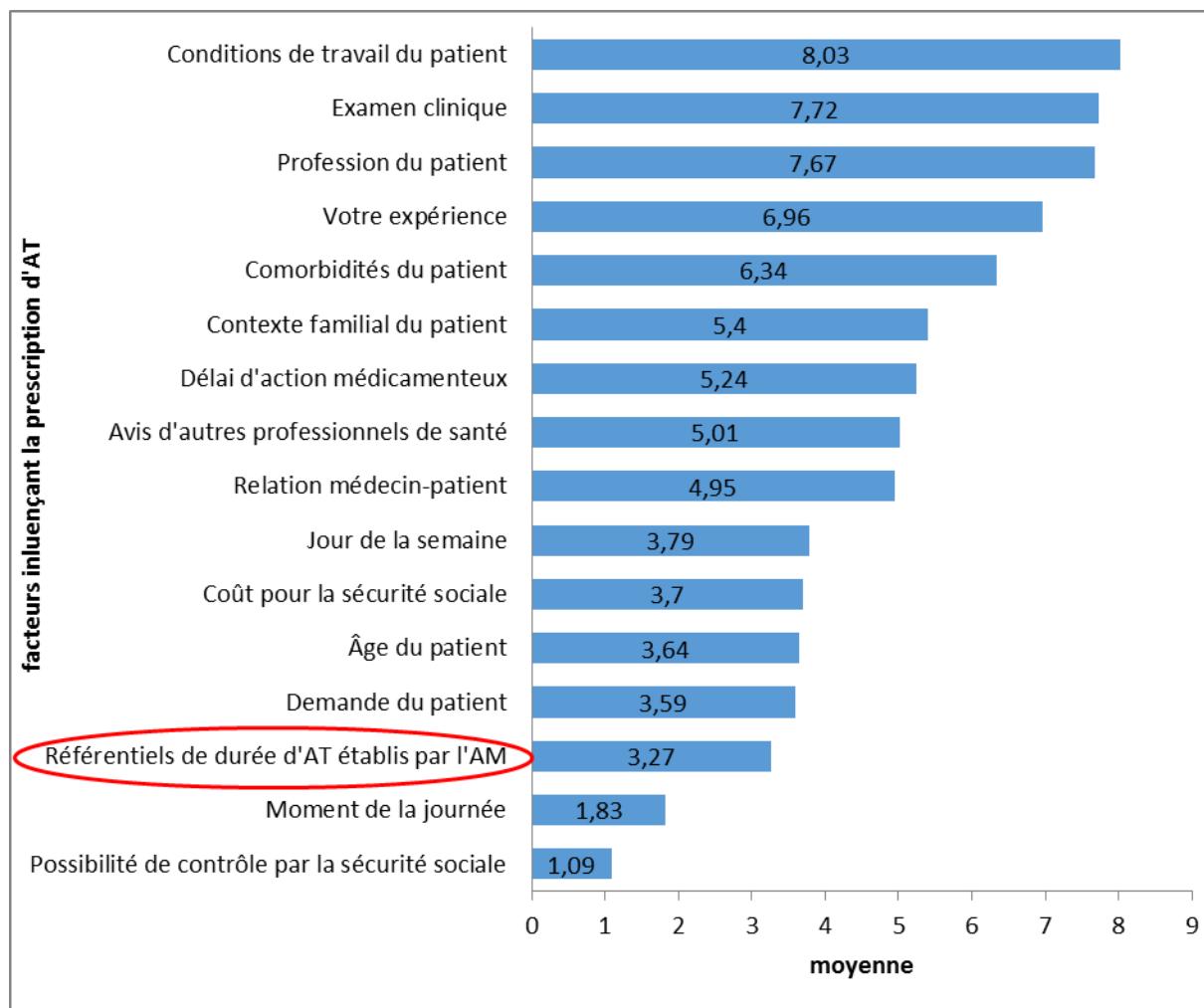
Pour les MG qui n'utilisaient pas les RDAT alors qu'ils les connaissaient, les principaux obstacles à leur utilisation étaient que la durée était toujours à apprécier en fonction du patient et le manque de prise en compte des motifs cachés de certaines consultations.

Les MG qui ne connaissaient pas les RDAT, après présentation des pathologies traitées, ont évalué leur utilité sur une échelle de likert de 0 (pas utile) à 10 (très utile). Ils les ont jugés peu utiles car les moyennes obtenues étaient toutes inférieures à 5

2.3. Facteurs influençant la prescription d'AT

Les MG ont évalué l'importance des différents facteurs influents sur leurs prescriptions d'AT sur une échelle de likert de 0 (pas d'influence) à 10 (forte influence). Les facteurs prépondérants étaient les conditions de travail du patient, l'examen clinique, la profession du patient et l'expérience du médecin. Par contre, les RDAT, la possibilité de contrôle par la SS ou le moment de la journée influençaient peu leurs prescriptions (figure 2).

Figure 2 : Facteurs influençant la prescription d'AT



2.4. Résultats de la présentation des fiches référentielles

La majorité des MG a jugé la présentation des fiches claire, seule la moitié des médecins les a jugées utiles et pertinentes en dehors de celle de la grippe qu'ils ont trouvée à 70,4 % pertinente (tableau IV).

La compréhension de la durée de référence des AT était partagée : autant de médecins ont compris qu'il s'agissait d'une durée initiale que globale, prolongation comprise.

Il n'y avait pas de différence significative quant aux durées d'AT prescrites par les MG concernant les trois RDAT présentés entre les MG qui avaient compris qu'il s'agissait d'une durée initiale et ceux qui pensaient qu'il s'agissait d'une durée globale.

Tableau IV: Avis des médecins sur les RDAT concernant la grippe, les TAD et la lombalgie commune et comparaison de leur prescription par rapport aux durées de référence

Avis sur les fiches présentées					
	Grippe saisonnière	TAD	Lombalgie commune		
	% (n)	% (n)	% (n)		
Fiche claire	93,3 (155)	79,6 (129)			87,6 (142)
Fiche utile	51,8 (84)	48,7 (79)			56,1 (91)
Fiche pertinente	70,4 (114)	54,3 (88)			58 (94)
Durée d'AT prescrite par les médecins généralistes par rapport aux référentiels					
	Grippe	TAD	Lombalgie	Lombalgie	Lombalgie
			Travail	Travail physique	Travail physique
			sédentaire	léger	modéré
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
plus courte	23,5 (38)	40,1 (65)	9,9 (16)	9,3 (15)	32,7 (53)
Similaire	72,8 (118)	35,2 (57)	31,4 (51)	59,3 (96)	56,2 (91)
plus longue	37 (6)	24,7 (40)	58,7 (95)	31,4 (51)	11,1 (18)
					15,4 (25)

DISCUSSION

1. Analyse des principaux résultats

La majorité des MG connaissait les RDAT, mais seulement 43,2 % des 162 MG interrogés les utilisaient et cela essentiellement via la prescription d'AT sur l'espace pro. Cette utilisation pouvait recouvrir des usages très différents : de la simple consultation de la durée de référence sur l'espace pro ou de la fiche, à l'alignement de leur prescription sur la durée de référence.

1.1. Espace pro

L'utilisation de l'espace pro est significativement associée à une plus grande utilisation des RDAT ($p = 0.0028$). Cela s'explique notamment par l'affichage automatique des durées d'AT de référence quand elles existent, lors de la prescription d'un AT en ligne, qui les rend rapidement accessibles et facilite leur mémorisation.

1.2. Médecins et RDAT

Les RDAT semblaient rester indicatifs pour les MG puisqu'ils n'étaient pas l'élément prépondérant dans la décision pour la durée d'AT. Sur les 16 facteurs évoqués comme influençant la prescription d'AT, ils arrivent en 14^{ème} position. Effectivement, la majorité des MG n'a pas changé de durées de prescription d'AT. Cependant certains MG prescrivent des durées plus longues après consultation des RDAT. L'une des raisons évoquée serait que les durées de référence étant plus longues que celles estimées par le MG, cela semblait pouvoir lever une crainte vis-à-vis d'un éventuel contrôle. Dans un contexte d'économie de santé, les RDAT semblent ainsi avoir un effet paradoxal dans ces situations.

Les MG estimaient ne pas être concernés par toutes les pathologies abordées par les RDAT.

En effet, ces RDAT sont destinés à toutes les spécialités médicales.

Par ailleurs, la méthode de réalisation des RDAT reste une interrogation pour les MG.

Concernant les fiches référentielles présentées pour la grippe saisonnière, les TAD et la lombalgie commune, les durées d'AT prescrites par les MG par rapport à celles préconisées dans les référentiels, étaient plutôt similaires pour la grippe, plus courtes pour les TAD ; et dépendantes du type de travail pour les lombalgies, plus longues dans le travail sédentaire, similaires dans le cadre d'un travail léger et modéré et plus courtes pour un travail lourd.

Contrairement aux résultats de la partie qualitative, où tous les médecins avaient compris la durée de référence comme une durée initiale, cette dernière semble avoir été mieux comprise dans l'échantillon de l'étude quantitative ; puisque la moitié des médecins l'ont comprise comme une durée globale.

Concernant les TAD, l'hypothèse de l'étude qualitative selon laquelle le RDAT serait inutile n'est pas confirmée puisque près de la moitié des MG l'ont jugée utile.

1.3. Aides et limites des RDAT

Les RDAT paraissent être une aide d'une part pour le médecin dans sa prescription d'AT et, d'autre part, par rapport au patient comme référence opposable en cas de désaccord.

Les limites principales des RDAT semblent être qu'ils ne prennent pas en compte la situation du patient dans sa globalité. En effet, chaque AT est à adapter à chaque situation, dans des conditions socio-médicales et professionnelles différentes, pour une même charge de travail.

Dans ce contexte, il paraît difficile et pas indispensable pour les médecins d'homogénéiser les pratiques. L'aspect économique des RDAT n'apparaît pas le plus important dans leur exercice. Par ailleurs, un patient consulte souvent pour plusieurs motifs ; il peut y avoir des

motifs cachés pour certaines consultations. Une lombalgie commune peut cacher un trouble anxiо-dépressif, dans ce cas, sur quel référentiel faut-il se baser ?

La relation médecin-SS limite l'utilisation des RDAT, on note notamment la peur du contrôle, avec l'éventualité qu'ils deviennent opposables au médecin. On retrouve ici, la position ambivalente du médecin, comme régulateur du système de soins et l'intérêt du patient. En effet, certains MG évoquent une volonté de rester « en dessous du radar de la SS » quitte à privilégier des AT plus courts.

2. Comparaison avec la littérature existante

2.1. RDAT dans la littérature

Il n'a pas été retrouvé d'étude spécifique sur les RDAT dans la littérature.

La HAS, lors des saisines de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour la publication de ces RDAT, n'a relevé aucune préconisation pour les durées d'AT pour ces pathologies dans la littérature internationale. À noter que la notion de « pathologies anxiо-dépressives mineures » n'a pas été identifiée dans la littérature. Quant à la lombalgie commune, la HAS regrette l'absence de prise en compte de la caractérisation de la lombalgie en aigue, subaiguë et chronique ; ainsi que seul le critère de charge physique soit retenu pour définir le type d'emploi. Malgré tout, la HAS n'a pas émis d'objection à la publication des RDAT en dépit de ces réserves (10).

2.2. Espace pro

D'après la thèse de C. TOURNON, l'espace pro était un outil utile dans la pratique des MG dans leur organisation, mais surtout pour les patients car facilitait leurs démarches administratives. Les problèmes de fonctionnement ressortaient également, ce qui au final

faisaient perdre du temps aux médecins en consultation, notamment pour la prescription d'AT dématérialisée. Les médecins interviewés sur les référentiels disponibles sur l'espace pro divergeaient quant à leurs intérêts : certains les jugeaient inadaptés alors que d'autres les utilisaient comme justificatifs en cas de désaccord avec les patients (11).

2.3. Difficulté de prescription des AT

Les difficultés liées à la prescription d'AT ont été notées dans plusieurs études notamment dans le projet ATAC car dépendante de nombreux facteurs inhérents à la maladie, au patient, au travail et au médecin (12). Dans le travail de F. BESANCON les conditions de travail constituent le facteur principal lors de la décision d'AT car pris en compte par plus de 50 % des 415 médecins inclus dans son étude (13).

Le sentiment de pression exercée par la société, par l'AM et par les patients est rapporté notamment dans la thèse M. BALZANI. Les médecins jugeaient les patients exigeants, estimant que toute rémunération du praticien, impliquait l'acceptation de toute demande du patient. De plus, les médecins se sentaient jugés et remis en cause par l'AM, par les contrôles, la visite des délégués de l'AM avec les statistiques des AT, amenant à une réflexion comptable du travail de médecin mal vécue par les participants de l'étude (2).

2.4. Relation avec la SS

La relation médecin-SS ouvre souvent sur un conflit d'ordre économique et politique devant la progression des dépenses de santé, notamment des IJ alors que le médecin souhaite une prise en charge optimale du patient, qui ne peut pas être réduite à des chiffres ou à des « cases » (14) (15). La disparité des pratiques des MG est importante dans ce conflit, avec une volonté d'homogénéisation de la part de la SS (16).

La question de la régulation des pratiques, et pas seulement concernant les AT, est au centre de nombreuses interrogations. Notamment que cette construction de recommandations de bonnes pratiques n'entraînerait-elle pas une modification dans le jeu d'acteurs en introduisant un tiers dans la relation médecin-malade ? Ne risque-t-on pas d'évoluer vers une « technicisation » de la médecine ? Sachant que l'hétérogénéité des pratiques n'est pas nécessairement synonyme de pratiques inefficaces mais plutôt une richesse. La question de la liberté de prescription, de jugement du médecin généraliste et de sa pratique peut alors se poser (16) (17).

3. Forces et faiblesses

3.1. Les forces

Le choix de l'étude mixte s'est imposé : du fait de l'absence de littérature à ce sujet, la partie qualitative a permis d'explorer la connaissance, l'utilisation et la perception des MG concernant les RDAT. Toutes les données du questionnaire ont été établies à partir des réponses des MG interviewés. La méthode par recherche mixte a permis à la fois d'approfondir et de confirmer ou non les hypothèses (18).

L'exploration en variation maximale des données démographiques des MG, la saturation des données et la triangulation de ces données par un double codage font les forces de l'étude qualitative.

Dans le cadre de l'étude quantitative, le choix de l'échantillon limité aux MSU a été fait d'une part pour des raisons pratiques (courriels disponibles, coût) et d'autre part, car leur représentativité est proche de la population nationale des MG (19). Le taux de réponse de 41,8 % renforce la validité de cette étude.

3.2. Les faiblesses

Il existe un biais de sélection car il n'y a pas eu de randomisation, le recrutement des participants a été fait par effet boule de neige pour la partie qualitative et s'est limité aux MSU pour la partie quantitative. La population de femmes ayant répondu n'est pas représentative de celle des MSU. De plus il n'a pas été pris en compte à l'inclusion que dans cette population de MSU, certains médecins du fait de « spécialisations » n'étaient plus amenés à prescrire des AT. Un risque de doublon a pu survenir dans les réponses au questionnaire.

4. Implication des résultats pour la pratique ou la recherche future

Une définition plus claire de la notion de durée d'AT de référence serait souhaitable, puisqu'elle n'est pas toujours claire pour les utilisateurs.

Une meilleure transparence sur la méthode de réalisation des RDAT pourrait rassurer les MG.

L'utilisation des référentiels sur l'espace pro étant prépondérante, l'accessibilité et le fonctionnement de ce dernier devraient être amélioré.

Les RDAT présentés comme une aide à la prescription d'AT, doivent rester indicatifs pour les MG et non opposables par l'AM. La proposition récente d'intégrer ces durées de références dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a été émise par les pouvoirs publics. Ce débat a eu lieu au moment de l'enquête ce qui a pu avoir une influence sur les résultats. Il semble que les MG soient majoritairement contre cette proposition.

Conclusion

Les MG ont connaissance des RDAT établis par l'AM. Cependant leur utilisation, qui se fait essentiellement à travers la prescription des AT via l'espace pro, est assez partagée. Même si ces RDAT peuvent représenter une aide dans certains cas, le respect de la singularité du patient, la complexité d'une consultation de médecine générale et la relation souvent conflictuelle des médecins avec la SS semblaient y mettre un frein.

Les RDAT doivent pour les MG rester avant tout un outil indicatif pour leur prescription d'arrêt de travail et en aucun cas servir de moyen de contrôle ou de rémunération par la SS.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques. Paris, septembre 2004
2. Balzani-Snaider M. Exploration des représentations des médecins généralistes face à la prescription des arrêts de travail par la méthode des focus group [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2012.
3. Aakvik A, Holmås TH, Kamrul Islam M. Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data. *Soc Sci Med.* mai 2010;70(10):1590 8.
4. Fourré B. Critères décisionnels de prescription des arrêts de travail: une enquête transversale en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2006.
5. Khiari S. Analyse des comportements des médecins généralistes face à la prescription d'arrêt de travail en cas d'incident critique portant sur l'indication ou la durée: étude compréhensive observatoire [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2014.
6. Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 28 février 2008 : Note d'accompagnement sur les prestations en espèces – hors maternité et accident du travail - hcaam_note_080228.pdf [Internet]. [cité 20 août 2016]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_080228.pdf
7. rapport_securite_sociale_2012_indegnites_journalieres_versees_regime_general.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2015]. Disponible sur: http://www.ccomptes.fr/content/download/48313/1346542/version/1/file/rapport_securite_sociale_2012_indegnites_journalieres_versees_regime_general.pdf

8. Le portail du service public de la Sécurité sociale / Présentation de la réforme de l'Assurance [Internet]. [cité 17 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>
9. ameli.fr - Arrêts de travail : des référentiels de durée [Internet]. [cité 11 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/arrets-de-travail-des-referentiels-de-duree.php>
10. Argumentaire - Référentiels concernant la durée d'arrêt de travail_saisine du 10 novembre 2009 -
[referentiels_concernant_la_duree_darret_de_travail_saisine_du_10_novembre_2009_-_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010/referentiels_concernant_la_duree_darret_de_travail_saisine_du_10_novembre_2009_-_argumentaire.pdf) [Internet]. [cité 20 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010/referentiels_concernant_la_duree_darret_de_travail_saisine_du_10_novembre_2009_-_argumentaire.pdf
11. Tournon C. L'espace professionnel de la sécurité sociale est-il un outil utile à la pratique de la médecine générale ?: étude qualitative auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
12. Adeline-Duflot F. Les facteurs décisionnels intervenants dans la prescription d'un arrêt de travail en médecine générale: une approche exploratoire par focus groups [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2012.
13. Besançon F. Déterminants de la prescription des arrêts de travail par des médecins généralistes en situation de soins primaires [Thèse d'exercice Médecine]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2015.
14. PLFSS 2016 - Annexe 7 - annexe_7.pdf [Internet]. [cité 21 août 2016]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_7.pdf

15. Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique | Géraldine Bloy - Academia.edu [Internet]. [cité 20 août 2016].
16. Masson P. La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie. *Sociétés Contemp.* 2011;83(3):33.
17. Colloque_ScPoCGSP_le 28-08 12 h 00 - 5-juin-Colloque_ScPoCGSP_le-28-08_0.pdf [Internet]. [cité 15 août 2016]. Disponible sur: http://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/5-juin-Colloque_ScPoCGSP_le-28-08_0.pdf
18. Guével M-R, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique.* 12 avr 2012;Vol. 24(1):23 38
19. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique.* 24 mars 2015;Vol. 27(1):59 67.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Connaissance et utilisation des référentiels par les médecins.....	23
Figure 2 : Facteurs influençant la prescription d'AT.....	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Thèmes et verbatims issus des entretiens	20
Tableau II : Données démographiques des MG inclus dans l'étude quantitative	22
Tableau III : Aides et limites des RDAT évoquées par les utilisateurs	25
Tableau IV: Avis des médecins sur les RDAT concernant la grippe, les TAD et la lombalgie commune et comparaison de leur prescription par rapport aux durées de référence	28

Table des matières

RÉSUMÉ.....	13
INTRODUCTION.....	14
MÉTHODES	16
RÉSULTATS.....	17
1. Résultats qualitatifs.....	17
1.1. L'échantillon.....	17
1.2. Les données des entretiens	18
1.3. MG et Référentiels	18
1.4. Le médecin, le patient et l'AT.....	19
2. Résultats quantitatifs.....	21
2.1. Population étudiée	21
2.2. Connaissance et utilisation des référentiels	23
2.3. Facteurs influençant la prescription d'AT	26
2.4. Résultats de la présentation des fiches référentielles.....	27
DISCUSSION	29
1. Analyse des principaux résultats.....	29
1.1. Espace pro.....	29
1.2. Médecins et RDAT	29
1.3. Aides et limites des RDAT	30
2. Comparaison avec la littérature existante	31
2.1. RDAT dans la littérature.....	31
2.2. Espace pro.....	31
2.3. Difficulté de prescription des AT	32
2.4. Relation avec la SS	32
3. Forces et faiblesses.....	33
3.1. Les forces	33
3.2. Les faiblesses	34
4. Implication des résultats pour la pratique ou la recherche future	34
CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE.....	36
LISTE DES FIGURES.....	39
LISTE DES TABLEAUX	40
ANNEXES.....	I

ANNEXES

ANNEXE 1 Guide d'entretien

Nous faisons une thèse sur la « Perception des médecins généralistes concernant les référentiels de durée d'arrêt de travail établis par la CPAM ». Nous nous intéressons plus particulièrement à des pathologies courantes en médecine générale comme la grippe, la lombalgie ou les troubles anxiо-dépressifs.

Racontez-moi une prescription d'arrêt de travail dans le cadre d'une de ces pathologies

Que connaissez-vous de ces référentiels de durées d'arrêt de travail?

Ceux qui connaissent	Ceux qui ne connaissent pas
<u>Questions de relance</u> Comment ? Par quel biais	Puisque vous ne les connaissez pas Présentation de la liste de pathologies traitées dans les référentiels Présentation des référentiels de durée pour la lombalgie commune, la grippe saisonnière et les troubles anxiо-dépressifs mineurs
<u>Est-ce que vous les utilisez ?</u>	
OUI	NON
<u>Racontez-moi votre dernière utilisation d'un de ces référentiels</u> <u>Quelle en est votre utilisation ?</u> <u>Questions de relance</u> -Vous servez-vous de l'espace pro pour vos arrêts de travail ? -Est-ce que cela vous aide dans votre pratique ? Comment ? -Dans quelle(s) circonstance(s) les utilisez-vous?	<u>Pourquoi ?</u> Présentation de la liste de pathologies traitées dans les référentiels Je vous ai apporté 3 fiches référentielles de durée d'arrêt de travail sur ces pathologies. Je vous laisse quelques minutes pour les regarder. <u>Qu'en pensez-vous des référentiels en général?</u> <u>Questions de relance</u> -Du principe ? -Du contenu ? -Trouvez-vous les durées proposées adaptées à ces 3 pathologies ? <u>Pourriez-vous les utiliser en pratique ? Et pourquoi ?</u>

<p>-Suivez-vous les durées recommandées ? Différent-elles de votre pratique ?</p>	
<u>Que pensez-vous des référentiels en général?</u>	
<u>Questions de relance</u>	
<p>-Du principe ?</p> <p>-Des pathologies traitées ?</p> <p>Présentation de la liste de pathologies traitées dans les référentiels pour rappel</p> <p>-Du contenu ?</p> <p>-Trouvez-vous les durées proposées adaptées aux pathologies ? En ce qui concerne la grippe, la lombalgie ou les troubles anxioc-dépressifs mineurs ?</p>	

Les données démographiques

(Recueil au fil de l'entretien ou à la fin)

Quel âge avez-vous ?

Département : Maine et Loire Sarthe Mayenne

Vous êtes en Cabinet Seul En groupe

Votre exercice est : Urbain Semi-rural Rural

Avez-vous une formation sur les arrêts de travail ?

Quelle est la durée moyenne de vos consultations et nombre de consultations par jour?

Merci de nous avoir accordé du temps pour cet entretien.

Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'étude ?

ANNEXE 2 Fiche référentielle de la grippe saisonnière



ARRÊT DE TRAVAIL
Grippe saisonnière

juin
2014

(i) après avis de la HAS¹¹

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées.
Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient.

Type d'emploi	Durée de référence*
Tout type d'emploi	5 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail.
Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

La durée de l'arrêt initial est à adapter selon :

- l'âge,
- les comorbidités éventuelles (pathologies chroniques cardio-pulmonaires, rénales ...), une surveillance particulière s'impose pour les personnes fragilisées,
- les complications éventuelles (bronchite, pneumonie bactérienne secondaire...),
- la sévérité et la durée des symptômes (fièvre, céphalées, asthénie, courbature),
- la persistance d'une asthénie marquée après la phase d'état.

Une information rassurante délivrée à votre patient :

- respecter les règles d'hygiène pour limiter la contagion : se laver les mains plusieurs fois par jour, surtout en cas de toux ou d'éternuements, éviter les contacts avec les personnes contaminées,
- se faire vacciner au moins deux semaines avant l'apparition de l'épidémie grippale est le seul mode de prévention contre la grippe saisonnière,
- la toux peut durer une dizaine de jours,
- dans la majorité des cas, la grippe guérit sans séquelles avec un traitement simple sans antibiotique.

Sources :
Ecogrippe 2006 : XII^{ème} journée nationale des GROG
Official Disability Guidelines, 18th edition, 2013.
Medical Disability Advisor, Reed group, 5th Edition, 2005.
Guide d'utilisation des arrêts de travail, Espagne, 2^{ème} édition.

¹¹ www.has-sante.fr



La santé progresse avec vous

juin 2014 / DSS / 31-14

III

ANNEXE 3 Fiche référentielle des troubles anxiо-dépressifs mineurs



ARRÊT DE TRAVAIL
Troubles anxiо-dépressifs mineurs

Après avis de la HAS⁽¹⁾

Mars 2010

Ils peuvent s'accompagner de troubles fonctionnels ou somatoformes, c'est-à-dire des troubles physiques non explicables par une maladie organique.
Il s'agit également de plaintes anxiо-dépressives qui ne répondent pas aux critères de gravité du DSM IV⁽²⁾ et de la CIM 10⁽³⁾ ce qui exclut les dépressions avérées.

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées.
Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient.
Dans certaines situations médicales, l'arrêt de travail peut ne pas s'avérer nécessaire.

Type d'emploi	Durée de référence*
Tout type d'emploi	14 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail.
Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

L'arrêt de travail peut permettre au patient de mieux gérer ses difficultés ou situations de stress et de préparer sa reprise de travail.

Cependant, la prolongation excessive de l'arrêt de travail peut aggraver l'anxiété du patient face aux difficultés, favoriser l'apparition de troubles psychiatriques plus spécifiques et entraîner sa désocialisation.

La durée de l'arrêt est à adapter selon :

- le retentissement socio-professionnel, cognitif et émotionnel,
- les résultats de la consultation spécialisée lorsque celle-ci a été jugée nécessaire,
- les résultats du bilan somatique ou d'examens complémentaires.

L'arrêt de travail doit être réévalué précocement pour éviter le passage à la chronicité en tenant compte des antécédents médicaux et psychiatriques et de la persistance ou non des circonstances du stress.

► Pour vous aider à évaluer le degré d'anxiété ou de dépression de vos patients, vous pouvez vous reporter à l'échelle HAD⁽⁴⁾ validée par la HAS.

La santé progresse **avec vous**

L'Assurance Maladie



La relation de confiance

Elle est fondamentale pour permettre au patient de verbaliser les problèmes qu'il rencontre. Cette relation passe par une explication, la plus simple possible, de ses symptômes fonctionnels.

- Votre patient a-t-il reçu une information rassurante pour lui permettre de reprendre ses activités sans appréhension ?

Reprise des activités professionnelles

Si vous observez des difficultés à la reprise du travail, un temps partiel thérapeutique ou une adaptation du poste peut être envisagée. Une consultation précoce du médecin du travail peut faciliter la reprise de l'activité professionnelle.

- La question de la reprise de l'emploi a-t-elle été abordée dès le début de l'arrêt pour prévenir la désinsertion professionnelle ?

Reprise des activités personnelles

Le repos complet n'est pas préconisé et les sorties sont recommandées pour lutter contre l'isolement du patient. L'exercice physique régulier, une bonne hygiène du sommeil ainsi que l'utilisation de techniques de relaxation ou de gestion du stress peuvent être conseillés.

- Votre patient a-t-il été encouragé à adopter une attitude positive et active vis-à-vis de sa pathologie ?

Sources :

« Troubles anxieux graves » – guide ALD – HAS 2007.
« Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » - ANAES 2002.
Official Disability Guidelines, 14th Edition, 2009.
Medical Disability Advisor, Reed group, 5th Edition, 2005.

juin 2013 / DSS / 28-2013

^[1] www.has-sante.fr
^[2] DSM IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
^[3] CIM 10 : Classification internationale des maladies - 10^e édition.
^[4] Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression.

La santé progresse avec vous



ANNEXE 4 Fiche référentielle de la lombalgie commune



ARRÊT DE TRAVAIL
Lombalgie commune

Mars 2010

ⓘ après avis de la HAS⁽¹⁾

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées. Elles sont indicatives dans le cadre d'une lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient. À titre d'exemple, pour un emploi « sédentaire », la durée d'arrêt de travail peut s'étendre de 0 à 3 jours. Chez une personne ayant une activité sédentaire non manuelle, une lombalgie légère peut ne pas nécessiter d'arrêt de travail. Cette possibilité est à apprécier au cas par cas.

Type d'emploi	Durée de référence *	
Sédentaire	1 jour	
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg Charge répétée < 5 kg	3 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg Charge répétée < 10 kg	14 jours
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	35 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail. Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

La durée de l'arrêt est à adapter selon :

- l'âge et la condition physique de votre patient,
- les facteurs psychologiques en cas de douleur persistante,
- les possibilités d'adaptation ou de modification du poste de travail par l'entreprise, notamment pour les postes très physiques,
- l'emploi et le contexte socio-économique.

L'arrêt de travail doit être réévalué régulièrement pour éviter le passage à la chronicité.

La santé progresse avec vous

 **L'Assurance Maladie**



Restauration des capacités fonctionnelles

Le repos au lit n'est pas recommandé. L'exercice physique précoce est fortement recommandé pour la restauration de la fonction.

- Votre patient a-t-il reçu une information rassurante pour lui permettre de reprendre ses activités sans appréhension ?

Reprise des activités professionnelles

Une consultation précoce du médecin du travail peut favoriser la reprise de l'activité professionnelle dans de meilleures conditions (adaptation ou modification du poste de travail).

Si vous-même observez des difficultés à la reprise du travail, un temps partiel thérapeutique peut être envisagé.

- La question de la reprise de l'emploi a-t-elle été abordée dès le début de l'arrêt pour prévenir la désinsertion professionnelle ?

Reprise des activités sportives et de loisir

Une reprise rapide des activités de la vie quotidienne favorise la guérison et limite la durée de l'arrêt de travail.

- Votre patient a-t-il été encouragé à adopter une attitude positive et active vis-à-vis de sa pathologie ?

Sources :

Arrêt maladie : Etat des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques, ANAES sept 2004.
Communication conjointe de la Société Française de Rhumatologie et de la Société Française de médecine du travail, janvier 2002.
Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgies chroniques, ANAES décembre 2000.
Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution, ANAES février 2000.
Guide d'utilisation des arrêts de travail, Espagne, 2^{me} édition.
Official Disability Guidelines, 2007.
Medical Disability Advisor, Reed group, 5th Edition, 2005.

Juin 2013 / DSS / 31-2013

www.has-sante.fr

La santé progresse avec vous



ANNEXE 5 Liste des pathologies traitées dans les référentiels de durée d'arrêt de travail établis par l'Assurance maladie

Interventions chirurgicales et/ou soins post-opératoires :

- Ablation d'un corps étranger profond de la cornée
- Abrasion de la muqueuse utérine
- Amygdalectomie
- Appendicectomie
- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- Arthroplastie de la hanche par prothèse totale
- Arthroplastie du genou par prothèse totale
- Chirurgie de la cataracte
- Chirurgie de l'obésité morbide
- Cholécystectomie
- Conisation du col de l'utérus
- Cure de hernie de la paroi abdominale
- Cure de hernie discale par discectomie
- Cure de hernie inguinale
- Épicondylite latérale rebelle : traitement chirurgical
- Exérèse de polypes du colon et/ou du rectum par coloscopie totale
- Exérèse d'une tumeur lipomateuse bénigne
- Hémorroïdes : traitement chirurgical
- Hypertrophie bénigne de la prostate : traitement chirurgical
- Hystérectomie
- Incontinence urinaire d'effort chez la femme : traitement chirurgical
- Kystectomie ovarienne / ovariectomie
- Lésions anales : traitement chirurgical
- Lésions méniscales : traitement chirurgical
- Libération du nerf ulnaire au coude
- Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou
- Mastoplastie de réduction
- Ostéotomie pour hallux valgus
- Plaies des tendons extenseurs et fléchisseurs de la main : traitement chirurgical
- Plaies profondes de la main et des doigts : traitement chirurgical
- Recalibrage lombaire
- Rupture du tendon d'Achille : traitement chirurgical
- Septoplastie nasale
- Sinus pilonidal : traitement chirurgical
- Ténosynovectomie des muscles de la main
- Thyoïdectomie
- Varices des membres inférieurs

Maladies virales et bactériennes :

- Angine
- Bronchite aiguë de l'adulte
- Gastro-entérite virale
- Grippe saisonnière
- Sinusite maxillaire

Pathologies cardio-vasculaires :

- Infarctus du myocarde
- Revascularisation coronarienne
- Ulcère de jambe à prédominance veineuse

Rachialgies :

- Cervicalgie non spécifique
- Lombalgie commune
- Névralgie cervico-brachiale commune
- Sciatique

Traumatismes :

- Entorse de la cheville
- Entorse du ligament collatéral médial du genou
- Entorse du poignet
- Fracture de côté(s) isolée - hors polytraumatisme
- Fracture de l'extrémité inférieure du radius
- Fracture de l'extrémité proximale de l'humérus
- Fracture de la clavicule ou de la scapula
- Fracture des os du pied : phalanges et métatarses
- Fracture du calcaneum
- Fracture du scaphoïde carpien
- Fracture du tibia et de la fibula
- Fractures de cheville : uni, bi et tri malléolaires
- Fractures des os de la main
- Fractures du coude

Troubles mentaux :

- Troubles anxioc-dépressifs mineurs

Troubles ostéo-articulaires :

- Rupture des tendons de la coiffe des rotateurs
- Syndrome du canal carpien
- Tendinopathie de la coiffe des rotateurs

ANNEXE 6 Fiche de consentement

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Perception des médecins généralistes sur les référentiels de durée des arrêts de travail établis par la CPAM

Je soussigné(e) Docteur _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants:

- L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité d'écouter cet enregistrement
- Les données recueillies seront anonymisées
- à ma demande, cet enregistrement pourra être effacé*

Je consens à ce que la retranscription de cet enregistrement soit utilisée pour la formation et la recherche susmentionnée au sein de la Faculté de Médecine d'Angers.

A _____, le _____

Signature:

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'enquête qualitative susnommée. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au LEEST, Faculté de Médecine, Rue Haute de Reculée 49045 Angers Cedex 01. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

ANNEXE 7 Exemple d'entretien

Lieu : cabinet médical Durée : 23 min 01 s

I = interviewer M = médecin

I : Du coup, ça va être sur les référentiels de durée des arrêts de travail...

M : ouais

I : Du coup ça va être enregistré, retranscrit, anonymisé. Du coup on va se concentrer, enfin on va parler, on a décidé de parler de 3 pathologies particulières initialement.

M : D'accord.

I : Dans l'arrêt de travail, ça va être la lombalgie commune, la grippe saisonnière et les troubles anxiodépressifs mineurs.

M : D'accord.

I : Est-ce que vous pouvez me raconter une prescription d'arrêt de travail dans une de ces 3 pathologies que vous avez eue?

M : Euh...oui, oui j'en ai eu une, il y a pas longtemps effectivement...ehu vous voulez quoi... l'histoire du monsieur ?

I : Ouais, racontez-moi l'histoire...

M : C'est un nouveau patient que je ne connaissais pas avant, qui a des lombalgies chroniques sur une hernie discale...ehu...c'est peut-être pas lombalgie commune du coup, s'il y a une hernie discale ?...ouais...

I : Ben normalement non...

M : Euh...c'est pas grave ?

I : Ouais c'est pas grave...

M : Euh du coup...enfin je suis même plus sûr que ce soit sur hernie discale, enfin bref...ehu...lombalgies qui traînent depuis un petit bout de temps et il est venu me voir parce que là il avait des brûlures assez importantes au niveau de la cuisse, il a toujours un petit fond douloureux mais là, des brûlures qui l'empêchaient de marcher...

I : oui

M : ...vraiment. Euh...c'est un monsieur qu'est-ce qu'il fait comme travail...Il a un travail assez physique...ehu...il est... il fait de la manutention dans je ne sais plus quelle boîte. Il travaille avec sa douleur en permanence mais là il pouvait plus bosser en boitant, il tenait même pas assis dans la salle d'attente. Euh...donc, il est venu me voir pour donner un soulagement et donc un arrêt de travail.

I : oui

M : Euh...je lui ai dit que je le mettais sous anti-inflammatoire et sous...je ne sais plus si je l'ai mis tramadol ou sous codéine, je ne sais plus et de revenir me voir 3-4 jours plus tard si vraiment ça passait pas, je lui dis que je le mettais sous morphine parce qu'il avait une évaluation à quasiment 10 sur 10 par pic avec un fond douloureux à 5-6 mais des douleurs à 10 et un arrêt...alors j'ai mis après un arrêt pas très long pour être sûr de le réévaluer, donc j'ai dû mettre... j'ai dû le voir vendredi, je lui ai mis toute la semaine d'après, je lui ai mis une semaine, quoi...

I : D'accord.

M : Voilà, ça lui convenait effectivement puis après il est revenu me voir et puis il avait presque plus mal, il a repris le boulot au bout d'une semaine.

I : D'accord il avait quel âge ce monsieur, vous m'avez dit ?

M : Euh ...il avait une cinquantaine d'années ce monsieur.

I : 50 ans...Et là vous me disiez que ça faisait un moment qu'il avait mal ?

M : Ses lombalgies ? Ça fait 20 ans qu'il les a ses lombalgies.

I : D'accord, mais c'est un fond douloureux chronique ou c'est par à-coups ?

M : Non, non c'est vraiment un fond douloureux chronique, il a toujours mal c'est surtout des brûlures en fait. Il a des brûlures en permanence mais qui sont pas très intenses, des brûlures en permanence au niveau de la cuisse, cuisse gauche.

I : Donc là ce qui vous a décidé sur la durée d'arrêt c'était plutôt quoi ?

M : C'était surtout pour pouvoir le réévaluer en fait, le revoir...ehu voir comment ça aller évoluer...ehu sachant que des fois...assez fréquemment les arrêts de travail sur les lombalgies même chez les gens qui ont des boulot manuels...j'ai l'impression que si on les arrête pas très longtemps, ils reprennent le boulot assez facilement en fait, euh...alors que si on fait d'emblée 15 jours-3 semaines souvent c'est un peu long.

I : D'accord.

M : Euh, souvent je fais un premier arrêt relativement court, assez fréquemment j'ai l'impression de pas les revoir, ils reprennent le boulot au bout d'une semaine et puis ça va bien et puis par contre là, s'ils reviennent me voir je prolonge plus longtemps, facilement 15 jours voire 3 semaines de plus s'ils ont vraiment mal, quoi.

I : Oui d'accord. Très bien, du coup on va revenir aux référentiels de durée des arrêts de travail...

M : oui

I : Qu'est-ce que vous en connaissez ?

M : Et bien j'en connais pas grand-chose. Pour une bonne raison c'est que...j'en connais surtout l'utilisation via l'espace pro...eh...donc ce que je faisais uniquement quand je remplaçais mes collègues...parce que ça fait pas longtemps que j'ai accès à mon espace pro...eh...

I : D'accord. Donc vous êtes installé depuis pas longtemps alors ?

M : Exactement.

I : Depuis quand alors ?

M : Installation officielle du coup, je suis docteur que depuis 15 jours, du coup j'ai mon espace pro que depuis...ben depuis ce matin...en gros c'est ça je n'ai pas eu accès à mon espace pro avant ce matin...eh et du coup, j'ai surtout...je suis jamais allé voir le référentiel directement par ameli.fr machin, c'était surtout en fait quand je prescrivais les arrêts de travail, leur fameux arrêt de travail en 5 clics ou 3 clics, je sais plus comment ils appellent ça, où là ils proposent une durée en fonction des pathologies. Euh...globalement j'ai l'impression que quand je prescrivais ça...eh...mes prescriptions habituelles, ce que j'ai l'habitude de faire sont moins longues que les référentiels de la sécu souvent

I : Vous avez un souvenir précis par rapport à ça ?

M : De tête, il me semble que sur les lombalgie communes ils vont facilement proposer 15 jours chez les gens qui ont un travail manuel, je crois, si je ne dis pas de bêtises?

I : D'accord.

M : Alors que c'est rare que je mette 15 jours d'emblée. Une gastro ils vont mettre je sais plus 3 jours ou 5 jours alors qu'en général je vais mettre la journée et puis voilà.

I : Oui

M : Et que globalement j'ai très peu de retour. Après peut-être que les gens vont bosser et qu'ils nous maudissent toute la journée (rires), mais voilà j'ai très peu de retour en me demandant de prolonger mes arrêts, souvent

I : D'accord. Il y a eu d'autres informations par rapport à ces référentiels ? C'est que par l'espace pro en fait, que vous les connaissez?

M : Oui uniquement. Ouais, ouais parce que j'ai même rencontré la sécurité sociale, enfin une délégué de la CPAM il y a pas longtemps pour mon installation, elle m'en a pas même pas parlé de ces référentiels.

I : D'accord. Et au niveau des...du principe de faire de référentiels pour les arrêts de travail...

M : Ben je pense que ça peut avoir un intérêt, ça peut être intéressant du point de vue référence opposable, quand on a un conflit avec le patient, enfin ça me servirait surtout la dessus, quelqu'un qui va me dire ben non c'est bon j'ai mal au dos vous m'arrêtez 3 semaines quoi ou j'ai une gastro vous m'arrêtez 15 jours ou 10 jours parce que...Voilà là au moins, on aura une référence à leur opposer, en leur faisant la sécu dit ça...par contre dans l'autre sens, pour me conseiller j'ai pas l'impression que ça m'apporte, j'ai pas l'impression d'en avoir besoin en tout cas.

I : Et justement vous l'avez déjà utilisé en référence opposable ?

M : Ben non.

I : ...au patient

M : Non, non, j'ai jamais eu besoin, non. Encore une fois j'utilise très peu mais non j'ai pas eu besoin pour l'instant.

I : Et est-ce que vous pensez que ça peut être une base entre professionnels par exemple, les référentiels ?

M : Pour harmoniser un peu les pratiques c'est ça ?

I : enfin, oui, que ça puisse servir entre professionnels de santé ou...

M : C'est quelque chose qui me paraît pas indispensable, euh voilà...

I : D'accord...

M : Après je sais pas ce que vous appelez base, mais...eh...oui voilà

I : Du coup vous disiez que ça pouvait être opposable au patient, est-ce que vous pensez que ça puisse être opposable entre médecins ou...

M : Ah ça veut dire un confrère qui va prescrire un arrêt plus long...et...bah c'est toujours intéressant d'avoir oui, une base une référence, mais c'est toujours dans l'hypothèse d'un litige mais sinon non ça me paraît pas indispensable.

I : D'accord. Pour vous ça serait plus pour un litige avec le patient ?

M : Ouais c'est comme ça que je le vois.

I : Au niveau des pathologies traités dans les référentiels...

M : Oui ?

I : Est-ce que vous vous souvenez ce qu'il y a ou pas ? A peu près ?

M : Ah ben ça c'est une bonne question. En fait moi, je vois ces durées d'arrêts de travail quand je prescris en fait l'arrêt de travail, je suis jamais allé le voir, le référentiel directement, donc c'est vrai que si je mets une cause, ben en général, il...ben moi je pensais que c'était pour tout en fait qu'il y avait un référentiel pour tout, toutes les pathologies qui étaient listées en tout cas sur les arrêt de travail sur l'espace pro, mais je suis jamais allé voir le référentiels directement.

I : D'accord. Et au niveau du contenu du référentiel, de la présentation, comment vous trouvez que c'était ?

M : Et ben les référentiels je les ai jamais lus en fait.

I : Mais enfin sur l'espace pro, c'est tableau en général...

M : Oui

I : au niveau de la présentation...?

M : Ben si c'est intéressant par exemple pour les lombalgies, on a vraiment en fonction du type de profession du patient ça c'est plutôt intéressant...euh...

I : Parce que vous du coup, oui vous en prenez compte de ça, de la profession du patient ?

M : Ah ben oui.

I : ...pour l'arrêt de travail dans la lombalgie ?

M : Je vais pas prescrire la même...Il y a même des patients qui ont mal au dos, bon si ils font un travail qui est absolument pas physique, qu'ils ont pas beaucoup de route, je les arrête même pas.

I : D'accord.

M : Donc oui ça rentre en compte tout à fait.

I : Donc c'était plutôt clair pour vous ?

M : Ah oui les tableaux je les ai trouvé bien fichus. J'ai pas d'expérience par contre sur les syndromes anxiodepressifs mineurs c'est ça ?

I : Oui

M : Parce que j'ai pas souvenir d'avoir prescrit d'arrêt dans ce cadre-là sur ameli.

I : D'accord ok. Je vais juste vous montrer les pathologies, la liste des pathologies traitées dans les référentiels

M : D'accord merci.

I : Donc vous me dites ce que vous en pensez pour votre pratique ? Est-ce que ça va vous aider ? Est-ce que c'est intéressant ?

M : Donc ça c'est toutes les pathologies pour lesquelles il y a une recommandation en fait sur la durée des arrêts de travail, c'est ça?...ouais d'accord...

I : Au final enfin vous-les utilisez pas trop en fait ?

M : Très peu vraiment très peu voire pas du tout en fait ...je pense que si l'ai utilisé...20 fois...

I : C'est juste via l'espace pro en fait ?

M : Ouais c'est ça...sinon je suis jamais allé voir le référentiel directement, c'est uniquement quand je prescris un arrêt de travail via l'espace pro, que quand ça me proposait des durées dans ce cas-là je regardais si ça coïncidait avec ce que je disais, et en général je les acceptais ...mais euh...ça me faisait même parfois prescrire des arrêts plus longs que ce que j'aurais fait initialement

I : Ah oui ? D'accord.

M : euh...dans le sens où je sais pas si le mot déculpabiliser il est bon mais des fois on est tellement à dire qu'il faut pas prescrire des arrêts pas trop long il faut etc...

I : oui

M : que si j'avais dans l'idée de mettre une semaine et puis qu'au final c'était écrit 15 jours, je fais bon beh ok dans ces cas-là si la sécu est d'accord moi je prescris les 15 jours. Donc c'est vrai que s'il y avait pas eu les référentiels des fois j'aurais peut-être prescrit un arrêt plus court.

I : D'accord. Ça vous déculpabilise dans quel sens en fait? Que...

M : Ben plutôt par rapport au coût de santé, par rapport au coût de santé

I : par rapport au coût de la santé, d'accord...

M : pas par rapport au patient, mais vraiment par rapport au coût de santé, c'est-à dire...

I : Et vous disiez par rapport à la sécu...que la sécu dit ça donc c'est bon je vais pas avoir de problème ? Enfin c'est quoi ?

M : Non c'est pas je vais pas avoir de problème...c'est que...enfin j'espère bien que je vais pas avoir de problèmes parce que je prescrit un arrêt trop long (rires)...eh mais non c'est plutôt dans le sens...eh...c'est jamais évident avec les arrêts de travail, ça je pense ça s'acquiert aussi avec l'expérience, c'est sûrement le fait que je suis installé depuis pas très longtemps qui fait que voilà, et puis plus on a de patients plus c'est facile mais on sait jamais quelle va être la bonne durée d'un arrêt de travail, et j'ai vraiment pas envie de mettre un arrêt de 15 jours et qu'au bout d'une semaine le patient soit totalement guéri et qu'il passe la semaine de vacances après, je trouve pas ça logique. C'est pour ça que je préfère faire comme je disais au départ des fois de faire un arrêt court au départ, de les réévaluer quitte à prolonger après, eh ce qui est en terme d'économie de santé peut-être pas très intelligent, parce que ça fait une deuxième consult au final mais, mais c'est vrai que mes arrêts de travail sont souvent plus courts que ce que j'avais lus ; mais oui les référentiels je pensais pas qu'il y avait toutes ces choses-là du coup. Alors je sais c'est pas ce qu'ils proposent comme arrêt de travail mais...eh...d'accord.

I : Mais déjà au niveau qui ont été traitées, est-ce que vous pensez que ça aide pour un médecin généraliste ? Est-ce que ça sert ?

M : En ça fait partie quand même des grosses patho, enfin des pathologies qu'on voit quand même assez fréquemment. Là, je vois la rupture des tendons de la coiffe des rotateurs, ou plutôt la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, ça c'est vrai que c'est quelque truc qui me pose problème par je sais jamais quelle durée d'arrêt de travail prescrire

I : oui

M : et ça m'a même pas traversé l'esprit d'aller voir ce référentiel.

I : d'accord, le fait ...

M : Alors là maintenant je pense que je vais aller voir pour voir ce qu'ils proposent, vraiment... parce que là ça pourrait m'aider effectivement. Autant les lombalgies c'est un truc qu'on voit souvent, les tendinopathies de la coiffe aussi, mais peut-être encore plus que pour les lombalgies, les tendinopathies de la coiffe c'est un truc qui évolue super différemment d'un patient à l'autre, enfin...

I : oui

M : ...il y a gens qui vont être complètement bloqués et puis 3 jours après ça va être rentré dans l'ordre et puis d'autres ça va durer 6 mois, quoi. Donc ça peut être intéressant là d'avoir un référentiel, pour avoir une base. Encore une fois, c'est pas pour autant que je vais prescrire ce qui est proposé mais au moins d'avoir une base de réflexion et partir dans le vide, ça c'est intéressant.

I : d'accord. Donc dans l'ensemble les pathologies qui sont traitées, c'est bien pour un médecin généraliste ?

M : ben ça fait partie des choses qu'on voit fréquemment donc oui, ça me paraissait pertinent, en tout cas. Est-ce qu'il faudrait en rajouter, je ne sais, peut-être.

I : Qu'est-ce que vous auriez rajouté par exemple ?

M : (rires) C'est ce que je regarde, je suis en train de réfléchir du coup...eh...ben là y rien qui me vient en tête de manière précise, mais globalement c'est surtout pour ça qu'on a des demandes d'arrêts de travail pour l'adulte, les petites choses virales, peut-être qu'un petit truc virose un peu plus général aussi, parce que bien souvent on a pas forcément de maladies vraiment très étiquetées, quoi...au niveau des problèmes de rachis c'est vrai que cervicalgies lombalgies sciatiques, même si je ne sais pas s'il un réel intérêt à séparer lombalgies et sciatiques parce qu'au final j'ai l'impression que la récupération est globalement la même, eh.. Dans les troubles ostéo-articulaires c'est pas mal ; ouais...d'accord. Syndrome du canal carpien c'est original, enfin c'est surprenant, c'est très spécifique, c'est rare qu'on arrête des gens pour un canal carpien, j'ai l'impression de pas en arrêter beaucoup pour un canal carpien

I : D'accord.

M : C'est pas un référentiel qui s'adresse qu'aux médecins généralistes ?

I : Non c'est pour les médecins en général.

M : Oui c'est pour les médecins en général c'est ça ? D'accord ok.

I : Du coup, on va revenir sur les fiches un peu plus spécifiques sur les 3 pathologies.

M : Oui.

I : Donc on va commencer par la lombalgie commune.

M : ça marche....

I : Je vous laisse regarder et vous me dites ce que vous en pensez.

M : Ouais c'est ça c'est bien ce que j'avais en tête c'est que, je m'étais fait la réflexion il y a une grosse marge entre travail physique léger et travail physique modéré, c'est-à-dire entre 3 jours et 15 jours, on pourrait trouver un intermédiaire, quoi...

I : oui

M : euh...travail physique lourd, c'est pareil. Evaluer l'intensité du travail sur les charges portées...enfin c'est très précis, il y a besoin d'un truc précis, on est d'accord pour faire des référentiels mais euh...

I : quand vous dites que c'est très précis, c'est-à-dire ?

M : c'est très précis c'est-à-dire évaluer si enfin...moi je demande jamais à quelqu'un s'il porte des charges de plus 5 kg ou de plus 10kg ou plus 25 kg

I : Du coup pour le travail, le type de travail vous évaluer comment plutôt ?

M : Ben je me fais plutôt mon idée.

I: Qu'est qu'il aurait fallu mettre plutôt justement pour évaluer ?

M : Ben je pense que le travail physique léger modéré lourd m'aurait suffi en fait, voilà, ça reste...d'ailleurs c'est ce que je faisais quand j'utilisais ce truc-là, euh c'est plus à mon appréciation que...voilà, sachant que j'ai jamais arrêté quelqu'un d'emblée 35 jours, je pense que je le ferais jamais

I : Oui. Après c'est vrai que...il y a une petite annotation

M : durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail, ouais

I : Donc dans l'ensemble lombalgie c'est plutôt trop long ?

M : Ben travail physique léger non à partir du moment où il y a un travail physique...en fait ça va dépendre aussi.

I : Parce que la première il y a sédentaire un jour.

M : un jour, ouais...

I : Ça vous va ? Vous arrêtez un jour pour une lombalgie ?

M : C'est rare que j'arrête qu'un jour, c'est-à-dire que, en général si je considère qu'on vient me voir c'est qu'on est franchement pas bien et que c'est pas mon médicament qu'il va juste prendre le soir qui va lui suffire donc en général j'arrête au moins pour le jour et le lendemain.

I : D'accord.

M : Sauf demande du patient mais en général voilà j'ai tendance à faire un petit peu plus. Après ça va dépendre où on en est dans la semaine, c'est vrai que si on est le lundi ben facilement je vais arrêter 7 jours pour faire toute la semaine.

I : Oui.

M : Si on est le mercredi bah je vais arrêter que 3 jours ça va dépendre où on est rendu dans la semaine, c'est vrai que ça change...euh...et puis y a des choses qui rentrent en compte aussi, c'est-à-dire, il va être en vacances dans 10 jours, je vais pas faire que 7 jours, je fais 10 jours pour prolonger jusqu'aux vacances, enfin des petites choses comme ça...euh...et le pas entre 3 et 14 et peut être un peu large. Moi je me situe un peu entre les 2, on va dire, je suis plutôt autour d'une semaine

I : D'accord. Pour vous, c'est pas trop adapté au final? Si je comprends bien ?

M : moyen. Enfin je dis pas que c'est pas adapté, je dis que ça correspond pas trop à ce que je fais.

I : à votre pratique. Ça correspond pas trop à votre pratique ?

M : exactement. Oui

I : D'accord. Ok. Donc on va passer aux troubles anxiolétiques mineurs

M : Ouais. 14 jours tout type d'emploi. C'est vrai ça je pense que c'est typiquement le type de pathologie pour lequel le référentiel est pas super adapté dans le sens où ben tout dépend de la cause, quoi. Si on est sur un trouble anxiolétiques idiopathique des fois il faut que ça soit plus long, si c'est à cause du boulot un début de burn-out ou je ne sais pas quoi si pour le boulot 14 jours parfois ça va être court...euh...ça j'ai pas besoin de référentiel pour ça parce que autant pour la même pathologie 2 patients, il y en a peut-être un que je vais arrêter que 3 jours, l'autre je vais lui interdire, enfin interdire entre guillemets lui conseiller de pas s'arrêter parce que la rupture avec le travail à mon avis va être plus délétère qu'autre chose et puis l'autre je vais lui dire d'emblée vous allez pas bosser un mois car c'est plus possible.

I : oui

M : On est peut-être plus dans le trouble anxiolétiques mineur...d'accord

I : Du coup-là, d'après vous, il y a pas d'intérêt à avoir un référentiel ?

M : Pour moi il y a pas besoin d'avoir un référentiel là-dessus. Encore une fois pourquoi pas, pour avoir un truc opposable, parce que...au patient.

I : au patient...

M : Par exemple le patient qui dit, vous m'arrêtez 3 mois parce que là ça va pas... la sécu a dit 15 jours on se revoir dans 15 jours, voilà pourquoi pas...enfin c'est pas la sécu c'est l'HAS, non

I : c'est la sécu

M : Ouais c'est la sécu ? Ah ouais après avis de l'HAS...

I : c'était validé...euh publié auprès l'accord, enfin l'avis de l'HAS.

M : ok...Euh non ça j'utiliserais pas

I : D'accord. La grippe saisonnière du coup la dernière fiche

M : euh ben oui. Après il s'agit de bien diagnostiquer la grippe c'est toujours le truc, quoi. Euh mais...

I : C'est-à-dire ?

M : C'est-à dire qu'une grippe, c'est pas une bronchite, contrairement à ce que disent les gens mais un vrai grippe pour moi...

I : mais il y a bronchite dans les référentiels

M : ouais ouais j'ai vu (rires), je sais pas si la durée est la même pour la bronchite je pense pas. Ouais ça me paraît correct 5 jours effectivement en gros j'arrête pour la semaine, globalement c'est ça, ça correspond

I : Ouais donc en moyenne c'est 5 jours aussi.

M : ouais pour une vrai grippe, pour celui qui a vraiment 40 qu'il traîne depuis plusieurs jours la toux sèche pas d'autres symptômes, vraiment cliniquement typique de grippe parce qu'on sait que ça va pas rentrer dans l'ordre en 24h quoi

I : Pour vous, ça concorde plutôt avec votre pratique ?

M : celui-là, voilà c'est ça.

(...)

I : Avez-vous eu des formations sur les arrêts de travail en formation initiale ou continue ?

M : On a dû avoir pendant le stage prat je crois, il me semble si pendant les cours qu'on faisait au conseil de l'ordre, il me semble qu'on nous en avait parlé mais c'était succinct.

I : D'accord. Et en formation continue ?

M : Non par contre, non.

I : Pas du tout. La durée de vos consultations ?

M : 15 minutes

I : 15 minutes donc vous faites combien de consultation en moyenne par jour ?

M : ben là en ce moment une vingtaine

I : Et du coup maintenant que je vous ai présenté les référentiels est-ce que vous pensez que vous pourriez plus les utiliser les consulter ou pas ? Ou ça changera rien à votre pratique ?

M : A l'heure actuelle ça changera rien parce qu'on a, je pense qu'on a, en tout cas moi j'ai pas le temps.

I : Vous avez pas le temps ?

M : C'est long. Autant quand on fait l'arrêt de travail ça apparaît tout de suite, quand on fait l'arrêt de travail sur l'espace pro.

I : Oui.

M : ça apparaît immédiatement.

I : vous voulez dire que vous avez pas le temps par rapport aux fiches elles-mêmes ?

M : Oui d'aller consulter la fiche enfin dans une consult on a pas, voilà faut truc faut la trouver, faut machin, c'est sûrement pas très compliqué un fois qu'on sait mais ça fait ça plus ça plus ça etc...et vu l'apport que ça apporterait à ma consultation, au patient, à moi-même et à ma pratique

I : oui

M : je prendrais pas le temps d'aller le chercher plus.

I : Mais le fait que ce soit sur l'espace pro, enfin le tableau, parce qu'il y a le petit tableau qui s'affiche ?

M : A partir du moment, en fait ça je l'utilise dans le sens, je le connais d'ailleurs uniquement grâce à ça, parce que ça apparaît quand on fait l'arrêt de travail pour ça mais si par exemple mon espace pro ne fonctionne pas ou que je fais un arrêt papier parce que le patient n'a pas sa carte vitale, j'irais pas ouvrir la fiche pour aller voir le référentiel, je ferais sans.

I : d'accord, si...

M : Je le ferais uniquement si c'est très facile d'accès et si ça apparaît automatiquement.

I : D'accord. Si un jour ça vous arrivez d'avoir une doute justement sur une pathologie est-ce que vous vous allez vous dire ah tiens il y a un référentiel, il y a peut-être un référentiel est-ce que je peux jeter un œil

M : Tout dépend du temps que j'ai dans la consult, en période d'épidémie et surtout là enfin sauf pour les lombalgies c'est là qu'on se pose les questions, voilà en période d'épidémie on n'a pas le temps de prendre une minute de plus sur une consult parce qu'à la fin ça fait une heure donc voilà

I : ok

ANNEXE 8 Analyse thématique sur NVivo

Nom	Sources	Références
Utilisation des référentiels	9	74
utilise	9	55
utilise toujours les mêmes référentiels	1	1
utilise peu les référentiels pour la chirurgie ou la traumato	1	1
utilise peu les référentiels	1	1
utilisation possible mais pas dans toutes les situations	1	1
utilisation possible des référentiels pour les pathologies cardio-vasculaires	1	1
utilisation des référentiels via l'espace pro	4	4
utilisation des référentiels uniquement via l'espace pro	2	3
utilisation des référentiels uniquement si facile et rapide d'accès	1	1
utilisation des référentiels uniquement pour les demandes abusives	2	2
utilisation des référentiels sous forme papier	1	1
utilisation des référentiels quand le patient estime sa durée d'arrêt de travail	1	1
utilisation des référentiels pour les troubles ostéo articulaires	1	1
utilisation des référentiels pour les pathologies infectieuses	3	4
utilisation des référentiels pour les pathologies de la coiffe	1	1
utilisation des référentiels pour la lombalgie	1	1
utilisation des référentiels pour des pathologies courantes	1	2
utilisation des référentiels en cas de désaccord avec le patient	2	3
utilisation des référentiels dans les rachialgies	1	2
utilisation des référentiels dans la traumato	1	1
utilisation des référentiels	4	5
utilisation des référentiels dans les troubles mentaux	1	2
souhait d'avoir un raccourci internet pour les référentiels	1	2
souhait d'avoir les référentiels à disposition	1	3
regarder les référentiels à l'insu du patient via informatique	1	1
préfère utiliser les référentiels via l'informatique	1	1
pas de gêne à sortir le référentiel devant le patient	1	1
montre rarement les référentiels aux patients	1	1
montre les référentiels en cas de patient abusif	1	1
montre les référentiels aux patients sur internet	1	2
le médecin montre le référentiel au patient	1	1
impression du référentiel sur ameli.fr	1	1
consulte les référentiels quand n'a pas d'idée de durée	1	1
consulte les référentiels	1	1
n'utilise pas	9	19
référentiels mis de côté	1	1
pas le réflexe de consulter les référentiels en cas de doute	1	1
n'utilise plus les référentiels pour les pathologies courantes	1	2
n'utilise pas trop les référentiels	1	1
n'utilise pas tous les référentiels	1	1
n'utilise pas régulièrement les référentiels	1	1
n'utilise pas les référentiels	1	1
ne se voit pas sortir la fiche devant le patient	1	1
ne regarde pas les référentiels devant le patient	1	1

ne consulte pas les référentiels en cas de doute	2	2
n'a pas utilisé les référentiels sous forme papier	1	1
n'a pas utilisé les référentiels depuis plus d'un an	1	2
n'a pas pris le temps de mettre les référentiels à sa disposition	1	1
n'a pas pensé consulter le référentiel quand n'avait pas d'idée pour la durée d'AT	1	1
n'a pas encore eu besoin d'utiliser les référentiels par rapport aux patients	1	1
a jeté les fiches référentielles	1	1
Référentiels forme et contenu	6	19
sur l'espace pro affichage uniquement du tableau avec les durées de références	2	2
rappel des informations à donner au patient dans les référentiels	1	1
prise en compte du facteur psychologique pour la lombalgie dans les référentiels	1	1
prise en compte des conditions de travail dans les référentiels pour la lombalgie	4	4
prise en compte des complications dans les référentiels	2	2
prise en compte des comorbidités dans les référentiels	2	2
prise en compte de la profession dans les référentiels	2	3
prise en compte de la charge dans les référentiels pour la lombalgie	1	1
les référentiels préconisent une reprise rapide des activités	1	1
les notifications sur la fiche des TAD rappellent l'importance de la relation médecin patient	1	1
les notifications ne sont pas visibles sur l'espace pro	1	1
Référentiels dans la pratique du médecin	10	124
utilité des référentiels dans les pathologies infectieuses	1	1
utilité des référentiels dans la traumato	1	1
trouve les tableaux des référentiels clairs	2	2
trouve les notifications des fiches pertinentes	1	1
trouve le référentiel sur la lombalgie intéressant	1	1
trouve la présentation des fiches claire	1	1
trouve la fiche sur les lombalgies adaptée	1	1
référentiels non abordées dans la formation initiale	1	1
référentiels faciles à suivre pour les pathologies aigues	1	1
référentiels bien présentés	1	1
peu d'intérêt des fiches papier car concordent avec la pratique du médecin	1	1
pense consulter le référentiel sur la tendinopathie de la coiffe après information de son existence	1	1
pathologies traitées sont variées	2	2
pas d'intérêt de rappeler la vaccination dans les notifications sur la fiche de la grippe	1	1
pas de présentation des référentiels par le délégué de la sécu lors de son installation	2	2
ni pour ni contre les référentiels	1	1
les référentiels traitent des pathologies fréquentes en médecine générale	1	2
les référentiels sont intéressants pour la médecine générale	2	2
les référentiels qui concernent le MG sont ceux des pathologies aigues	1	2
les pathologies traitées dans les référentiels sont intéressantes	1	1
les notifications des fiches rentrent dans la logique d'une consultation en médecine générale	2	3
les notifications dans les TAD ne sont adaptées	1	2
les MG devraient peut-être faire leurs propres référentiels	1	1
le référentiel sur les tendinopathies de la coiffe peut être intéressant	1	1
le médecin est critique par rapport aux référentiels	1	1
la connaissance des référentiels ne modifiera pas sa pratique	1	1
inutilité des référentiels pour les troubles mentaux car dépend de la personne	1	1
intérêt des référentiels pour les maladies infectieuses	2	2

intérêt des référentiels pour la traumato	1	1
intérêt des référentiels en chirurgie	1	1
intérêt des référentiels dans l'IDM	1	1
intérêt des référentiels dans les troubles ostéo articulaires	2	2
intérêt des référentiels dans les troubles mentaux	2	2
intérêt des référentiels dans les rachialgies	2	2
indignation du médecin sur le contenu des fiches	1	1
fiche papier intéressante comme aide pour déterminer le type de travail	1	1
fiche d'AT un peu restrictive, trop centré sur l'AT et non sur la prise en charge globale du patient	1	1
envisage d'imprimer les fiches pour les avoir à disposition	1	1
environ la moitié des pathologies traitées est intéressante pour un médecin généraliste	1	1
durées de référence non imposées	1	1
durées de référence indicatives	5	6
durées de référence cohérentes	1	1
durées de référence adaptées	5	7
durée recommandée trop courte pour TAD liés au travail	1	2
durée des référentiels concorde avec le délai d'efficacité du traitement dans le TAD	1	1
durée d'AT prescrite plus longue que celle recommandée dans la lombalgie pour un travail sédentaire	3	4
durée d'AT prescrite plus longue que celle recommandée dans la lombalgie pour un travail physique lourd	1	1
durée d'AT prescrite plus longue que celle recommandée dans la lombalgie (travail physique léger)	3	4
durée d'AT prescrite plus longue que celle recommandée dans la lombalgie	1	1
durée d'AT prescrite plus courte que celle souhaitée par le patient	1	1
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans les TAD	2	2
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans les pathologies virales	1	1
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans la lombalgie pour un travail physique modéré	3	3
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans la lombalgie pour un travail physique lourd	1	1
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans la lombalgie	3	6
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans la grippe	3	4
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée	4	11
durée d'AT inscrite sur le tableau comprise comme durée d'AT initiale	8	10
durée adaptée dans la grippe	3	3
dans les TAD liés au travail durée prescrite plus longue que celle recommandée	1	1
contradiction du médecin sur les durées de référence	1	1
Patient et AT	6	27
sentiment de pression exercé par le patient pour les AT	1	1
sentiment d'arrêt mérité par le patient car il cotise	1	1
possibilité pour le patient d'être contrôlé par l'employeur	1	1
possibilité pour le patient d'être contrôlé par la sécu	1	1
possibilité pour le patient d'être contrôlé	1	1
possibilité de contrôle connue par le patient	1	1
peur du patient d'être étiqueté en AT long	1	1
patient consulte pour un AT	1	1
patient consulte pour être soulagé	1	1
pas de notion de mérite dans la prescription d'AT	1	1
pas de demande de prolongation alors que la durée d'AT prescrite est plus courte que celle de référence	1	1
pas de conflit avec le patient sur durée d'AT si explication de la prescription	1	1

nécessité de responsabiliser les patients	1	2
l'habitude d'être arrêté facilement peut être délétère pour le patient	1	1
les patients viennent pour une prise en charge de leur pathologie pas forcément pour un AT	1	1
les patients ne viennent pas forcément pour un AT	1	1
habitude des patients à avoir un AT papier pour le donner à l'employeur	1	2
demande des patients de prendre en compte les jours de carences	1	1
demande de prolongation peu fréquente	2	2
culpabilité des patients quand AT long	1	1
attente des patients d'avoir un AT internet	1	1
AT d'une semaine permet au patient de réfléchir à sa maladie	1	1
abus des patients sur les arrêts de travail	1	2
limites des référentiels	10	88
trouve les durées de référence trop longues	1	1
toutes les pathologies traitées dans les référentiels ne concernent pas le MG	1	1
sortir la fiche crée un mur dans l'échange médecin patient	1	1
sentiment ne pas avoir besoin des référentiels pour le conseiller	1	1
sentiment d'être jugé par le patient de ne pouvoir prescrire un arrêt sans fiche	1	1
référentiels très formatés	1	1
référentiels sur les pathologies chirurgicales pas adaptés au MG	1	1
référentiels pas forcément adaptés au contexte	1	1
référentiels pas forcément adaptés à la médecine générale car réalisés par des experts n'ayant pas la même perception des patients que les MG	1	1
référentiels pas adaptés pour les TAD	1	1
référentiels ne prennent pas en compte le patient dans sa globalité	1	1
référentiels ne doivent pas être opposables par la sécu	1	1
référentiels difficile à suivre pour les pathologies chroniques	1	1
référentiels dans le TAD n'aide pas le médecin	2	2
référentiel non adapté dans la lombalgie	1	1
référentiel ne prend pas en compte les motifs cachés derrière certaines consultations	1	1
référentiel n'aide pas pour déterminer durée AT	1	1
référentiel comme utopie	1	1
problème de fonctionnement de l'espace pro	3	3
problème de clarté dans les référentiels sur la chirurgie	1	1
présentation des référentiels aberrante	1	1
pour les TAD fiches peu pertinentes	1	1
plus besoin de médecin si on fait rentrer les gens dans des cases	1	1
peu d'intérêt des référentiels dans la traumato	1	1
peu d'intérêt des notifications des fiches car c'est des choses déjà établies dans la pratique du médecin	2	2
peu d'intérêt des fiches papiers car concordent avec la pratique du médecin	1	1
peu d'intérêt de consulter les référentiels du fait du rapport bénéfice-temps	1	1
peu d'intérêt à différencier les lombalgies et les sciatiques dans les référentiels	1	1
perte de temps de sortir la fiche devant le patient	1	1
pathologies traitées moins intéressantes par le généraliste quand pas de prescription de l'AT initial	1	1
pas le temps de consulter les référentiels en dehors de l'espace pro	1	1
pas d'intérêt d'un référentiel sur les TAD	2	2
pas d'intérêt des référentiels pour la chirurgie pour les médecins généralistes	1	2
pas d'intérêt de rappeler la vaccination dans les notifications sur la fiche de la grippe	1	1
pas d'intérêt de préciser que ce sont des durées indicatives	1	1

pas d'intérêt à sortir le référentiel devant le patient	1	1
pas de grand intérêt à l'utilisation des référentiels	1	2
pas d'aide des référentiels	2	2
pas besoin de référentiels si on fait au mieux son travail	1	1
ne pense pas que les référentiels comme base de prescription soit indispensable	1	1
ne pas mettre les gens dans des cases	2	2
n'a rien appris en lisant les notifications	2	2
modifie la relation médecin patient	1	1
mauvaise présentation des pathologies chirurgicales dans les référentiels	0	0
manque un référentiel virose	1	1
manque de référentiel pour des maladies mal étiquetées	1	1
manque de pertinence des notifications sur les fiches car bon sens pour le médecin	2	2
manque de pertinence des fiches car mêmes notifications quelque-soit la pathologie	1	1
les référentiels n'aident pas dans la décision de reprise du travail au-delà de 6 mois	1	1
les notifications dans les TAD ne sont adaptées	1	2
inutilité des référentiels pour les troubles mentaux car dépend de la personne	1	1
intrusion de la sécu dans la pratique du médecin	1	1
homogénéiser la prescription d'AT	1	3
grosse différence de durée d'AT entre travail physique léger et modéré dans la lombalgie	2	3
grande variabilité des durées de référence dans la lombalgie	1	1
fiche mal faite	1	1
durées de référence parfois non adaptées	1	1
durée de référence parfois trop longue par rapport à la pathologie	1	1
difficulté lié à l'informatique	1	1
difficulté de montrer des référentiels sur les TAD au patient	1	1
difficulté de faire des référentiels sur les TAD	1	1
dans le référentiel pour la lombalgie les facteurs psycho-sociaux ne sont pas pris en compte	1	1
dans le référentiel pour la lombalgie les facteurs professionnels autres que physique ne sont pas pris en compte	1	1
critère de charge pour évaluer l'intensité du travail dans le référentiel sur la lombalgie très précis	1	1
critère de charge ne suffit pas pour la lombalgie	1	1
coût pour la sécu	1	3
aspect trop somatique des référentiels	1	1
aspect économique des référentiels	2	3
aberration d'avoir des référentiels de durée pour une pathologie car AT sera différent d'une personne à l'autre	1	1
le médecin et l'AT	0	0
reprise du travail	6	25
reprise supposée du travail par le patient si non revu	2	3
reprise du travail rapidement	3	6
reprise du travail difficile après AT long	1	1
reprise du travail compliquée dans certaines lombalgies	1	1
réévaluation pour reprise du travail	3	4
questionnement sur la reprise du travail uniquement pour les AT longs	1	1
peur d'être identifié comme gros prescripteur d'AT	1	1
n'évoque pas la reprise du travail dans le premier AT	1	4
dit au patient le réévaluer pour la reprise et non pour une prolongation	1	2
discute de la reprise du travail lors d'un AT	1	1
décision de reprise du travail par le médecin conseil	1	1

réévaluation	9	41
réévaluer pour voir évolution du patient	1	1
réévaluer pour prolongation	2	8
réévaluation semaine par semaine dans la lombalgie	1	1
réévaluation pour reprise du travail	3	4
réévaluation du patient	9	23
AT d'une semaine puis réévaluation du patient	1	1
AT court pour réévaluer quand simulation probable du patient	1	1
AT court dans la lombalgie pour réévaluation obligatoire du patient	1	1
1 semaine D'AT pour voir évolution du patient	1	1
prolongation	5	18
réévaluer pour prolongation	2	8
prolongation si justifiée	1	1
prolongation plus longue après AT initial court dans la lombalgie	1	1
pour la chirurgie prolongation d'AT fréquente par le médecin généraliste	2	3
possibilité de faire des prolongations post opératoires par le médecin généraliste	1	1
pas de prolongation d'AT sans réévaluation	1	1
pas de mention de prolongation lors de l'AT initial	1	1
AT plus court quitte à prolonger	2	2
pratique de prescription	9	57
souhait de faire des AT courts	1	1
prescription pas plus rapide avec l'espace pro	1	1
prescription fréquente d'AT via l'espace pro	2	2
prescription d'AT uniquement sur formulaire papier	2	2
prescription d'AT sur l'espace pro	1	1
prescription d'AT sur formulaire papier	3	3
prescription AT sur l'espace pro permet de garder une trace des durées	1	1
Pour la chirurgie arrêt initial prescrit par le chirurgien	4	6
pas de prise en compte du cout pour la sécu lors prescription AT	1	1
pas de menace de contrôle par le médecin	1	1
pas d'AT sur formulaire papier	1	1
pas d'arrêt de complaisance	1	4
n'évalue pas la charge mais plutôt le type de travail dans la lombalgie	1	1
ne prolonge pas un AT pour faire la jonction avec le week-end	1	1
ne prend pas en compte le type de travail	1	1
le médecin doit fixer des objectifs avec sa prescription d'AT	1	2
intérêt de faire intervenir le médecin du travail	1	1
en cas de doute recherche sur internet	1	1
durée d'AT hors référentiels quand le MG ne sait pas déterminer le type d'emploi	1	1
durée d'AT arbitraire surtout en début d'exercice	1	1
durée d'AT arbitraire pour les angines	1	1
durée d'AT arbitraire pour le canal carpien	1	1
dans la lombalgie AT d'un jour juste pour justifier l'absence du jour	1	1
contradiction du médecin sur les durées d'AT	2	3
contradiction du médecin sur la prise en compte de la situation familiale dans la prescription d'AT	1	1
balise le parcours de soin	1	1
AT uniquement sur formulaire papier car pas encore d'accès à l'espace pro	1	1
AT systématiquement via l'espace pro	1	1

AT sur formulaire papier si le patient le souhaite	1	1
AT sur formulaire papier si impossibilité sur l'espace pro en fonction de la caisse	1	1
AT sur formulaire papier si problème fonctionnement espace pro	1	1
AT est un outil thérapeutique	4	6
AT d'une semaine pour voir évolution dès qu'on sort de la pathologie infectieuse ou rhumato	1	1
AT a la demande du patient	1	1
a l'habitude de prescrire AT sur l'espace pro	2	2
a l'habitude de prescrire les AT sur formulaire papier	1	1
difficulté de prescription	8	36
rôle du médecin déculpabiliser le patient lors AT long	1	1
relation conflictuelle avec la sécu	1	1
problématique de la prescription d'AT dans une lombalgie se chronicisant	1	1
poste de travail peu connu par le médecin	1	2
peur de prescrire des AT trop longs	1	1
peur de l'image renvoyée par les médias sur la prescription des AT par le médecin généraliste	1	1
peur de la réprimande si trop de prescription d'AT	1	1
peur d'avoir un rappel à l'ordre de la sécu si trop de prescription d'AT	1	2
pas de notion de mérite dans la prescription d'AT	1	1
ne veut pas se faire remarquer par la sécu pour sa prescription d'AT	1	1
ne sait pas quelle durée d'AT prescrire pour une tendinopathie de la coiffe	1	1
ne sait parfois pas quelle durée d'AT prescrire	1	1
les médecins spécialistes doivent faire les AT de leur patient	2	2
le médecin va travailler même malade	2	2
incapacité du médecin à évaluer la charge portée par le patient	1	1
garder une distance avec le patient	1	1
faire des arrêts sympas mais en remettant vite les gens au travail	1	1
expliquer que la durée de l'AT est dans l'intérêt du patient	1	1
estimation de la durée d'arrêt par le patient	1	3
difficulté ressentie par le médecin à déterminer les durées d'AT car dépendent de nombreux paramètres	1	1
difficulté à standardiser les AT	1	1
difficulté à prévoir l'évolution dans les tendinites	1	1
difficulté à ne pas céder aux demandes des patients	1	1
difficulté à déterminer le type d'emploi par le médecin	1	1
difficulté à changer ses habitudes	1	1
déterminer une durée d'AT s'acquiert avec l'expérience	1	1
complexité des AT papier	1	1
augmentation des charges administratives imposées par la sécu	1	1
AT suffisant pour que le patient se sente écouté	1	1
ambivalence du médecin entre être sympa et remettre rapidement au travail	1	1
influence des référentiels sur la pratique du médecin	9	47
ne modifie pas sa pratique	9	38
pas de concordance avec la pratique du médecin	4	5
ne regarde pas les référentiels devant le patient car les connaît	1	1
ne modifie pas sa pratique	4	4
les notifications des fiches concordent avec la pratique du médecin	3	5
concordance avec la pratique du médecin	9	23
modifie sa pratique	4	9
volonté de prescrire des durées plus courtes que celles recommandées	1	1

volonté de ne pas dépasser les durées de référence	1	1
prescription d'AT plus long qu'initialement envisagé après avoir consulté les référentiels	2	3
modifie sa pratique	1	2
essaie de suivre les durées de référence	1	2
Facteurs influençant la prescription d'arrêt de travail	10	199
se fie à son jugement personnel	4	6
prise en compte du week-end si les gens travaillent	1	1
prise en compte du trajet domicile travail	3	4
prise en compte du souhait du patient	3	3
prise en compte du ressenti du patient	1	2
prise en compte du patient dans sa globalité	3	4
prise en compte du jour de la semaine	7	9
prise en compte du délai de convocation par le médecin conseil	1	1
prise en compte du délai d'attente pour voir un spécialiste	1	2
prise en compte du délai d'action du traitement médicamenteux	3	7
prise en compte du comportement du patient	1	1
prise en compte des vacances du patient	1	1
prise en compte des référentiels	1	1
prise en compte des jours de carences en fonction de la situation économique du patient	1	1
prise en compte des démarches administratives du patient	1	2
prise en compte des contraintes physiques dans la lombalgie	2	5
prise en compte des conditions de travail	8	16
prise en compte des complications	1	1
prise en compte des comorbidités	4	5
prise en compte de l'examen clinique	6	9
prise en compte de l'évolution du patient	1	1
prise en compte de l'évaluation du patient à aller travailler	1	2
prise en compte de l'environnement du patient	2	2
prise en compte de l'avis du médecin conseil	1	1
prise en compte de l'avis du médecin du travail	1	3
prise en compte de l'avis des professionnels de santé	3	5
prise en compte de l'avenir du patient	1	1
prise en compte de l'âge	2	2
prise en compte de la situation familiale (enfants)	4	5
prise en compte de la situation clinique	8	27
prise en compte de la profession	10	31
prise en compte de la pression exercée par le patient	1	1
prise en compte de la pathologie	1	1
prise en compte de la douleur	1	1
prise en compte de la contagiosité	1	1
prise en compte de la charge dans la lombalgie	2	2
prise en compte de ce que dit le patient	2	2
nécessité de réévaluer le patient influence la durée d'AT	1	1
mise en jeu de la relation médecin patient dans la prescription d'AT	1	2
influence du moment de la journée dans la prescription d'AT	1	1
influence des jours de carence	1	1
influence de l'humeur du médecin dans la prescription AT	1	1
influence de la fatigue du médecin dans la prescription d'AT	1	1

influence de la charge de travail du médecin dans la prescription d'AT	1	1
inconsciemment quand le médecin connaît bien le patient AT possiblement plus long	1	1
en dehors des pathologies courantes avise en fonction du patient	1	1
durée d'AT plus longue pour ne pas pénaliser le patient sur ses IJ	1	1
durée d'AT longue dans l'attente de voir un spécialiste	1	1
durée d'AT fonction de la durée nécessaire pour rétablissement	1	1
durée d'AT est fonction de la cause dans les TAD	5	5
durée d'AT dépend du type de population	3	3
discussion avec le patient quand n'a pas d'idée de durée d'AT	1	1
concertation pluridisciplinaire pour AT	1	1
avis spécialiste	1	2
avis d'autres professionnels de santé si situation complexe	1	2
AT volontairement long pour que le patient soit convoqué dans les situations complexes	1	3
Espace pro	10	45
utilisation de l'espace pro	10	32
sait qu'on peut prescrire un AT via l'espace pro	4	5
sait que les référentiels s'affichent sur l'espace pro	5	8
possibilité de prescrire les AT via l'espace pro	1	2
pas le réflexe d'utiliser l'espace pro pour les arrêts	1	4
n'utilise plus l'espace pro depuis le nouveau projet de loi santé	1	1
n'utilise plus l'espace pro car grève administrative	1	2
n'utilise plus l'espace pro	1	3
n'utilise pas l'espace pro pour la prescription d'arrêt	2	2
n'utilise pas l'espace pro car ne veut pas faire le travail de la sécu	1	1
n'a pas encore accès à l'espace pro	1	1
impossibilité de faire des AT via l'espace pro pour les patients qui ne dépendent pas de la CPAM	1	1
AT sur l'espace pro une fois l'année pour être payé par la sécu	1	1
accès récent à son espace pro	1	1
Aide de l'espace pro	4	13
mémorisation plus facile des référentiels du fait de l'affichage automatique sur l'espace pro	2	2
l'espace pro aide car tout est préenregistré	1	2
l'affichage automatique des référentiels sur l'espace pro oblige à s'interroger lors de la prescription d'AT	1	1
l'affichage automatique des référentiels sur l'espace pro incite le médecin à les regarder	1	1
habitude de faire AT sur espace pro car plus facile	1	1
diminution de la paperasse grâce à l'informatique	1	1
AT simplifié via espace pro	1	1
aide possible de l'espace pro	1	3
aide de l'espace pro pour les démarches administratives du patient	1	1
Connaissance des référentiels	10	110
ne connaît pas ou peu les référentiels	9	30
pense qu'il y a une proposition de durée d'AT pour toutes les pathologies sur l'espace pro	1	1
ne sait pas qu'il y a un référentiel pour le canal carpien	1	1
ne sait pas que les référentiels sont disponibles sur le site ameli	1	1
ne sait pas que les référentiels sont disponibles sur ameli.fr	2	2
ne sait pas que les durées de référence apparaissent sur l'espace pro	1	1
ne connaît pas l'existence des référentiels sous forme de fiches mais que les tableaux	1	1
ne connaît pas les référentiels	1	1
ne connaît pas les pathologies traitées dans les référentiels	1	2

ne connaît pas les durées de référence pour la gastro	1	2
ne connaît pas le référentiel sur les TAD	1	1
ne connaît pas la présentation des fiches	3	3
n'a pas mémorisé toutes les pathologies traitées	3	4
n'a pas mémorisé les durées de référence	2	4
n'a pas consulté les référentiels directement	1	2
n'a pas consulté les fiches papiers	1	1
n'a jamais lu les fiches référentielles	1	1
n'a jamais lu le référentiel sur les TAD	1	1
n'a jamais consulté les référentiels sur ameli.fr	1	1
interrogation sur les référentiels	4	9
volonté de limiter les durées d'arrêts par la sécu	1	1
volonté de limiter les AT par la sécu	1	1
volonté de limiter les abus par la sécu	1	1
meilleur fonctionnement du système de santé	1	1
interrogation sur le cout des référentiels	1	1
interrogation sur le choix des pathologies traitées	1	1
interrogation sur la cible des référentiels	1	1
interrogation sur la base des référentiels	1	1
interrogation du but de ces référentiels	1	1
connaît les référentiels	10	47
présentation une fois des référentiels	1	2
consulte les référentiels	1	1
connaît vaguement la présentation des fiches	1	1
connaît quelques pathologies traitées dans les référentiels	8	12
connaît quelques durées de référence	5	7
connaît peu les référentiels	1	1
connaît les référentiels	8	13
connaît la présentation des fiches	2	2
connaît la durée de référence pour la grippe mais n'en tient pas compte	1	1
connaît la durée de référence de la grippe	1	1
aberration d'un référentiel sur la grippe car pas de diagnostic de certitude en consultation	1	1
a consulté les référentiels sur les entorses	1	1
a consulté les référentiels pour s'occuper	1	1
a consulté les référentiels par curiosité	1	1
a consulté le référentiel sur la lombalgie	1	1
a consulté le référentiel sur la gastro	1	1
comment le médecin a pris connaissance des référentiels	9	24
référentiels papiers envoyés par courrier par la CPAM	1	1
présentation des référentiels via un délégué de la sécu	2	2
première information sur les référentiels via fiche papier	1	1
connaît les référentiels via un maître de stage	1	1
connaît les référentiels via l'espace pro	4	6
connaît les référentiels via ameli.fr	1	1
connaît les référentiels uniquement via l'espace pro	3	3
a trouvé les référentiels via un moteur de recherche internet	1	1
a eu les référentiels sous forme papier	2	2
a eu les fiches via délégué de la sécu	2	2

a eu des fiches papiers sur des pathologies aigues	1	1
a consulté les référentiels sous forme papier	2	3
AT et TAD	10	46
TAD dans le cadre du travail	2	2
référentiels pas adaptés pour les TAD	1	1
référentiels dans le TAD n'aide pas le médecin	2	2
pour les TAD fiches peu pertinentes	1	1
pas d'intérêt d'un référentiel sur les TAD	2	2
pas de consultation spécialisée au début d'AT dans TAD	1	1
pas d'AT systématique dans les TAD	2	2
pas d'AT si TAD en rapport avec problème domestique	1	1
pas d'AT de 14 jours d'emblée dans les TAD	1	1
ne pense pas à contacter le médecin du travail si TAD lié au travail	1	1
motif caché de consultation derrière les TAD	1	1
maintien d'une vie sociale et professionnelle dans les TAD	1	1
les notifications sur la fiche des TAD rappellent l'importance de la relation médecin patient	1	1
les notifications dans les TAD ne sont adaptées	1	2
durée recommandée trop courte pour TAD liés au travail	1	2
durée difficile à standardiser dans la dépression	1	1
durée des référentiels concorde avec le délai d'efficacité du traitement dans le TAD	1	1
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans les TAD	2	2
durée d'AT est fonction de la cause dans les TAD	5	5
difficulté de montrer le référentiel sur les TAD au patient	1	1
difficulté de faire des référentiels sur les TAD	1	1
difficulté à prévoir l'évolution dans les TAD	1	1
dans les TAD liés au travail durée prescrite plus longue que celle recommandée	1	1
dans les TAD liés au travail AT d'une semaine sachant pertinemment que ce sera insuffisant	1	1
dans les TAD AT plus court pour réévaluation du patient	1	1
dans les référentiels pas d'AT systématique préconisé pour les TAD	1	1
AT long dans les TAD liés au travail	1	1
AT initial de 7 jours dans les TAD	2	3
AT initial de 7 à 15 jours dans les TAD	1	1
AT d'un mois pour les TAD liés au travail	1	1
AT de 14 jours trop court dans les TAD liés au travail	1	1
AT de 14 jours dans les TAD	1	1
AT court dans les TAD pour réévaluation obligatoire du patient	1	1
AT et lombalgie	10	90
utilisation des référentiels pour la lombalgie	1	1
trouve le référentiel sur la lombalgie intéressant	1	1
référentiel non adapté dans la lombalgie	1	1
réévaluation semaine par semaine dans la lombalgie	1	1
prolongation plus longue après AT initial court dans la lombalgie	1	1
problématique de la prescription d'AT dans une lombalgie se chronicisant	1	1
prise en compte du facteur psychologique pour la lombalgie dans les référentiels	1	1
prise en charge psychologique dans la lombalgie	2	3
pour la lombalgie ne demande pas au patient la charge qu'il porte	1	1
patient demandeur d'AT initial plus long dans la lombalgie	1	1
pas d'AT systématique dans la lombalgie	1	1

pas d'AT d'un jour dans la lombalgie car insuffisant	1	1
pas d'AT de 35 jours d'emblée dans la lombalgie	7	7
pas d'AT de 15 jours d'emblée dans la lombalgie	1	1
pas d'AT de 14 jours d'emblée dans la lombalgie	2	2
lombalgie sur port de charge lourde	1	1
lombalgie comme symptôme d'un problème psychologique	1	1
lombalgie chronique sur composante psychologique	1	1
lombalgie chronique	1	1
intérêt de connaître la durée moyenne d'AT pour la lombalgie	1	1
grosse différence de durée d'AT entre travail physique léger et modéré dans la lombalgie	2	3
grande variabilité des durées de référence dans la lombalgie	1	1
en général reprise du travail au bout de 2 semaines dans la lombalgie	1	1
durées de référence trop longues dans la lombalgie	1	1
durée d'AT prescrite plus longue que celle recommandée dans la lombalgie pour un travail sédentaire	3	4
durée d'AT prescrite plus longue que celle recommandée dans la lombalgie pour un travail physique lourd	1	1
durée d'AT prescrite plus longue que celle recommandée dans la lombalgie (travail physique léger)	3	4
durée d'AT prescrite plus longue que celle recommandée dans la lombalgie	1	1
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans la lombalgie pour un travail physique modéré	3	3
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans la lombalgie pour un travail physique lourd	1	1
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans la lombalgie	3	6
détermine le type de travail à son jugement dans la lombalgie	1	1
dans le référentiel pour la lombalgie les facteurs psycho-sociaux ne sont pas pris en compte	1	1
dans le référentiel pour la lombalgie les facteurs professionnels autres que physique ne sont pas pris en compte	1	1
dans la lombalgie reprise du travail plus facile si AT plus court	1	1
dans la lombalgie minimum 3 jours d'AT si le médecin estime que le patient ne peut pas travailler	1	1
dans la lombalgie AT d'un jour juste pour justifier l'absence du jour	1	1
critère de charge pour évaluer l'intensité du travail dans le référentiel sur la lombalgie très précis	1	1
critère de charge ne suffit pas pour la lombalgie	1	1
complexité de la lombalgie	1	1
AT plus long que celui recommandé dans la lombalgie pour un travail sédentaire	1	1
AT plus court dans la lombalgie pour obliger les patients à débuter rapidement la rééducation	1	1
AT nécessaire dans la lombalgie même pour un travail sédentaire	1	1
AT long dans la lombalgie si besoin de rééducation	1	1
AT initial plutôt court dans la lombalgie	1	1
AT d'une semaine dans la lombalgie quand ne sait pas le type de travail du patient	1	1
AT d'une semaine dans la lombalgie	3	7
AT de plus de 35 jours possible dans la lombalgie pour un travail physique lourd	1	1
AT de 3 jours minimum dans la lombalgie	1	1
AT de 3 à 7 jours dans le cadre d'un travail physique modéré dans la lombalgie	1	1
AT de 2-3 jours dans la lombalgie	2	2
AT de 15 jours si composante psychologique ou plurifactorielle dans la lombalgie	1	1
AT de 15 jours max d'emblée dans la lombalgie	1	1
AT de 10 jours dans la lombalgie	1	1
AT court dans la lombalgie pour réévaluation obligatoire du patient	1	1
arrêt long dans la lombalgie si composante psychologique	1	1
arrêt initial de 7 jours pour une lombalgie	1	1

aberration de notifier que la lombalgie ne nécessite pas forcément un arrêt de travail	1	1
4 à 5 jours d'arrêt initial dans la lombalgie commune	1	1
AT et grippe	7	18
durée d'AT prescrite plus courte que celle recommandée dans la grippe	3	4
durée adaptée dans la grippe	3	3
conseil de vaccination anti grippal pour les patients à risque	1	1
AT initial d'1 à 2 jours dans la grippe	1	1
AT d'un jour pour la grippe	1	2
AT de 5 jours pour une vraie grippe	6	7
Aides des référentiels	9	110
s'appuie sur les hautes autorités de santé pour justifier sa durée d'AT	1	1
référentiels opposables en cas de désaccord avec un confrère	1	1
référentiels opposable au patient	1	2
référentiels déculpabilisent le médecin sur sa durée d'AT prescrite si reste dans les durées de référence	1	1
référentiels comme base de prescription AT	4	5
référentiel permet d'évaluer sa pratique	1	1
référentiel comme signe d'alerte dans les pathologies chroniques	1	1
référentiel comme cadre directeur	1	3
référentiel comme argument supplémentaire	2	2
référentiel comme alerte si la durée recommandée est dépassée	1	2
prescription d'AT d'une durée légalement autorisée	1	2
outil accessible si besoin	1	1
limiter les arrêts de travail initiaux longs	1	2
les référentiels déculpabilisent le médecin par rapport au coût de santé	1	1
justification par le médecin de la durée de l'AT par les durées établies par la sécu	3	3
justification médicale de durée des arrêts	2	2
imposer une durée d'AT au patient	1	1
homogénéiser la prescription d'AT	1	3
éviter les arrêts initiaux longs	1	1
encadrer la prescription des arrêts de travail initiaux	2	3
coût pour la sécu	1	3
baromètre d'AT pour le médecin	3	6
augmente la crédibilité du médecin vis à vis du patient	1	1
aspect rassurant des référentiels	3	6
aspect économique des référentiels	2	3
aide pour ne pas céder aux demandes du patient	2	3
aide pour les médecins qui n'ont pas d'idée pour les durées	4	5
aide pour les demandes abusives	4	8
aide pour expliquer les durées d'arrêt au patient	3	5
aide possible si doute	1	2
aide possible pour déterminer une durée d'arrêt	4	7
aide possible en début d'exercice	2	5
aide possible des référentiels pour certains médecins	1	1
aide possible des référentiels	3	6
aide possible des notifications des fiches pour le médecin à être systématique	1	1
aide par rapport au patient	2	4
aide des référentiels pour la traumato	1	1
aide des référentiels dans les maladies infectieuses	2	2

aide des référentiels car on peut le montrer aux patients	1	1
aide dans les situations conflictuelles avec le patient	2	2

ANNEXE 9 Caractéristiques démographiques des médecins interviewés

MÉDECINS	AGE	SEXÉ	DÉPARTEMENT	EXERCICE	CABINET	FORMATION AT	NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR JOUR
M1	36	Homme	Maine-et-Loire	Rural	MSP	0	15-20
M2	59	Homme	Mayenne	Urbain	GROUPE	FMC	35
M3	31	Homme	Maine-et-Loire	Urbain	GROUPE	0	30-40
M4	29	Femme	Maine-et-Loire	Semi-rural	GROUPE	INITIALE	20-25
M5	42	Femme	Maine-et-Loire	Semi-rural	MSP	Stage CPAM	20-25
M6	40	Homme	Mayenne	Rural	MSP	0	30-35
M7	54	Homme	Sarthe	Semi-rural	GROUPE	0	30
M8	30	Homme	Mayenne	Rural	MSP	INITIALE	20-25
M9	61	Femme	Sarthe	Urbain	SEULE	0	35
M10	35	Femme	Maine-et-Loire	Semi-rural	SEULE	INITIALE	20

ANNEXE 10 Questionnaire

Données socio-démographiques

>[]Quel âge avez-vous ? *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

>[]Vous êtes : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Un homme Une femme

>[]Dans quel département exercez-vous ? *

- Maine et Loire Mayenne Sarthe

>[]Dans quel type de cabinet exercez-vous ? *

- Seul(e) Groupe Maison ou pôle de santé pluridisciplinaire

>[]Si vous exercez en maison ou pôle de santé, êtes-vous plusieurs médecins au sein de cette structure ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Maison ou pôle de santé pluridisciplinaire' à la question '4 [cabinet]' (Dans quel type de cabinet exercez-vous ?)

- Oui Non

>[]Quel est votre type d'exercice ? *

- Urbain Semi-rural Rural

>[]Avez-vous eu une formation sur les arrêts de travail ? *

- Initiale (études) Formation Médecine Continue Aucune Autre:

>[]Quel est votre nombre moyen de consultations par jour ? *

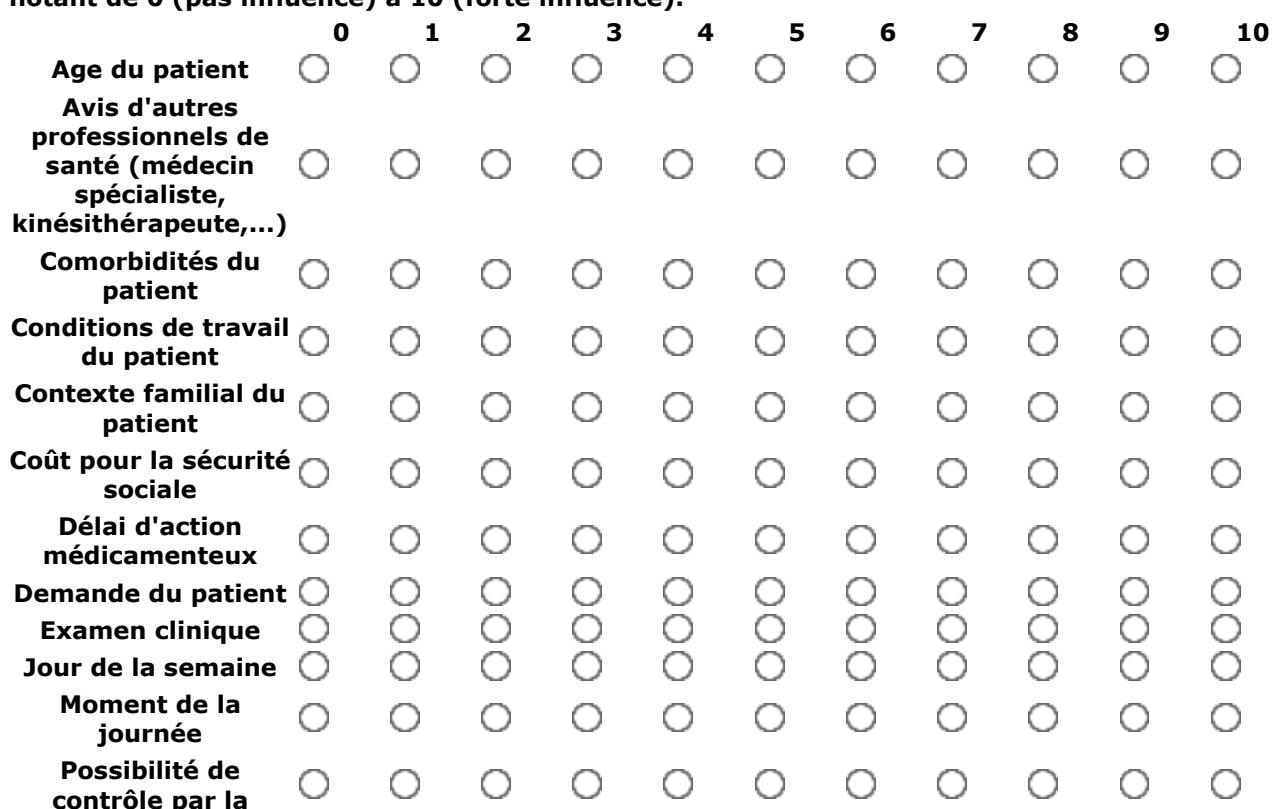
- Moins de 20 Entre 20 et 30 Plus de 30

Prescription d'arrêt de travail

>[]Utilisez-vous l'espace pro pour vos prescriptions d'arrêts de travail ? *

- Jamais Parfois Souvent Toujours

>[]Evaluez l'influence des facteurs suivants dans votre prescription d'arrêt de travail en les notant de 0 (pas influence) à 10 (forte influence). *



	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sécurité sociale											
Profession du patient	<input type="radio"/>										
Référentiels de durée d'arrêt de travail établis par la sécurité sociale	<input type="radio"/>										
Relation médecin-patient	<input type="radio"/>										
Votre expérience	<input type="radio"/>										

Référentiels

>[]Connaissez-vous les référentiels de durée des arrêts de travail établis par la CPAM ? *

- Oui
- Non

>[]Comment ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '11 [connaissance]' (Connaissez-vous les référentiels de durée des arrêts de travail établis par la CPAM ?)

- Courrier de la CPAM
- Délégué médical de la CPAM
- Internet via le site AMELI
- Espace pro
- Formation initiale
- Formation médicale continue
- Collègues
- Autre:

>[]Utilisez-vous les référentiels de durée d'arrêt de travail dans votre pratique ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '11 [connaissance]' (Connaissez-vous les référentiels de durée des arrêts de travail établis par la CPAM ?)

- Oui
- Non

>[]Sous quelle forme ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [utilisation]' (Utilisez-vous les référentiels de durée d'arrêt de travail dans votre pratique ?)

- Forme de fiche (papier ou site ameli)
- Espace pro

>[]A quelle fréquence ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [utilisation]' (Utilisez-vous les référentiels de durée d'arrêt de travail dans votre pratique ?)

- Rarement
- Après mémorisation vous n'y revenez pas
- Souvent
- Toujours

>[]Pour quelle(s) pathologie(s) ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [utilisation]' (Utilisez-vous les référentiels de durée d'arrêt de travail dans votre pratique ?)

- Interventions chirurgicales et/ou soins post opératoires
- Maladies virales et bactériennes
- Pathologies cardio-vasculaires
- Rachialgies
- Traumatismes
- Troubles mentaux

- Troubles ostéo-articulaires

>[]En quoi les référentiels peuvent-ils aider ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [utilisation]' (Utilisez-vous les référentiels de durée d'arrêt de travail dans votre pratique ?)

- Aider comme alerte si la durée recommandée est dépassée
- Aider comme base de prescription
- Aider dans les situations conflictuelles avec le patient
- Aider en début d'activité
- Aider pour expliquer les durées d'arrêt aux patients
- Aider pour les demandes abusives
- Aspect économique des référentiels
- Aspect rassurant des référentiels
- Augmenter la crédibilité du médecin vis-à-vis du patient
- Avoir une idée de la durée d'arrêt de travail en cas de doute
- Décupabiliser sur la durée d'arrêt
- Encadrer la prescription d'arrêt de travail
- Evaluer sa pratique sur la prescription d'arrêts
- Homogénéiser les pratiques
- Justification légale de la prescription
- Justification médicale de la prescription (sécurité sociale et hautes autorités de santé)
- Limiter les arrêts longs
- Opposable au patient
- Autre:

>[]Quelles sont les limites des référentiels ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [utilisation]' (Utilisez-vous les référentiels de durée d'arrêt de travail dans votre pratique ?)

- Aspect économique des référentiels
- Aspect trop somatique des référentiels
- Défaut de fonctionnement de l'espace pro
- Durée toujours à apprécier en fonction du patient
- La forme et le contenu ne vous conviennent pas
- Homogénéisent les pratiques
- Inutile pour les pathologies psychiatriques
- Manque de référentiels pour certaines pathologies
- Médecin généraliste pas concerné par toutes les pathologies
- Modifient la relation médecin-patient
- Ne doivent pas être opposable par la sécurité sociale aux médecins
- Pas de prise en compte des motifs cachés de certaines consultations
- Perte de temps
- Sentiment d'être jugé par le patient de ne pas pouvoir prescrire un arrêt sans fiche
- Autre:

[]Pour quelle(s) pathologie(s) manque-t-il un/des référentiel(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '18 [limites]' (Quelles sont les limites des référentiels ?)

[]Cela a-t-il changé la durée de vos prescriptions ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [utilisation]' (Utilisez-vous les référentiels de durée d'arrêt de travail dans votre pratique ?)

- Oui
- Non

[]Vous diriez que vos durées sont : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [utilisation]' (Utilisez-vous les référentiels de durée d'arrêt de travail dans votre pratique ?) et La réponse était 'Oui' à la question '20 [changtduree]' (Cela a-t-il changé la durée de vos prescriptions ?)

- Plus courtes
- Plus longues

[]Pourquoi ne les utilisez-vous pas ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '11 [connaissance]' (Connaissez-vous les référentiels de durée des arrêts de travail établis par la CPAM ?) et La réponse était 'Non' à la question '13 [utilisation]' (Utilisez-vous les référentiels de durée d'arrêt de travail dans votre pratique ?)

- Aspect économique des référentiels
- Aspect trop somatique des référentiels
- Contexte politique
- Durée toujours à apprécier en fonction du patient
- Homogénéisent les pratiques
- La forme et le contenu ne vous conviennent pas
- Modifient la relation médecin-patient
- Parce que vous vous fiez à votre jugement personnel
- Pas de prise en compte des motifs cachés de certaines consultations
- Pas l'habitude ou le réflexe
- Perte de temps
- Peur d'être identifié comme mauvais prescripteur si non-respect de ces durées indicatives
- Problème d'accès à l'espace pro
- Sentiment d'intrusion de la sécurité sociale dans votre pratique
- Sentiment de ne pas avoir besoin des référentiels
- Vous trouvez que les durées ne sont pas adaptées
- Autre:

Pathologies traitées

[]Trouvez-vous que les pathologies traitées vous soient utiles en tant que médecin généraliste en les notant de 0 (pas d'utilité) à 10 (forte utilité) ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '11 [connaissance]' (Connaissez-vous les référentiels de durée des arrêts de travail établis par la CPAM ?)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Interventions chirurgicales et/ou soins post opératoires	<input type="radio"/>										
Maladies virales et bactériennes	<input type="radio"/>										
Pathologies cardio-	<input type="radio"/>										

ANNEXE 11 Aval comité d'éthique



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
auarmand@chu-angers.fr

Angers, le 4 mars 2016

A Mme ADOLPHE E.
A Mr MEN VU Thi

Cher Collègue,

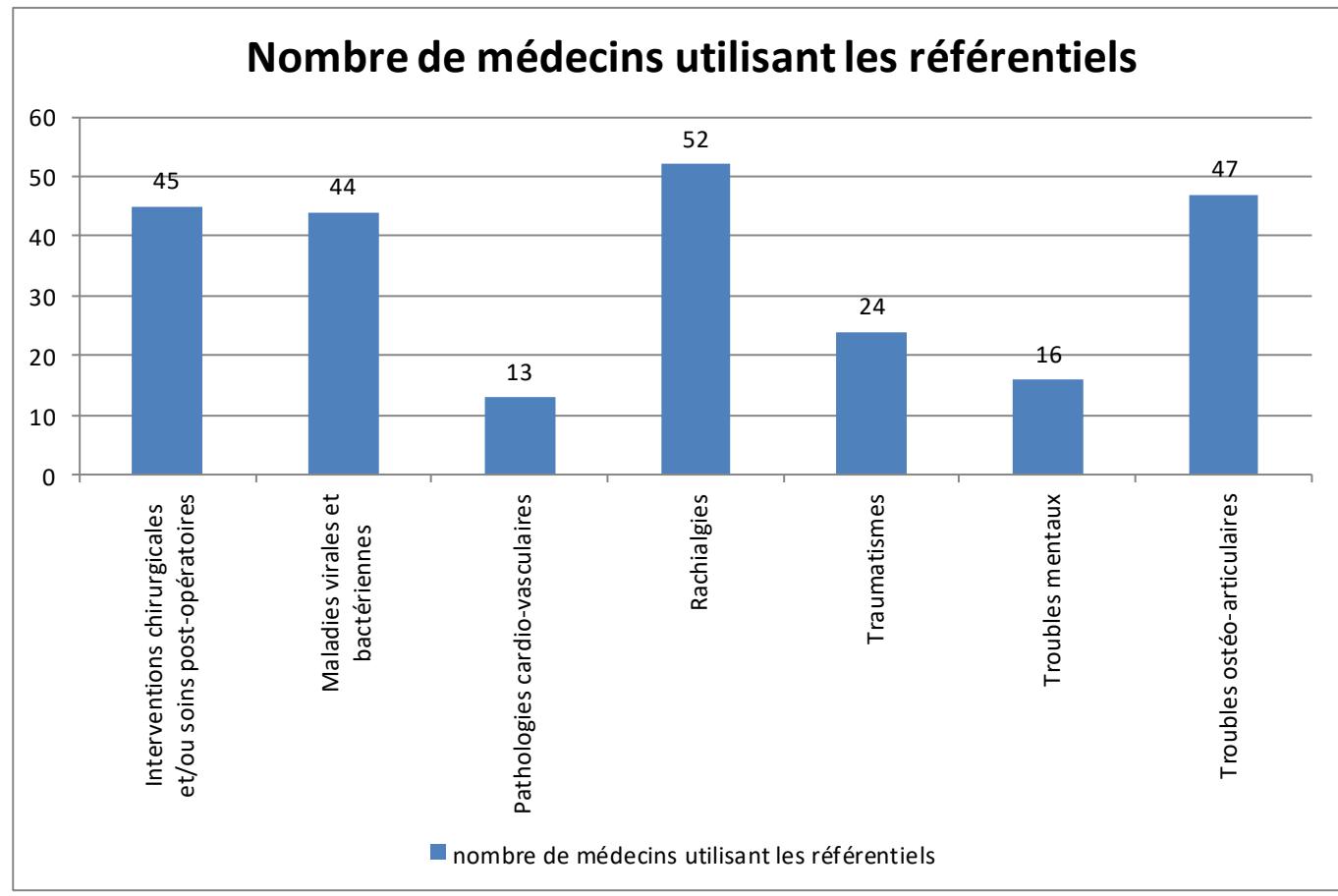
Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 10 février 2016 votre projet : « *Perception des médecins généralistes concernant les référentiels de durée des arrêts de travail établis par la CPAM.* » enregistré sous le numéro 2016/19.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre étude ne soulève pas d'interrogation éthique.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

ANNEXE 12 Utilisation des RDAT par les médecins selon les pathologies

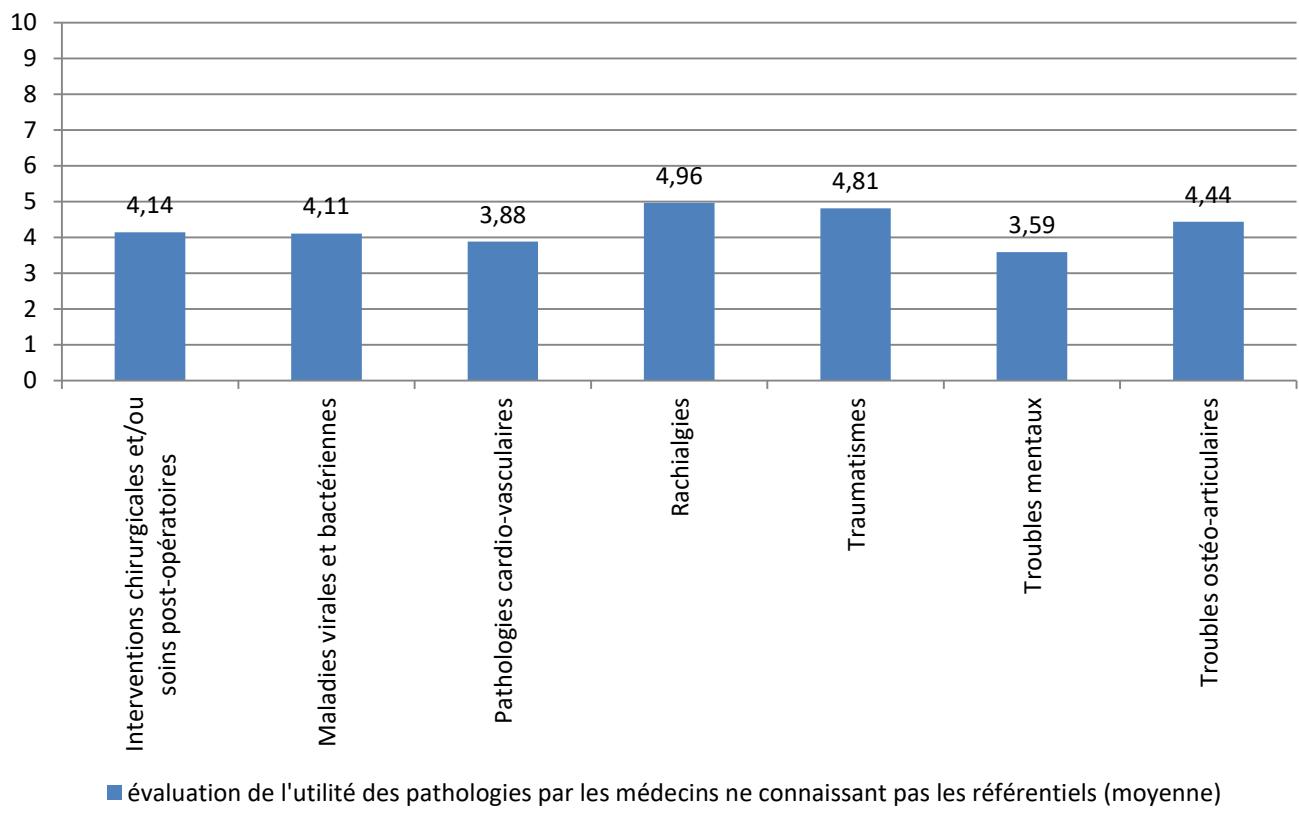


ANNEXE 13 Raisons pour lesquelles les MG n'utilisent pas les RDAT alors qu'ils les connaissent

Pourquoi vous ne les utilisez pas ?	% (n)
1. Durée toujours à apprécier en fonction du patient	86,1% (n=56)
2. Pas de prise en compte des motifs cachés de certaines consultations	53,2% (n=34)
3. Parce que vous vous fiez à votre jugement personnel	38,4% (n=25)
4. -Aspect trop somatique des référentiels -Vous trouvez que les durées ne sont pas adaptées	33,8% (n=22)
5. Sentiment d'intrusion de la sécurité sociale dans votre pratique	27,7% (n=18)
6. -Sentiment de ne pas avoir besoin des référentiels -La forme et le contenu ne vous conviennent pas	20% (n=13)
7. Pas l'habitude ou le réflexe	16,9% (n=11)
8. -Aspect économique des référentiels -Problème d'accès à l'espace pro	15,4% (n=10)
9. Homogénéisent les pratiques	12,3% (n=8)
10. Modifient la relation médecin-patient	9,2% (n=6)
11. Perte de temps	7,7% (n=5)
12. Contexte politique	6,1% (n=4)
13. Peur d'être identifié comme mauvais prescripteur si non-respect de ces durées indicatives	1,5% (n=1)
Autres :	
<ul style="list-style-type: none"> -Ubu roi -A bas la normativité -Pour 1 taper 1 pour 2 taper 2 -Je suis souvent d'accord en pratique sur les référentiels mais je prescris souvent moins car je déduis les jours déjà passés de la maladie -Si cela pose problème, le médecin conseil se chargera à l'avenir des AT -Trop rigide 	

ANNEXE 14 Évaluation de l'utilité des RDAT selon les pathologies par les médecins ne les connaissant pas

Évaluation de l'utilité des pathologies par les médecins ne connaissant pas les référentiels



Connaissance, utilisation et perception des médecins généralistes concernant les référentiels de durée des arrêts de travail établis par l'Assurance maladie.**RÉSUMÉ**

Contexte : En réponse à l'augmentation des dépenses de santé et notamment des indemnités journalières, l'Assurance maladie établi des référentiels de durée d'arrêt de travail.

Objectif : Explorer la connaissance, l'utilisation et la perception des médecins généralistes sur les référentiels de durée des arrêts de travail établis par l'Assurance maladie.

Méthode : Etude mixte, avec d'abord une partie qualitative comprenant 10 entretiens semi-dirigés menés auprès de 10 médecins généralistes. Puis une partie quantitative avec un questionnaire, construit à partir des résultats qualitatifs, distribué aux maîtres de stage universitaires de la subdivision d'ANGERS.

Résultats : Sur les 162 médecins inclus, 135 (83,8 %) connaissaient ces référentiels et 70 (43,2 %) les utilisaient. L'utilisation de l'espace pro augmente l'utilisation des référentiels ($p = 0.0028$). La connaissance des référentiels n'influence que très peu les durées d'arrêt de travail prescrites par les médecins. En effet, les référentiels sont perçus comme une aide pour déterminer une durée mais surtout par rapport au patient en cas de désaccord.

Conclusion : La prescription d'un arrêt de travail qui est un exercice difficile ne peut se baser uniquement sur les référentiels du fait de la singularité du patient et de la complexité d'une consultation de médecine générale.

Mots-clés : référentiel, arrêts de travail, sécurité sociale, médecin généraliste

Knowledge, use and perception of general practitioners on the reference frames of duration of sick leave establish by the Health insurance.**ABSTRACT**

Context: In answer to the increase in the health expenditure and in particular in the daily allowances, the Health insurance established reference frames of duration of sick leave.

Objective: To explore the knowledge, the use and the perception of general practitioners on the reference frames of duration of the sick leave establish by the Health insurance.

Methods: Mixed study, with initially a qualitative part including 10 semi-directed talks carried out near 10 general practitioners. Then a quantitative part with a questionnaire, built from the qualitative results, distributed to general practice university lecturers of Angers subdivision.

Results: On the 162 doctors included, 135 (83.8 %) knew these reference frames and 70 (43.2 %) used them. The use of « espace pro » increase the use of the reference frames ($p = 0.0028$). The knowledge of the reference frames influences only very little the prescribed durations of sick leave by general practitioners. Indeed, the reference frames are perceived like a help to determine a duration but especially compared to the patient in the event of dissension.

Conclusion: The prescription of a sick leave which is a difficult exercise can't be based only on the reference frames because of the singularity of the patient and the complexity of a consultation of general medicine.

Keywords : reference frames, sick leave, social security, general practitioner