



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(Décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 14 novembre 2024 à Poitiers  
Par Monsieur Jérémy GRAND-JEAN

**Arrêts de travail de longue durée : Connaissance des acteurs, difficultés de prise en charge et attentes des médecins généralistes des Deux-Sèvres**

### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Professeur Jean-Michel GOUJON (Professeur des Universités-Praticien Hospitalier)

**Membres** : Docteur Raphaële FORGEOT (Maître de Conférence Associé)  
Docteur Alexandre DESNOUHES (Maître de Stage Universitaire)  
Docteur Catherine TILLY (Médecin généraliste)

**Directeur de thèse** : Docteur Vincent HELIS (Maître de Stage Universitaire)



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(Décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 14 novembre 2024 à Poitiers  
Par Monsieur Jérémy GRAND-JEAN

**Arrêts de travail de longue durée : Connaissance des acteurs, difficultés de prise en charge et attentes des médecins généralistes des Deux-Sèvres**

### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Professeur Jean-Michel GOUJON (Professeur des Universités-Praticien Hospitalier)

**Membres** : Docteur Raphaèle FORGEOT (Maitre de Conférence Associé)  
Docteur Alexandre DESNOUHES (Maître de Stage Universitaire)  
Docteur Catherine TILLY (Médecin généraliste)

**Directeur de thèse** : Docteur Vincent HELIS (Maître de Stage Universitaire)



## LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2024 – 2025

### DEPARTEMENT DE MEDECINE

#### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHAIK Jiad, chirurgie infantile
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique (*retraite 01/04/2025*)
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses (*en disponibilité 2 ans à/c 01/08/2024*)
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- VENDEUVRE Tanguy, chirurgie orthopédique et traumatologique
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

#### Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ALLOUCHERY Marion, pharmacologie clinique
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique (*en mission jusqu'au 31/03/2025*)
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DAVID Romain, médecine physique et de réadaptation
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie (*en mission 1 an à/c du 25/10/2024*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUQUE Vincent, néphrologie
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LARID Guillaume, rhumatologie
- LIUU Evelyne, gériatrie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MOSBAH Hélène, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)

- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

#### **Maitre de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

#### **Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- BENATRU Isabelle, neurologie
- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation
- LE MOAL Gwenaél, maladies infectieuses et tropicales

#### **Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

#### **Maitres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent
- LUCCHESI PILLET Virginie

#### **Enseignant contractuel sur chaire professeur junior**

- MELIS Nicolas, biologie cellulaire et moléculaire

#### **Praticiens Hospitaliers Universitaires (PHU)**

- CARSUZAA Florent, oto-Rhino-Laryngologie
- RAULT Christophe, physiologie

#### **Professeurs émérites**

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie (08/2026)
- NEAU Jean-Philippe, neurologie (08/2027)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique (08/2027)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2026)
- RICHER Jean-Pierre, anatomie (08/2029)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

#### **Professeurs et Maitres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)

- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## DEPARTEMENT DE PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique
- VENISSE Nicolas, chimie analytique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur du département de pharmacie**

### *Maitres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- CAMBIEN Guillaume, santé publique, épidémiologie
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

### *Maitres de conférences*

- ARANZANA CLIMENT Vincent, pharmacologie
- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – Référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maitres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

### *Enseignants contractuels en pratique officinale et soins primaires – DEUST PTP*

- CHASSERIAU Jacques, pharmacien
- VALET Maud, pharmacien

### *A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)*

- AUPY Thomas, toxicologie

### *Professeur émérite*

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie (08/2029)

### *Professeurs et Maitres de Conférences honoraires*

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNEAU Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

## DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

### *Professeur associé des universités des disciplines odontologiques*

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- PERDRISOT Rémy, département de médecine
- RIOUX-BILAN Agnès, département de pharmacie

## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Jean-Michel GOUJON**, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger ce travail. Je vous remercie et vous en suis très reconnaissant.

**A Madame le Docteur Raphaèle FORGEOT**, je vous remercie de faire partie de ce jury de thèse et juger ce travail. Soyez assurée de toute ma gratitude.

**A Monsieur le Docteur Alexandre DESNOUHES**, je te remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Je te remercie pour ta bienveillance et ta pédagogie en tant que maître de stage. J'ai hâte de la suite, une belle collaboration nous attend.

**A Madame le Docteur Catherine TILLY**, je te remercie sincèrement d'avoir accepté dans l'urgence de faire partie de ce jury de thèse. Je te remercie pour ta bienveillance en tant que maître de stage. Ce fut un plaisir d'apprendre à tes côtés et de partager un semestre avec toi.

**A Monsieur le Docteur Vincent HELIS**, je te remercie de m'avoir accompagné pendant ces deux dernières années. Je te remercie pour tes conseils avisés, ta disponibilité et ton encadrement.

**A tous les médecins ayant répondu au questionnaire**, je vous remercie.

**A tous les médecins, maitres de stage (Dr TILLY, Dr PORTET-TIXIDOR, Dr DROUILLARD, Dr BIARD, Dr MANACH) et équipes paramédicales** rencontrés durant toutes ces années de formation, je vous remercie pour vos conseils et votre pédagogie.

**A Madame Natalia Benoit**, je vous remercie pour votre disponibilité et pour ces échanges intéressants au sein du SIST 79.

**A ma famille :**

A mes parents tout d'abord, pour les valeurs que vous m'avez transmises et pour avoir toujours cru en moi. Vous m'avez toujours soutenu, je vous en suis reconnaissant.

A mes sœurs. Emilie, j'espère que tu t'épanouiras autant que j'ai pu le faire dans ces études de médecine. Eloïse, une multitude d'aventures t'attendent, tu as toute la vie devant toi. J'ai confiance en vous pour l'avenir.

A mes Grands-Parents, Gérard et Yolande, sans qui cette aventure aurait été impossible, je vous suis éternellement reconnaissant. A ma Grand-Mère Michelle, pour tous ces moments partagés dans les belles montagnes ardéchoises, pour toutes ces vacances d'été.

A mon Grand-Père, Alain, je sais l'amour que tu avais pour les mots et je n'ai nul doute que tu aurais apprécié lire ce travail. Je sais que tu es fier là où tu es, je ne t'oublie pas. Ce travail t'est dédié.

A ma cousine Elsa, à nos journées entières d'enquêtes, à nos frayeurs de jeunesse, à nos vacances d'été en Ardèche.

A toi Pauline, merci d'être la formidable personne que tu es et de me soutenir au quotidien. Merci pour ton aide et tes relectures pour ce travail. Merci pour ces beaux moments ensemble et pour la Van-Life. J'ai hâte de découvrir ce que la vie nous réserve et de partager tout cela avec toi. De belles choses nous attendent, j'en suis certain.

### **A mes amis :**

A toi Mathieu, à la rencontre avec Michel Polnareff, à la voie maltée, « passez vite j'ai une émotion », à toutes ces étapes du Tour de France, à toutes nos rencontres improbables durant nos périples. A toi Attilio, à cet été post-P1, à tous ces moments mémorables, à ton amour pour l'équipe de France, à la Croatie, à notre croisade avec nos panneaux de signalisation, j'ai hâte de venir te voir au Canada. A toi Magali, à toutes ses soirées films et gratins de pâtes, à l'écriture des polys, je suis un heureux tonton et j'ai hâte d'apprendre le football au futur capitaine de l'Equipe de France ! A toi Alex, à ces journées passées à la rédaction de nos thèses et nos théories immobilières ! Je suis chanceux de vous avoir à mes côtés.

A tous mes amis rencontrés durant l'internat. Clément, Truc-Thi, Jeanne, Maxime, Rémi, nous avons survécu aux urgences ! Aurélien, Justine, à ces soirées Monopoly en pédiatrie et toutes celles qui ont suivi ! Mina, Pauline R., Pauline B., Mélissa, Valentin, Line, Bernard, Camille, Aurélia, Corentin, Emmanuelle, Ines, Alicia, Lucie, Nathan, Nicolas merci pour tous ces moments à vos côtés.

A mes compères chevaliers de la voie maltée, Julien et Andréa, la bière de lumière nous attend !

A vous Fabienne, Stéphane, Nelly, Christophe, vous avez été là dans les moments importants de ma vie, c'est un plaisir de vous avoir à mes côtés et de vous présenter ce travail.

Enfin, à toi Mégane, j'aurais aimé que l'on partage ce moment ensemble, je ne t'oublie pas.

## TABLE DES MATIERES

<b><u>REMERCIEMENTS</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>TABLE DES MATIERES</u></b> .....	<b>8</b>
<b><u>GLOSSAIRE</u></b> .....	<b>9</b>
<b><u>I- INTRODUCTION</u></b> .....	<b>10</b>
<b><u>II- AVANT-PROPOS</u></b> .....	<b>12</b>
<b><u>III- MATERIEL ET METHODES</u></b> .....	<b>20</b>
<b>1- Population de l'étude</b> .....	20
<b>2- Caractéristiques de l'étude</b> .....	20
<b>3- Aspects réglementaires de l'étude</b> .....	21
<b>4- Diffusion du questionnaire</b> .....	21
<b><u>IV- RESULTATS</u></b> .....	<b>22</b>
<b>1- Population de l'étude</b> .....	22
<b>2- Prise en charge des patients en arrêt maladie de longue durée</b> .....	24
<b>3- Relation entre le médecin généraliste et ses différents interlocuteurs</b> .....	26
A- Relation entre le médecin généraliste et le médecin-conseil .....	26
B- Relation entre le médecin généraliste et le médecin du travail .....	27
C- Coordination entre le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin-conseil ....	29
<b>4- Connaissance des autres acteurs de prévention de la désinsertion professionnelle</b> .....	29
<b>5- Quelle coordination mettre en place pour améliorer la prise en charge de ces patients ?</b> .....	30
<b><u>V- DISCUSSION</u></b> .....	<b>33</b>
<b>1- Interprétation des résultats</b> .....	33
A- Population de l'étude .....	33
B- Prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée .....	33
C- Relation entre le médecin généraliste, le médecin-conseil, le médecin du travail .....	36
D- Connaissance des autres acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle .....	35
E- Intérêts d'une coordination pour améliorer la prise en charge de ces patients .....	37
<b>2- Forces de l'étude</b> .....	38
<b>3- Limites de l'étude</b> .....	38
<b><u>VI- CONCLUSION</u></b> .....	<b>40</b>
<b><u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b> .....	<b>42</b>
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	<b>46</b>
<b><u>SERMENT</u></b> .....	<b>50</b>
<b><u>RESUME</u></b> .....	<b>51</b>

## GLOSSAIRE

- **AAH** : Allocation Adulte Handicapé
- **AGEFIPH** : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
- **ALD** : Affection de Longue Durée
- **AT/MP** : Accident du travail/Maladie professionnelle
- **CARSAT** : Caisse Régionale d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
- **CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- **DMP** : Dossier Médical Partagé
- **DMST** : Dossier Médical de Santé au Travail
- **IJ** : Indemnités Journalières
- **MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PRST** : Plan Régional de Santé au travail
- **RQTH** : Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé
- **SAMETH** : Service d'Aide pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapé
- **SIST** : Service Interentreprise de Santé au Travail
- **SPST** : Service de Prévention de Santé au Travail

## **I- INTRODUCTION**

Aujourd'hui en France, les arrêts de travail de longue durée (supérieure à 6 mois) sont pourvoyeurs de plusieurs problématiques connues. D'une part, l'arrêt de travail de longue durée est un facteur de risque de désinsertion professionnelle. En effet, on estime qu'après seulement un mois d'arrêt de travail, 15,1 % des femmes et 11,4 % des hommes sont au chômage l'année suivante (versus 7% et 4% pour les salariés n'ayant pas eu d'arrêt de travail). Ce chiffre augmente proportionnellement avec la durée de l'arrêt de travail (18,9 % des femmes et 14,2 % des hommes après deux mois d'arrêt de travail).<sup>(1)</sup> De plus, selon un rapport ministériel de 2019, une personne en arrêt de travail prolongé perdrait 50% de chance de retrouver son emploi ou un emploi au décours de l'arrêt de travail. Nous savons aujourd'hui que la santé, telle que définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948, est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». <sup>(2)</sup> L'activité professionnelle, facteur majeur d'inclusion sociale, est donc un élément important à prendre en compte lors de l'évaluation de l'état de santé d'une personne.

D'autre part, les arrêts de travail de longue durée constituent une problématique d'augmentation des dépenses d'indemnités journalières. En France, les dépenses totales d'indemnités journalières (IJ), hors fonction publique, s'élevaient à 20,9 milliards d'euros en 2022 (dont 1,8 milliard euros d'indemnités pour infection COVID-19). <sup>(3)</sup> Elles regroupent les indemnisations pour maladie, accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP) et maternité. Les dépenses d'indemnités journalières sont en constante augmentation dans tous les domaines (et principalement pour cause de maladie depuis plusieurs années) et ce, avant la pandémie à COVID 19. On observe aussi une augmentation de la durée moyenne des arrêts de travail (+20,9%) entre 2019 (17,7 jours) et 2021 (21,4 jours). <sup>(4)</sup> Dans une période où les dépenses de santé en rapport avec les indemnités journalières sont en constante augmentation, il semble très important pour nous, professionnels de santé, dans l'optique de maîtriser nos dépenses de santé, de s'intéresser à cette question.

Il existait en France une plateforme régionale en 2006, à l'initiative du CHU de Lille, nommée « Santé/Emploi/info/Service », qui n'est plus en service aujourd'hui. Elle fonctionnait via un numéro unique, où les patients atteints de handicap étaient orientés par

une infirmière vers les différents acteurs du département afin de prévenir la désinsertion professionnelle chez ces patients. <sup>(5)</sup>

Il n'existe cependant pas à ce jour de plateforme de coordination entre les acteurs médicaux. Nous observons, dans la littérature, que les médecins généralistes et les médecins du travail sont en faveur d'une coopération dans la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée. Cependant, il persiste des difficultés de communication entre ces deux acteurs. Nous y apprenons aussi que le rôle du médecin du travail est mal connu par le médecin généraliste. Cette difficulté de coopération entre les acteurs entraîne un manque d'efficacité dans la prise en charge des patients en arrêts de travail de longue durée. <sup>(6) (7)</sup>

Des études ont déjà été réalisées dans d'autres départements de France sur cette thématique. On y observe un manque de connaissance de ces différents acteurs et de leurs rôles, ainsi qu'une difficulté de communication avec ceux-ci, entraînant une prise en charge non optimale de ces patients. <sup>(8) (9)</sup>

Dans ce contexte d'augmentation des dépenses de santé liée aux indemnités journalières, du risque de désinsertion professionnelle, et de difficultés de prise en charge en rapport avec la méconnaissance des acteurs et de leurs rôles, il nous semblait important d'évaluer, chez les médecins généralistes des Deux-Sèvres, la connaissance des acteurs et les difficultés de gestion de ces situations ainsi que leurs attentes, afin d'optimiser la prise en charge de ces patients.

L'objectif principal de notre étude est donc d'évaluer, dans le département des Deux-Sèvres, la connaissance des acteurs et les difficultés des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients en arrêts de travail de longue durée.

L'objectif secondaire de notre étude est d'évaluer, au sein de cette même population, les attentes des médecins et si une meilleure coordination entre les différents acteurs médicaux et entre les acteurs médicaux et sociaux pourrait améliorer la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée.

## II- AVANT-PROPOS

Au préalable, il semble nécessaire, d'établir quelques éléments de définitions et de contexte :

### - L'arrêt de travail :

L'arrêt de travail, en France, se définit comme la période de suspension du contrat de travail en raison d'une maladie ou d'un d'accident de travail d'origine professionnelle ou non professionnelle ou encore d'une maternité. Il a une durée maximale de trois ans. Celui-ci est justifié par une prescription médicale. <sup>(10)</sup> Dès lors qu'un salarié se retrouve en arrêt de travail, il perçoit des indemnités journalières qui sont un revenu de remplacement versé par l'Assurance maladie afin de compenser la perte de salaire provoquée par l'arrêt de travail. L'arrêt de travail relève d'une prescription médicale et engage la responsabilité du prescripteur. Il peut être réalisé par tout médecin (sauf le médecin du travail). Les modalités de prescription de l'arrêt de travail varient selon la situation : maladie ou accident du travail/maladie professionnelle. Dans les deux cas, l'arrêt de travail peut être réalisé au format papier ou bien directement en ligne via le serveur sécurisé Amelipro.

### *\*Modalités de prescription d'un arrêt de travail en raison d'une maladie :*

L'arrêt de travail pour maladie (c'est-à-dire une pathologie non en lien avec l'exercice du travail) peut être établi par le formulaire CERFA (*Annexe 1*) et possède trois volets (2 pour la Sécurité Sociale, 1 pour l'employeur). Il peut aussi être établi en ligne via le site Amelipro, où l'arrêt de travail sera télétransmis à la Sécurité Sociale. Désormais, il peut également s'effectuer directement via certains logiciels médicaux. L'arrêt de travail débute à la date de la prescription. Lors de la prescription de l'arrêt de travail, le médecin doit premièrement spécifier si l'arrêt est initial (c'est-à-dire le premier arrêt en rapport avec la pathologie du patient) ou s'il s'agit d'une prolongation. Il doit aussi y spécifier le motif médical de l'arrêt de travail (seule la sécurité sociale reçoit le motif de l'arrêt de travail), mais également si l'arrêt est en rapport avec une affection de longue durée (ALD), une grossesse, et si les sorties sont autorisées (avec ou sans restriction d'horaires).

Lorsque le médecin établit un arrêt de travail pour maladie, les indemnités journalières sont versées au patient à partir du 4<sup>ème</sup> jour de l'arrêt de travail. Cela veut dire que pendant les trois premiers jours de l'arrêt, le patient ne perçoit pas de revenu. Il est à noter que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, les arrêts de travail prescrits ou renouvelés en téléconsultation ne

peuvent excéder une durée de 3 jours. Si l'arrêt de travail est effectué sous format papier via le formulaire CERFA, le patient a pour obligation de transmettre l'arrêt de travail (volets n°1 et n°2) à la Sécurité Sociale dans les 48h suivant la date de l'arrêt. Par ailleurs, il n'existe pas de durée légale de transmission de l'arrêt à l'employeur, mais il est conseillé de transmettre l'arrêt de travail (volet n°3) dans les 48h. <sup>(11)</sup>

*\*Modalités de prescriptions d'un arrêt de travail en raison d'un accident de travail/maladie professionnelle :*

L'arrêt de travail peut être prescrit à la suite d'un accident de travail. L'accident de travail est défini par le code de la Sécurité Sociale comme l'accident survenu, quel qu'en soit la cause, par le fait ou à l'occasion du travail, pour toute personne salariée. Un accident de trajet survenant entre le domicile et le travail est considéré comme un accident de travail. <sup>(12)</sup>

Le certificat médical initial pour accident du travail peut être établi via le formulaire CERFA, fusionné depuis le 7 mai 2022 avec le formulaire de prescription d'arrêt de travail, ou en ligne via Amelipro. Il y est précisé le siège des lésions en rapport avec l'accident de travail, la nécessité ou non de soins médicaux, et la durée si besoin de l'arrêt de travail. Il n'y a pas de délai de carence en cas d'arrêt de travail dans le cadre d'un accident du travail si la cause professionnelle de l'arrêt de travail a été reconnue en tant que tel par l'assurance maladie. De plus, tous les soins, frais d'hospitalisations, examens complémentaires, consultations médicales ou paramédicales en rapport avec l'accident de travail sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale. Le certificat médical initial stipule la fin estimée de l'accident de travail. A l'issue de cette date, différentes issues sont possibles :

- Guérison : Aboutit à un certificat médical final de guérison (si aucune séquelle)
- Consolidation : Lorsque les lésions prennent un caractère permanent voire définitif, avec fin des soins « actifs » concernant la lésion, et des séquelles entraînant une incapacité permanente (dont le taux est décidé par le médecin-conseil après réception du certificat). En fonction du taux d'incapacité permanente, le patient reçoit une indemnité en rente ou en capital (*voir rôle du médecin-conseil*)
- Nouvelle lésion : Lésions consécutives à l'accident de travail, non présentes lors du certificat médical initial, aboutissant à un certificat de nouvelle lésion. Ce certificat est examiné par le médecin conseil de l'assurance maladie qui valide ou non la prise en charge de la nouvelle lésion au titre de l'accident du travail.
- Rechute : Aggravation de la lésion initiale ou apparition d'une nouvelle lésion à une date ultérieurement à la réalisation du certificat de guérison ou consolidation.

Un arrêt de travail pour maladie ou en rapport avec un accident du travail/maladie professionnelle, peut aboutir, lorsque la reprise du travail à temps complet semble trop précoce, à une reprise à temps partiel thérapeutique. Ce dernier a une durée maximale d'un an et est renouvelé par le médecin prescripteur de l'arrêt de travail. Dans ce cas, en fonction du taux de reprise du travail, le salaire est payé conjointement par la caisse d'assurance maladie et par l'employeur.

- **Différents acteurs médicaux et sociaux :**

**a) Le médecin généraliste :**

Le médecin généraliste est un acteur important de la prise en charge de ces patients. En effet, c'est lui qui décide de la prescription et du renouvellement ou non de l'arrêt de travail, de la prescription des différents examens complémentaires et des différentes thérapeutiques afin d'optimiser au maximum la prise en charge, et donc la durée de l'arrêt maladie. Il réalise également les demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou d'allocation adulte handicapé (AAH) via le certificat médical auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MPDH). Il possède un vrai rôle de coordination et de conseil au patient.

**b) Le médecin du travail :**

En France, le médecin spécialiste en médecine du travail, a un rôle « exclusivement préventif » auprès des salariés. Son rôle « *consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé, ainsi que tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* » <sup>(13)</sup>

Le médecin du travail est salarié, soit directement d'une entreprise, soit d'un service de prévention de santé au travail (SPST) (voir « *les autres acteurs de la prise en charge des patients en arrêt maladie de longue durée* »). Lorsqu'il est salarié d'un SPST, il tient le dossier médical de santé au travail (DMST), dossier contenant les informations médicales du patient recueillies lors des visites médicales, les risques auxquels ont été ou sont exposés le patient, les échanges avec les différents professionnels de santé etc. Il est à noter que seul le médecin du travail, l'interne en médecine du travail ou l'infirmier du SPST ont accès à ce dossier. Le médecin traitant n'y a pas accès.

Au cours de son parcours professionnel dans une entreprise, le salarié est amené à rencontrer à plusieurs reprises le médecin du travail :

- La visite d'information et de prévention : <sup>(14)</sup>

Anciennement appelée visite d'embauche, elle doit être réalisée dans les trois mois suivant l'embauche. Cette visite est obligatoire pour les salariés du secteur privé. Cette visite n'est pas nécessairement réalisée par le médecin du travail si le salarié ne présente pas de facteurs de risque (elle peut être réalisée par exemple par un infirmier ou un interne de médecine du travail). Elle sera en revanche obligatoirement réalisée par le médecin du travail si le salarié est reconnu comme travailleur handicapé ou s'il perçoit une pension d'invalidité. Cette visite a notamment pour but de connaître l'état de santé du salarié, de l'informer des risques liés à son poste de travail et des moyens de prévention à mettre en œuvre.

- La visite de reprise : <sup>(15)</sup>

La visite médicale de reprise est une visite obligatoire lorsque le salarié était en arrêt de travail pour les raisons suivantes : congé maternité, arrêt de travail en rapport avec une maladie professionnelle, arrêt de travail supérieur à 30 jours en rapport avec un accident de travail, arrêt de travail supérieur à 60 jours sans rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle (ce délai était de 30 jours avant le 1<sup>er</sup> avril 2022). Elle doit être réalisée dans les 8 jours suivant la reprise du travail. Elle permet de vérifier que le poste de travail est adapté à l'état de santé du salarié et de proposer différentes solutions au salarié en fonction de son poste et de son état de santé (adaptation du poste, reclassement, avis d'inaptitude au poste).

- La visite de pré-reprise :

Cette visite n'est pas obligatoire mais vivement recommandée lorsque l'arrêt de travail est supérieur à 30 jours. Elle peut être demandée par le salarié lui-même, le médecin du travail, le médecin-conseil ou encore le médecin traitant. Elle permet d'anticiper, avant même la reprise du travail, les éventuels aménagements et adaptations de poste ou encore un éventuel reclassement.

- Décision d'inaptitude au poste de travail :

L'inaptitude est décidée par le médecin du travail lorsqu'il juge que « l'état de santé du salarié est incompatible avec le poste qu'il occupe et qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible ». Il prend cette décision après examen clinique du salarié, étude de son poste de travail et échange avec l'employeur. <sup>(16)</sup> Lorsque qu'une inaptitude au poste de travail est décidée, l'employeur est dans l'obligation de rechercher un reclassement du salarié au sein de l'entreprise. Il peut néanmoins procéder à un licenciement du salarié si un reclassement est impossible au sein de l'entreprise ou si un reclassement est possible et accepté par le médecin du travail mais refusé par le salarié.

**c) Le médecin-conseil**

Le médecin-conseil est aussi un acteur important de la prévention de la désinsertion professionnelle. Il est employé par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour le régime général. Ses différentes missions comportent :

- Contrôle de la conformité des arrêts de travail auprès des praticiens et des assurés :

Des visites au domicile des assurés peuvent être réalisées afin de s'assurer de la conformité de l'arrêt de travail. Le contrôle des arrêts de travail peut aussi être réalisé par téléphone. Dans ces cas, le contrôle est réalisé par un/une infirmier/e de la caisse d'Assurance Maladie. Une consultation obligatoire est réalisée pour les arrêts de travail de soixante jours et plus. Il peut aussi contacter le médecin prescripteur de l'arrêt (possiblement via la plateforme Amelipro ou échange téléphonique).

- Evaluation de l'incapacité de l'assuré et délivrance de la pension d'invalidité : <sup>(17)</sup> <sup>(18)</sup>

C'est le médecin-conseil qui évalue le taux d'incapacité de l'assuré, qu'il s'agisse d'une incapacité en rapport avec un accident de la vie privée, d'un accident du travail, ou encore d'une maladie professionnelle. Après examen clinique, le médecin conseil décide du taux d'incapacité de l'assuré. Selon le taux d'incapacité, l'assuré percevra ou non une pension d'invalidité (cf. figure 1 – rente perçue en fonction du taux d'incapacité en annexe 2)

- Conseil auprès des assurés :

Le médecin-conseil accompagne les patients atteints de pathologies chroniques ou professionnelles dans leur parcours professionnel.

- Prévention de la désinsertion professionnelle :

Lorsqu'un assuré en arrêt de travail en rapport avec une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle, est à risque de désinsertion professionnelle du fait de son état de santé, il peut bénéficier d'un accompagnement au titre de la désinsertion professionnelle sur demande du médecin-conseil ou encore d'un médecin spécialiste (ex : médecin traitant). Cet accompagnement peut se faire de manière conjointe avec les SPST. L'assuré peut aussi être accompagné par le service social de la CPAM (représenté au niveau régional par la caisse régionale d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)) pour la construction d'un projet professionnel.

Cet accompagnement peut notamment déboucher sur un « essai encadré ». Cet essai encadré permet, durant l'arrêt de travail, de tester la capacité de l'assuré à la reprise de son ancien poste de travail, de tester un aménagement de poste réalisé pour la reprise ou encore un nouveau poste. Cet essai encadré dure au maximum 14 jours, il est réalisé au sein de l'entreprise de l'assuré. L'assuré continue de percevoir les indemnités journalières durant cet essai. Il n'est pas rémunéré par l'entreprise. Il est renouvelable une fois. <sup>(19)</sup>

***d) Les autres acteurs de la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée et de la prévention de la désinsertion professionnelle***

- Les Services Interentreprises de Santé au Travail (SIST) (exemple du SIST 79) :

Comme mentionné précédemment, les médecins du travail peuvent être salariés d'une entreprise ou d'un service de santé au travail. Le SIST 79 regroupe plusieurs professionnels tels que des médecins du travail, des médecins collaborateurs, des infirmiers en santé-travail, des intervenants en prévention des risques professionnels (ergonomes par exemple), des chargés de mission travaillant en collaboration avec les médecins du travail. En 2023, 8167 entreprises étaient adhérentes au SIST 79 (soit environ 90 000 salariés). 41 617 visites ont été réalisées en 2023 par les médecins du travail et infirmiers du SIST. <sup>(20)</sup>

Le SIST 79 possède un rôle important dans la prévention de la désinsertion professionnelle. Il permet aux salariés d'être accompagnés dans diverses formalités telles que l'aide à la constitution de dossier de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (voir partie MDPH), constitution de dossier d'invalidité, de formation professionnelle par exemple. Le SIST 79 porte aussi l'action de maintien dans l'emploi de CAP EMPLOI 79 (voir CAP EMPLOI ci-dessous).

- L'employeur :

L'employeur joue un rôle notable lors de l'arrêt de travail de longue durée du salarié. Lorsque l'arrêt de travail du salarié est supérieur à 30 jours, l'employeur peut proposer au salarié un « *rendez-vous de liaison* ». Celui-ci a pour but de maintenir un lien entre l'employeur et le salarié. Il permet d'informer le salarié qu'il peut bénéficier d'une visite de pré-reprise, d'un aménagement du poste ou du temps de travail à la reprise ou encore d'actions de préventions de la désinsertion professionnelle (essai encadré par exemple).<sup>(21)</sup>

- L'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) :<sup>(22)</sup>

L'AGEFIPH est un acteur important de la prévention de la désinsertion professionnelle et du maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap. L'AGEFIPH gère le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Ce fonds est financé par les entreprises de plus de 20 salariés n'atteignant par le quota de 6% de personnes en situation de handicap dans leurs effectifs.

Elle apporte des aides financières aux personnes en situation de handicap (RQTH, personnes titulaires de l'AAH, personnes victimes d'un accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente >10%) : aide au parcours vers l'emploi, aide à la création d'activité, aide à la formation, aide technique.

Elle allègue également des aides financières aux employeurs : aide à l'accueil et l'intégration des salariés en situation de handicap, aide à la formation, aide à l'adaptation des situations de travail, l'aide à l'emploi travailleur handicapé (prestation versée tous les trimestres pendant une durée de 3 ans à l'employeur dans le but de compenser le surcoût lié à l'adaptation du poste de travail pour les personnes en situation de handicap)<sup>(23)</sup>

Enfin elle participe au financement des services CAP EMPLOI via le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

- CAP EMPLOI :<sup>(24)</sup>

Les services CAP EMPLOI (anciennement : *Service d'Aide pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH)*), au nombre de 98 en France, s'adressent aux personnes en situation de handicap avec des missions d'accompagnement personnalisées (insertion professionnelle, évolution professionnelle, transition professionnelle, formation, recherche d'emploi, adaptation du poste de travail). Ces actions se font de manière conjointe avec les services de santé au travail, et les organismes de la sécurité sociale.

Ils s'adressent également aux employeurs (accompagnement concernant les aides financières disponibles, insertion professionnelle, recrutement, maintien dans l'emploi).

Les services CAP EMPLOI peuvent être sollicités par l'employeur, le salarié lui-même, ou les services de santé au travail.

- La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) : <sup>(25)</sup>

Créée à la suite de la loi du 11 février 2005, la maison départementale des personnes handicapées est un lieu d'accueil, d'information, et d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Au sein de la MDPH, on retrouve une équipe pluridisciplinaire d'évaluation (médecins, assistantes sociales, ergothérapeutes, référents en insertion professionnelle) qui élabore un suivi personnalisé et une compensation adaptée. On retrouve aussi la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Cette commission statue notamment sur les demandes de RQTH ou encore sur les demandes d'allocation adultes handicapés.

Le dossier de demande de RQTH comporte un volet administratif et un volet médical. Ce volet médical est rempli sur le formulaire Cerfa n°15695\*1. La CDAPH précise la durée de la RQTH qui peut être renouvelée.

### **III- MATERIEL ET METHODES**

#### **1- Population de l'étude**

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes concentrés sur les médecins généralistes ambulatoires (qu'ils soient en activité libérale ou salariée, mixte, ou remplaçants) en activité dans le département des Deux-Sèvres. Le département des Deux-Sèvres comportait au 1<sup>er</sup> janvier 2022, selon l'Observatoire Régional de la Santé lors de son rapport du mois de juin 2023 <sup>(26)</sup>, 268 médecins généralistes libéraux en activité. Nous avons décidé ne pas inclure les internes de médecine générale à cette étude du fait du manque de recul en stage face à ces situations, ainsi que les médecins généralistes hospitaliers.

#### **2- Caractéristiques de l'étude**

Afin d'évaluer la connaissance des acteurs, les difficultés des médecins généralistes des Deux-Sèvres à propos de la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée, ainsi que leurs attentes, nous avons décidé de diffuser un questionnaire anonyme dans le but de réaliser une analyse quantitative et descriptive.

Ce questionnaire diffusé auprès des médecins généralistes contient au total 24 questions divisées en 5 sous-parties :

- La première sous-partie s'intéresse à la caractérisation de la population des médecins généralistes des Deux-Sèvres de l'étude.
- La deuxième sous-partie s'intéresse à la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée par les médecins généralistes de l'étude.
- La troisième sous-partie s'intéresse à la relation entre les médecins généralistes et les médecins du travail et médecins-conseil dans la prise en charge de ces situations.
- La quatrième sous-partie s'intéresse à la connaissance de la part des médecins généralistes, des autres acteurs de la réinsertion professionnelle.
- La cinquième sous-partie s'intéresse à la coordination de la prise en charge de ces patients entre les différents professionnels.

### **3- Aspects réglementaires de l'étude**

Pour conserver le caractère anonyme de ce questionnaire, il a été diffusé via la mailing-list du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Deux-Sèvres et de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Niortais auprès des médecins généralistes.

Le questionnaire a été relu et son caractère anonyme approuvé par le délégué à la protection des données de la Faculté de Médecine de Poitiers le 05/01/2024.

### **4- Diffusion du questionnaire**

Ce questionnaire a été réalisé et diffusé via la plateforme Lime Survey.

Il a été diffusé du 13/01/2024 au 30/04/2024, date de clôture des résultats. Avant sa diffusion, il a été proposé à 2 personnes n'étant pas dans le milieu médical afin de s'assurer de sa compréhension.

La version manuscrite du questionnaire se trouve en annexe. (*Annexe 3*)

## IV- RESULTATS

74 médecins généralistes des Deux-Sèvres ont répondu au moins partiellement à ce questionnaire et 51 y ont répondu en intégralité.

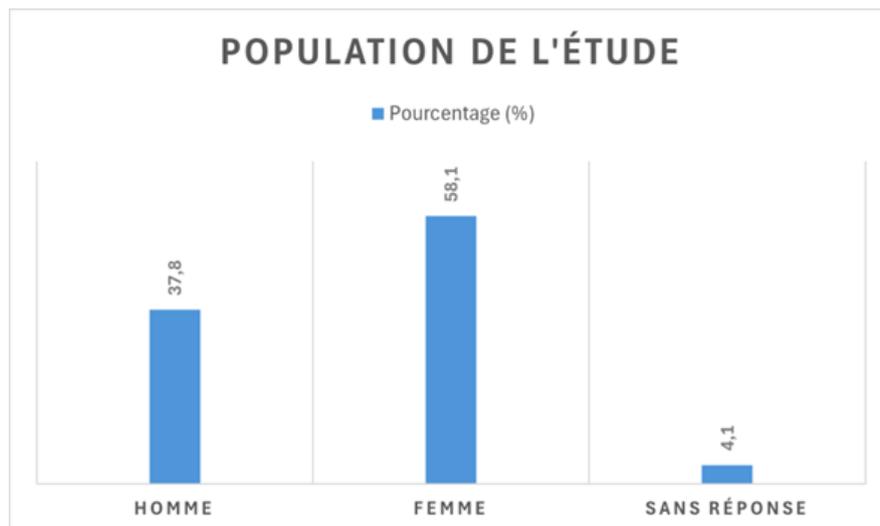
### 1- Population de l'étude : (Graphiques 1-2-3-4)

71 médecins généralistes ont répondu à cette partie du questionnaire. Il est à noter que 3 personnes n'ont pas apporté de réponses à cette partie du questionnaire.

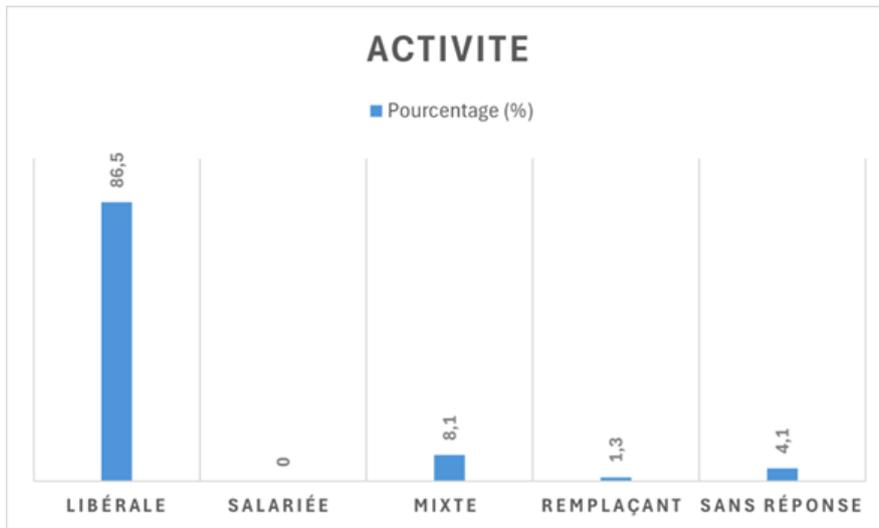
Sur les 71 médecins ayant répondu au questionnaire, on note une population majoritairement féminine avec 58,1% de femmes. Une très grande majorité des médecins ont une activité libérale (64 soit 86,5%), 6 médecins ont une activité mixte (soit 8,1%), un médecin généraliste remplaçant (soit 1,3%), 0 médecin uniquement salarié.

Concernant le lieu d'exercice, la majorité des médecins ayant répondu à ce questionnaire exerce dans une zone semi-rurale (45,9%) ; 29,7% exercent en zone rurale et 20,3% exercent en zone urbaine.

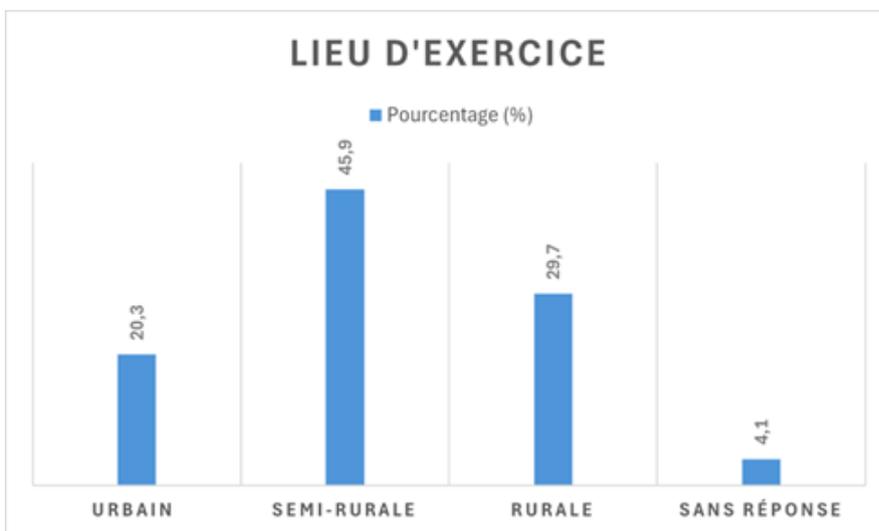
Concernant la durée d'exercice, la population est relativement homogène avec un groupe plus important de médecins exerçant depuis plus de 20 ans (29,7%), contre 28,3% pour le groupe 5-10 ans, 20,3% pour le groupe 10-20ans et 17,6% pour le groupe 0-5 ans.



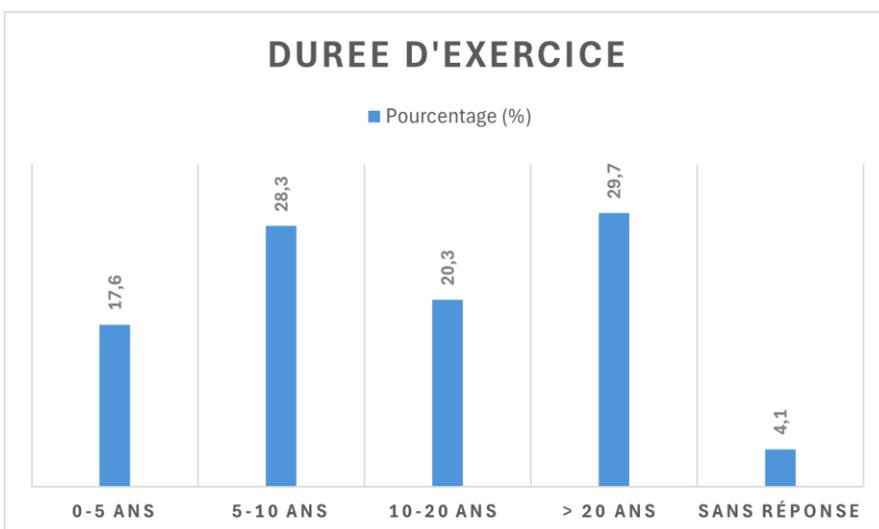
Graphique 1 - Population de l'étude - 71 réponses



Graphique 2 - Activité des médecins généralistes - 71 réponses



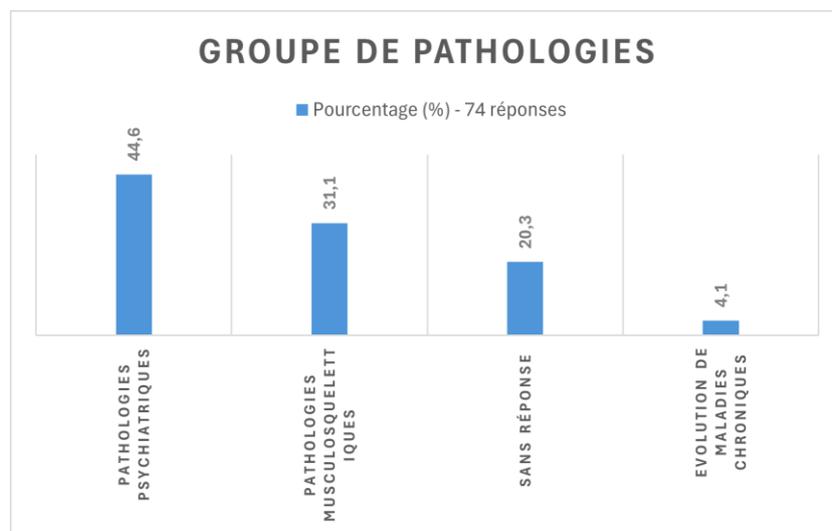
Graphique 3 - Lieu d'exercice - 71 réponses



Graphique 4 - Durée d'exercice - 71 réponses

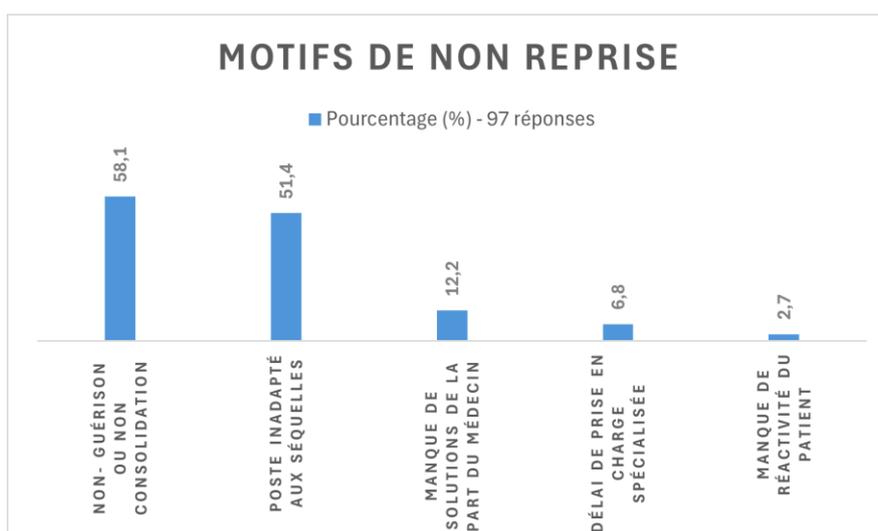
## 2- Prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée : (Graphiques 5-6-7-8)

Au sujet de la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée, 74 personnes ont répondu aux questions 5, 6 et 8. 58 personnes ont répondu à la question 7. Les pathologies pour lesquelles les médecins ont le plus tendance à renouveler un arrêt de travail sont en premier lieu les pathologies psychiatriques (44,6%), puis les pathologies musculosquelettiques (31,1%).



Graphique 5 – Groupe de pathologies – 74 réponses

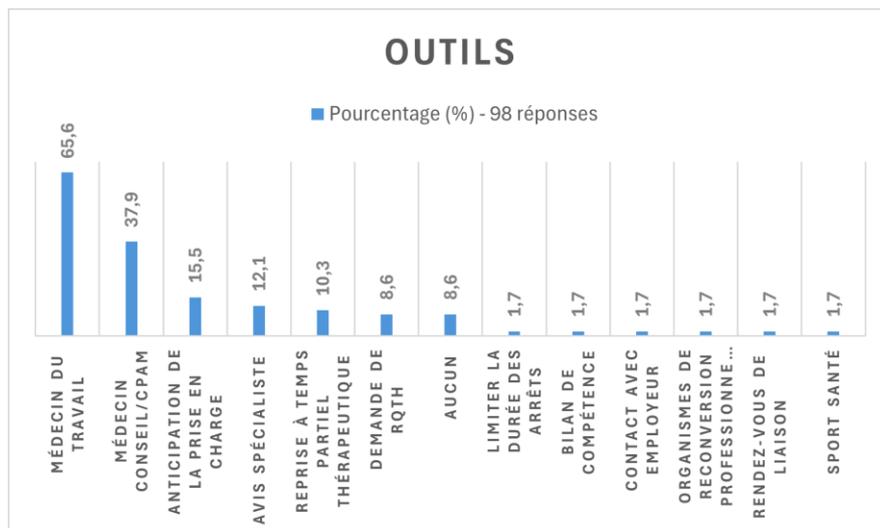
Les principaux motifs relevés de non reprise du travail chez un patient en arrêt de travail de longue durée sont principalement la non-guérison (58,1%), un poste de travail inadapté aux séquelles (51,4 %), un manque de solutions de la part du médecin (12,2%). Aussi, il a été ajouté en réponse libre le long délai de prise en charge spécialisée avec difficultés d'accès aux consultations des médecins spécialistes ou d'accès aux examens complémentaires (6,8%) et le manque de réactivité du patient (2,7%).



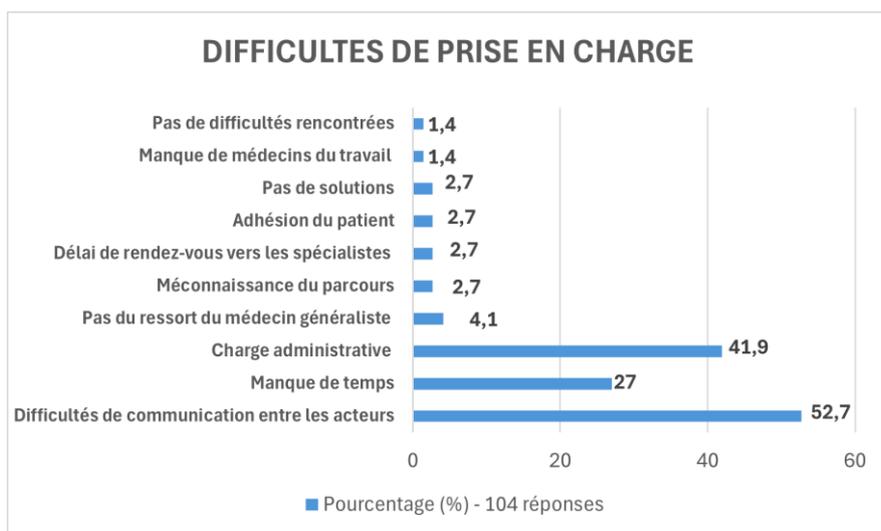
Graphique 6 – Motifs de non reprise – 97 réponses

Les principaux outils utilisés par les médecins ayant répondu au questionnaire pour anticiper la chronicisation des arrêts de travail sont principalement la sollicitation du médecin du travail (65,6%) et du médecin conseil (37,9 %), la projection de la reprise du travail au patient (15,5%), un avis spécialisé (12,1%). D'autres leviers utilisés sont la reprise à temps partiel thérapeutique (10,3%) et la demande de RQTH (8,6%).

Les trois principales difficultés rapportées sont la difficulté de communication avec les différents acteurs (52,7%), la charge administrative (41,9%) et le manque de temps (27%).



Graphique 7 - Outils utilisés par les médecins généralistes – 98 réponses



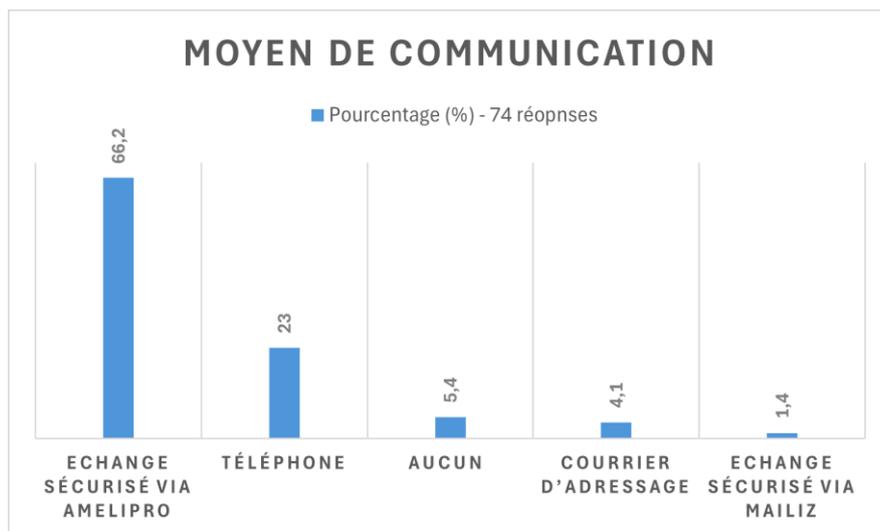
Graphique 8 – Difficultés de prise en charge – 104 réponses

### 3- Relation entre le médecin généraliste et ses différents interlocuteurs :

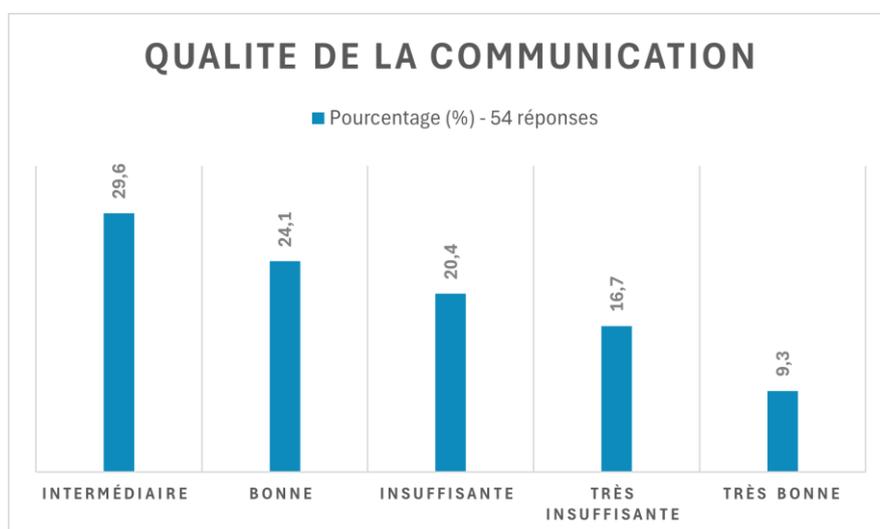
54 médecins sur les 74 initiaux ont répondu à cette partie du questionnaire. Trois interlocuteurs sont principalement privilégiés par les médecins généralistes : le médecin du travail (87%), le médecin-conseil (66,7%) et l'employeur (18,6%).

#### A- Relation entre le médecin généraliste et le médecin-conseil : (Graphiques 9-10-11)

La qualité de la communication entre le médecin généraliste et le médecin-conseil est qualifiée d'intermédiaire à bonne par 53,7% des médecins généralistes répondants (intermédiaire pour 29,6%, bonne pour 24,1%). Elle est cependant qualifiée d'insuffisante à très insuffisante par 37% des médecins généralistes (insuffisante 20,4%, très insuffisante 16,7%). Les échanges se font très principalement via la plateforme sécurisée Amelipro (66,2%) puis par téléphone (23%).

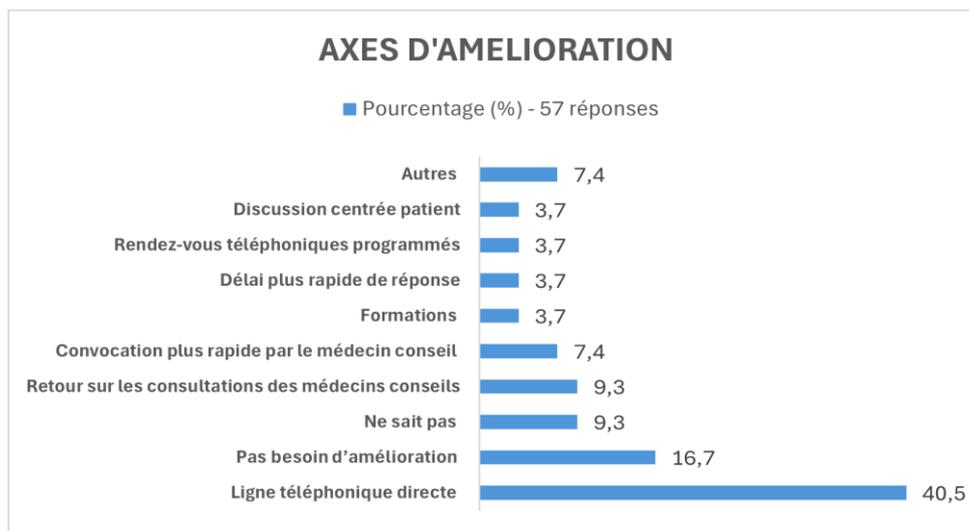


Graphique 9 - Moyen de communication - 74 réponses



Graphique 10 – Qualité de la communication – 54 réponses

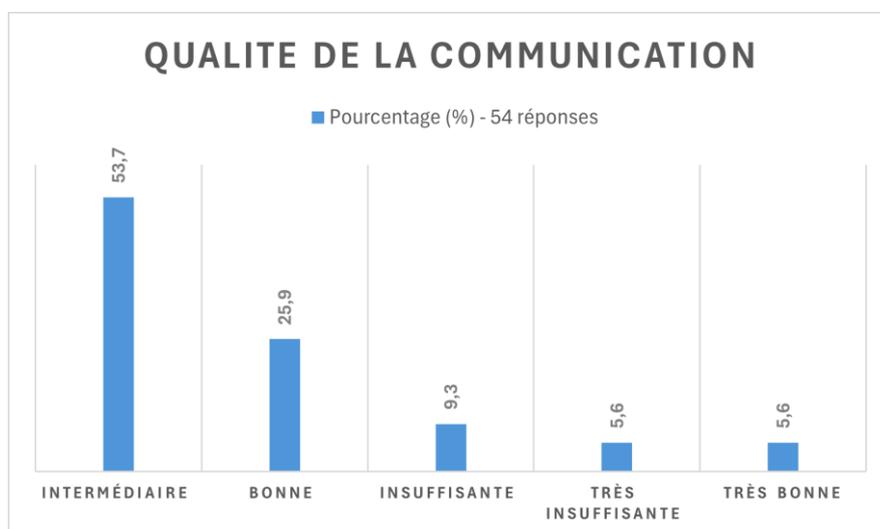
Les principaux axes relevés par les médecins généralistes pour améliorer la communication avec les médecins-conseil sont la mise en place d'une ligne téléphonique directe (40,5%), un retour sur les consultations avec les médecins-conseils (9,3%) et une convocation plus rapide du patient par le médecin-conseil (7,4%). A noter que 16,7% des médecins ayant répondu trouvent le système actuel suffisant et ne ressentent pas le besoin d'amélioration.



Graphique 11 – Axes d'amélioration – 57 réponses  
 Autres : contact via assistant médical, onglet dédié sur AméliPro, rencontre physique avec MT et réponse non exploitable

## B- Relation entre le médecin généraliste et le médecin du travail : (Graphiques 12-13-14)

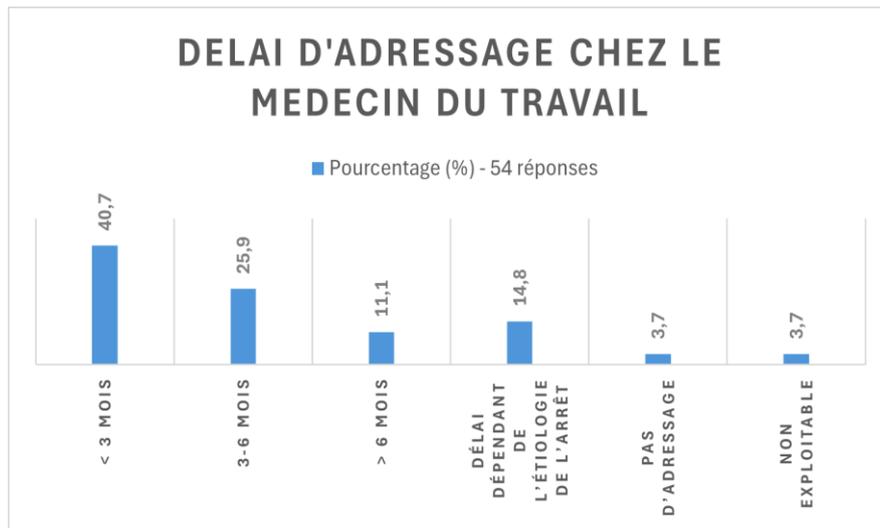
La qualité de la communication entre le médecin généraliste et le médecin du travail est qualifiée d'intermédiaire pour 53,7% et bonne pour 25,9% des médecins. Elle est insuffisante à très insuffisante pour 14,8% des médecins (insuffisante 9,3%, très insuffisante 5,6%).



Graphique 12 - Qualité de la communication entre médecin généraliste et médecin du travail - 54 réponses

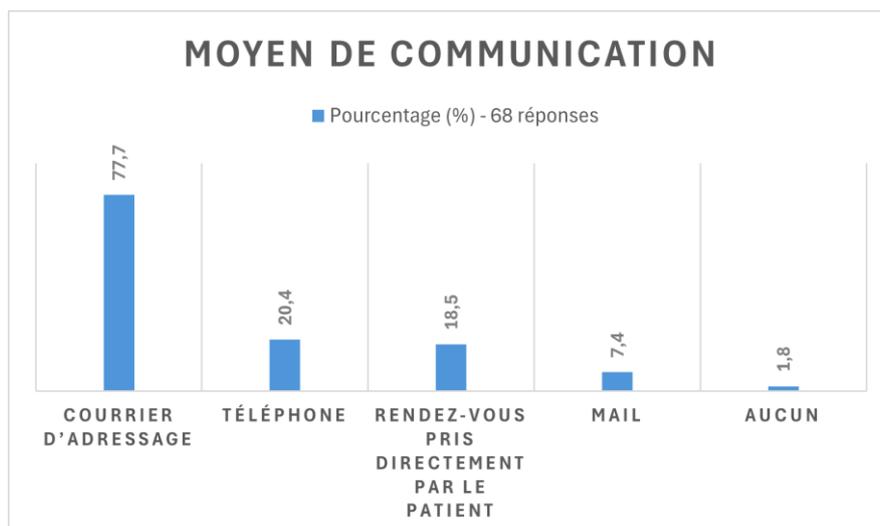
Une très grande majorité des médecins adresse les patients vers le médecin du travail lors des situations d'arrêt de travail de longue durée (88,9%).

Les patients sont orientés assez rapidement vers le médecin du travail par le médecin généraliste (dans un délai inférieur à 3 mois dans 40,7% des cas, dans un délai de 3 à 6 mois dans 25,9% des cas).



Graphique 13 - Délai d'adressage chez le médecin du travail - 54 réponses

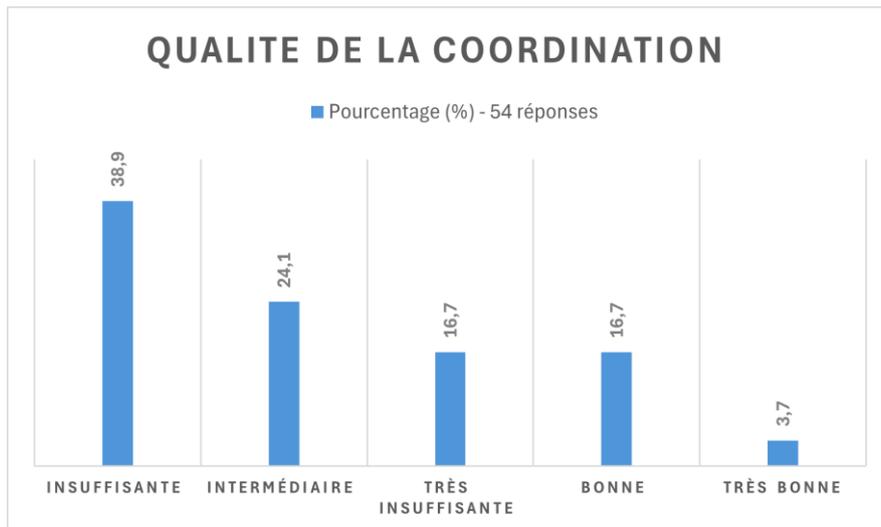
Les patients sont adressés au médecin du travail principalement via un courrier d'adressage (77,8%) ou par téléphone (20,4%).



Graphique 14 - Moyen de communication avec le médecin du travail - 68 réponses

### C- **Coordination entre le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin-conseil : (Graphique 15)**

La coordination entre les différents acteurs est majoritairement qualifiée d'insuffisante à très insuffisante par 55,6% des médecins (insuffisante 38,9%, très insuffisante 16,7%). Elle est cependant qualifiée d'intermédiaire par 24,1% des médecins et bonne à très bonne par 20,4% des médecins (bonne 16,7% et très bonne 3,7%).



Graphique 15 - Qualité de la coordination - 54 réponses

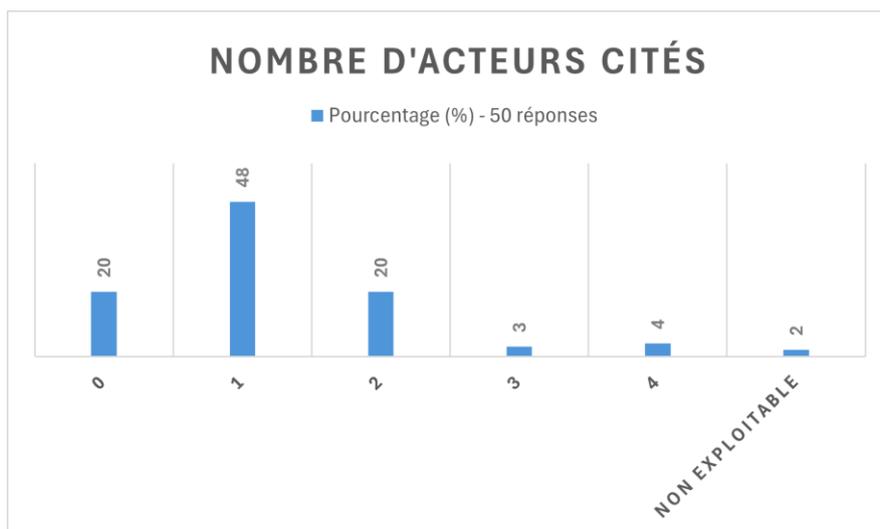
### 4- **Connaissance des autres acteurs de prévention de la désinsertion professionnelle** (Graphiques 16 – 17)

50 médecins sur les 74 initiaux ont répondu à cette partie du questionnaire.

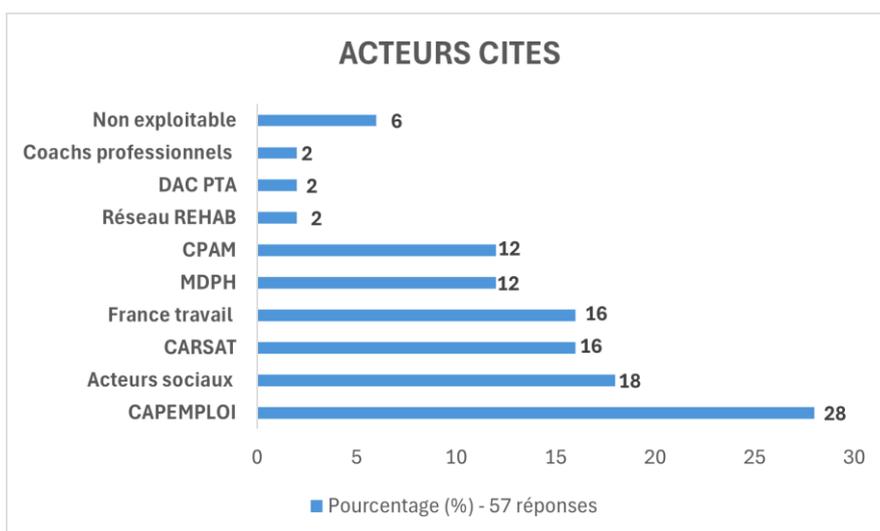
Peu d'acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle sont cités par les médecins généralistes de l'étude. Seulement 1 acteur est cité dans 48% des cas, 0 dans 20% des cas, 2 dans 20% des cas, supérieur à 3 dans 9% des cas.

L'acteur le plus cité est CAP EMPLOI (28%), suivi par les acteurs sociaux (assistant(e)s sociales etc.) (18%) puis la CARSAT et France Travail (16%). La MDPH et la CPAM sont citées dans 12% des cas. Plusieurs médecins reconnaissent en question ouverte avoir très peu de connaissances de ces acteurs.

Cependant, il y a peu de mise en relation entre les médecins généralistes et ces différents acteurs. Seuls 39,2% d'entre eux déclarent faire le lien avec eux.



Graphique 16 - Nombre d'acteurs de prévention de désinsertion professionnelle - 50 réponses



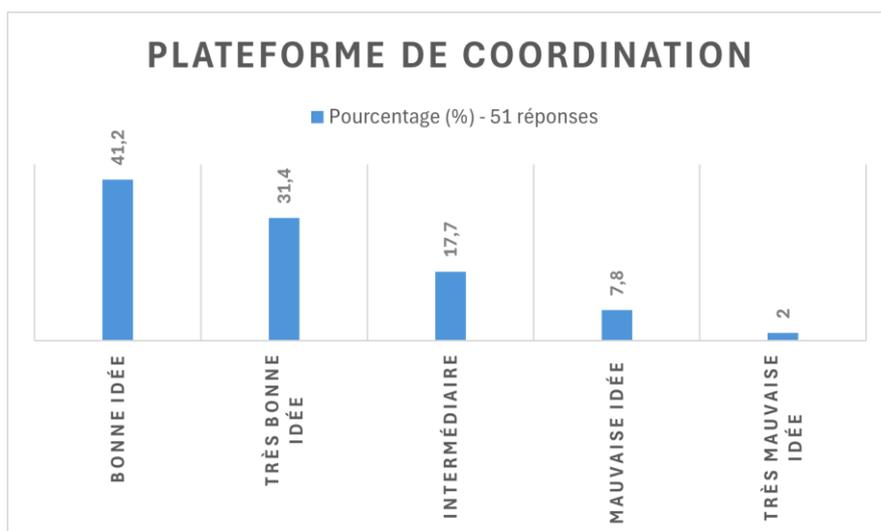
Graphique 17 - Acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle cités - 57 réponses

**5- Quelle coordination mettre en place pour améliorer la prise en charge de ces patients ? (Graphique 18-19)**

51 répondants sur les 74 initiaux ont répondu à cette partie du questionnaire.

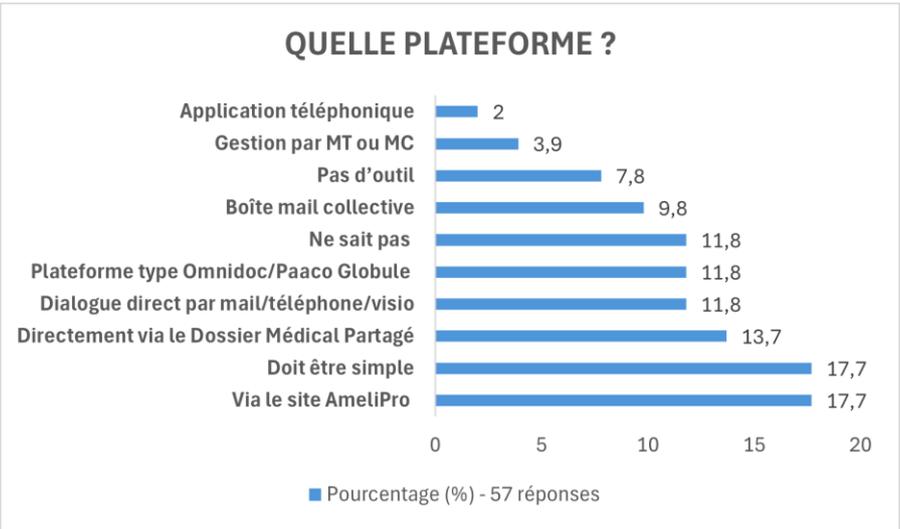
En très grande majorité, les médecins généralistes n'ont pas connaissance du dossier médical de santé au travail (DMST) (94,1%), tenu par le médecin du travail. Après explication dans le questionnaire de la définition du DMST et de son utilité, 82,4% pensent que cela serait une bonne idée d'y avoir accès afin d'améliorer la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée.

Concernant la mise en place d'une plateforme de coordination, 72,6% des médecins généralistes ont répondu « Bonne idée/Très bonne idée » (bonne idée 41,2%, très bonne idée 31,4%) et sont donc favorables à la mise en place d'une plateforme de coordination entre médecin généraliste, médecin du travail et médecin-conseil. Ils sont 84% à penser que cela pourrait améliorer la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée.



Graphique 18 - Intérêt d'une plateforme de coordination - 51 réponses

Dans une question ouverte, nous avons également interrogé les médecins généralistes sur la forme que pourrait avoir cette plateforme de coordination. Lors du recueil des données, 17,7% seraient en faveur de la mise en place d'une plateforme via le site internet déjà existant Amelipro, où chaque professionnel intervenant dans la prise en charge d'un patient en arrêt de travail de longue durée pourrait alimenter le dossier patient sur la plateforme et son observation serait visible par tous les autres professionnels. Ils sont 13,7% à imaginer cette plateforme via le dossier médical partagé (DMP) ou ressemblant à des plateformes existantes telles Omnidoc ou Paaco Globule (11,8%). Ils sont 11,8% à souhaiter un dialogue direct par mail/téléphone/visioconférence. On note aussi qu'il est important que cette plateforme soit simple d'utilisation (17,9 % des médecins).



Graphique 19 – Quelle plateforme ? – 57 réponses  
 MT = médecin du travail ; MC = médecin conseil

## **V- DISCUSSION**

### **1- Interprétation des résultats de l'étude**

#### **A- Population de l'étude :**

Nous observons que la population de notre étude exerce majoritairement en zone rurale ou semi-rurale, avec une expérience de longue durée. Cette dernière coïncide avec les statistiques nationales du Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'âge moyen étant de 51,5 ans en 2023. <sup>(27)</sup> De plus, la majorité des médecins exercent depuis au moins 5 ans dans le territoire. Nous pourrions donc penser que face à une longue durée d'exercice dans le territoire, les médecins généralistes ont connaissance des acteurs locaux jouant un rôle dans la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée.

#### **B- Prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée :**

On observe que les pathologies psychiatriques sont les premières pathologies pour lesquelles les médecins de l'étude ont tendance à renouveler un arrêt de travail. Ces résultats concordent avec les chiffres nationaux de la caisse nationale d'assurance maladie. En effet, en 2022, les troubles anxio-dépressifs représentaient 20,5% des arrêts prescrits pour un coût de 1,4 milliard d'euros. Ces situations de troubles anxio-dépressifs nécessitent une fine évaluation, afin d'analyser si le travail est un facteur protecteur ou non du trouble, ou s'il peut en être la cause. L'assurance maladie préconise, dans ces situations, des arrêts de travail de courte durée, avec réévaluation du patient. De plus, l'accompagnement et le soutien psychologique des patients est facilité par le dispositif « Mon soutien psy », avec depuis le 15 juin 2024, le remboursement par l'assurance maladie de 12 séances annuelles chez un psychologue conventionné. L'assurance maladie préconise aussi de prévenir la désinsertion professionnelle chez ces patients en les orientant rapidement vers le médecin du travail et vers le service social de l'assurance maladie via le numéro de téléphone 36 46. <sup>(28)</sup>

Notre étude ne permet pas de déterminer si les troubles anxio-dépressifs à l'origine des arrêts de travail sont liés au travail ou non. Ceci aurait un double intérêt : d'une part étudier la part des arrêts de travail en lien avec ce dernier et d'autre part pouvoir réaliser des actions de prévention. Malheureusement, peu de maladies psychiques semblent être déclarées en accident du travail et ces maladies ne sont pas encore reconnues comme maladies

professionnelles ou exceptionnellement après des procédures particulières et longues (en 2015, seules 761 demandes de reconnaissance en maladie professionnelle pour syndrome d'épuisement professionnelles ont été acceptées).<sup>(29)</sup> En outre, les pathologies psychiques liées au travail semblent en constante augmentation (syndrome d'épuisement professionnel « burn-out », troubles anxieux, troubles dépressifs). Une étude parue en mars 2024 révèle que la prévalence des souffrances psychiques liées au travail a doublé sur la période de 2013 à 2019 (5,9% des femmes et 2,7% des hommes en 2019).<sup>(30)</sup>

Deux principaux motifs de non reprise du travail sont relevés par les médecins de l'étude : la non-guérison et le poste inadapté aux séquelles. En prenant l'exemple des pathologies psychiatriques, nous pouvons observer l'importance de l'anticipation de la prise en charge en sollicitant les différents acteurs (médecin du travail, service social, psychologues, psychiatre si nécessaire) pour espérer réduire au maximum la durée de l'arrêt de travail tout en essayant de trouver une issue favorable pour le patient. L'anticipation de la prise en charge est citée par les médecins de l'étude comme un outil permettant d'anticiper la chronicisation de l'arrêt de travail.

Enfin, il convient de noter le rôle majeur du patient dans la prise en charge. Chaque situation est singulière et le patient doit être acteur de son arrêt de travail, mais également dans le processus de reprise après un arrêt de travail de longue durée. Une étude de 2015 établit qu'une absence de longue durée au travail constituait « *une véritable histoire* » pour le salarié qui nécessite un accompagnement personnalisé mais surtout une anticipation de la reprise du travail en amont (visite de pré-reprise, bilan de compétence...) afin de réussir la reprise.<sup>(31)</sup> Dans la volonté d'anticiper la reprise du travail, le rendez-vous de liaison possède toute sa place et doit être encouragé. Il permet de maintenir un lien entre l'employeur et le salarié. Sa mise en place est récente (décret de loi santé travail du 31 mars 2022) et il sera intéressant d'observer son impact dans le futur.

Trois principales difficultés concernant la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée sont relevées :

- Le manque de temps : Nous faisons face actuellement à une demande de soins de plus en plus importante avec une démographie médicale toujours en baisse, notamment dans le département des Deux-Sèvres. Il est important dans ce contexte de faciliter la communication entre les acteurs et le parcours du patient afin d'éviter les situations de renouvellements itératifs des arrêts de travail. Il serait intéressant d'évaluer l'impact de collaboration avec un/e assistant/e médical dans ce contexte.

- La charge administrative : en corrélation avec le manque de temps, le médecin généraliste étant l'interlocuteur principal du patient, c'est lui qui interpelle les différents acteurs (médecins du travail, médecin-conseil) et qui prescrit les différents examens complémentaires. Cela peut entraîner une lourdeur administrative avec la rédaction des ordonnances, des différents courriers aux spécialistes, des arrêts de travail.
- La difficulté de communication avec les différents acteurs : elle est connue et fait partie d'un axe de travail du plan régional de santé au travail 4 (PRST 4) de la région Nouvelle Aquitaine. Il vise à une meilleure coordination de la prise en charge des patients en développant une meilleure communication des acteurs, et en partageant les informations sur les patients détenues par chaque acteur. <sup>(32)</sup>

### **C- Relation entre le médecin généraliste, le médecin-conseil, le médecin du travail :**

Nous observons que, d'après les médecins généralistes de l'étude, la relation entre le médecin généraliste et le médecin-conseil est globalement meilleure que la relation entre le médecin généraliste et le médecin du travail.

Il est à noter que la communication entre le médecin généraliste et le médecin conseil est facilitée depuis 2021 par la mise en place d'une messagerie sécurisée sur le site internet Amelipro où le médecin traitant peut contacter directement le médecin-conseil concernant la situation d'un patient. Ce mode de communication est d'ailleurs fortement privilégié par les médecins généralistes de l'étude. Cependant, les médecins généralistes de l'étude sont également en faveur d'une ligne téléphonique directe pour être mis en relation avec le médecin-conseil.

Les médecins généralistes de l'étude adressent rapidement leurs patients en situation d'arrêt de travail prolongé vers le médecin du travail, la plupart du temps les patients sont adressés avec un courrier d'adressage chez le médecin du travail. Mais pour autant, la communication entre ces deux acteurs reste difficile. Il est complexe pour le médecin généraliste de joindre directement le médecin du travail afin d'échanger sur la situation d'un patient en arrêt de travail de longue durée.

De plus, nous observons que les médecins généralistes de l'étude n'ont pas connaissance du DMST, tenu par le médecin du travail, mais après explication de celui-ci et de son rôle, les médecins généralistes souhaiteraient y avoir accès. Nous pouvons ainsi penser que les

informations tenues dans le dossier médical de santé au travail pourraient aider les médecins généralistes concernant la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée. A ce jour cependant, le DMST n'est consultable par tout autre médecin qu'à la demande du patient. A l'inverse, le dossier médical du patient ne peut pas être transmis au médecin du travail. De plus, le médecin généraliste ne peut transmettre les informations du dossier médical du patient au médecin du travail qu'après accord du patient. <sup>(33)</sup>

Il sera intéressant d'observer à l'avenir si la mise en place du DMP permet aux différents acteurs de disposer des informations nécessaires à la prise en charge de ces patients et un accès simplifié aux informations.

Quant à la coordination entre les trois acteurs, elle est jugée insuffisante par les médecins généralistes de l'étude. Aujourd'hui, des plateformes de coordination privées existent mettant en relation le patient en situation d'arrêt de travail de longue durée et des acteurs de la lutte contre la désinsertion professionnelle, mais elles n'incluent pas le médecin généraliste ni le médecin-conseil. <sup>(34)</sup>

#### **D- Connaissance des autres acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle :**

Bien que la population médicale de l'étude soit expérimentée, nous observons que les acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle sont peu connus. La majorité des médecins ne cite qu'un seul acteur. CAP EMPLOI est l'acteur le plus cité. De plus, moins d'un médecin sur deux déclare se mettre en relation avec l'un de ses acteurs.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ceci :

- Le rôle de ces acteurs est peu abordé lors des études de médecine, que ce soit lors du deuxième ou du troisième cycle.
- Certains médecins généralistes de l'étude pensent que cette problématique n'est pas de leur champ d'action et que cela ne relève pas d'une activité médicale. On peut alors noter l'intérêt d'une plateforme telle que celle initiée par le CHU de Lille, où le patient appelle un numéro unique le mettant en relation avec une infirmière de coordination qui le redirige vers les différents acteurs <sup>(5)</sup>. De même, au sein de l'assurance maladie, les infirmiers du service médical ont pour mission d'accompagner l'assuré durant son arrêt de travail jusqu'à sa reprise ou non en collaboration parfois avec le médecin du travail. Nous pourrions aussi imaginer que

les différents acteurs de prévention de la désinsertion professionnelle soient interpellés via les infirmiers du service médical et que celui-ci puisse communiquer avec le médecin traitant via Amelipro sur la nécessité d'orienter le patient vers un de ces acteurs. <sup>(35)</sup>

Afin d'optimiser la prise en charge globale des patients en situation d'arrêt de travail de longue durée et de les orienter vers les bons interlocuteurs, il semble important que les médecins généralistes connaissent ces acteurs. Il serait pertinent d'aborder ces thématiques lors des sessions de formation médicale continue des médecins généralistes, avec présentation des différents acteurs à l'échelle départementale. Nous retrouvons dans la littérature la nécessité de la formation des médecins généralistes afin d'anticiper au mieux la prise en charge de ces situations. <sup>(7) (8)</sup>

#### **E- Intérêts d'une coordination pour améliorer la prise en charge de ces patients :**

Les médecins généralistes de l'étude sont en faveur d'une meilleure coordination de la prise en charge de ces patients, et notamment via une plateforme numérique. Une plateforme existante telle Amelipro, simple d'utilisation et non chronophage est mise en avant.

Nous pourrions effectivement imaginer un outil accessible aux différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de l'arrêt de travail du patient. Disponible directement sur le site Amelipro, la synthèse des consultations du médecin du travail, du médecin-conseil et du médecin généraliste serait visible. Cela pourrait être un moyen pour les professionnels de communiquer plus aisément. A noter qu'il avait été créé un nouveau prototype de formulaire CERFA de prescription d'arrêt de travail lors d'un rapport ministériel en 2019, où le médecin généraliste pouvait demander en cochant directement sur le formulaire, l'intervention du médecin-conseil ou du médecin du travail. Ce formulaire n'a cependant jamais vu le jour. <sup>(36)</sup>

L'idée d'une telle plateforme a été évoquée lors d'une réunion au sein du SIST 79 en décembre 2023, où étaient présents médecins du travail et médecins-conseil afin d'améliorer la coordination des prises en charge dans le cadre du plan régional de santé au travail (PRST 4). <sup>(32)</sup> Les différents professionnels (médecins-conseil, médecins du travail) étaient aussi favorables à l'existence d'une telle plateforme. Il faudrait néanmoins recueillir l'avis d'un plus grand nombre de médecins du travail et de médecins-conseil afin d'envisager la création d'une telle plateforme.

## **2- Forces de l'étude**

La méthode de diffusion du questionnaire a permis d'atteindre un grand nombre de médecins généralistes des Deux-Sèvres. En effet, 74 médecins généralistes y ont répondu au moins partiellement, soit un taux de réponse de 28%. En le diffusant auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du 79 et de la CPTS du niortais, certains médecins ont pu recevoir deux fois le courriel. Cela a pu permettre d'augmenter le taux de réponses. Il n'a pas été observé de doublons lors de l'étude des résultats.

Les résultats sont concordants avec les hypothèses principales préalables à l'étude. Les situations d'arrêts de travail de longue durée sont complexes pour les médecins généralistes. La connaissance des acteurs est à améliorer, ainsi que la coordination de la prise en charge entre les différents acteurs.

C'est aussi la première fois qu'une étude est réalisée auprès des médecins généralistes des Deux-Sèvres concernant cette thématique. Ils sont demandeurs d'une amélioration de la prise en charge et notamment de la coordination.

A terme, le projet sera d'associer ces différents acteurs aux sessions de formation médicale continue des médecins généralistes du département.

De plus, tel que dit précédemment, l'idée d'une plateforme via le site internet Amelipro a été évoquée lors d'une réunion avec le SIST 79 en décembre 2023. Cette idée a spontanément été citée dans le questionnaire comme pouvant être une solution à la coordination entre les différents acteurs. C'est une idée à approfondir auprès des acteurs afin d'examiner si elle est réalisable.

## **3- Limites de l'étude**

50 personnes ont totalement répondu au questionnaire, cela signifie que 24 personnes n'y ont pas répondu entièrement. Le questionnaire comporte 24 questions, avec des questions ouvertes, ce qui a pu être fastidieux pour certains médecins, qui ne sont pas allés jusqu'au bout de celui-ci.

Nous avons réalisé une analyse descriptive globale auprès des médecins généralistes concernant cette thématique. Il serait intéressant d'évaluer si le fait de travailler en collaboration avec un assistant médical pourrait permettre de mieux aborder ces situations.

Par ailleurs, nous aurions pu demander, si avoir été en stage pendant l'internat chez un maître de stage implanté dans le département pouvait être un avantage et permettre de mieux connaître les acteurs, une fois l'installation réalisée.

Enfin, Le questionnaire de cette étude s'adresse uniquement aux médecins généralistes. Il serait également pertinent d'interroger le point de vue des médecins du travail et des médecins-conseils concernant cette question.

## **VI- CONCLUSION**

La prise en charge des patients en arrêts de travail de longue durée représente un enjeu majeur de santé publique. Nous savons que celui-ci est un facteur de risque de désinsertion professionnelle et que sa part dans les dépenses de santé est de plus en plus importante.

La prise en charge de ces patients est pluridisciplinaire et nécessite l'intervention d'une multitude d'acteurs. Le médecin généraliste en est au cœur.

Nous observons dans la littérature que la connaissance des médecins généralistes au sujet des différents acteurs, ainsi que leur sollicitation n'est pas suffisante. Nous y observons également des difficultés de communication entre les acteurs.

Ce sujet n'a pas été étudié dans le département des Deux-Sèvres. Nous avons voulu étudier, la connaissance des acteurs, les difficultés de prise en charge et les attentes des médecins généralistes des Deux-Sèvres à propos de ces situations.

Les résultats sont concordants avec les études antérieures. Les situations d'arrêts de travail de longue durée peuvent mettre en difficultés les médecins généralistes. La communication notamment avec le médecin du travail est à améliorer.

Les médecins généralistes de l'étude adressent leurs patients rapidement chez le médecin du travail lors d'une situation d'arrêt de travail de longue durée. L'anticipation de la prise en charge est primordiale dans ces situations afin que le patient puisse bénéficier d'une visite de pré-reprise avec le médecin du travail avec éventuelle aménagement du poste de travail. Le rendez-vous de liaison, bien que récent, est aussi à démocratiser pour que le patient puisse avoir un lien avec son employeur en cas d'arrêt de travail de longue durée.

Les connaissances des médecins des Deux-Sèvres à propos des acteurs de prévention de la désinsertion professionnelle sont faibles et ceux-ci sont peu sollicités. La connaissance de ces acteurs est importante à acquérir afin de bien orienter les patients et d'éviter la désinsertion professionnelle. Avoir une présentation de ces acteurs notamment lors des formations médicales continues permettrait d'améliorer les connaissances des médecins généralistes à propos de ces situations. Une autre solution serait de permettre aux infirmières de la CPAM d'orienter les patients vers les différents acteurs de la prévention de

la désinsertion professionnelle ou encore de proposer aux médecins généralistes d'orienter leurs patients vers ces acteurs en fonction de chaque situation.

Concernant la coordination entre médecin généraliste, médecin du travail et médecin-conseil, nous observons que les médecins généralistes de l'étude sont en faveur d'une plateforme simple d'utilisation, déjà existante, sur le site Amelipro. Chaque professionnel pourrait avoir accès au suivi du patient concernant son arrêt de travail. De plus, les professionnels pourraient communiquer via la plateforme pour échanger à propos du patient comme il est déjà possible de le faire entre médecin généraliste et médecin-conseil.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1 Barnay T, Favrot J, Pollak C. Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles. 2015 ;
- 2 About. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. [cité 22 juill 2024]. Pour vous, la « santé », ça signifie quoi ? Disponible sur : <http://www.emro.who.int/fr/about-who/rc60/what-does-health-mean-to-you.html>
- 3 Jabri K (DREES/SEEE/BACS). Les dépenses de santé en 2019 > édition 2020 > DREES. 2022 ;
- 4 IFOP – Institut d'études opinion et marketing en France et à l'international [En ligne]. [cité le 23 juil 2024]. Disponible : [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2022/03/synteseobservatoireabsenteisme\\_2022.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2022/03/synteseobservatoireabsenteisme_2022.pdf)
- 5 Article de la revue Santé publique - Maintien au travail et maladie : un exemple d'accompagnement individualisé en région Nord [Internet]. [cité 16 sept 2024]. Disponible sur : <https://www.sfsp.fr/content-page/item/412-maintien-au-travail-et-maladie-un-exemple-d-accompagnement-individualise-en-region-nord>
- 6 Farr P, Brouwer CD. Les relations entre le médecin du travail et le médecin généraliste. Rev Med Brux. 2009 ;
- 7 Verger P, Ménard C, Richard JB, Demortière G, Beck F. Collaboration between general practitioners and occupational physicians : a comparison of the results of two national surveys in France. J Occup Environ Med. févr 2014 ;56(2) :209-13.
- 8 Chalenton Q. Ressources mobilisées et difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans le processus de reprise du travail des patients en arrêt de longue durée : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de dix médecins généralistes des Pyrénées-Orientales. 26 nov 2020 ;155.
- 9 Olivier PG. Connaissance et utilisation des outils du maintien dans l'emploi par les médecins généralistes du Nord.

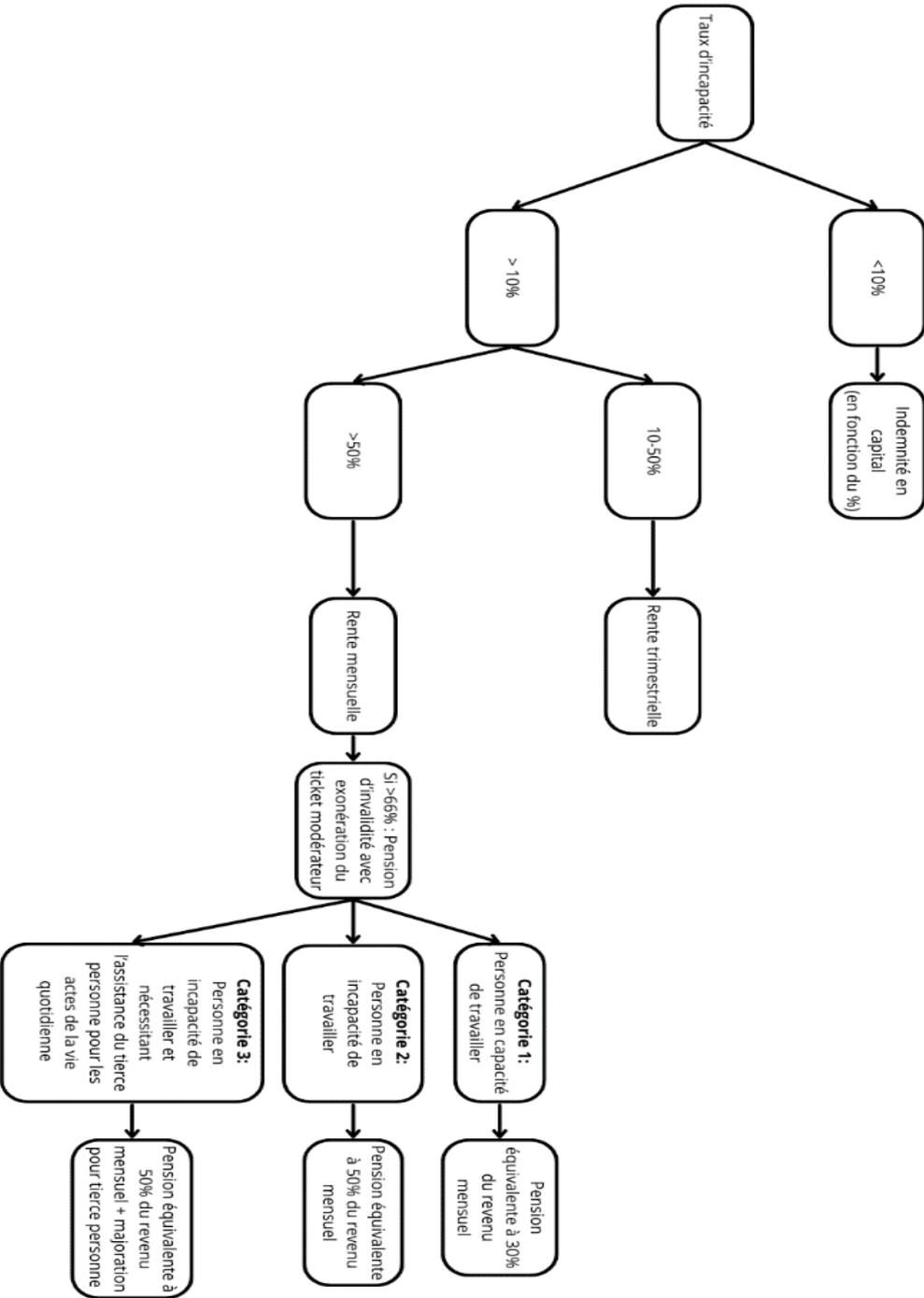
- 10** Code du travail numérique [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Arrêt de travail. Disponible sur : <https://code.travail.gouv.fr/glossaire/arret-de-travail>
- 11** Arrêt maladie : démarches à effectuer par le salarié [Internet]. [cité 24 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F303>
- 12** Accident du travail [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-mp/accidents-travail>
- 13** - Article L4622-3 - Code du travail - Légifrance [Internet]. [cité 27 mars 2024]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000033024900](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033024900)
- 14** Médecine au travail : qu'est-ce que la visite d'information et de prévention (Vip) ? - [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34061>
- 15** Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 7 mai 2024]. La visite de pré-reprise et la visite de reprise. Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/salarie-travailleur-independant-ou-agent-public/etre-a-l-ecoute-de-sa-sante/article/la-visite-de-pre-reprise-et-la-visite-de-reprise>
- 16** Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 15 mai 2024]. La reconnaissance de l'inaptitude médicale au travail et ses conséquences. Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/suivi-de-la-sante-au-travail-10727/article/la-reconnaissance-de-l-inaptitude-medicale-au-travail-et-ses-consequences>
- 17** Incapacité permanente suite à une maladie professionnelle [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/incapacite-permanente/incapacite-permanente-suite-maladie-professionnelle>
- 18** Pension d'invalidité : définition et conditions d'accès [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/invalidite-handicap/invalidite/pension-invalidite-definition-conditions>

- 19** Ministère du travail, de la santé et des solidarités [En ligne]. L'essai encadré – Ministère du travail, de la santé et des solidarités ; [cité le 16 mai 2024]. Disponible : <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/salarie-travailleur-independant-ou-agent-public/adapter-son-poste-de-travail/article/l-essai-encadre>
- 20** Accueil - SIST-79 [En ligne]. Avril 2024 [cité le 10 mai 2024]. Disponible : <https://www.sist79.org/wp-content/uploads/2024/05/Rapport-dactivite-2023-SIST-79-VF-30-04-2024.pdf>
- 21** *LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail (1)* Légifrance (s. d.). Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884445>
- 22** Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 13 mai 2024]. AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées). Disponible sur : <https://travailemploi.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/agefiph>
- 23** Aides financières pour l'embauche d'un travailleur handicapé [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Disponible sur : <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F15204>
- 24** Cap emploi – Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/service-public-de-l-emploi/article/cap-emploi>
- 25** MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées) – Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/mdph-maisons-departementales-des-personnes-handicapees>
- 26** (s. d.). Accueil - ORS Nouvelle Aquitaine. [https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2023/12/79-Dep\\_Deux-Sevres.pdf](https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2023/12/79-Dep_Deux-Sevres.pdf)
- 27** Arnault, F. (2023). *Atlas de la démographie médicale en France en 2023*. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/b6i7b6/cnom\\_atlas\\_demographie\\_2023.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf)

- 28** Arrêt de travail : trouble anxiodépressif et dépression [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/arret-de-travail/arret-travail-trouble-anxiodepressif-depression>
- 29** SABOUIN, G. (2017, 15 février). *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (burn-out)* [cité 1 oct 2024]. <https://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i4487.pdf>
- 30** Delézire P. La souffrance psychique en lien avec le travail à partir du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel : résultats des enquêtes transversales 2013 à 2019 et évolution depuis 2007
- 31** Quériaud C, Dugué B, Petit J. Les enjeux organisationnels de la reprise du travail de salariés après une longue absence. *Perspect Interdiscip Sur Trav Santé* [Internet]. 1 avr 2015;(17-1). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/pistes/4469>
- 32** Calameo.com [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Prst4 Nafichesactions. Disponible sur : <https://www.calameo.com/read/007027067f0b6da5ddead>
- 33** SPF. Médecins du travail - médecins généralistes : regards croisés. [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/medecins-du-travail-medecins-generalistes-regards-croises>
- 34** *La plateforme Sam.i.* (s. d.). La plateforme Sam.i. <https://sami.tech4work.fr/select-role>
- 35** Infirmier du service médical [Internet]. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/carrieres/metiers/efficacite-systeme-sante/infirmier-service-medical>
- 36** Berard J-L, Oustric S, Seillier S. Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise de arrêts de travail - Neuf constats, vingt propositions. Rapport au Premier Ministre. 2019
- 37** *Avis d'arrêt de travail (Formulaire 10170\*07).* (s. d.). Accueil | Service-Public.fr. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R1458>



**Annexe 2 – Figure 1 : rente perçue en fonction du taux d'incapacité**



### **Annexe 3 – Version manuscrite du questionnaire diffusé aux médecins généralistes**

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, j'étudie les connaissances et difficultés des médecins généralistes du département des Deux-Sèvres concernant la prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée (> 6 mois) pour le motif maladie ou accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP) ainsi que leurs attentes pour améliorer la prise en charge de ces patients. Ce questionnaire est anonyme. La durée de ce questionnaire est d'environ 10 minutes.

#### Partie 1 : A propos de vous

- 1- **Vous êtes** : Une femme / Un homme
- 2- **Votre activité** : Libérale / Salariée/ Mixte / Remplaçant
- 3- **Votre lieu d'activité** : Urbain / Semi-rural / Rural
- 4- **Depuis combien de temps exercez-vous** : 0-5ans / 5-10 ans / 10-20ans / > 20ans

#### Partie 2 :

Ces dernières années, les dépenses de sécurité sociale concernant les indemnités journalières ainsi que la durée moyenne des arrêts de travail sont en constante augmentation. Nous savons aussi qu'un arrêt de travail de longue durée est un facteur important de désinsertion professionnelle pour le patient. Tout ceci fait que le sujet de l'arrêt de travail de longue durée est un enjeu majeur de santé publique.

- 5- **Dans votre pratique, quelles sont les pathologies pour lesquelles un arrêt maladie initial (hors AT/MP) aurait tendance à être renouvelé plus d'une fois ?** Pathologies musculo squelettiques / Pathologies psychiatriques / Evolution de maladies chroniques
- 6- **Lorsqu'un patient se trouve en arrêt maladie de longue durée (> 6 mois), quel que soit le motif, quelles sont les raisons de non reprise de travail ?** Non guérison ou non consolidation/ Poste inadapté aux séquelles restantes / manque de solutions de votre part / Autres ?
- 7- **Lorsqu'une situation à risque d'arrêt maladie de longue durée se présente à vous de quels outils disposez-vous pour anticiper la chronicisation de l'arrêt maladie et optimiser la prise en charge du patient ?**
- 8- **Quelles difficultés rencontrez-vous dans ces situations ?** Difficultés de communication avec les différents acteurs / Manque de temps / Charge administrative lourde/ autres ...

#### Partie 3 : Les différents interlocuteurs du médecin généraliste dans la prise en charge de ces situations

- 9- **Quels sont vos interlocuteurs privilégiés face à une situation d'arrêt de travail longue durée ?**
- 10- **Concernant la communication avec le médecin conseil de la CPAM pour la prise en charge de ces situations, vous la qualifieriez :** Très bonne/Bonne/Intermédiaire/Insuffisante/Très insuffisante
- 11- **Quels moyens de communication utilisez-vous ?** Téléphone/ Courrier/ Echanges sécurisés via Amelipro/ Autres
- 12- **Quels seraient les axes d'amélioration selon vous ?**
- 13- **Concernant la communication avec le médecin du travail pour la prise en charge de ces situations, vous la qualifieriez :** Très bonne/Bonne/intermédiaire/Insuffisante/Très Insuffisante
- 14- **Sollicitez-vous le médecin du travail devant des situations à risque d'arrêt maladie de longue durée ?** Oui/Non

- 15- **Dans les cas de situations à risque d'arrêt de travail de longue durée, au bout de quelle durée de l'arrêt maladie sollicitez-vous le médecin du travail ?**
- 16- **Comment le sollicitez-vous ?** Téléphone/ Courrier d'adressage/ Mail/ Autres
- 17- **Comment évaluez-vous la coordination de la prise en charge de ces patients entre le médecin conseil, le médecin du travail et vous ?** Très bonne/Bonne/Intermédiaire/Insuffisante/Très insuffisante

Partie 4 :

D'autres acteurs peuvent permettre une amélioration de la réinsertion professionnelle dans le département des Deux-Sèvres

- 18- **Quel(s) autre(s) acteur(s) de la réinsertion professionnelle du département des Deux-Sèvres connaissez-vous ?**
- 19- **Si vous avez cité un ou plusieurs acteurs à la question précédente, vous êtes-vous déjà mis en relation avec lui/eux lors de la prise en charge d'un patient en arrêt maladie de longue durée ?** Oui/Non

Partie 5 :

Différentes études montrent un manque de coopération entre médecins du travail et médecins généralistes en ce qui concerne la prise en charge des patients en arrêt maladie de longue durée. L'une des solutions envisagées par le Plan Régional de Santé au Travail 4 (PRST4) de la région Nouvelle Aquitaine afin d'améliorer la coopération entre les différents acteurs serait la « mise en place de la communication du dossier médical en santé au travail vers le dossier médical partagé ».

- 20- **Connaissez-vous l'existence du dossier médical de santé au travail (DMST) ?** Oui/Non

Le DMST est défini comme le lieu de recueil et de conservation des informations socio-administratives, médicales et professionnelles, formalisées et actualisées, nécessaires aux actions de prévention individuelle et collective en santé au travail. Il est tenu par le médecin du travail. (HAS 2009)

- 21- **Le dossier médical partagé étant en développement et en cours de mise en place, trouveriez-vous intéressant d'avoir accès au DMST de votre patient que ce soit au sein de son DMP ou d'une autre manière ?** Oui/Non
- 22- **A défaut, que pensez-vous de la mise en place d'une plateforme de coordination entre les différents acteurs de la prise en charge des arrêts maladies de longue durée (médecin généraliste/médecin du travail/médecin conseil) ?** Très bonne idée/Bonne idée/Neutre/Mauvaise idée/Très mauvaise idée
- 23- **Pensez-vous que de tels dispositifs amélioreraient la prise en charge de ces patients ?** Oui/Non
- 24- **Comment imaginez-vous cette plateforme de communication ?**

**Merci pour votre participation précieuse !**



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



---

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



## **RESUME**

**Introduction** : Les arrêts de travail de longue durée sont vecteurs de plusieurs problématiques connues. Ils représentent un facteur de risque majeur de désinsertion professionnelle, avec une perte de 50% de chance de retrouver son emploi ou un emploi au décours de l'arrêt. D'autre part, ils constituent une problématique financière avec une augmentation constante des dépenses d'indemnités journalières en rapport avec une durée moyenne des arrêts de travail de plus en plus longue (21,4 jours en moyenne en 2021). Enfin, la communication entre les différents acteurs est difficile dans la prise en charge de ces patients. Des études auprès de médecins généralistes d'autres départements montrent un manque de connaissance de ces acteurs et de leur rôle.

**Objectifs** : Réaliser un état des lieux de la connaissance des acteurs, des difficultés de prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée et des axes d'améliorations auprès des médecins généralistes des Deux-Sèvres.

**Matériel et méthodes** : Analyse descriptive quantitative avec un questionnaire anonyme diffusé par le Conseil de l'Ordre des Médecins du 79 et de la CPTS du Niortais, par mail, aux médecins généralistes des Deux-Sèvres.

**Résultats** : 74 médecins en répondeu au moins partiellement au questionnaire. Les médecins de l'étude ont un exercice majoritairement libéral avec une durée d'installation supérieure à 5 ans pour la majorité d'entre eux. Les trois principales difficultés notées par les médecins généralistes sont le manque de temps, la charge administrative et la difficulté de communication avec les acteurs médicaux et sociaux. La communication est surtout difficile avec le médecin du travail, même si les patients sont adressés rapidement par les médecins généralistes de l'étude. La qualité de la coordination est jugée insuffisante. Quant à la connaissance des différents acteurs sociaux, elle est faible, avec en moyenne un seul acteur cité, et une très faible sollicitation de ceux-ci. Les médecins de l'étude sont en faveur d'une plateforme de coordination via Amelipro pour améliorer la communication entre les acteurs et la prise en charge de ces patients.

**Conclusion** : Les résultats concordent avec ceux d'études précédentes. La connaissance des acteurs de prévention de la désinsertion professionnelle est faible et ceux-ci sont peu sollicités. Elle doit être améliorée afin d'anticiper la prise en charge. Ce thème pourrait notamment être abordé lors des sessions de formation médicale continue. La coordination de la prise en charge doit aussi être améliorée et fait l'objet d'un axe d'étude du PRST 4 Nouvelle-Aquitaine. L'idée d'une plateforme de coordination via Amelipro où le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin-conseil pourraient communiquer à propos de la prise en charge d'un patient est à explorer.

**Mots-clés** : médecin généraliste, arrêt de travail, arrêt de travail de longue durée, désinsertion professionnelle, médecin du travail, médecin-conseil.