

SOUTENANCE A CRETEIL
UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2015

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :
à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par M BESANÇON Fabien

Né(e) le 10 Janvier 1985

à Brétigny sur Orge (Essonne)

TITRE :

**DETERMINANTS DE LA PRESCRIPTION DES ARRETS DE TRAVAIL
PAR DES MEDECINS GENERALISTES EN SITUATION DE SOINS
PRIMAIRES.**

DIRECTEUR DE THESE :

M GRANAT Stéphane

**LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE
UNIVERSITAIRE**

Signature du Directeur de thèse

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

SOUTENANCE A CRETEIL
UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2015

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :
à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par M BESANÇON Fabien

Né(e) le 10 Janvier 1985

à Brétigny sur Orge (Essonne)

TITRE :

**DETERMINANTS DE LA PRESCRIPTION DES ARRETS DE TRAVAIL
PAR DES MEDECINS GENERALISTES EN SITUATION DE SOINS
PRIMAIRES.**

DIRECTEUR DE THESE :

M GRANAT Stéphane

**LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE
UNIVERSITAIRE**

Signature du Directeur de thèse

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

Je remercie mon directeur de thèse et ami Stéphane Granat.

Je remercie le Dr Sandrine Bercier pour son aide et ses indications qui m'ont permis d'initier l'écriture de ce travail.

Je remercie de la Dr Jacques Claude Cittée qui m'a aidé à mettre en place les bases nécessaires à l'élaboration de ce travail.

Je remercie les membres du Jury.

Un grand merci à toute l'équipe fmcActioN de m'avoir permis la réalisation de cette thèse, en particulier à Pascal pour ses nombreux coups de pouce et à Jayson qui m'a fait gagner un temps précieux.

A Armelle, qui aura finalement soutenu avant moi. Tu as été merveilleuse.

A Anne-Laure, mon amie depuis le début.

A Papa et Maman, pour leur amour éternel. Tu vois Papa, ce n'était pas la peine de t'inquiéter.

A Papy et Mamie, sur qui je pourrai toujours compter.

A Camille, mon frangin, mon petit frère.

A René et Sylvianne, pour m'avoir accueilli sur leur terrasse pendant ces longs après-midis de révision.

A tous les twittos, Alice, Béné, Caro, Christine, Elodie, Emilie, Hélène, Baptiste, Matthieu, Sylvestre, Xavier, et tous ceux que j'oublie.

A Doriane, la seule et unique.

A Cyril, sans qui je n'aurais pas su comment occuper ces longs moments d'attente.

A Timothée qui m'a accompagné tout au long de ce travail.

A Marc, pour ton soutien et ta patience au quotidien, pour ta présence à chaque instant, pour toute la confiance que tu as en moi, pour ton amour.

INTRODUCTION.....	5
I. Définitions.....	5
II. Contexte.....	5
1. Principaux déterminants de la croissance des indemnités journalières (3).....	6
2. Solutions mises en place.....	7
III. Objectifs.....	9
MATERIEL ET METHODES.....	11
I. Type d'étude.....	11
II. Population.....	11
III. Critères d'inclusion.....	11
IV. Arrêt de travail.....	11
V. Recueil des données.....	11
VI. Variables étudiées.....	12
1. Données sociodémographiques du patient.....	12
2. Données sociodémographiques du médecin.....	12
3. Données situationnelles.....	12
VII. Analyse des données.....	13
VIII. Stratégie d'analyse.....	13
RESULTATS.....	15
I. Données sociodémographiques des médecins participants.....	15
II. Données sociodémographiques des patients et données situationnelles (tableau 2)....	16
III. Données concernant la prescription (tableau 3).....	18
IV. Impact de la formation sur la prescription (tableau 4).....	19
V. Impact des données situationnelles sur la prescription de l'AT.....	19
VI. Variabilité interprofessionnelle selon les données sociodémographiques des médecins	
22	
1. Influence de l'âge du médecin (tableau 8).....	22
2. Influence du statut de remplaçant ou non du médecin.....	23
3. Influence du sexe du médecin (tableau 9).....	23
4. Influence du milieu d'exercice du médecin (tableau 10).....	24
5. Influence du type d'exercice (tableau 11).....	25
6. Influence de la région d'exercice (cf annexe).....	25
VII. Profil par durées d'arrêt de travail.....	26

1. Sexe des patients.....	26
2. Demandeur de l'AT	26
3. Prescription initiale / prolongation / rechute	27
4. Pathologie causale	27
5. Types de pathologies	28
6. Profils par durées (tableau 12).....	29
DISCUSSION	32
I. Faits principaux.....	32
1. Données situationnelles	35
2. Population des médecins étudiée.....	36
3. Population de patients inclus et arrêts de travail prescrits.....	37
II. Forces et faiblesses de l'étude	38
III. Forces et faiblesses comparées à d'autres études	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXE : INFLUENCE DE LA REGION D'EXERCICE.....	44
ANNEXE : QUESTIONNAIRE	45
GLOSSAIRE.....	47

INTRODUCTION

I. Définitions

L'arrêt de travail est un acte médical. Il est prescrit à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail(15). Il donne lieu aux versements des indemnités journalières sous conditions fixées par le code de la santé publique.

L'arrêt de travail prescrit est remis au patient sous la forme d'un avis d'arrêt de travail(1) :

- 3 volets pour la procédure non dématérialisée : deux volets pour le service médical, et 1 volet pour l'employeur ou Pôle emploi
- 1 seul volet pour l'employeur ou Pôle emploi en cas de procédure dématérialisée

Seul le médecin traitant, un médecin consulté à la demande du médecin traitant ou le médecin prescripteur initial peut prolonger un arrêt maladie(16).

II. Contexte

Depuis plus de dix ans, le nombre d'arrêts de travail n'a cessé de progresser et la dépense représentée par ces prestations dans les comptes sociaux n'a cessé de s'accroître (tableau 1). Ainsi, le nombre de journées indemnisées au titre de la maladie par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) est passé de 180 millions de journées en 2000 à 205 millions en 2011. Les dépenses d'indemnités journalières correspondantes ont progressé de 47 % entre 2000 et 2010, soit une augmentation moyenne par an de 3,6 %. Elles s'élevaient à 4,3 milliards d'euros en 2000 et ont atteint 6,3 milliards d'euros en 2011(35).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble	10 748	11 001	11 594	12 144	12 603	12 827	12 750	12 805
Maladie	5 905	6 012	6 329	6 643	6 880	7 001	6 922	6 957
Maternité	2 618	2 643	2 786	2 885	2 994	2 987	3 017	3 048
Accidents du travail	2 226	2 346	2 478	2 617	2 729	2 839	2 811	2 799
Evolution (en %)		2,4	5,4	4,8	3,8	1,8	-0,6	0,4

Tableau 1 : Dépenses nationales d'indemnités journalières(18)

Note : montants hors fonction publique, en millions d'euros

1. Principaux déterminants de la croissance des indemnités journalières (3)

a. Evolution sociodémographique de la population active

Le nombre des indemnités consommées varie avec la croissance des effectifs de la population active, avec son vieillissement et l'évolution de sa structure (par âge, chômeur ou non, malade/pas malade, etc.)(19).

Pour un niveau donné de tension sur le marché du travail, une hausse de la part des 55 ans et plus dans la population active est corrélée avec une augmentation des indemnités journalières. (7)

b. Progression des ALD dans la population active

Selon une publication de l'ANAES(3), bien qu'ils aient un poids absolu important dans le volume d'indemnités versées, les bénéficiaires d'ALD dans la population active ne semblent pas avoir connu une évolution importante de leur consommation entre 2000 et 2002. De plus, la part des arrêts médicalement douteux dans le cas des patients en ALD est très faible.

c. Marché de l'emploi et croissance économique

L'évolution des indemnités journalières semblerait, à long terme, liée à celle du marché du travail : les salaires exercent une influence positive – mais limitée – sur le nombre d'arrêts de travail et le chômage exerce un effet négatif important à long terme. Le nombre d'indemnités baisse lorsque le marché de l'emploi se détériore(6; 25).

d. Activité des médecins libéraux

Quand l'activité des médecins croît plus rapidement que l'activité économique (approchée par l'emploi salarié), le nombre d'indemnités journalières par salarié a tendance à long terme à augmenter et, inversement, une croissance de l'activité des médecins inférieure à celle de l'économie influence à la baisse le nombre d'indemnités journalières par salarié(19).

e. Evolution des politiques sociales.

Les réformes de la législation sur les arrêts de travail : Les auteurs d'une étude internationale notent clairement que les pays les plus généreux en matière d'indemnisation des arrêts maladie (pays d'Europe du Nord) sont également ceux qui enregistrent le plus grand nombre de jours perdus pour maladie(34).

La réforme de l'assurance chômage : La consommation d'indemnités journalières est parfois analysée en termes de substitut à d'autres programmes sociaux de prise en charge. Par

exemple, les indemnités journalières pourraient être un moyen de repousser la date de fin de droit du régime d'assurance chômage.

Les préretraites : Selon la DREES(6), la part dans la population active des 55 ans ou plus est corrélée avec une augmentation des indemnités journalières. Ils interprètent ce résultat comme corroborant l'idée que la diminution du nombre de préretraités se traduirait par une évolution tendanciellement plus forte des indemnités journalières. Or, cela ne signifie pas que le mécanisme sous-jacent soit un effet de substitution directe entre préretraite et indemnité. Il peut s'agir de la conséquence d'un maintien plus tardif sur le marché du travail d'une population plus âgée, ce qui tendrait à modifier la structure de la population active, dont on a vu l'importance précédemment.

2. Solutions mises en place

Pour diminuer le volume d'indemnités journalières par salariés, la CNAMTS mène depuis 2003 une intensification de ses contrôles auprès des assurés, couplée à une campagne de communication auprès des prescripteurs(19). Les baisses observées en 2004 et 2005 sont entièrement dues à la politique de contrôle, les autres variables tendant à une hausse du volume d'indemnités journalières. Mais une fois ce potentiel d'économie réalisé, l'augmentation du volume des indemnités journalières reviendra en phase avec l'évolution de la masse salariale.

Parallèlement, la réforme de l'Assurance Maladie de 2004 permet une sanction des médecins gros prescripteurs (en nombre ou en durée)(13).

En 2002, à la demande de la CNAMTS face à cette augmentation du volume des indemnités journalières, l'ANAES a lancé une étude dans le but d'éditer des recommandations sur la prescription des AT(3). Lors de la publication en 2004, l'ANAES a insisté sur l'absence de recueil d'ampleur suffisante pour établir des recommandations en appliquant la méthode habituelle d'analyse critique de la littérature existante complétée par des experts désignés par les sociétés savantes concernées et réunis en groupe de travail et groupe de lecture. La méthode d'interrogation et de recueil des informations utilisée a été adaptée de la méthode des focus groups.

Entre autres choses, ils constatent que la décision de prescrire un arrêt de travail est soumise à un processus d'évaluation complexe de l'aptitude au travail, des bénéfices et des risques liés à l'arrêt du travail. Par ailleurs, l'influence des variables individuelles des médecins est mal connue.

Leurs propositions d'amélioration des pratiques ont été les suivantes :

- Faire définir par les sociétés savantes concernées les durées d'arrêts de travail pour certaines pathologies
- Améliorer la formation professionnelle des médecins prescripteurs en créant un module prescription des arrêts de travaux dans la formation initiale des médecins et en proposant ce thème dans la formation continue
- Développer et favoriser la communication entre professionnels
- Définir un projet thérapeutique et favoriser la prise en charge pluridisciplinaire des arrêts de plus de 3 semaines ou des prolongations d'arrêts après 3 semaines
- Faciliter le contrôle par télétransmission des feuilles d'arrêt maladie et par la modification des arrêts de travail
- Sensibiliser les acteurs

Un moyen de maîtriser les dépenses en améliorant les pratiques serait donc d'aider les médecins généralistes dans leur pratique pour optimiser la prescription des arrêts de travail et la rendre la plus efficiente possible. Cela permettrait également de répondre à un certain nombre de difficultés éprouvées par les médecins généralistes au quotidien.

De son côté, la HAS a établi des référentiels sur la durée d'arrêt de travail pour les pathologies les plus souvent à l'origine d'arrêts de travail.

Pour permettre d'améliorer les pratiques, il semble nécessaire de comprendre les déterminants intervenant dans la prescription.

En effet, différents travaux ont montré que la prescription des AT en médecine ambulatoire relève d'une situation complexe dans laquelle la peur de compromettre la relation avec leur patient influence les médecins(10; 8; 27). Ces travaux ont permis de dégager également d'autres déterminants dans le processus de prescription des arrêts de travail : prise en compte par le médecin de la maladie du patient, de son travail, de son contexte social et familial, origine de la demande d'arrêt de travail(8; 20). Aucune étude n'a été faite sur la fréquence des déterminants ainsi dégagés.

D'autres travaux ont étudié l'influence des caractéristiques des médecins sur la prescription des arrêts de travail. Dans son travail de thèse, S. Broli a étudié l'influences des caractéristiques des médecins sur leur implication, leurs attentes et leurs difficultés vis à vis des AT de courte durée(11) : les médecins généralistes de sexe féminin seraient moins à l'aise que leurs homologues masculins dans le rôle de prescripteur d'arrêt de travail de courte durée. Cette étude avait également montré que les médecins généralistes expriment moins de difficulté dans ce rôle lorsqu'ils sont initiateurs de la prescription plutôt que lorsque c'est le

patient qui est à l'origine de la demande d'arrêt de travail. Il est également intéressant de noter que dans cette étude, la moitié des demandes d'arrêt de travail de courte durée était demandée par les patients et que la moitié des demandes de patients étaient considérées par le médecin comme illégitime. Dans son travail de thèse (23), B Fourré retrouvait la même proportion de demandes jugées illégitimes par le médecin prescripteur lorsque le patient était à l'origine de la demande. Une étude scandinave s'est intéressée à l'influence des caractéristiques des médecins sur la prescription des arrêts de travail(37). Plus le médecin était âgé, plus la durée de prescription augmentait. Le taux de prescription d'arrêts était d'autant plus élevé que le médecin avait une forte activité. Les médecins exerçant en cabinet de groupe ou à temps partiel dans une entreprise présentaient un taux d'arrêts de travail moindre. A partir des données issues de l'étude ATAC, S Bercier a étudié ces situations de demande de prescription d'arrêt de travail par un patient avec un désaccord du médecin : la demande faite en milieu de consultation et les arguments liés au contexte professionnel étaient prédictifs d'une prescription d'AT en situation de désaccord ; la négociation du médecin en situation de désaccord était un facteur prédictif de non prescription (9).

D'autres études ont également analysé les facteurs à l'origine de difficultés éprouvées par le médecin prescripteur d'arrêt de travail. En Irlande, M Foley a décrit le manque de communication avec l'employeur et les organismes de protection sociale comme facteur supplémentaires de difficultés ressenties par le médecin (22). En Suède, A Kiessling a également montré que les médecins étaient en demande d'une meilleure communication avec ces mêmes intervenants (26). S Hussey en Angleterre a mis en évidence les difficultés ressenties en raison de demandes contradictoires des différents intervenants (autres soignants en charge du patient et injonction d'économie des organismes de protection sociale) et du manque de continuité dans la prise en charge de certains patients (24). En suède, T Ljungquist a retrouvé le manque de temps comme facteur principal des difficultés ressenties par les médecins, bien que cette étude ne concerne pas uniquement les médecins généralistes mais toutes les spécialités confondues (29).

III. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de décrire 7050 consultations ayant donné lieu à une prescription d'arrêt de travail et déterminer la fréquence des facteurs décisionnels : pathologie ; motif de l'arrêt ; place des différents facteurs liés à la pathologie, au patient ou au poste de travail. Les objectifs secondaires étaient de comparer les facteurs décisionnels de trois sous-

groupes de prescription en fonction de la durée prescrite (moins de 8 jours, de 8 à 20 jours et plus de 20 jours) et de quantifier l'influence des caractéristiques des médecins sur la prescription des arrêts de travail.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, transversale, sur des cahiers d'observations de consultations de médecine générale ayant abouti à la prescription d'arrêts de travail.

II. Population

La population étudiée était celle de médecins généralistes exerçant dans tout le territoire en soins primaires ayant décidé de participer à un programme de développement personnel continu organisé par l'association de formation médicale continue fmc ActionN, indemnisé et portant sur l'amélioration des pratiques de prescription d'arrêt de travail.

Il s'agissait de plusieurs sessions de formation ayant eu lieu de 2011 à 2013 à plusieurs endroits en France ainsi qu'en formation à distance par internet. Cette population représentait 415 médecins. Chacun d'eux devait renseigner un questionnaire pour 20 arrêts de travail en tout, soit un total de 8300 questionnaires au maximum.

III. Critères d'inclusion

Pouvaient être inclus les médecins généralistes exerçant en soins primaires ambulatoires en France et souhaitant participer à un programme de développement personnel continu sur l'amélioration des pratiques de prescription des arrêts de travail.

IV. Arrêt de travail

Chaque participant devait inclure 10 arrêts de travail consécutifs au début de la formation, puis 10 autres arrêts de travail consécutifs lors de la phase finale de la formation à l'amélioration des pratiques de prescription des arrêts de travail. Chaque participant devait donc inclure un total de 20 arrêts de travail. Le nombre maximum d'arrêts de travail inclus étant donc de 8300.

V. Recueil des données

Chaque participant saisissait lui-même informatiquement sur son espace personnel et sécurisé du site internet de l'association les réponses au questionnaire pour chacun des arrêts de travail inclus.

Les caractéristiques socioprofessionnelles de chaque médecin participant étaient demandées et saisies informatiquement par le secrétariat de l'association lors de l'inscription à la formation.

VI. Variables étudiées

Le questionnaire a été établi par le concepteur de la formation dans un double but : pédagogique et épidémiologique. Il a été validé par un comité de relecteurs médecins généralistes, dont certains enseignants, experts de la formation médicale initiale et continue.

Les questionnaires portaient sur les données sociodémographiques du patient, sur les données situationnelles de la prescription de l'arrêt de travail, et sur les données sociodémographiques du médecin participant.

Les questionnaires portant sur les arrêts de travail ne contenaient pas le nom du patient et les données sur les médecins ont été rendues anonymes avant l'analyse.

1. Données sociodémographiques du patient

Etaient renseignés le sexe et l'âge du patient

2. Données sociodémographiques du médecin

Etaient renseignés le sexe l'âge du médecin, son année de thèse, son lieu d'exercice, s'il était remplaçant ou installé dans son propre cabinet, son année d'installation le cas échéant, son mode d'exercice (seul ou en groupe), le type du lieu d'exercice (urbain, rural, semi-rural).

3. Données situationnelles

Etaient renseignés la personne à l'origine de la demande de la demande d'arrêt de travail (AT), s'il s'agissait d'une prescription initiale, d'une prolongation ou d'une rechute, s'il s'agissait d'une nouvelle pathologie ou s'il s'agissait de la suite d'une pathologie connue, quel était le motif de l'AT (cardiovasculaire, infectieux, motif administratif, psychiatrique, rhumatologique, souffrance au travail, traumatique ou autre), si la principale indication de l'AT était liée à la pathologie, aux caractéristiques sociodémographiques du patient, ou aux contraintes liées au poste de travail, si le métier ou le poste occupé par le patient avaient eu une incidence sur la décision de prescription d'AT, si le médecin avait perçu ou ressenti une notion de souffrance au travail ou de harcèlement, quelle était la durée de l'AT prescrit (moins de 8 jours, de 8 à 20 jours, plus de 20 jours), s'il y avait eu négociation sur la durée, si une réévaluation de la situation avant le terme de cet arrêt de travail avait été prévue et

négoiée avec le patient (et si oui par quelle modalité : nouveau rendez-vous programmé ou contact téléphonique), si des contacts avec des tiers avaient été pris (et si oui avec qui : médecin conseil, médecin du travail, autre), si la situation de prescription avait posé problème au médecin (et si oui de quelle ordre était la difficulté : éthique, médicale, médico-sociales, relationnelle avec le patient, relationnelle avec l'entourage, relationnelle avec l'employeur, relationnelle avec un confrère).

VII. Analyse des données

Les données ont été saisies dans un tableur, puis rendues anonymes.

Certaines données ont été codées pour les analyses. L'âge des médecins a été codé en intervalles : moins de 34 ans, de 35 à 39 ans, de 40 à 44 ans, de 45 à 49 ans, de 50 à 54 ans, de 55 à 59 ans, de 60 à 64 ans, plus de 65 ans. Les villes d'exercice étaient regroupées par régions.

Pour les analyses d'association, les analyses univariées utilisaient le test du Chi² de Pearson pour les variables catégorielles, et le test de student pour les variables quantitatives. Pour la réalisation des tests, l'outil de calcul statistique fourni par le site internet <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/> a été utilisé.

VIII. Stratégie d'analyse

Les données sociodémographiques des patients et les données situationnelles de début et de fin de session ont été décrites puis analysées pour savoir si elles étaient identiques.

Certaines données sociodémographiques des médecins ont été analysées et comparées aux données nationales issues de l'atlas de la démographie médicale éditée par le CNOM (version 2013) afin d'évaluer la représentativité de l'échantillon.

On a ensuite testé les hypothèses de liens entre eux de différents déterminants de prescription :

- influence du métier ou du poste occupé sur la décision de prescription d'arrêt de travail en fonction de l'indication principale de l'arrêt de travail (pathologie, patient, poste de travail) ;
- négociation sur la durée selon qu'il s'agissait d'une prescription initiale, d'une rechute ou d'une prolongation ;
- négociation sur la durée en fonction de l'indication principale de l'arrêt de travail (pathologie, patient, poste de travail).

Les données sociodémographiques et les données situationnelles des AT au début et à la fin de la formation ayant été comparées afin de vérifier si ces deux groupes d'AT étaient identiques. Si c'était le cas les groupes d'arrêts de travail prescrits en début et en fin de formation ont été analysés séparément puis comparés pour savoir si la formation avait eu une influence

L'impact de la formation sur certaines attitudes des médecins dans le processus de prescription a été testé en comparant les prescriptions avant et après participation à la formation : diriez-vous que le prescription de l'arrêt de travail vous a posé problème ; des contacts avec un tiers ont-ils été pris ; une réévaluation de la situation avant terme a-t-elle été prévue et négociée avec le patient ?

L'influence des données sociodémographiques des médecins sur la prescription des arrêts de travail a été testée. Pour l'analyse, il était prévu de réunir les arrêts de travail prescrits avant et après la formation si les données situationnelles et les données sociodémographiques des patients étaient identiques et si les prescriptions n'étaient pas influencées par la participation à la formation.

Enfin, les facteurs décisionnels de trois sous-groupes de prescription d'AT en fonction de leur durée (moins de 8 jours, de 8 à 20 jours et plus de 20 jours) ont été comparés.

RESULTATS

415 médecins généralistes ont participé à la formation, de 2011 à 2013. 7050 arrêts de travail ont été inclus (tous les médecins n'ont pas inclus 20 arrêts de travail).

I. Données sociodémographiques des médecins participants

L'échantillon était composé à 38 % de femmes et 62 % d'hommes pour 42 % de femmes et 58 % d'hommes pour la population de médecins généralistes en exercice en France (différence non significative, $p=0,09$). L'âge moyen était de 49,88 ans (écart type de 10,00 ans) pour une moyenne nationale à 51,9. Le nombre d'années depuis la thèse étaient en moyenne de 21,07 (écart type 10,58 années). 5% des participants étaient remplaçants. Pour les médecins installés, le nombre d'années depuis l'installation était en moyenne de 19,31 (écart type 10,82). 52 % des médecins exerçaient seuls. 55% exerçaient en milieu urbain, 15 % en milieu rural, et 30 % en milieu semi-rural. La répartition géographique des médecins de notre échantillon était statistiquement différente de celle des médecins français ($p<0,05$) (figure 1).

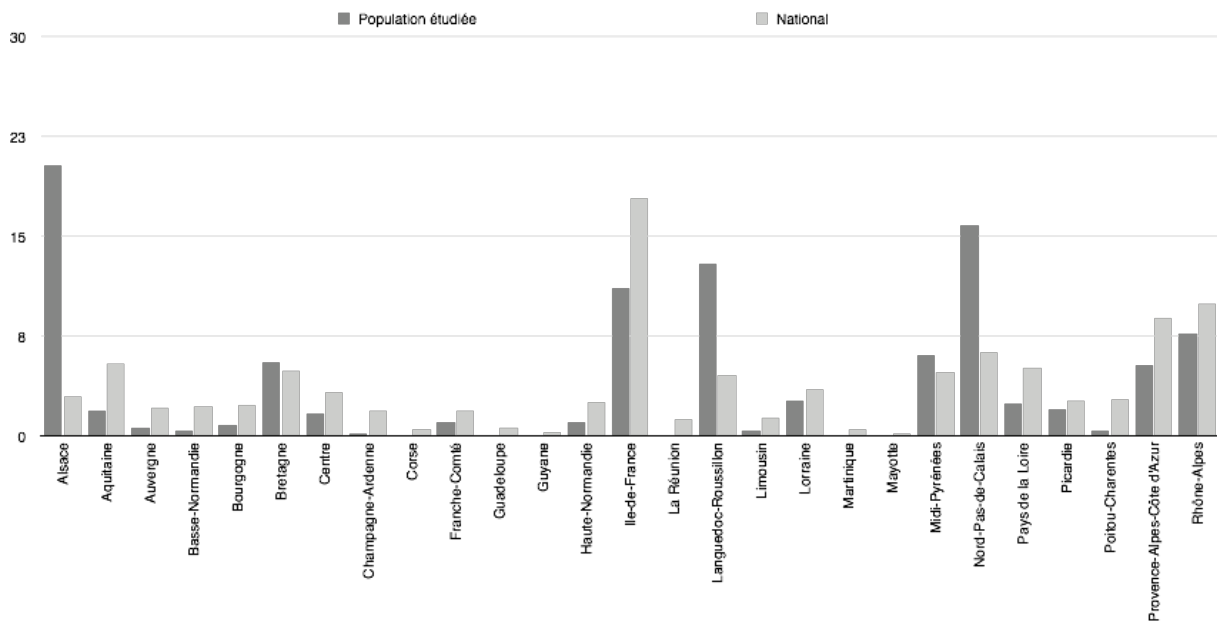


Figure 1 : Répartition géographique des médecins participants

II. Données sociodémographiques des patients et données situationnelles (tableau 2)

	Avant	Après	Avant + Après
Sexe			
Féminin (%)	53,26	51,65	52,53
Masculin (%)	46,74	48,35	47,47
Âge			
Moyenne (années)	39,92	39,92	39,92
Médiane (années)	40	40	40
Ecart type (années)	11,72	11,59	11,66
Origine de la demande			
Médecin (%)	33,92	31,94	33,03
Patient (%)	59,00	61,55	60,15
Employeur (%)	1,86	1,54	1,72
Famille ou entourage (%)	1,76	2,01	1,87
Confrère (%)	3,46	2,96	3,23
Prescription initiale/prolongation			
Prescription initiale (%)	61,00	61,65	61,29
Prolongation (%)	36,50	35,81	36,18
Rechute (%)	2,51	2,55	2,52
Type de pathologie			
Infectieux (%)	25,81	25,50	25,67
Rhumatologique (%)	21,83	23,77	22,70
Psychiatrique (%)	12,31	13,77	12,97
Motif administratif (%)	1,37	0,91	1,16
Souffrance au travail (%)	7,01	6,48	6,77
Traumatique (%)	14,20	13,36	13,82
Cardio-vasculaire (%)	3,15	2,80	2,99
Autre (%)	14,33	13,40	13,91
Indication de l'arrêt de travail			
A la pathologie (%)	60,73	62,14	61,36
Au patient (%)	19,47	19,91	19,67
Au poste travail (%)	19,80	17,96	18,97

Tableau 2 : Données sociodémographiques des patients et données situationnelles

Les deux populations d'AT incluses (au début et à la fin des sessions de formations) étaient identiques pour toutes les données sociodémographiques des patients et pour les données situationnelles suivantes : sexe ($p=0,18$), âge ($p=0,99$), origine de la demande ($p=0,13$), prescription initiale/prolongation/rechute ($p=0,83$), types de pathologie ($p=0,09$), indication

de l'arrêt de travail ($p=0,14$). Les deux groupes ont donc pu être réunis par la suite lorsque cela avait un intérêt pour l'analyse.

Les arrêts de travail prescrits concernaient des femmes à 52,5 % et des hommes à 47,5 %. L'âge moyen des patients était de 39,92 ans (écart type à 95 % : 11,66 %). La demande émanait le plus souvent du patient (60,15 %) puis du médecin (33,03 %). Il s'agissait d'une prescription initiale dans 61,29 % et d'une prolongation dans 36,18 % des cas. Le motif d'arrêt de travail le plus fréquent était infectieux (25,67 %), puis rhumatologique (22,70 %). Venaient ensuite les motifs traumatologiques (13,82 %) et psychiatriques (12,97 %). L'indication de l'arrêt de travail était le plus souvent liée à la pathologie (61,36 %).

III. Données concernant la prescription (tableau 3)

	Avant	Après
Le métier ou le poste occupé par le patient a-t-il eu une incidence sur votre décision ?		
Oui (%)	51,02	52,52
Non (%)	48,98	47,48
Avez-vous perçu ou ressenti une notion de souffrance au travail ou de harcèlement ?		
Oui (%)	21,48	21,19
Non (%)	78,52	78,81
Durée de l'AT		
Moins de 8 jours (%)	57,64	55,80
De 8 à 20 jours (%)	23,30	25,93
Plus de 20 jours (%)	19,05	18,26
Y a-t-il eu négociation sur la durée ?		
Oui (%)	25,8	25,9 %)
Non (%)	74,2	74,1)
Une réévaluation de la situation avant le terme de cet arrêt de travail a-t-elle été prévue et négociée avec le patient ?		
Oui (%)	33,01	34,20
Non (%)	66,99	65,8
Des contacts avec un tiers ont-ils été pris ?		
Oui (%)	16,99	19,27
Non (%)	83,01	80,73
Diriez-vous que la prescription de cet arrêt de travail vous a posé un problème ?		
Oui (%)	21,62	13,52
Non (%)	78,38	86,48

Tableau 3 : Données concernant la prescription

Le métier a eu une influence sur la prescription d'arrêt de travail dans 51,02 % des cas au début de la formation, et dans 52,52 % en fin de formation. Les AT prescrits étaient majoritairement inférieurs à 8 jours (57,64 % au début et 55,80 % à la fin de la formation). Ils étaient supérieurs à 20 jours dans 19,06% au début et 18,26 % des cas à la fin de la formation. Il y a eu négociation dans un quart des cas (25,80 % au début et 25,90 % à la fin de la formation). Une réévaluation avant terme avait été prévue dans un tiers des cas (33,01 % au début de la formation et 34,20 % à la fin). Des contacts avec des tiers avaient été pris dans moins de 20 % des cas (16,99 % au début de la formation et 19,27 % à la fin de la formation).

La prescription de l'arrêt a posé problème au médecin dans 21,62 % des cas en début de formation, et dans 13,52 en fin de formation.

IV. Impact de la formation sur la prescription (tableau 4)

	Avant	Après
Durée de l'AT		
Moins de 8 jours	2199 (57,64 %)	1775 (55,80 %)
De 8 à 20 jours	889 (23,30 %)	825 (25,93 %)
Plus de 20 jours	727 (19,05 %)	581 (18,26 %)
Le métier ou le poste occupé par le patient a-t-il eu une incidence sur votre décision ? OUI	1973 (51,02 %)	1670 (52,51 %)
Y a-t-il eu négociation sur la durée ?	998 (25,8 %)	824 (25,9 %)
Diriez vous que la prescription de cet AT vous a posé problème ? OUI	838 (21,66 %)	430 (13,52 %)
Des contacts avec un tiers ont-ils été pris ? OUI	657 (16,99 %)	613 (19,27 %)
Une réévaluation de la situation avant le terme de cet arrêt de travail a-t-elle été prévue et négociée avec le patient ? OUI	1277 (33,01 %)	1088 (34,20 %)

Tableau 4 : Impact de la formation sur la prescription

Après participation à la formation, les médecins ont rencontré moins de problèmes lors de la prescription des arrêts de travail (13,52 % après contre 21,66 % avant, différence statistiquement significative, $p < 0,05$ %). Ils ont également pris plus souvent contact avec un tiers (19,27 % après contre 16,99 % avant, différence statistiquement significative, $p < 0,05$ %). Par contre, la participation à la formation n'a pas changé la durée des AT prescrits, ni la prise en compte du métier ou du poste occupé par le patient pour la prescription, ni la négociation sur la durée et n'a pas amené les médecins à prévoir plus souvent une réévaluation de la situation avant le terme de l'arrêt de travail.

V. Impact des données situationnelles sur la prescription de l'AT

Le métier ou le poste occupé par le patient a plus souvent influencé la prescription de l'arrêt de travail lorsque la principale indication était liée au poste de travail que lorsqu'elle était liée au patient ou à la pathologie (92,56 % et 94,22 % des prescriptions lorsque la principale indication de l'AT était liée au poste de travail, différence statistiquement significative aussi bien avant et après, $p < 0,05$).

Le métier ou le poste occupé par le patient a influencé la prescription de l'AT dans 40,59 % à 43,67 % des cas lorsque la principale indication était liée au patient ou à la pathologie, sans différence statistiquement significative entre ces deux catégories.

La participation à la formation n'a pas modifié la prise en compte du métier ou du poste occupé par le patient lorsque la principale indication était liée au poste de travail ou au patient. Après la formation, le métier ou le poste occupé par le patient a plus souvent influencé la prescription de l'arrêt de travail lorsque la principale indication était liée à la pathologie (43,67 % après contre 40,59 % avant, différence statistiquement significative, $p < 0,05$). (Tableau 5)

	Le métier ou le poste occupé par le patient a eu une incidence sur la décision (avant)	Le métier ou le poste occupé par le patient a eu une incidence sur la décision (après)
Principale indication de l'AT liée au patient	311 (41,30 %)	269 (42,50 %)
Principale indication de l'AT liée à la pathologie	953 (40,59 %)	863 (43,67 %)
Principale indication de l'AT liée au poste de travail	709 (92,56 %)	538 (94,22 %)

Tableau 5 : influence du poste occupé par le patient sur la décision d'AT en fonction de l'indication de l'AT

Il y a eu plus souvent négociation sur la durée lorsqu'il s'agissait d'une rechute, aussi bien en début de formation qu'en fin de formation (47,42 % et 44,44 % des prescriptions d'AT dans le cas d'une rechute, $p < 0,05$). Il n'y a pas eu de différences statistiquement significatives dans les autres cas où il y avait 24,2 % et 19,79 % de négociations sur la durée pour les prescriptions initiales, et 27 % et 26,69 % de négociations sur la durée pour les prolongations. La participation à la formation n'a pas changé le taux de négociation pour chacun des types de prescription. (tableau 6)

	Il y a eu négociation (avant)	Il y a eu négociation (après)
Prescription initiale	571 (24,2 %)	484 (19,79 %)
Prolongation	381 (27,00 %)	304 (26,69 %)
Rechute	46 (47,42 %)	36 (44,44 %)

Tableau 6 : négociation sur la prescription de l'AT en fonction du type de prescription

Il y a eu plus souvent négociation sur la durée lorsque la principale indication de l'arrêt de travail était liée au patient que quand elle était liée au poste de travail (47,14 % avant et 43,60

% après pour les arrêts dont la principale indication était liée au patient contre 30,68 % avant et 34,3 % après pour les arrêts dont la principale indication était liée au poste de travail). Il y a eu plus souvent négociation sur la durée lorsque la principale indication de l'arrêt de travail était liée au poste de travail que quand elle était liée à la pathologie (30,68 % avant et 34,3 % après pour les arrêts dont la principale indication était liée au poste de travail contre 17,37 % avant et 18,17 % après pour les arrêts dont la principale indication était liée à la pathologie). Toutes ces différences étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

Il y a eu plus souvent négociation sur la durée lorsque la principale indication de l'arrêt de travail était liée au patient que quand elle était liée à la pathologie (47,14 % avant et 43,60 % après pour les arrêts dont la principale indication était liée au patient, contre 17,37 % avant et 18,17 % après pour les arrêts dont la principale indication était liée à la pathologie).

La participation à la formation n'a pas changé les pratiques des participants (différences non statistiquement significatives) (tableau 7).

	Il y a eu négociation (avant)	Il y a eu négociation (après)
Principale indication liée à la pathologie	408 (17,37 %)	359 (18,17 %)
Principale indication liée au patient	355 (47,14 %)	276 (43,60 %)
Principale indication liée au poste de travail	235 (30,68 %)	189 (34,3 %)

Tableau 7 : négociation sur la prescription de l'AT en fonction de la principale indication

VI. Variabilité interprofessionnelle selon les données sociodémographiques des médecins

1. Influence de l'âge du médecin (tableau 8)

			<34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
Le métier ou le poste a-t-il influencé la prescription	Oui	n	160	390	424	369	551	606	571	219
		%	51,61	49,49	52,54	46,36	52,63	52,97	52,34	52,90
	Non	n	150	398	383	427	496	538	520	195
		%	48,39	50,51	47,46	53,64	47,37	47,03	47,66	47,10
Durée de l'AT prescrit	Moins de 8 jours	n	215	442	448	468	561	651	584	243
		%	69,35	56,09	56,21	58,87	54,68	57,41	53,78	59,27
	De 8 à 20 jours	n	58	199	189	193	248	268	279	99
		%	18,71	25,25	23,71	24,28	24,17	23,63	25,69	24,15
	Plus de 20 jours	n	37	147	160	134	217	215	223	68
		%	11,94	18,65	20,08	16,86	21,15	18,96	20,53	16,59
Y a-t-il eu négociation sur la durée	Oui	n	56	200	169	188	279	319	306	117
		%	18,06	25,38	20,94	23,62	26,65	27,88	28,05	28,13
	Non	n	254	588	638	608	768	825	785	299
		%	81,94	74,62	79,06	76,38	73,35	72,12	71,95	71,88
Un contact avec un tiers a-t-il été pris ?	Oui	n	31	139	148	124	185	223	209	57
		%	10,00	17,66	18,34	15,58	17,67	19,49	19,16	13,70
	Non	n	279	648	659	672	862	921	882	359
		%	90,00	82,34	81,66	84,42	82,33	80,51	80,84	86,30
Une réévaluation avant le terme de l'AT a-t-elle prévue ?	Oui	n	103	283	327	271	293	348	372	100
		%	33,23	35,91	40,52	34,05	27,98	30,42	34,10	24,04
	Non	n	207	505	480	525	754	796	719	316
		%	66,77	64,09	59,48	65,95	72,02	69,58	65,90	75,96

Tableau 8 : influence de l'âge du médecin

L'âge du médecin n'a pas eu d'influence sur la prise en compte du métier ou du poste occupé par le patient sur la décision de prescription (de 46,36 % à 52,97 de prise en compte).

L'âge des médecins avait une influence sur les durées des AT prescrits (différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

L'âge a influencé la négociation sur la prescription de l'arrêt de travail (différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

La prévision d'une réévaluation de la situation avant le terme a été influencée par l'âge des médecins (différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

L'âge a eu une influence sur la prise de contact avec un tiers (différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

2. Influence du statut de remplaçant ou non du médecin

Le statut de remplaçant n'a pas influencé la proportion de prise en compte du poste de travail dans la prescription de l'AT, ni la durée de l'AT prescrit, ni la réévaluation avant terme, ni la prise de contact avec un tiers.

Seul la négociation sur la durée a été influencée par le statut de remplaçant du médecin prescripteur : 37 % d'AT où il y a eu négociation sur la durée pour les remplaçants, contre 26 % pour les non remplaçants.

3. Influence du sexe du médecin (tableau 9)

		Féminin		Masculin	
		n	%	n	%
Le métier ou le poste occupé par le patient a-t-il eu une incidence sur votre décision ?	Oui	1161	50,04	2251	52,32
	Non	1159	49,96	2051	47,68
Quelle est la durée de l'arrêt prescrit ?	Moins de 8 jours	1247	53,98	2470	57,97
	De 8 à 20 jours	589	25,50	1012	23,75
	Plus de 20 jours	474	20,52	779	18,28
Y a-t-il eu négociation sur la durée ?	Oui	631	27,19	1073	24,94
	Non	1690	72,81	3230	75,06
Une réévaluation de la situation avant le terme de cet arrêt de travail a-t-elle été prévue et négociée avec le patient ?	Oui	850	36,62	1343	31,21
	Non	1471	63,38	2960	68,79
Des contacts avec un tiers ont-ils été pris ?	Oui	453	19,53	702	16,31
	Non	1867	80,47	3601	83,69

Tableau 9 : influence du sexe du médecin

Le métier ou le poste occupé par le patient a eu la même incidence sur la décision quel que soit le sexe du médecin (50,04 % pour les femmes, et 52,32 % pour les hommes).

La durée d'arrêt prescrite a été influencée par le sexe du médecin (différence statistiquement significative, $p < 0,05$). Les hommes ont tendance à prescrire des arrêts plus courts et les femmes des arrêts plus longs : 53,98 % d'arrêts de moins de 8 jours pour les femmes, contre 57,97 % pour les hommes, 20,52 % d'arrêts de plus de 20 jours pour les femmes, contre 18,28 % pour les hommes.

Les hommes ont moins souvent négocié sur la durée que les femmes (24,94 % contre 27,19 %, différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

Les femmes ont plus souvent prévu de réévaluer la situation avant le terme (36,62 % contre 31,21 %, différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

Les femmes ont plus souvent pris contact avec un tiers (19,53 % contre 16,31 %, différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

4. Influence du milieu d'exercice du médecin (tableau 10)

		Urbain		Rural		Semi-Rural	
		n	%	n	%	n	%
Le métier ou le poste occupé par le patient a-t-il eu une incidence sur votre décision ?	Oui	1715	49,54	535	53,29	1162	53,90
	Non	1747	50,46	469	46,71	994	46,10
Quelle est la durée de l'arrêt prescrit ?	Moins de 8 jours	1978	57,43	563	56,64	1176	55,13
	De 8 à 20 jours	817	23,72	224	22,54	560	26,25
	Plus de 20 jours	649	18,84	207	20,82	397	18,61
Y a-t-il eu négociation sur la durée ?	Oui	842	24,31	261	26,00	601	27,88
	Non	2622	75,69	743	74,00	1555	72,12
Une réévaluation de la situation avant le terme de cet arrêt de travail a-t-elle été prévue et négociée avec le patient ?	Oui	1083	31,26	303	30,18	807	37,43
	Non	2381	68,74	701	69,82	1349	62,57
Des contacts avec un tiers ont-ils été pris ?	Oui	573	16,54	179	17,83	403	18,70
	Non	2891	83,46	825	82,17	1752	81,30

Tableau 10 : influence du milieu d'exercice du médecin

Le métier ou le poste occupé par le patient a été influencé par le milieu d'exercice du médecin (49,54 % pour les médecins en milieu urbain, 53,29 % pour les médecins en milieu rural, et 53,90 % pour les médecins en milieu semi-rural, différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

La durée d'arrêt prescrite n'a pas été influencée par le milieu d'exercice du médecin.

Le milieu d'exercice a eu une incidence sur la négociation sur la durée prescrite (24,31 % en milieu urbain, 26 % en milieu rural, et 27,88 % en milieu semi-rural, différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

Le milieu d'exercice a eu une incidence sur le fait de prévoir une réévaluation de la situation avant terme (31,26 % en milieu urbain, 30,18 % en milieu rural, 37,43 % en milieu semi-rural, différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

Le milieu d'exercice n'a pas eu d'influence sur la prise de contact avec un tiers.

5. Influence du type d'exercice (tableau 11)

		Seul		Associé	
		n	%	n	%
Le métier ou le poste occupé par le patient a-t-il eu une incidence sur votre décision ?	Oui	1886	51,60	1526	51,43
	Non	1769	48,40	1441	48,57
Quelle est la durée de l'arrêt prescrit ?	Moins de 8 jours	2050	56,66	1667	56,45
	De 8 à 20 jours	881	24,35	720	24,38
	Plus de 20 jours	687	18,99	566	19,17
Y a-t-il eu négociation sur la durée ?	Oui	939	25,69	765	25,77
	Non	2716	74,31	2204	74,23
Une réévaluation de la situation avant le terme de cet arrêt de travail a-t-elle été prévue et négociée avec le patient	Oui	1230	33,65	963	32,44
	Non	2425	66,35	2006	67,56
Des contacts avec un tiers ont-ils été pris ?	Oui	655	17,92	500	16,85
	Non	3000	82,08	2468	83,15

Tableau 11 : influence du type d'exercice

Le métier ou le poste occupé par le patient a eu la même incidence sur la décision que le médecin travaille seul ou en groupe.

La durée d'arrêt prescrite n'a pas été influencée que le médecin travaille seul ou en groupe.

La négociation sur la durée a été la même que le médecin travaille seul ou en groupe.

Les médecins travaillant seuls ou en groupe ont aussi souvent prévu une réévaluation de la situation avant le terme de l'arrêt.

Les médecins travaillant seuls ou en groupe ont aussi souvent pris contact avec un tiers.

6. Influence de la région d'exercice (cf annexe)

Le métier ou le poste occupé par le patient a eu une incidence différente sur la décision selon la région où le médecin exerce (différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

La durée d'arrêt prescrite a été influencée par la région d'exercice du médecin (différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

La négociation sur l'arrêt de travail a été influencée par la région d'exercice du médecin (différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

La prévision d'une réévaluation de la situation avant le terme a été influencée par la région d'exercice du médecin (différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

La prise de contact avec un tiers a été différente selon la région d'exercice du médecin (différence statistiquement significative, $p < 0,05$).

VII. Profil par durées d'arrêt de travail

1. Sexe des patients

La proportion d'hommes et de femmes dans chaque groupe de durées d'arrêt de travail a été similaire.

2. Demandeur de l'AT

La personne le plus souvent à l'origine de la demande de prescription d'arrêt de travail a été différente selon la durée de l'arrêt de travail prescrit (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$).

Le demandeur de l'AT a été moins souvent le patient lorsque la durée de travail prescrite a été supérieure à 20 jours que lorsque la durée a été de moins de 8 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$). La différence n'a pas été significative entre plus de 20 jours et de 8 à 20 jours ni entre moins de 8 jours et de 8 à 20 jours.

Le médecin n'a pas été plus ou moins souvent à l'origine de la demande selon que la durée prescrite était inférieure à 8 jours, comprise entre 8 et 20 jours et supérieure à 20 jours.

L'employeur a été plus souvent à l'origine de la demande d'arrêt de travail lorsque la durée prescrite était supérieure à 20 jours que quand elle était inférieure à 8 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$).

L'employeur a été plus souvent à l'origine de la demande d'arrêt de travail lorsque la durée prescrite était comprise entre 8 et 20 jours que quand elle était inférieure à 8 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$). Il n'y a pas eu de différence significative entre les durées 8 à 20 jours et plus de 20 jours.

La famille a été plus souvent à l'origine de la demande quand la durée de l'arrêt de travail prescrit a été comprise entre 8 et 20 jours que quand elle était inférieure à 8 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$). La différence n'a pas été significative entre les durées 8 à 20 jours et plus de 20 jours, ni entre moins de 8 jours et plus de 20 jours.

La demande a plus souvent émané d'un confrère lorsque la durée prescrite était supérieure à 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$) et comprise entre 8 et 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$) que lorsqu'elle était inférieure à 8 jours. Elle émanait également plus souvent d'un confrère lorsque la durée était supérieure à 20 jours que lorsqu'elle était comprise entre 8 et 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$).

3. Prescription initiale / prolongation / rechute

Le type d'arrêt le plus fréquent a été différent selon la durée prescrite (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$).

Lorsque la durée de l'arrêt de travail prescrit était inférieure à 8 jours, il s'agissait plus souvent d'une prescription initiale que lorsque la durée était comprise entre 8 et 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$) ou supérieure à 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$). Lorsque la durée de l'arrêt de travail prescrit était comprise entre 8 et 20 jours, il s'agissait plus souvent d'une prescription initiale que lorsque la durée de l'arrêt de travail prescrit était supérieure à 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$).

Il s'agissait plus souvent d'une prolongation quand la durée était supérieure à 20 jours que quand elle était comprise entre 8 et 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$) ou inférieure à 8 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$).

Il s'agissait plus souvent d'une prolongation quand la durée était comprise entre 8 et 20 jours que quand elle était inférieure à 8 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$).

Il s'est agi plus souvent d'une rechute lorsque la durée prescrite était comprise entre 8 et 20 jours que lorsqu'elle était inférieure à 8 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$) ou supérieure à 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$). Il n'y a pas eu de différence entre les durées moins de 8 jours et plus de 20 jours.

4. Pathologie causale

Il s'est agi plus souvent d'une nouvelle pathologie quand la durée prescrite était inférieure à 8 jours que quand elle était comprise entre 8 et 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$) ou supérieure à 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$).

Il s'est agi plus souvent d'une suite de pathologie connue quand la durée prescrite était supérieure à 20 jours que quand elle était comprise entre 8 et 20 jours (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$).

5. Types de pathologies

Les motifs d'arrêt de travail les plus fréquents ont été différents selon les durées prescrites (différence statistiquement significative, $p < 0,05\%$).

Pour les arrêts de moins de 8 jours, les pathologies étaient d'abord infectieuses (43 %), puis rhumatologiques (19 %), puis traumatiques (10 %).

Pour les arrêts de 8 à 20 jours, les pathologies étaient d'abord rhumatologiques (27 %), puis psychiatriques et traumatiques (20% chacune), puis une souffrance au travail (11 %).

Pour les arrêts de plus de 20 jours, les pathologies étaient d'abord rhumatologiques (27 %), puis psychiatriques (21 %), puis traumatiques (18 %).

6. Profils par durées (tableau 12)

		Moins de 8 jours (n et %)		De 8 à 20 jours (n et %)		Plus de 20 jours (n et %)	
Sexe du patient	Femme	2101	52,87	1372	52,71	1064	52,34
	Homme	1873	47,13	1231	47,29	969	47,66
Demandeur de l'AT	Patient	2503	63	988	58	715	55
	Médecin	1336	34	565	33	409	31
	Employeur	48	1	34	2	39	3
	Famille ou entourage	60	2	48	3	23	2
	Confrère	27	1	79	5	121	9
Type de prescription	Prescription initiale	3365	85	751	44	177	14
	Prolongation	535	13	885	52	1107	85
	Rechute	74	2	78	5	24	2
Pathologie causale	Nouvelle pathologie	3080,00	75,47	739,00	18,11	262,00	6,42
	Suite d'une pathologie connue	891,00	30,64	973,00	33,46	1044,00	35,90
Types de pathologies	Cardio-vasculaire	70	2	50	3	88	7
	Infectieux	1721	43	67	4	8	1
	Motif administratif	48	1	20	1	14	1
	Psychiatrique	302	8	340	20	268	21
	Rhumatologique	767	19	466	27	355	27
	Souffrance au travail	184	5	193	11	93	7
	Traumatique	403	10	335	20	232	18
	Autre	478	12	243	14	249	19

Tableau 12 : profil par durée d'AT

a. Arrêts de moins de 8 jours

Les arrêts de moins de 8 jours concernent aussi bien des hommes (47%) que des femmes (53%).

Ils sont majoritairement demandés par les patients (63% des arrêts de moins de 8 jours, plus souvent que pour les arrêts de plus de 20 j avec 55 % d'AT de plus de 20 jours demandés par le patient, différence statistiquement significative). Puis ils sont demandés par le médecin (34% des AT de moins de 8 jours).

Il s'agit le plus souvent d'une prescription initiale (85 % des arrêts de moins de 8 jours), plus souvent que pour les arrêts de 8 à 20 j et supérieurs à 20 j.

Il s'agit le plus souvent d'une nouvelle pathologie (78%), plus souvent que pour les arrêts de 8 à 20 j et supérieurs à 20 j.

Les pathologies nécessitant des arrêts inférieurs à 8 jours sont plus souvent infectieuses (49% des arrêts de moins de 8 jours), plus souvent que pour des arrêts de 8 à 20 j et supérieurs à 20 j, et sont ensuite rhumatologiques (19%) et traumatiques (10%), mais les pathologies traumatiques nécessitent plus souvent des arrêts de plus de 8 jours (différence significative).

b. Arrêts de 8 à 20 jours

Les arrêts de 8 à 20 jours concernent aussi bien des hommes (47%) que des femmes (53%). Ils sont majoritairement demandés par le patient (58%), puis par le médecin (33%), et enfin par un confrère (5%). Les arrêts de 8 à 20 jours demandés par un confrère le sont plus souvent que les arrêts inférieurs à 8 jours mais moins souvent que les arrêts supérieurs à 20 j (différences significatives).

Il s'agit plus souvent d'une prolongation (52% des arrêts de 8 à 20 j), plus souvent que les arrêts inférieurs à 8 j et moins souvent que les arrêts supérieurs à 20 j (différences significatives), puis d'une prescription initiale (44%, moins souvent que les arrêts inférieurs à 8 jours et plus souvent que les arrêts supérieurs à 20 j (différences significatives).

A noter que le nombre d'arrêts de travail concernant une rechute de pathologie est plus fréquent quand il s'agit d'arrêts de 8 à 20 j que lorsqu'il s'agit d'arrêts inférieurs à 8 j ou supérieurs à 20 j (différences significatives).

Les pathologies nécessitant des arrêts de 8 à 20 jours sont plus souvent rhumatologiques (27%), traumatiques (20%), psychiatriques (20%) et une souffrance au travail (11%).

Les pathologies rhumatologiques, traumatiques et psychiatriques nécessitent aussi souvent des arrêts de 8 à 20 jours que des des arrêts de plus de 20 jours.

A noter que les souffrances au travail nécessitent plus souvent des arrêts de 8 à 20 jours que des arrêts de moins de 8 jours ou de plus de 20 jours sans atteindre la différence significative.

c. Arrêts de plus de 20 jours

Les arrêts de plus de 20 jours concernent aussi bien des hommes (48%) que des femmes (52%).

Ils sont majoritairement demandés par les patients (55%), puis par le médecin (31%), et enfin par un confrère (9%). C'est pour les arrêts supérieurs à 20 j que les arrêts sont le plus souvent demandés par un confrère (différences significatives).

Parmi les arrêts de plus de 20 jours, il s'agit le plus souvent d'une prolongation (85% des arrêts supérieurs à 20 j), puis ensuite d'une prescription initiale (14%). Par ailleurs, les arrêts

prescrits pour une prolongation étaient le plus souvent d'une durée supérieure à 20 jours que d'une durée inférieure à 8 jours ou comprise entre 8 et 20 jours (différences significatives).

Dans la majorité des cas (80%) il s'agit d'une pathologie déjà connue, plus souvent que pour les arrêts inférieurs à 8 jours et de 8 à 20 jours (différences significatives).

Les pathologies nécessitant des arrêts de plus de 20 jours sont plus souvent rhumatologiques (27%), psychiatriques (21%), traumatiques (18%).

Les pathologies rhumatologiques, traumatiques et psychiatriques nécessitent aussi souvent des arrêts de 8 à 20 jours que des arrêts de plus de 20 jours.

A noter que les pathologies cardiovasculaires nécessitent plus souvent des arrêts supérieurs à 20 jours (42 % des arrêts pour pathologies cardiovasculaires) que des arrêts de moins de 8 jours (33%) ou de 8 à 20 jours (24%) sans toutefois atteindre le seuil de significativité.

DISCUSSION

I. Faits principaux

Les conditions de travail des patients ont été prises en compte dans un peu plus de la moitié des cas au cours du processus de prescription.

Compte tenu des injonctions de l'assurance maladie et de la pression qui s'exerce sur les médecins pour réduire le poids des indemnités journalières liées aux arrêts de travail dans les dépenses de la sécurité sociale, on peut dire que la négociation sur la durée ne semble pas une priorité pour les médecins : seul 25 % des AT ont fait l'objet d'une négociation.

Cette proportion est par contre doublée lorsque l'AT prescrit est une rechute d'une pathologie ayant déjà fait l'objet d'un AT.

Les médecins exerçant seuls et ceux exerçant dans des cabinets de groupe ont les mêmes pratiques : mêmes durées d'AT prescrit, même proportion de négociations sur la durée, autant de réévaluation avant terme et autant de prise de contact avec un tiers.

Les médecins dans les tranches d'âges les plus jeunes prescrivent plus d'arrêts courts et moins d'arrêts longs.

A l'inverse, les médecins femmes prescrivent plus d'arrêts longs et moins d'arrêts courts que les hommes.

Le métier ou le poste occupé par le patient a eu une incidence sur la prescription de l'arrêt de travail dans un peu plus de 50 % des prescriptions, sans modification après la participation à la formation. L'âge, le sexe du médecin et s'il travaillait seul ou en groupe n'a pas eu d'influence sur cette incidence. Par contre, le milieu d'exercice a eu une influence : les médecins de milieu rural ou semi-rural en tenait plus souvent compte (53,2 et 53,9 %) par rapport aux médecins en milieu urbain (49,54 %). De même que la région d'exercice : les régions où les conditions de travail du patient ont eu le moins d'influence étaient les régions IDF, Limousin, PACA et Poitou Charente (environ 45%), et les régions où ces conditions ont eu le plus d'influence étaient les régions Basse Normandie, Bourgogne, Centre, Midi-Pyrénées et Pays de La Loire (supérieure à 60%)

La durée des AT prescrits n'a pas été influencée par la participation à la formation : 58 et 56 % de moins de 8 jours, 23 et 26 % de 8 à 20 jours, et 19 et 18 % de plus de 20 jours.

L'âge, le sexe, et la région d'exercice ont une influence sur la durée de l'arrêt de travail prescrit. Les médecins de moins de 34 ans prescrivent plus d'arrêts courts (69 % des arrêts prescrits par les moins de 34 ans, pour 56 % sur l'ensemble de l'échantillon) et moins d'arrêts longs (12 % pour 19% sur l'ensemble de l'échantillon).

Les femmes prescrivent plus d'arrêts longs (20 % contre 18 % pour les hommes) et les hommes prescrivent plus souvent des arrêts courts (58 % contre 54 %).

Par contre, les conditions d'exercice (seuls ou associés, milieu rural, urbain ou semi-rural) n'ont eu aucune influence sur la durée prescrite.

Il y a eu négociation sur la durée dans un quart des cas. Le questionnaire que remplissaient les participants ne précisait pas s'il s'agissait d'une négociation pour une durée d'arrêt de travail moindre ou plus importante que celle que souhaitait le patient. Néanmoins, il reste intéressant de savoir que dans 25 % des AT prescrits, la durée souhaitée par le patient était différente que celle que le médecin jugeait adaptée.

Il est également intéressant de voir que cette proportion augmente quand il s'agit d'une prolongation et encore plus quand il s'agit d'une rechute : elle double quasiment entre les prescriptions initiales et les rechutes : 24,5% pour les prescriptions initiales, 27 % pour les prolongations et 46 % pour les rechutes. Par ailleurs, les médecins ont plus souvent négocié sur la durée lorsque la principale indication de l'arrêt de travail était liée au patient, puis au travail. Ils ont moins souvent négocié sur la durée lorsque la principale indication était liée à la pathologie.

La participation à la formation n'a rien changé à ces proportions.

La proportion d'arrêts de travail où il y a eu négociation sur la durée a été influencée par l'âge des médecins : plus l'âge était élevé, plus il y avait de négociations sur la durée (de 18 % pour les moins de 34 ans, à 28 % pour les plus de 60 ans).

Les hommes négocient sensiblement moins que les femmes (25 % contre 27 %), de même que les médecins exerçant en milieu urbain.

Il n'y a par contre pas eu de différence entre les médecins exerçant seuls et ceux exerçant en groupe.

Le taux de négociation a également varié significativement selon les régions (de 10 % pour la Basse Normandie, à 60% pour la Champagne Ardenne). Cependant, ces extrêmes représentent

des régions où il y a le moins de participants (moins de 5). Dans les régions les plus représentées, les taux varient entre 20 et 30 %.

Une réévaluation de l'arrêt de travail avant terme avait été prévue par le médecin dans un tiers des cas, sans différence au début ou après la participation à la formation.

L'âge a influencé cette attitude des médecins, sans que l'on puisse dégager une logique dans les taux observés : taux de réévaluation les plus faibles pour les tranches 50-54 ans et plus de 65 ans, et taux les plus élevés pour les tranches 40-44 ans.

Il y a par contre une différence nette entre les médecins hommes et femmes : 31 % pour les hommes et 37 % pour les femmes.

Le milieu d'exercice a également influencé ces proportions : de 37 % pour le milieu semi-rural à 31 % et 30 % pour les milieux urbains et ruraux.

La région d'exercice a aussi influencé ce taux de réévaluation : de 17 % (Bourgogne) à 60 % en Champagne Ardennes. Les régions les plus représentées enregistraient 27 % en Alsace, 34 % en IDF, 32 % en Languedoc Roussillon, 34 % en Nord Pas de Calais.

L'exercice seul ou en cabinet de groupe n'a par contre pas influencé la réévaluation de l'AT avant terme.

Après participation à la formation, les médecins ont plus souvent pris contact avec un tiers (16,99 % avant, 19,27 % après). L'âge du médecin, le sexe du médecin, et la région d'exercice ont eu une influence sur la prise de contact avec un tiers : les médecins de moins de 34 ans ont moins souvent pris contact avec un tiers (10 % des AT), et ceux de 40 à 44 ans et de 55 à 64 ans ont pris plus souvent contact avec un tiers (de 18 % à 19,5 %). Les femmes ont également pris plus souvent contact avec un tiers (19,53 %).

Les médecins exerçant seuls ou en cabinet de groupe n'ont pas pris plus souvent contact avec un tiers.

Il est intéressant de voir que l'exercice seul ou en groupe n'a eu aucune incidence : ni sur la durée d'arrêt prescrite, ni sur la négociation sur la durée, ni sur la réévaluation avant terme et ni sur la prise de contact avec un tiers.

Nous nous sommes demandé si les différences sur la prescription de l'AT (durée, réévaluation, prise de contact avec un tiers, négociation) liées à l'âge du médecin pouvaient être expliquées par le statut de remplaçant ou non. Dans notre population de médecins

participants, seuls 5% d'entre eux étaient remplaçants, ce qui a représenté 1,1 % des AT. Il n'y avait pas de différences dans les prescriptions entre remplaçants et non remplaçants, à part sur la négociation sur la durée qui a été plus fréquente pour les remplaçants (37 % des AT prescrits) que pour les non remplaçants (26 % des AT prescrits). Comme nous l'avons vu avant, il y a plus souvent négociation parmi les médecins les plus âgés. Or, la moyenne d'âge des remplaçants était de 35 ans (écart type à 95 % : 3 ans), et celles des non remplaçants de 49 ans (écart type à 95 % : 14 ans). On peut donc voir que l'âge élevé du médecin et le statut de remplaçant sont tous deux liés à un taux de négociation plus important, indépendamment l'un de l'autre.

Nous nous sommes également demandé si les différences sur la prescription des AT (durée, réévaluation, prise de contact avec un tiers, négociation) liées à la région d'exercice du médecin pouvaient être expliquées par les différences des caractéristiques sociodémographiques des médecins participants d'une région à l'autre, ainsi qu'aux différences dans les motifs de prescription d'AT d'une région à une autre (infectieux, traumatologique, rhumatologique, psychiatrique, etc). Nous n'avons pas retrouvé d'explication aux différences de prescription selon les différences de caractéristiques sociodémographiques des médecins en analysant les caractéristiques sociodémographiques une à une. Il en est de même en analysant les motifs de prescription d'AT. Il est toutefois possible que chacune des caractéristiques sociodémographiques des médecins et le motif de prescription de l'AT ait eu une part d'influence dans la prescription de l'AT.

La participation a permis aux médecins participants de rencontrer moins de difficultés lors du processus de prescription d'AT : après participation, la proportion d'AT ayant posé problème étaient de 13 % contre 22 % au début de la formation (différence statistiquement significative).

1. Données situationnelles

Les AT étaient prescrits pour des hommes dans 47 % des cas et pour des femmes dans 53 % des cas. Ces proportions étaient identiques quelle que soient les durées des AT considérées (moins de 8 jours, de 8 à 20 jours et plus de 20 jours).

Les arrêts étaient le plus souvent à l'initiative du patient, quelle que soit la durée de l'arrêt de travail. Mais ils ont été plus souvent à l'initiative du patient pour les arrêts de moins de 8 jours (63 % vs 58 % pour les AT de 8 à 20 jours et 55 % pour les AT de plus de 20 jours).

C'est pour les arrêts de plus de 20 jours qu'ils ont été le plus souvent à la demande d'un confrère (9 % vs 1 % pour les AT de moins de 8 jours et 5 % pour les AT de 8 à 20 jours).

Il s'agissait plus souvent d'une prescription initiale pour les arrêts de moins de 8 jours (85 % des AT de moins de 8 jours) et plus souvent d'une prolongation pour les AT de plus de 20 jours (85 % des AT de plus de 20 jours). Pour les arrêts de 8 à 20 jours, il s'agissait plus souvent d'une prolongation (52 %). C'est pour les arrêts de travail de 8 à 20 jours qu'il y avait le plus de rechute de pathologie connue (5 % vs 2 % et 2 %).

Les pathologies nécessitant des arrêts de travail de moins de 8 jours sont le plus souvent infectieuses (49 %). Pour les arrêts de 8 à 20 jours et de plus de 20 jours, les pathologies sont d'abord rhumatologiques (27 % et 27 %) alors que pour les arrêts de travail de moins de 8 jours il s'agit du deuxième motif d'AT (19%). Pour les AT de 8 à 20 jours et de plus de 20 jours, les motifs sont ensuite psychiatriques (20 % et 21 %) et traumatiques (20 % et 18 %).

Nous avons décrit les AT demandés par l'employeur, car bien que peu nombreux en proportion (1,7% des AT), cela représentait 122 AT. Les AT demandés par l'employeur concernaient une pathologie traumatique dans 22 % des cas, une pathologie rhumatologique dans 18 % des cas, psychiatrique dans 16 % des cas, et infectieuse dans 12 % des cas. Il s'agissait d'une prescription initiale dans 49 % des cas et d'une prolongation dans 48 % des cas. La principale indication de l'AT était liée au poste de travail dans 40,5 % des cas, et à la pathologie dans 38 % des cas. Parmi ces arrêts, il y a eu 32 % d'AT de plus de 20 jours, et 28 % d'AT de 8 à 20 jours. Les AT demandés par l'employeur sont donc plus souvent des arrêts longs, et la principale indication est plus souvent liée au poste de travail.

2. Population des médecins étudiée

Dans notre étude, les médecins étaient des femmes à 38 % et des hommes à 62 %, pour 42 % et 58 % dans la population de médecins généralistes en exercice en France (12). Cette différence est non significative.

Par ailleurs, dans notre échantillon, l'âge moyen était de 49,88 ans contre 51,9 pour la population de médecins généralistes français en exercice (12).

Comparée à la population de médecins généralistes français en exercice (12), la répartition géographique de notre échantillon était statistiquement différente. On voit notamment que les régions suivantes son surreprésentées dans notre échantillon : Alsace (20 % contre 3 %), Languedoc-Roussillon (13 % contre 5 %), Nord Pas De Calais (16 % contre 6 %). Ceci peut s'expliquer en partie par l'organisation en formations interrégionales de l'association fmcActionN qui organise le DPC qui a permis le recueil des données. Les régions

surreprésentées accueillent le siège de chacune des formations interrégionales. Par ailleurs, les régions surreprésentées sont également celles où ont généralement eu lieu les sessions présentielle de la formation. Cette proportion étant également proposée de manière non présentielle (à distance, de type formation par internet), certaines régions où l'association n'a pas organisé de formation présentielle sont tout de même représentées dans notre échantillon. Il faut également considérer un deuxième biais de recrutement possible : les médecins ayant participé à la formation étaient tous spontanément volontaires pour participer à un programme de développement professionnel continu. Il s'agit donc de médecins suffisamment soucieux de leurs bonnes pratiques pour s'engager dans une formation de plusieurs semaines. Par ailleurs, ayant choisi une formation sur l'amélioration des pratiques de prescription des AT, il est possible qu'il s'agisse de médecins rencontrant des difficultés sur ce thème, soit du fait de leurs pratiques, soit du fait de leur patientèle. Les AT inclus sont alors à risque d'être différents (soit par les caractéristiques des patients ou de la demande des patients, soit par les attitudes des médecins au cours de la prescription).

3. Population de patients inclus et arrêts de travail prescrits

Dans notre étude, les arrêts de travail concernaient des femmes dans 52 % des cas. Dans le travail de thèse de S Broli sur les arrêts de courtes durées (de 1 à 3 jours), on retrouvait une proportion de 60,8 % de femmes. Dans le travail de thèse de B Fourré, on retrouvait 51,6 % d'AT concernant des femmes. Dans le rapport de la CNAMTS sur les AT de 2 à 4 mois, cette proportion de femmes était de 55 % à 58 % selon la durée de l'AT. Dans la population générale active en 2004, la proportion de femmes était de 45,6 %.

Si l'on considère que notre étude représente des AT de tous types de durée (AT courts, moyens et longs), le type de données s'en rapprochant le plus sont celles de B Fourré, avec 51,6 % de femmes.

Dans notre étude, toutes durées confondues, il y avait 26 % d'AT pour motif infectieux, 23 % pour motif rhumatologique, 14 % pour motif traumatique, et 13 % pour motif psychiatrique.

Dans la thèse de B Fourré(Fourré 2006), il y avait 34,3 % d'AT pour motif infectieux, 26,8 % concernant le système ostéo-articulaire, 17 % pour motif traumatique, et 15,5 % pour motif psychologique.

Dans la thèse de S Broli sur les arrêts de 1 à 3 jours(11), il y avait 59 % d'AT pour motif infectieux, 17 % pour motif rhumatologique, 5,1 % pour motif psychologique. Dans notre

étude, lorsque la durée prescrite de l'AT était inférieure à 8 jours, le motif était infectieux à 43 %, rhumatologique à 19 %, et psychiatrique à 8 %.

Dans le rapport de la CNAMTS en 2004 sur les arrêts de 2 à 4 mois, le motif était une pathologie de l'appareil ostéo-articulaire de 25,5 % à 26,4 % des cas selon la durée, un trouble mental de 19,4 à 22,8 % des cas, une lésion traumatique de 9,9 % à 12,0 % des cas, et une maladie de l'appareil cardiocirculatoire dans 4,9 à 5,6 % des cas. Dans notre étude, pour les AT de plus de 20 jours, le motif était rhumatologique dans 27 % des cas, psychiatrique dans 21 % des cas, traumatique dans 18 % des cas, et cardiovasculaire dans 7 % des cas.

Comparés à différents travaux antérieurs plus ou moins récents, on voit que nos données sont cohérentes.

II. Forces et faiblesses de l'étude

La méthodologie de recueil de cette étude a permis d'inclure un très grand nombre d'arrêts de travail, et les médecins ayant participé étaient répartis sur tout le territoire, avec des conditions d'exercices variées permettant une grande représentativité. Cependant, certaines régions d'exercice étaient surreprésentées et d'autres sont sous représentées.

Les arrêts de travail inclus étaient similaires à ceux qui ont été inclus dans d'autres études sur les AT (proportion d'hommes et de femmes, motifs des arrêts).

Le questionnaire conçu ne permettait pas de préciser le type de négociation quand elle avait lieu : est-ce que le médecin négociait pour une durée plus courte ou plus longue ?

Le milieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain) était déclaratif et ne reposait pas sur une définition précise.

III. Forces et faiblesses comparées à d'autres études

Par rapport aux études françaises faites jusqu'à présent portant sur les arrêts de travail en situation de soins primaires, le nombre d'AT inclus était supérieur dans notre étude. La représentativité géographique était meilleure également puisque des médecins de tout le territoire ont participé. Ceci est d'autant plus intéressant à relever que la mise en place du recueil était moins lourde que dans les autres études. Le développement professionnel continu est un moyen efficace pour obtenir une grande population d'étude représentative.

Par contre, le questionnaire était moins complet et moins précis.

Ce type de recueil, par le biais d'une formation adressée aux médecins, a donc permis le recueil d'un grand nombre de données à peu de frais, mais comme le but premier du questionnaire était de servir à la formation, celui-ci était moins pertinent pour faire une

analyse fine des conditions de prescription des AT que ne le sont les questionnaires issus de travaux de recherche pure.

Notre étude a permis de quantifier la prise en compte et l'influence de la maladie du patient, de son travail, et de son contexte familial et social et confirmé ce qui avait été mise en évidence dans les précédents travaux effectués par M Balzani et A Duflot dans le cadre de l'étude ATAC. On sait ainsi que dans 61 % des AT prescrits dans notre étude, la principale indication de l'AT était liée à la pathologie, dans 20 % des cas au patient et à son contexte personnel, et dans 19 % des cas au poste de travail.

Comme dans les travaux de S Broli dans le cadre de l'étude ATAC et B Fourré, plus de la moitié (63% dans notre étude) des AT de courte durée (même si la durée des AT courts étaient de 1 à 3 jours dans son étude et de moins de 8 jours dans la notre) étaient demandés par le patient. L'illégitimité de la demande aux yeux du médecin n'a pas été étudiée spécifiquement dans notre étude, mais elle a montré que lorsque la demande émane du patient (4238 AT), il y a eu négociation sur la durée dans 1259 cas, soit 30 %, comparé à la moitié des cas dans les deux études précitées. Comme S Broli qui retrouvait une plus grande proportion de femme éprouvant des difficultés dans la prescription des AT de courte durée, dans notre étude, 204 AT sur 1247 (16 %) ont été jugés problématiques lorsque le médecin était une femme, et 317 AT sur 2470 (13 %) lorsque le médecin était un homme (significativité non calculée)

Comme dans l'étude scandinave de G Tellnes de 1990, l'âge du médecin avait une influence sur la durée des AT prescrits avec une tendance à la prescription d'AT plus longs parmi les médecins les plus âgés. Par contre, contrairement à cette étude, l'exercice seul ou en groupe n'avait pas d'influence sur la durée des AT prescrits.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de décrire 7050 consultations ayant donné lieu à une prescription d'arrêt de travail et déterminer la fréquence des facteurs décisionnels.

Il faut noter que nous nous appuyons sur des données recueillies lors d'une action de DPC qui n'avait pas comme premier objectif un projet de recherche. Pour autant, les données sont quantitativement et qualitativement significatives ce qui ouvre des perspectives intéressantes pour d'autres projets de recherche : la phase d'analyse de pratiques des actions de Développement Professionnel Continu, intégrée dans une démarche de formation, est une source de données pertinentes, même si les participants ne sont pas des habitués du recueil de données, pour peu que le questionnaire soit adapté, avec un taux de réponses plus élevé que ce qui est habituellement rencontré.

Dans un domaine où les seuls référentiels sont ceux de faible niveau de preuve de la CPAM et de la HAS, il n'y a pas eu de changement majeur entre le début et la fin de la formation. La participation à la formation a conforté les médecins dans leurs pratiques (durée des AT prescrits, négociation sur la durée, prise en compte du poste de travail, réévaluation de l'AT avant terme), mais les a incité à communiquer d'avantage avec les autres intervenants (médecin du travail, médecin conseil, confrère, etc). Elle leur a également permis d'être plus sereins en rencontrant moins de problème lors du processus de prescription d'arrêt de travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMELI. Vous êtes en arrêt de travail pour maladie [Internet]. ameli.fr. 2014 [cited 2014 Nov 10]. Available from: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-etes-en-arret-de-travail-pour-maladie/vos-demarches-et-formalites.php>
2. ANAES. Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques (synthèse). 2004 pp. 1–9.
3. ANAES. Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques. 2004 Sep pp. 1–82.
4. Assurance Maladie. Chiffres et repères 2007. 2007 pp. 1–29.
5. Assurance Maladie. Description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois. 2004 Oct pp. 1–35.
6. Azizi, Balsan. Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général d'assurance maladie - Une analyse économétrique sur la période 1988-2002. Etude et résultats. 2003 Aug pp. 1–8.
7. Azizi. Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2005. Etude et résultats. 2006 Jul pp. 1–8.
8. Balzani M. Exploration des représentations des médecins généralistes face à la prescription des arrêts de travail par la méthode des focus group. [Créteil]; 2012. pp. 1–74.
9. Bercier S, Khiari S, Chartier S. Une approche compréhensive des décisions de prescription d'arrêts de travail par les médecins généralistes français. *Exercer*. 2013;24(105):1–2.
10. Betsch A-L. Problématique de la prescription des arrêts de travail en médecine générale : revue de la littérature et élaboration d'un guide d'entretien collectif. [Créteil]; 2010. pp. 1–73.
11. Broli S. Les arrêts de travail de un à trois jours : enjeux et déterminants de la prescription. [Créteil]; 2011. pp. 1–50.
12. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2013. 2013 pp. 1–238.
13. Code de la sécurité sociale. Code de la sécurité sociale - Article L162-1-15.
14. Code de la sécurité sociale. Code de la sécurité sociale - Article L162-4-1.
15. Code de la sécurité sociale. Code de la sécurité sociale - Article L321-1.
16. Code de la sécurité sociale. Code de la sécurité sociale - Article R162-1-9-1.

17. Cour des Comptes. Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie. 2012 Jul pp. 1–158.
18. DRESS. Les comptes nationaux de la santé [Internet]. drees.sante.gouv.fr. 2014 [cited 2014 Nov 10]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-comptes-nationaux-de-la-sante,11371.html>
19. DRESS. Les indemnités journalières. Etude et résultats. 2007 Sep pp. 1–8.
20. Duflot A. Les facteurs décisionnels intervenant dans la prescription d'un arrêt de travail en médecine générale : une approche exploratoire par focus group. [Créteil]; 2012. pp. 1–71.
21. Engblom M, Alexanderson K, Rudebeck CE. Physicians' messages in problematic sickness certification: a narrative analysis of case reports. *BMC Fam Pract*. BioMed Central Ltd; 2011;12(1):18.
22. Foley M, Thorley K, Hout Von MC. Sickness certification difficulties in Ireland--a GP focus group study. *Occup Med (Lond)*. 2013 Jul;63(5):369–72.
23. Fourré B. Critères décisionnels de prescription des arrêts de travail : une enquête transversale en médecine générale. [Lyon]; 2006. pp. 1–79.
24. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ*. 2004 Jan 10;328(7431):88.
25. INAN C. Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : Un Rôle Important Des Conditions De Travail. *DARES Analyses*. 2013 Feb;(9):1–10.
26. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd; 2012;12(1):702.
27. Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *Eur J Gen Pract*. 2012 Dec;18(4):219–28.
28. Lindholm C, Knorring von M, Arrelöv B, Nilsson G, Hinas E, Alexanderson K. Health care management of sickness certification tasks: results from two surveys to physicians. *BMC Res Notes*. 2013;6:207.
29. Ljungquist T, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus AL, Nilsson GH, Alexanderson K. Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in

- Sweden. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000704.
30. Ljungquist T, Hinas E, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus AL, Nilsson GH, et al. Sickness certification of patients--a work environment problem among physicians? *Occup Med (Lond)*. Oxford University Press; 2013 Jan;63(1):23–9.
 31. Nadir K, Paul F, Catherine B, Laurent L. Prescription des arrêts de travail en médecine générale : description des critères fonctionnels et contextuels. *Exercer*. 2010;21(92):1–7.
 32. Nilsing E, Söderberg E, Berterö C, Öberg B. Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: a focus group study in Sweden. *J Occup Rehabil*. 2013 Sep;23(3):450–61.
 33. Østerås N, Gulbrandsen P, Benth JS, Hofoss D, Brage S. Implementing structured functional assessments in general practice for persons with long-term sick leave: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2009;10:31.
 34. Osterkamp R. Work lost due to illness--An international comparison. *CESifo Forum*. *CESifo Forum*; 2002;3(4):36–40.
 35. Poletti B. Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les arrêts de travail et les indemnités journalières. 2013 Apr pp. 1–272. Report No.: 986.
 36. Skånér Y, Nilsson GH, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Wilteus AL, et al. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000303.
 37. Tellnes G, Sandvik L, Moum T. Inter-doctor variation in sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 1990 Mar;8(1):45–52.
 38. Tellnes G. Sickness certification in general practice: a review. *Fam Pract*. 1989 Mar;6(1):58–65.
 39. Winde LD, Alexanderson K, Carlsen B, Kjeldgard L, Wilteu AL, Gjesdal S. General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway. 2012 Mar 26;:1–8.

influence des régions d'exercice

	Le métier ou le poste occupé par le patient a-t-il eu une incidence sur votre décision ?		Quelle est la durée de l'arrêt prescrit ?			Y a-t-il eu négociation sur la durée ?		Une réévaluation de la situation avant le terme de cet arrêt de travail a-t-elle été prévue et négociée avec le patient		Des contacts avec un tiers ont-ils été pris ?	
	Oui	Non	Moins de 8 jours	De 8 à 20 jours	Plus de 20 jours	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Alsace	720	672	851	284	207	331	1062	380	1013	231	1161
	51,72	48,28	63,41	21,16	15,42	23,76	76,24	27,28	72,72	16,59	83,41
Aquitaine	54	56	69	26	15	30	80	27	83	11	99
	49,09	50,91	62,73	23,64	13,64	27,27	72,73	24,55	75,45	10,00	90,00
Auvergne	22	18	13	18	9	9	31	21	19	3	37
	55,00	45,00	32,50	45,00	22,50	22,50	77,50	52,50	47,50	7,50	92,50
Basse-Normandie	12	8	8	7	5	2	18	11	9	11	9
	60,00	40,00	40,00	35,00	25,00	10,00	90,00	55,00	45,00	55,00	45,00
Bourgogne	11	6	13	2	2	10	7	3	14	2	15
	64,71	35,29	76,47	11,76	11,76	58,82	41,18	17,65	82,35	11,76	88,24
Bretagne	189	163	184	82	85	124	228	125	227	73	279
	53,69	46,31	52,42	23,36	24,22	35,23	64,77	35,51	64,49	20,74	79,26
Centre	78	48	70	41	15	44	82	54	72	21	105
	61,90	38,10	55,56	32,54	11,90	34,92	65,08	42,86	57,14	16,67	83,33
Champagne-Ardenne	5	5	6	3	1	6	4	6	4	1	9
	50,00	50,00	60,00	30,00	10,00	60,00	40,00	60,00	40,00	10,00	90,00
Corse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Franche-Comté	47	38	33	28	24	34	51	32	53	18	67
	55,29	44,71	38,82	32,94	28,24	40,00	60,00	37,65	62,35	21,18	78,82
Haute-Normandie	31	29	36	14	10	22	38	26	34	17	43
	51,67	48,33	60,00	23,33	16,67	36,67	63,33	43,33	56,67	28,33	71,67
Ile-de-France	316	391	451	154	102	212	496	242	466	106	602
	44,70	55,30	63,79	21,78	14,43	29,94	70,06	34,18	65,82	14,97	85,03
Languedoc-Roussillon	467	416	465	208	210	245	638	283	600	178	705
	52,89	47,11	52,66	23,56	23,78	27,75	72,25	32,05	67,95	20,16	79,84
Limousin	9	11	19	1	0	5	15	5	15	0	20
	45,00	55,00	95,00	5,00	0,00	25,00	75,00	25,00	75,00	0,00	100,00
Lorraine	102	88	102	34	54	32	158	77	113	46	144
	53,68	46,32	53,68	17,89	28,42	16,84	83,16	40,53	59,47	24,21	75,79
Midi-Pyrénées	200	129	156	103	70	90	239	123	206	56	273
	60,79	39,21	47,42	31,31	21,28	27,36	72,64	37,39	62,61	17,02	82,98
Nord-Pas-de-Calais	582	580	604	314	244	267	895	390	772	203	959
	50,09	49,91	51,98	27,02	21,00	22,98	77,02	33,56	66,44	17,47	82,53
Pays de la Loire	91	59	92	37	21	45	105	60	90	28	122
	60,67	39,33	61,33	24,67	14,00	30,00	70,00	40,00	60,00	18,67	81,33
Picardie	111	113	142	54	28	52	172	72	152	34	190
	49,55	50,45	63,39	24,11	12,50	23,21	76,79	32,14	67,86	15,18	84,82
Poitou-Charentes	9	11	10	2	8	3	17	8	12	1	19
	45,00	55,00	50,00	10,00	40,00	15,00	85,00	40,00	60,00	5,00	95,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	137	170	176	66	65	65	242	106	201	42	265
	44,63	55,37	57,33	21,50	21,17	21,17	78,83	34,53	65,47	13,68	86,32
Rhône-Alpes	227	211	231	129	78	89	349	152	286	75	363
	51,83	48,17	52,74	29,45	17,81	20,32	79,68	34,70	65,30	17,12	82,88

ANNEXE : QUESTIONNAIRE

1	Age du patient :			
2	Sexe du patient :	Féminin		
		Masculin		
3	De qui émane l'arrêt de travail ?	Patient		
		Médecin		
		Famille ou entourage		
		Employeur		
		Confrère		
4	S'agit-il d'une :	Prescription initiale		
		Prolongation	Si prolongation, durée depuis le début de l'arrêt :	
		Rechute		
5	Quelle est la pathologie causale ?	Nouvelle pathologie		
		Suite de pathologie connue		
5 bis	Quel est le type de pathologie ?	Cardiovasculaire		
		Infectieux		
		Psychiatrique		
		Rhumatologique		
		Traumatique		
		Souffrance au travail		
		Motif administratif		
		Autre pathologie	Précisez :	
6	Le métier ou le poste occupé par le patient a-t-il une incidence sur votre décision ?	Oui		
		Non		
7	Avez-vous perçu ou ressenti une notion de « souffrance au travail » ou de « harcèlement » ?	Oui		
		Non		
8	Diriez vous que la principale indication de l'arrêt de travail est liée :	A la pathologie		
		Au patient		
		Au travail		
9	Quelle est la durée de l'arrêt	Moins de 8 jours		

	prescrit ?	De 8 à 20 jours		
		Plus de 20 jours		
10	Y a-t-il eu négociation sur la durée ?	Oui		
		Non		
11	Une réévaluation de la situation avant le terme de cet arrêt de travail a-t-elle été prévue et négociée avec le patient ?	Oui	Si oui, précisez les modalités :	Nouveau RDV programmé
				Contact téléphonique
		Non		
12	Des contacts avec un tiers ont-ils été pris ?	Oui	Si oui, précisez :	Médecin du travail
				Médecin conseil
				Autre
		Non		
13	Diriez-vous que la prescription de cet arrêt de travail vous a posé problème ?	Oui	Si oui, précisez si la difficulté était d'ordre :	Ethique
				Médical
				Médico-social (droits salariaux...)
				Relationnel avec le patient
				Relationnel avec son entourage
				Relationnel avec son employeur
				Relationnel avec un confrère
			Si oui, décrivez ensuite en une phrase en quoi cet arrêt de travail vous a posé problème :	
		Non		

GLOSSAIRE

AT : arrêt de travail

ALD : Affection Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute autorité de santé

Année : 2015

Auteur : Fabien Besançon

Directeur de thèse : Docteur Stéphane Granat

Titre : Déterminants de la prescription des arrêts de travail par des médecins généralistes en situation de soins primaires.

Résumé :

Introduction : L'objectif principal de cette étude était de décrire 7050 situations ayant donné lieu à une prescription d'arrêt de travail et déterminer la fréquence des facteurs décisionnels : pathologie ; motif de l'arrêt ; place des différents facteurs liés à la pathologie, au patient ou au poste de travail. Les objectifs secondaires étaient de comparer les facteurs décisionnels de trois sous-groupes de prescriptions en fonction de la durée prescrite (moins de 8 jours, de 8 à 20 jours et plus de 20 jours) et de quantifier l'influence des caractéristiques des médecins sur la prescription des arrêts de travail.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, transversale, sur des cahiers d'observations de consultations de médecine générale en France entre 2011 et 2013 ayant abouti à la prescription d'arrêts de travail. Les données sont issues d'un programme de Développement Professionnel Continu organisé par l'association fmc-ActionN sur tout le territoire français entre 2011 et 2013.

Résultats : 415 médecins généralistes ont participé, et 7050 observations de consultations ayant abouti à une prescription d'arrêt de travail ont été recueillies. Notre population de médecins participants était répartie sur tout le territoire, avec une proportion d'hommes et de femmes représentative de la population des médecins généralistes français. Leur âge moyen était également proche de celui de la population française de médecins généralistes.

Les arrêts de moins de 8 jours concernent aussi bien des hommes (47%) que des femmes (53%). Ils sont majoritairement demandés par les patients (63% des arrêts de moins de 8 jours). Puis ils sont demandés par le médecin (34% des AT de moins de 8 jours). Il s'agit le plus souvent d'une prescription initiale (85 % des arrêts de moins de 8 jours). Il s'agit le plus souvent d'une nouvelle pathologie (78%). Les pathologies nécessitant des arrêts inférieurs à 8 jours sont plus souvent infectieuses (49% des arrêts de moins de 8 jours), et sont ensuite rhumatologiques (19%) et traumatiques (10%). Les arrêts de 8 à 20 jours concernent aussi bien des hommes (47%) que des femmes (53%). Ils sont majoritairement demandés par le patient (58%), puis par le médecin (33%), et enfin par un confrère (5%). Il s'agit plus souvent d'une prolongation (52% des arrêts de 8 à 20 j), puis d'une prescription initiale (44%). Les pathologies nécessitant des arrêts de 8 à 20 jours sont plus souvent rhumatologiques (27%), traumatiques (20%), psychiatriques (20%) et une souffrance au travail (11%). Les arrêts de plus de 20 jours concernent aussi bien des hommes (48%) que des femmes (52%). Ils sont majoritairement demandés par les patients (55%), puis par le médecin (31%), et enfin par un confrère (9%). Parmi les arrêts de plus de 20 jours, il s'agit le plus souvent d'une prolongation (85% des arrêts supérieurs à 20 j), puis ensuite d'une prescription initiale (14%). Dans la majorité des cas (80%) il s'agit d'une pathologie déjà connue. Les pathologies nécessitant des arrêts de plus de 20 jours sont plus souvent rhumatologiques (27%), psychiatriques (21%), traumatiques (18%).

Conclusion : Nos données ont été recueillies lors d'une action de DPC qui n'avait pas comme premier objectif un projet de recherche. Pour autant, les données sont quantitativement et qualitativement significatives ce qui ouvre des perspectives intéressantes pour d'autres projets de recherche. Nous avons décrits certains déterminants d'un nombre significatif de consultations ayant abouties à une prescription d'arrêt de travail.

MOTS-CLES :

- Médecine générale
- Arrêt de travail
- Prise de décision

Adresse de l'UFR : 8 rue du Général Sarrail, 94010 Créteil Cedex