



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

#### **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 21 octobre 2021 à Poitiers par  
Madame Angéline VALADEAU

**Y-a-t-il un lien entre l'augmentation des arrêts de travail  
et les problèmes professionnels évoqués en cabinet de médecine générale?**

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Madame la Professeur Virginie MIGEOT

**Membres** : Monsieur le Docteur Éric BEN BRIK  
Madame la Docteur Estelle DUBOIS

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

#### **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 21 octobre 2021 à Poitiers par  
Madame Angéline VALADEAU

**Y-a-t-il un lien entre l'augmentation des arrêts de travail  
et les problèmes professionnels évoqués en cabinet de médecine générale?**

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Madame la Professeur Virginie MIGEOT

**Membres** : Monsieur le Docteur Éric BEN BRIK  
Madame la Docteur Estelle DUBOIS

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- 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
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (**retraite au 01/01/2022**)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (**retraite au 01/11/2021**)
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses

- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (**retraite au 01/12/2021**)
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021**)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (**en mission 1an a/c du 12/07/2021**)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

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

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

### **Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales**

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

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

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

### **Enseignant d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié

### **Professeurs émérites**

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

### **Professeurs et Maîtres 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
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- 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
- CASTETS Monique, 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
- 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)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- 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)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARQC Guy, radiologie et imagerie médicale

A Madame la Professeur Virginie MIGEOT,  
Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur le Docteur Éric BEN-BRIK, et Madame la Docteur Estelle DUBOIS,  
Merci de votre présence dans ce jury et pour l'intérêt porté à ce travail.

A Olivier KANDEL,  
Merci pour ton travail, pour ton soutien dans cette thèse. Un merci tout particulier pour m'avoir fait travailler sur ce sujet. J'aurais aimé apprendre de toi et de ta vision de la médecine générale en stage.

A Gilles GABILLARD,  
Merci pour ton enseignement, j'ai appris tellement auprès de toi tant sur le plan médical, social, psychologique et surtout relationnel. Merci également de m'avoir présenté à Olivier pour pouvoir travailler sur un sujet tel que celui-ci, et d'avoir continué à me suivre.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à ce travail, je ne vous cite pas pour l'anonymat mais pense bien à vous.

A tous les médecins que j'ai eu la chance de croiser pendant mes études, pour ceux qui m'ont formée, marquée par leur engagement envers l'humain et envers leur métiers, pensée toute particulière Bénédicte KARABETSOS, Bénédicte REMBEAU, Jean Louis JARRY,.

A Jean Louis, Mathieu, Bénédicte, Anne-Sophie, Aurélien, Maud, Marie-Noëlle et Stéphanie, merci pour votre soutien. Je suis heureuse de travailler auprès de vous.

A Virginie, Sandra, et Annabelle Clément, merci pour votre soutien. Merci à toute l'équipe du secrétariat de l'unité CASCIS.

A tous les soignants que j'ai rencontrés durant mes années d'externat, d'internat et mon année de césures, et que je rencontre encore, merci, j'ai appris tout autant auprès de vous.

A tous les patients que j'ai pu rencontrer, je vous remercie sincèrement.

A mes amis rencontrés durant ces années de médecine, Benjamin, Patrice, MBaye, Clément, Margaux, Sandie, Amélie, Bertille et ceux que j'oublie, pour tous les bons moments partagés durant ces années d'études.

À tous ceux qui ont été là ces dernières années, de près ou de loin, la famille, les oncles, les tantes, les amis perdus, les rencontres françaises ou étrangères, merci pour tout ce que vous m'avez apporté et appris.

A Aurore, Laetitia, Vincent, Merci pour tous les moments passés ensemble, votre présence et votre amitié.

À mes parents, pour leur soutien sans faille et leur amour, leur apprentissage de la vie, merci pour tout ce que vous avez engagé pour que je puisse devenir la personne que je suis aujourd'hui.

A Julien, mon petit frère, merci d'être le grand frère que je n'aurais jamais.

A Cécile, ma petite sœur, ton parcours, ta passion, ta créativité sont des exemples. Merci pour ton soutien linguistique.

À mamie Madeleine pour son soutien inconditionnel et tes récits d'un temps d'avant creusois qui avait l'air d'avoir plus de sens.

À Guillaume, pour ton amour. Tu es toujours présent quand il s'agit de reconstruction. Merci d'être à mes côtés tout simplement.

A tous ceux que j'omets, et qui j'espère ne m'en voudront pas...

# TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
MATÉRIEL & MÉTHODES	8
RÉSULTATS	10
DISCUSSION	16
CONCLUSION	18
BIBLIOGRAPHIE	20
RÉSUMÉ	22
ANNEXES	24
Annexe 1 : Les résultats de consultation concernés par l'étude	24
Annexe 2 : Grille de recueil des arrêts de travail	26
Annexe 3 : Guide d'entretien	27
Annexe 4 : Résumé et codage de la réunion à la CPAM 86 le 13 juin 2019	28
Annexe 5 : Cartographie mentale d'une réflexion locale sur l'augmentation des arrêts de travail	39
Annexe 6 : Evolution du nombre de patients et de consultation avec problèmes professionnels, chez 4 médecins généralistes	40
Annexe 7 : Résumé des entretiens	41

## **ABRÉVIATIONS**

**AT-MP** : Arrêt de travail - Maladie professionnelle

**CERFA** : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs

**CNAMTS**: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

**CPAM** : Caisse primaire assurance maladie

**CSP** : Catégorie socioprofessionnelle

**CSS** : Code de la Sécurité sociale

**DRC**: Dictionnaire des Résultats de consultation®

**DRH** : Directeur des ressources humaines

**IJ** : Indemnités journalières

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**OMG** : Observatoire de Médecine Générale

**RC** : Résultat de consultation

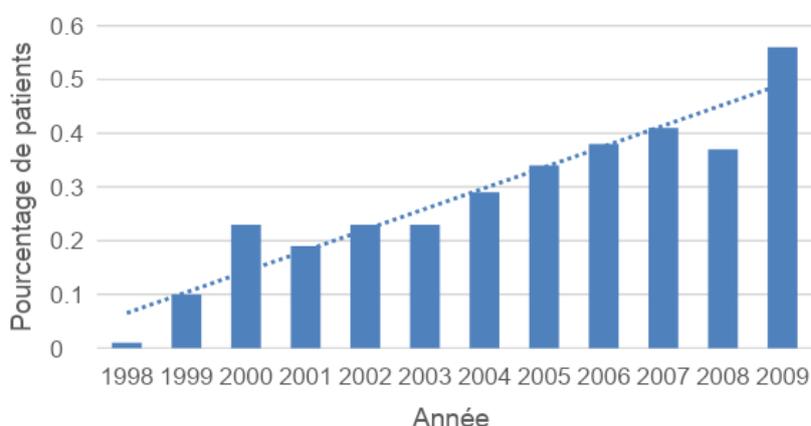
**RPS** : Risques psychosociologiques

**TMS** : Troubles musculosquelettiques

## INTRODUCTION

L'histoire de la médecine et des médecins est intimement liée à l'évolution de la société. Dans une perspective socio-historique, le travail est devenu dans les sociétés occidentales, depuis l'avènement du capitalisme et la révolution industrielle du XVIIIe siècle, un attribut central de la vie humaine (1). Les modes de souffrance psychique au travail (stress, anxiété, dépression, suicide), font débat encore entre chercheurs (2) mais les soignants constatent l'augmentation progressive de ce motif de consultation (3). Les problèmes rencontrés par les patients ont été définis par la notion de risque psychosocial (RPS). Ils concernent l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le niveau d'autonomie, la qualité des rapports sociaux au travail, l'adéquation avec les valeurs et le niveau d'insécurité (4).

Il existe une forte augmentation de la prévalence des problèmes liés au travail. Ceux-ci ont été multipliés par 5 en 10 ans (Figure 1). Les médecins généralistes ont bien perçu ce phénomène : 23% des patients souffriraient de stress professionnel chronique, 7% de harcèlement moral et 13% d'épuisement professionnel (5). Ces troubles concernent particulièrement les femmes (66%), les employés (44%) et les cadres (17%).



**Figure 1 : Evolution annuelle de la prévalence du RC PROBLÈME PROFESSIONNEL**

Par ailleurs, force est de constater que le nombre d'arrêts de travail croît régulièrement ces dernières années et les dépenses de santé pour les indemnités journalières (IJ) ne cessent de croître depuis les années 2000 (Figure 2).

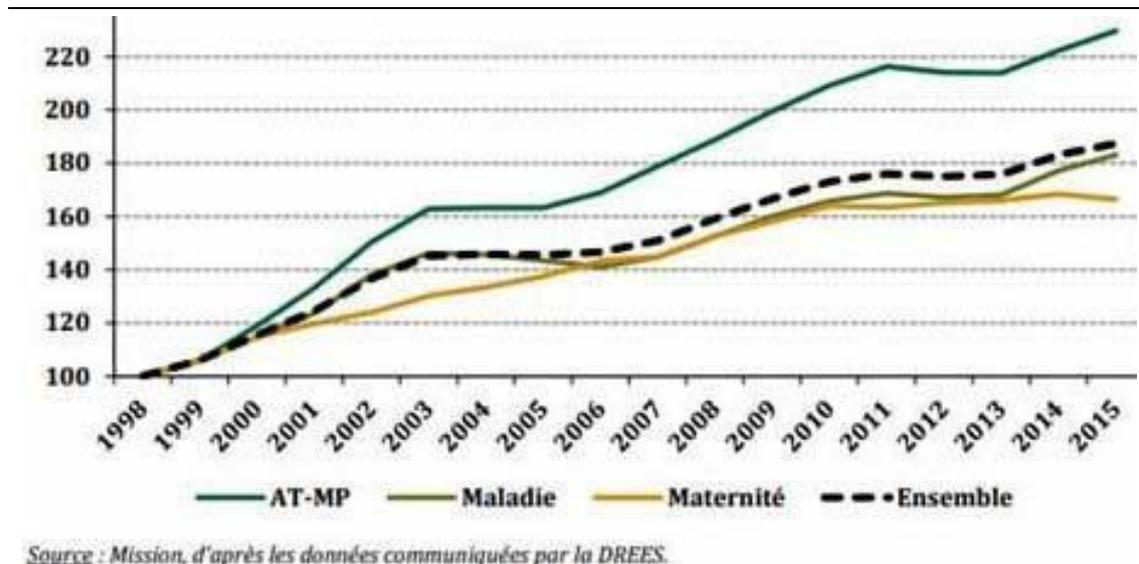


Figure 2 : Évolution de la dépense d'IJ entre 2007 et 2015

Dans un rapport récent la commission des comptes de la sécurité sociale souligne cette augmentation qui représentait 4,4% entre 2016 et 2018, ainsi que celle du coût des IJ de 10,5 milliards d'euros de juin 2017 à mai 2018 (6). En juin 2020, la Sécurité sociale titrait : « une dynamique toujours forte des indemnités journalières en 2019 avec une progression des IJ de 5,1% » et ce malgré les incitations à la responsabilité, les programmes de prévention et les rapports (7).

Les conditions de travail jouent un rôle important dans l'absentéisme et la moitié des absences au travail est liée à un environnement malsain ou au stress (8). La probabilité d'être absent pour raison de santé est d'autant plus importante que les expositions aux risques professionnels et psychosociaux sont cumulées (9). Plusieurs explications sont avancées pour expliquer cette croissance régulière des RPS. L'intensification de la charge de travail liée à la réduction du temps de travail ; l'allongement de l'âge du départ à la retraite (10) ; l'augmentation de la conflictualité au travail et la diminution de la syndicalisation (11) ... Jusqu'à la fameuse « gestion des ressources humaines » qui est maintenant remise en question (12). Gaulejac, attire l'attention sur l'inadéquation des mots : gestion – ressources - humaines, réduisant l'individu à un objet, « oubliant que chaque individu a besoin de donner du

sens à ses actions [...] que ses inscriptions symboliques sont tout aussi essentielles que ses besoins économiques et financiers » (13).

Devant cette double augmentation de l'augmentation des problèmes professionnels et des arrêts de travail, la question d'un éventuel lien entre les deux peut se poser.

## MATÉRIEL & MÉTHODES

L'étude a été menée en trois temps. D'abord une étude quantitative rétrospective de 2011 à 2020, afin de décrire les « problèmes professionnels » pris en charge en médecine générale depuis les données publiées par l'Observatoire de la médecine générale (14) en 2009. L'évolution relevée à l'époque se poursuivait-elle ? La population étudiée était composée de tous les patients de 18 à 65 ans ayant consulté pour des problèmes liés au travail auprès de 4 médecins généralistes. Ceux-ci relèvent systématiquement toutes leurs consultations dans un dossier médical structuré (Shaman® et Médistory®) avec le thésaurus standardisé DRC®. Selon le DRC ® qui regroupe les cas, de fréquence régulière, qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an, la définition d'un problème professionnel est une plainte exprimée par le patient liée à son travail, c'est ce lien de causalité qui permet de choisir ce résultat de consultation (RC). Les éventuelles conséquences (insomnie, dépression etc.), sont relevées en plus si elles sont présentes. Le médecin choisit ensuite dans la liste le type de problème rencontré au travail, du conflit dans l'entreprise aux conditions de travail, sans omettre les difficultés dues à la précarité professionnelle et le passage à la retraite. Un autre RC peut être cependant préféré par certains d'entre eux, celui de "Réaction à une situation éprouvante professionnelle", celui-ci décrit les troubles réactionnels à un événement traumatisant non exceptionnel, ordinaire, commun, voire banal, chez un patient qui allait bien auparavant et n'aurait jamais éprouvé de problèmes sans ce stress spécifique ou cumulé, et dont son ancienneté est inférieure à six mois (Annexe 1). Le recueil des données nécessitait d'exclure tous les dossiers où le RC "Réaction à situation éprouvante" avait été choisi par le médecin pour des situations types réaction de deuil, hospitalisme chez l'enfant, chagrin d'amour, modification familiale, etc, ont été exclues si elles n'étaient pas associées à un facteur déclenchant professionnel. Les RC étaient additionnés sur l'année à l'exclusion des consultations ou les deux RC étaient choisis, comptabilisées alors comme une seule et même consultation. Les patients retrouvés sur la liste des deux RC pour la même année n'ont été comptabilisés qu'une seule fois. Les données recueillies ont été travaillées sur Office Excel®.

Ensuite, une étude quantitative prospective et descriptive en avril 2021, après avis auprès des biostatisticiens de la plateforme de méthodologie du CHU de Poitiers, a été menée sur 150 prescriptions d'arrêt de travail en cabinets de médecine générale (calcul de l'échantillon avec un NC à 95% et une précision de 8%). Dix médecins aux profils variés ont relevé chacun 15 arrêts de travail successifs dans l'ordre de survenue, et documenté 6 variables les caractérisant. Il s'agissait prioritairement de préciser si l'arrêt était en rapport avec un problème lié au travail ou en réaction à situation éprouvante professionnelle. Puis trois variables concernaient le patient (âge, genre, CSP) et 2 l'arrêt de travail (durée et le motif en code CIM) (Annexe 2).

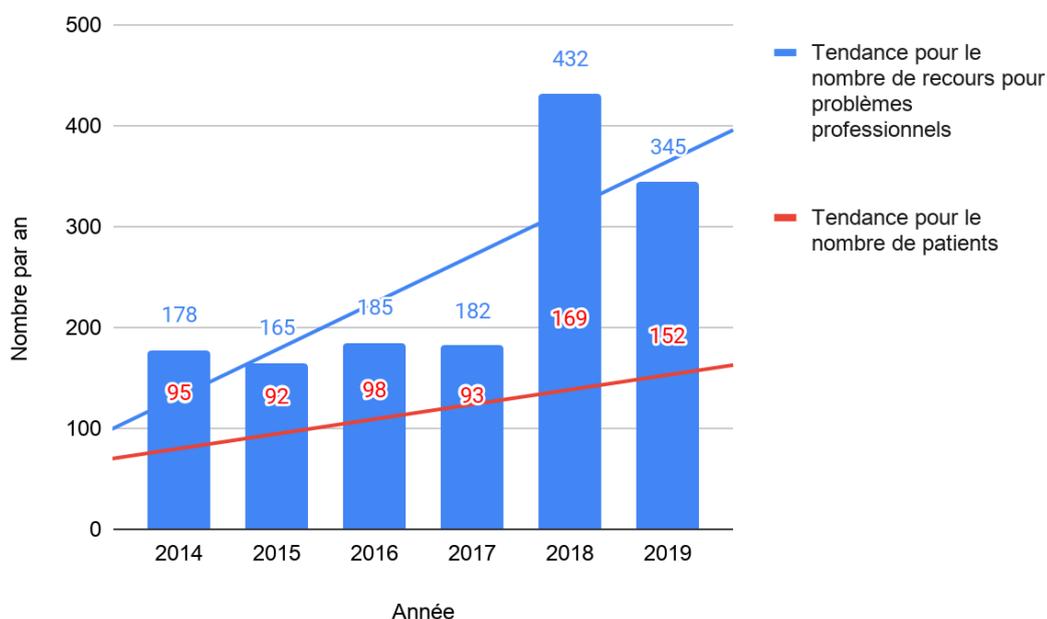
Enfin, le travail a été complété par une étude qualitative, par des entretiens individuels semi-structurés à réponses libres entre avril et mai 2021, auprès de 9 médecins généralistes, de manière à recueillir leurs regards sur la double problématique des problèmes professionnels et des arrêts de travail. Une grille d'entretien a été constituée à partir d'une revue de littérature, guidée par la méthodologie de l'entretien compréhensif de J.C Kaufmann (15) (Annexe 3).

L'échantillonnage des interviewés s'est fait par « effet boule de neige », jusqu'à la saturation théorique. Après une question dite « brise-glace », l'entretien était initialement orienté sur les arrêts de travail. Si besoin, les relances ont portées sur leurs causes, les arrêts longs et sur les solutions éventuelles. La transition vers la problématique de la souffrance professionnelle se faisait naturellement sans formalité anticipée. Puis une cartographie mentale (16), réalisée à la suite d'une analyse d'une réflexion locale sur la problématique de l'augmentation des arrêts de travail leur était présentée (Annexe 4, 5), était proposée afin d'explorer les émotions, les sentiments et les expériences personnelles des médecins. Les entretiens ont été retranscrits après enregistrement, sous Office Word® en essayant d'inclure les éléments de langage non-verbal. Les éléments porteurs de sens ont été identifiés, puis regroupés en thèmes et en sous-thèmes. Une double analyse a été faite et une triangulation réalisée par retour des résultats vers les médecins interviewés.

# RÉSULTATS

## 1. La progression des recours pour problèmes professionnels perdure

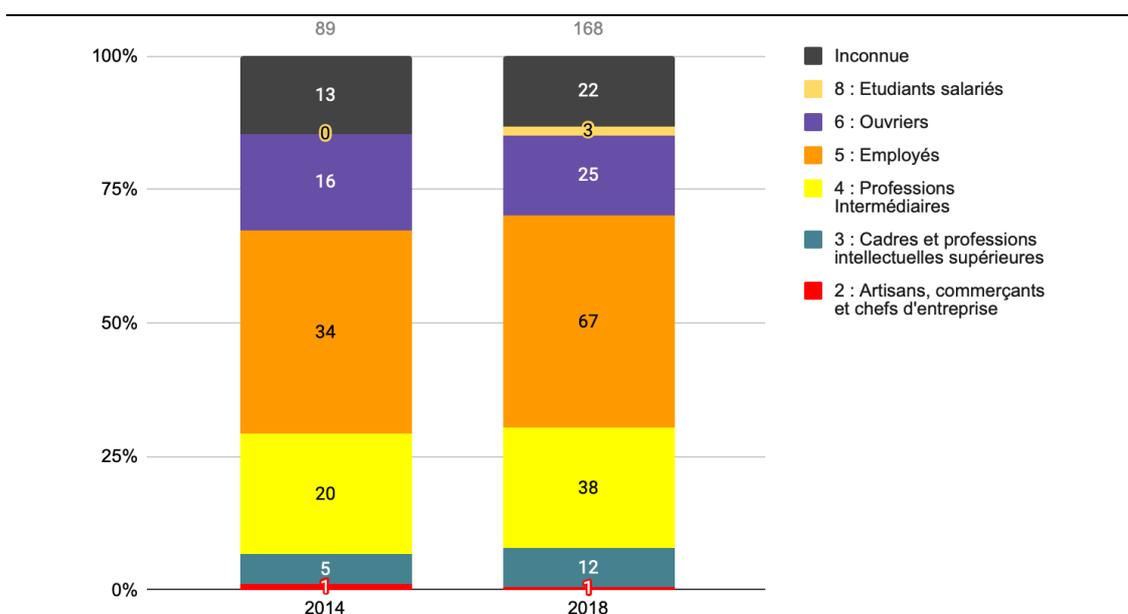
L'analyse rétrospective entre 2011 et 2020 chez 4 médecins généralistes provinciaux a porté sur 1893 consultations comprenant « problèmes professionnels » pour 732 patients. Pour un des médecins l'analyse n'a été possible qu'entre 2014 et 2019. Quel que soit le médecin, une augmentation progressive était notée. Le nombre de patients avait doublé et les problèmes professionnels relevés ont triplé en 10 ans (Annexe 6). Les données les plus récentes (2014 – 2019) confirmaient la progression (Figure 3).



**Figure 3 : Evolution annuelle du nombre de patients et du recours pour problèmes professionnels chez 4 médecins généralistes entre 2014 et 2019**

Le sex-ratio des patients porteurs de ces troubles était de 0,6. L'analyse par tranche d'âge s'est avérée non contributive car trop dépendante de la patientèle et du mode d'exercice. La proportion de patients présentant un antécédent de trouble psychique avant l'apparition du problème professionnel était stable sur la durée de l'étude. Plus de 75% des patients n'en présentaient pas. L'analyse des catégories socio-professionnelles, selon la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (CSP) de 2003, montrait que les employés et les professions

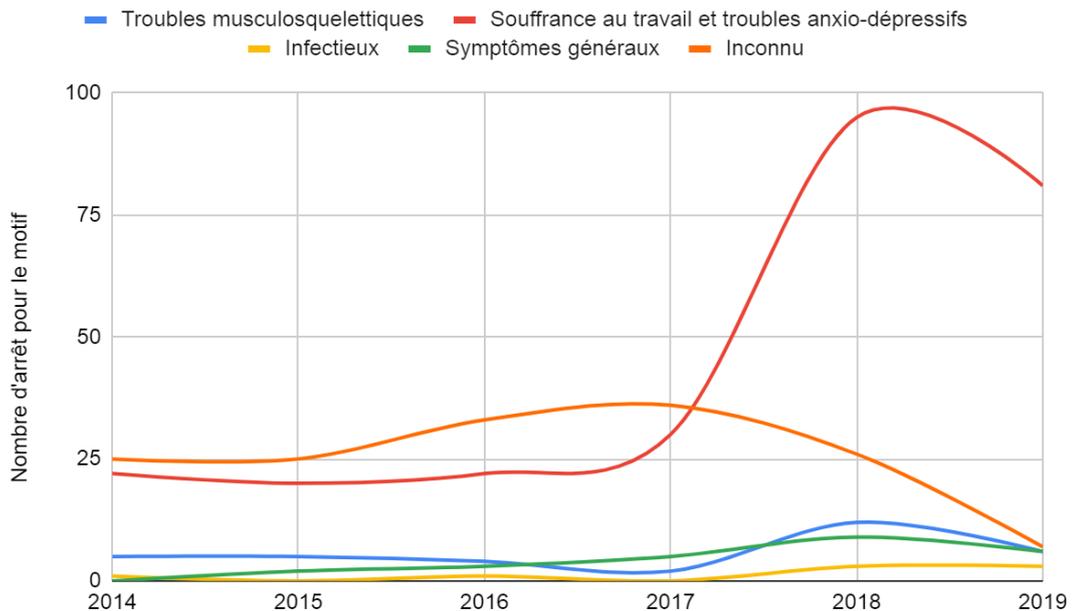
intermédiaires étaient les plus touchées et que l'évolution dans le temps affectait toutes les catégories (Figure 4).



**Figure 4 : Proportions de problèmes professionnels selon les CPS en 2014 et 2018 chez 4 médecins généralistes**

Les problèmes professionnels étaient sensiblement plus importants chez le médecin exerçant en milieu urbain, en comparaison aux 3 autres. Les deux causes en constante augmentation étaient les conditions de travail (53%) et les conflits (46%). Parmi ceux-ci on retrouvait le conflit avec la hiérarchie (31%), les conflits individuels dont la mauvaise ambiance (20 %) et la surcharge physique et/ou mentale (10 %). Les autres causes relevées comme le manque de reconnaissance, la précarité et les difficultés à allier la vie professionnelle et privée restaient stables.

La prescription d'un arrêt de travail n'était pas systématique. Elle était absente des décisions des médecins dans 26% des cas. L'évolution des motifs notés dans le dossier médical à propos de l'arrêt de travail montrait une augmentation des troubles anxiodépressifs et de souffrance au travail. En 2019, ils représentaient 78% contre 41% en 2014. Enfin, la différence entre le motif de l'arrêt de travail noté dans le dossier du patient et celui inscrit sur le formulaire CERFA semblait diminuer (Figure 5).

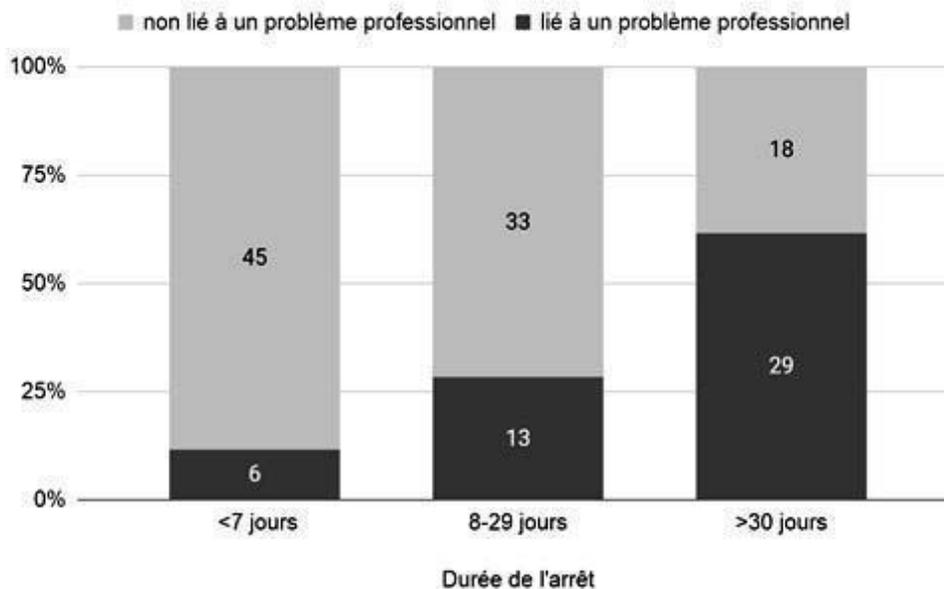


**Figure 5 : Evolution du nombre des motifs d'arrêts de travail issue de consultation liée à un problème professionnel**

## 2. Un problème professionnel dans près d'un tiers des arrêts de travail.

Sur les 150 arrêts de travail successifs relevés par 9 médecins, 47 (32%) étaient liés à un problème professionnel, soit près d'un tiers (p 0,08).

Le sex-ratio H/F des 150 patients arrêtés était de 0,55, alors que celui pour les problèmes professionnels était de 1. Il n'y a pas de différence significative entre les tranches d'âge. Aucune tranche n'est touchée plus significativement qu'une autre par la liaison de l'arrêt de travail à un problème professionnel. Les cadres et professions intellectuels représentaient 40 % des arrêts ; les artisans et commerçants 33% ; les professions intermédiaires et employés 25 et 29%. Il n'a pas été noté de différence significative pour les problèmes professionnels, sinon l'absence d'agriculteur. Un tiers des arrêts étaient inférieurs à 7 jours et un tiers supérieur à 1 mois. Le problème professionnel représentait 12 % des arrêts inférieurs à une semaine et 62 % des arrêts de plus d'un mois. (Figure 6).



**Figure n°4 : Proportion d'arrêts de travail liée à un problème professionnel selon la durée**

Le lien à un problème professionnel était rattaché à un trouble d'ordre psychologique deux fois sur trois, pour des TMS dans un peu moins de la moitié et à une grossesse dans un quart des cas.

### **3. Les médecins font un lien entre l'augmentation des arrêts de travail et des problèmes professionnels.**

Les 9 médecins généralistes interrogés entre mars et avril 2021 concernaient 4 femmes et 5 hommes, âgés de 32 à 65 ans, installés depuis 3 à 30 ans (moyenne à 15). 3 exerçaient en milieu urbain, 4 en semi rural et 2 à la campagne. Les entretiens ont duré entre 18 et 47 minutes, avec une moyenne de 30 minutes.

Afin d'anonymiser les données, les participants ont été représentés dans l'Annexes 7 par la lettre "M" suivie d'un chiffre en lien avec l'ordre des entretiens. La saturation des données a été obtenue lors du septième entretien et confirmée aux suivants. Les résumés de la transcription ont été faits avec les verbatims et les notes. Le codage axial a retrouvé les thèmes auxquels nous avons associé les extraits de mot à mot les plus pertinents. Un même extrait pouvait être retrouvé dans plusieurs thèmes s'il était porteur de sens.

Dès la première question, concernant les arrêts de travail long et leurs causes, 8 médecins évoquaient spontanément les problèmes professionnels : « le principal motif pour moi c'est tout ce qui est anxio-dépression rapport avec les conditions de

travail » ; « il y a un gros problème de souffrance au travail » ; « c'est quand même un vrai sujet de société, clairement ça augmente, et ça augmente ». A propos des explications avancées par les médecins sur cette souffrance au travail, les plus souvent citées étaient le rythme et les horaires de travail, le manque de reconnaissance (pas uniquement pécuniaire) et une mauvaise communication dans l'entreprise : « les gens deviennent des variables d'ajustement. On leur demande de plus en plus de rendement et en fin d'année, sans remerciement on leur fixe le même objectif avec plus 10% ».

Pour tous les médecins, les pathologies les plus fréquemment pourvoyeurs d'arrêts longs sont les troubles psychologiques et troubles musculosquelettiques: "Et sinon le principal, à part ces TMS, le principal arrêt de travail, le principal motif pour moi ça va être tout ce qui est dépression, plus ou moins anxiété, dépression en rapport avec les conditions de travail."

Les médecins interrogés ont plus ou moins directement souligné leur rôle : écouter, reconnaître, protéger et accompagner le patient. Ils exprimaient un certain malaise avec une cause d'arrêt de travail qu'ils estiment en dehors du champ médical. Ils se considèrent comme un amortisseur social.

La mauvaise réputation dans la population générale de l'arrêt de travail a été invoquée comme l'explication d'une certaine réticence immédiate. Certains disent avoir plus de mal aujourd'hui à prescrire un arrêt de travail qu'à le refuser. Initialement il n'était pas rare que le patient refuse la proposition du médecin, cela pouvant entraîner un retard de soin.

Ces consultations pour un problème professionnel sont vécues par les médecins comme « difficiles » et « complexes ». Plus la durée de l'arrêt de travail est longue, plus le retour devient difficile et souvent impossible. Les médecins de notre étude ont souligné le rôle alors important du médecin du travail. Ils souhaitaient une meilleure collaboration avec eux et les médecins conseil. Tous ont abordé la difficulté d'accès rapide à une imagerie et aux spécialistes dont les psychologues, en faisant un facteur favorisant la durée des arrêts de travail.

Tous avaient conscience qu'ils ne pouvaient agir sur l'étiologie des troubles de leurs patients et que les solutions ne viendraient que des entreprises : « que les entreprises modifient un peu leur management » ; « du management un peu plus humain, je pense que déjà ça ira mieux » ; « que ce soit reconnu, que ça remonte aux DRH. C'est pas parce que les gens sont feignants et pas parce que les médecins sont trop conciliants, c'est tout le contraire en fait ». La surcharge de travail étant beaucoup évoquée par les patients, certains abordent la question de l'emploi : « c'est insupportable d'entendre, je fais le boulot de trois personnes, mais ils veulent pas embaucher parce que ça coûte cher. Mais un arrêt de travail ça coute pas cher en fait ». D'autres pensaient que des acteurs de soins en entreprise comme les psychologues, les infirmières, les ergothérapeutes aideraient à la prévention de l'arrêt de travail.

## DISCUSSION

La partie quantitative rétrospective de l'étude bien que limitée, puisqu'elle concernait le relevé de quatre médecins, portait cependant sur un recueil de 9 ans. L'utilisation par les médecins d'une nomenclature pour noter les troubles de santé dans leurs dossiers médicaux était un atout précieux pour la recherche.

Il ressort des résultats que la tendance mise en évidence par les données de l'Observatoire de la médecine générale entre 1999 et 2009 (14), se confirme et s'accentuerait même. Les courbes de problèmes professionnels étaient les mêmes chez les 4 médecins. Les problèmes professionnels ont triplé ces 10 dernières années. Ceci confirme les études de méthodes différentes sur le sujet (17, 18). Contrairement aux idées reçues, plus de 75% des patients ne présentaient pas de troubles psychiques antérieurement à leur souffrance au travail. Les conditions de travail et les conflits sont les deux principales causes alléguées par les patients. Le manque de reconnaissance semble une souffrance de plus en plus évoquée. Si la prescription d'arrêt de travail n'est pas systématique (74%), ceux-ci ont augmenté de 50% entre 2014 et 2019.

L'analyse de 150 arrêts de travail successifs, réalisée par 9 médecins, bien que de faible puissance ( $p < 8\%$  pour un IC95) permet de préciser quelques points. Près d'un arrêt de travail sur trois (47) est relié à un problème professionnel. Les deux tiers d'entre eux entraînaient un arrêt supérieur à 1 mois. Des études sur un échantillon de 3000 personnes montraient des chiffres moindres pour les arrêts longs (19). Mais la plupart des études sur le sujet vont dans le même sens et soulignent même qu'il existerait une sous-estimation de ces souffrances professionnelles (20). Il semblerait enfin que toutes les catégories socio-professionnelles soient touchées.

L'enquête qualitative par entretien semi-dirigé individuel était adaptée au sujet de recherche. La triangulation, par envoi de l'analyse des résultats vers les médecins interrogés, a permis de la valider. Il n'a pas été décelé de différences notoires dans les réponses en fonction de l'âge, du genre, du lieu d'exercice des interviewés. Au-delà des remarques attendues et connues sur les problèmes professionnels et les

arrêts de travail (21, 22), nous pouvons souligner qu'en abordant les entretiens par l'angle de l'arrêt de travail, les confrères évoquent spontanément et très rapidement la problématique professionnelle. Ils insistent sur le malaise qu'ils ont vis-à-vis de l'arrêt de travail dans ces situations. Ils semblent hésitants entre le besoin de prendre en charge au mieux le patient et le sentiment d'initier un processus sans issue ; tiraillés entre une fonction apostolique et l'impression d'être convoqué à agir sur un sujet qui leur échappe. Ils insistent sur le manque de soutien et les délais longs de recours (médecin du travail, commission administrative...) influençant la durée de l'arrêt de travail. La question du management des entreprises est systématiquement évoquée, ainsi que l'ambiance oppressante dans les petites entreprises (commerce et artisanat).

Au final, cette étude menée en trois temps permet de confirmer que la place de la souffrance au travail progresse régulièrement dans les prises en charge en médecine générale. Que son impact sur la prescription des arrêts de travail est notoire et que les médecins considèrent le sujet comme complexe.

Les limites de cette étude sont liées aux contraintes d'une thèse d'exercice, à savoir l'absence de moyen financier, la faible expérience du principal acteur de la recherche et le temps limité consacré à sa réalisation.

## CONCLUSION

La complexité des interactions au sein d'une société et celle de l'organisation de notre système de soin fait qu'il est souvent bien difficile de « confirmer une relation causale entre les changements que l'on s'attend à observer et une action spécifique ». Notre étude confirme la tendance retrouvée dans la littérature à propos de la souffrance au travail et perçue sur le terrain. Les données en médecine de premier recours sur ce sujet sont rares et anciennes, alors que le généraliste est directement concerné par cette problématique.

La raison professionnelle représentait un tiers de l'ensemble des arrêts de travail et presque les 2/3 d'entre eux dépassaient un mois. Les médecins assument la fonction qu'on leur impose d'amortisseur social, mais ils expriment leur malaise face à une problématique dont les causes leur échappent. Pour eux ces situations sont complexes à prendre en charge du fait d'une double suspicion. En effet, la souffrance au travail d'une part et l'arrêt de travail d'autre part, laisse planer un doute sur son authenticité. Un doute social et culturel dans l'entreprise, mais aussi chez les soignants et l'administration sanitaire.

Les conditions de travail se dégradent ces dernières années (24) et la souffrance psychique des salariés devient de plus en plus visible. La société fait de la santé une priorité, entraînant insidieusement sa médicalisation excessive (25). Le stress au travail touche maintenant tous les niveaux dans l'entreprise, de l'employé au cadre supérieur. Pour éviter toute analyse sur les méthodes de management, la souffrance est évacuée vers les médecins. Pour autant, nous observons qu'il est plus difficile depuis ces dernières années, d'imposer un arrêt de travail aux patients. Les refus sont fréquents. Le vieux concept de « gestion des ressources humaines », devait optimiser le fonctionnement de l'entreprise moderne. Étrange association de 3 mots : gestion - ressource - humaine. On gérait les ressources naturelles, les ressources énergétiques, les stocks... Mais les techniques de management atteignent peut-être leur limite (13). Si l'entreprise n'y apporte pas de modifications, c'est sans doute que la productivité est encore, à ses yeux, satisfaisante. Mais pour le moment, afin d'éviter toute remise en question, la souffrance professionnelle est

médicalisée et confiée au médecin. L'humain est plein de ressources, mais ne se gère peut-être pas sans un minimum de confiance et de reconnaissance.

### **ENCADRE POUR LA PRATIQUE**

(A la demande de l'éditeur)

L'augmentation des patients consultant pour des troubles professionnels est régulière depuis plus de 10 ans. Il semble bien que ces problèmes aient une influence sur la prescription d'arrêt de travail par les médecins généralistes. Ils représentent en effet un tiers de l'ensemble des arrêts de travail dont presque deux sur trois dépassent un mois.

Les médecins assument la fonction « d'amortisseur social » qu'on leur impose, mais expriment leur malaise face à une problématique dont les causes leur échappent. Ils soulignent que les délais d'accès au deuxième et troisième recours allongent la durée des arrêts de travail. Ils aimeraient plus de concertation avec les médecins du travail et que le management du travail, tiennent compte de cette réalité.

Cet article a reçu un avis favorable du Comité de lecture de la **Revue MEDECINE** (JOHN LIBBEY EUROTTEXT) et devrait être, après quelques modifications, publié à l'automne 2021.

<https://www.jle.com/fr/revues/med/revue.phtml>

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Enriquez E. Le travail, essence de l'homme ? Qu'est-ce que le travail ? Nouvelle revue de psychosociologie 2013/1 (n° 15), p 253 à 272.
- (2) Sarnin P, Bobillier-Chaumon ME, Cuvillier B, Grosjean M. Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée. Bulletin de psychologie 2012/3 (Numéro 519), pages 251 à 261
- (3) DARES. Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés. DARES Analyse. 2014.
- (4) Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. : 223.
- (5) Habert M. Aspects spécifiques de la souffrance morale liée aux conditions de travail : enquête en vue d'une réflexion sur une prise en charge par le médecin généraliste. Thèse de médecine. Paris; 2006.
- (6) Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale. Résultats 2017 Prévisions 2018. Juin 2018
- (7) Berrard JL, Oustric S, Seiller S. Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail Neuf constats, vingt propositions. Rapport remis au premier ministre. Janvier 2019.
- (8) Dares Analyses. Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail. Février 2013. N° 009
- (9) Memmi S, Rosankis , Sandret N and all. comment ont évolué les expositions des salariés aux risques professionnels sur les vingt dernières années ? Enquête Sumer 2017. Septembre 2019. Références en santé au travail ; n° 159.
- (10) Beck S. Vidalenc J. L'emploi des seniors en hausse entre 2007 et 2017 : plus de temps partiel et d'emplois à durée limitée. 2018. Division Emploi, Insee Focus N° 119.
- (11) Carlier A. Tenret E. Des conflits du travail plus nombreux et plus diversifiés. Premières informations et premières synthèses. février 2007 - n° 08.1.
- (12) Razouk A.A. Gestion stratégique des ressources humaines, recherche théorique et empirique sur la durabilité de la relation entre stratégie et performance. Th: Sci gestion: Université Nancy 2. 2007.
- (13) De Gaulejac V. La société malade de la gestion, Editions du seuil ; 2005. 288 pages.
- (14) Observatoire de la médecine générale 2009-4. Société Française de Médecine Générale: <http://omg.sfm.org>
- (15) Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Éditions Nathan, Paris, 1996, 128 pages.

- (16) Buzan T. Buzan B. The mind map book : How to use radiant thinking to maximise your brain's untapped potential. Plume éditeur. 1996. 320 pages.
- (17) Rivière M., Younès N., Plancke L. Souffrance psychique liée au travail en consultation de médecine générale. Roubaix, Sism. 14 février 2017.
- (18) Hussey L, Turner S, Thorley K, McNamee R, Agius R. Work-related ill health in general practice, as reported to a UK-wide surveillance scheme. British Journal of General Practice 2008; 58 (554): 637-640.
- (19) Malakoff Humanis. Baromètre annuel Absentéisme Maladie : étude réalisée auprès d'un échantillon de 2 008 salariés et 405 dirigeants ou DRH d'entreprises du secteur privé. Paris, France, 16 novembre 2020.
- (20) Rivière S, Alvès J, Smaili S, Roquelaure Y, Chatelot J. Estimation de la sous-déclaration des TMS en France: évolution entre 2009 et 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(3):42-8.
- (21) Monneuse D. Une négociation qui ne dit pas son nom. La prescription des arrêts de travail par les médecins... et certains patients ! Négociations. 25 mai 2015;n° 23(1):151-67.
- (22) Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale Encycl Med Chir Psychiatrie 2002 ; 37-956-A-20, 6 p
- (23) Martin A. Productivité et temps de travail. Alternative Economique. Avril 2017.
- (24) Nasse P, Légeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. 2008 ; 94 pages.

# RÉSUMÉ

## Introduction

Depuis les années 2000, malgré des actions visant à responsabiliser patients et médecins, les rapports observent une croissance des dépenses liées aux arrêts de travail, notamment de longue durée. Par ailleurs, l'augmentation de la souffrance professionnelle prise en charge par les médecins généralistes ne cesse de croître. Peut-on explorer en premier recours, quelle influence, le second phénomène aurait sur le premier ?

## Méthodes

L'étude a été menée en trois temps. Une étude quantitative rétrospective de 2011 à 2020, afin de décrire les « problèmes professionnels » pris en charge par 4 médecins généralistes. Puis une étude quantitative prospective en avril 2021, sur 150 prescriptions d'arrêt de travail successives dans l'ordre de survenue, réalisées par 10 médecins. Enfin, une étude qualitative, par des entretiens individuels semi-structurés entre avril et mai 2021, auprès de 9 généralistes.

## Résultats

La progression des recours pour problèmes professionnels perdure. Quel que soit le médecin, une augmentation progressive était notée. Le nombre de patients avait doublé et les problèmes professionnels relevés ont triplé en 10 ans. Les données les plus récentes (2014 – 2019) confirmaient la progression. Plus de 75% des patients ne présentaient pas de troubles psychiques antérieurement à leur souffrance au travail. Près d'un arrêt de travail sur trois était relié à un problème professionnel. Les deux tiers d'entre eux entraînaient un arrêt supérieur à 1 mois. Les confrères interviewés faisaient spontanément un lien entre l'augmentation des arrêts de travail et des problèmes professionnels. Ils semblent hésitants entre le besoin de prendre en charge au mieux le patient et le sentiment d'initier un processus sans issue.

## Discussion

Cette étude en trois temps, compte tenu des limites liées à une thèse d'exercice, confirme cependant que la place de la souffrance au travail progresse toujours dans les prises en charge en médecine générale et influence la prescription des arrêts de travail est notoire.

**Mots clés:** arrêt de travail, indemnités journalières, problèmes professionnels, souffrance au travail

# ABSTRACT

## Introduction

Since the 2000s, despite actions aimed at making patients and physicians more responsible, reports have observed an increase in expenses related to work stoppages, particularly long-term ones. In addition, the increase in professional suffering taken in charge by general practitioners does not stop growing. Can we explore, in the first instance, what influence the second phenomenon would have on the first?

## Method

The study was conducted in three stages. A retrospective quantitative study from 2011 to 2020, in order to describe the "professional problems" managed by 4 general practitioners. Then a prospective quantitative study in April 2021, on 150 successive work stoppage prescriptions in the order of occurrence, carried out by 10 doctors. Finally, a qualitative study, through individual semi-structured interviews between April and May 2021, with 9 general practitioners.

## Results

The increase in recourse for professional problems persists. Whatever the doctor, a progressive increase was noted. The number of patients had doubled and the professional problems identified had tripled in 10 years. The most recent data (2014 - 2019) confirmed the increase. More than 75% of the patients did not have any psychological problems prior to their suffering at work. Nearly one out of three work stoppages were related to a work-related problem. Two-thirds of them had been off work for more than one month. The colleagues interviewed spontaneously made a link between the increase in work stoppages and professional problems. They seemed to hesitate between the need to take the best possible care of the patient and the feeling of initiating a dead-end process; torn between an apostolic function and the impression of being summoned to act on a subject that escaped them.

## Discussion

This three-step study, taking into account the limits of a doctoral thesis, confirms that the place of work-related suffering is still progressing in the treatment of general medicine. Its impact on the prescription of work stoppages is well known.

**Keywords:** sick leave, daily allowances, occupational problem, work-related problems

# ANNEXES

## Annexe 1 : Les résultats de consultation concernés par l'étude

### PROBLÈME PROFESSIONNEL

- ++++ PLAINTE SECONDAIRE A
- ++1| CONFLIT D'ENTREPRISE
  - ++1| général
  - ++1| individuel
    - ++1| hiérarchie
    - ++1| collègues
- ++1| CONDITIONS DE TRAVAIL
  - ++1| trajet
  - ++1| nuisance
  - ++1| toxique
  - ++1| radiation
  - ++1| horaires
  - ++1| dangerosité
  - ++1| pénibilité
  - ++1| autre (à préciser en commentaire)
- ++1| PRÉCARITÉ DU TRAVAIL
  - ++1| peur de perdre son emploi
  - ++1| chômage
  - ++1| changement d'emploi
- ++1| MISE EN RETRAITE

### Correspondance CIM10

- Z56.7 Difficultés liées à l'emploi autres et sans précision
- Z56.0 Chômage, sans précision
- Z56.1 Changement d'emploi
- Z56.2 Menace de perte d'emploi
- Z56.3 Rythme de travail pénible
- Z56.4 Désaccord avec le supérieur et les collègues
- Z56.5 Mauvaise adaptation au travail

### Argumentaire

#### Dénomination

Cette définition permet de relever les plaintes du patient lorsqu'il les lie à son travail. C'est ce lien de causalité permet de choisir le résultat de consultation. Les éventuelles conséquences (insomnie, dépression etc.), seront relevées en plus si elles sont présentes.

#### Critères d'inclusion

Il doit y avoir une plainte exprimée. On choisira dans la liste le type de problème rencontré au travail, du conflit dans l'entreprise aux conditions de travail, sans omettre les difficultés dues à la précarité professionnelle et le passage à la retraite.

#### Voir aussi

COMPORTEMENT (TROUBLES) - DÉPRESSION - HUMEUR DÉPRESSIVE  
RÉACTION A SITUATION EPROUVANTE

## REACTION A SITUATION EPROUVANTE

### ++++ MANIFESTATION À TYPE DE

- ++1| mauvais sommeil, cauchemars
- ++1| anxiété
- ++1| tendance dépressive
- ++1| labilité émotionnelle
- ++1| addictions
- ++1| agitation ou prostration
- ++1| autres

### ++++ FAISANT SUITE À UNE ÉPREUVE DÉCLENCHANTE

#### ++++ SURVENUE IL Y A MOINS DE 6 MOIS

- ++1| familiale (conflits, séparation, deuil, etc)
- ++1| professionnelle (conflit, licenciement, etc.)
- ++1| scolaire
- ++1| immigration
- ++1| maladie ou accident corporel ou matériel
- ++1| agressions diverses (viol, attentat, etc.)
- ++1| catastrophe naturelle
- ++1| autre

### Correspondance CIM10

F 43.2 : Troubles de l'adaptation

### Correspondance CISP

P02 : Réaction de stress aigüe

### Argumentaire

#### Dénomination

Ce Résultat de consultation décrit les troubles réactionnels à un événement traumatisant non exceptionnel, ordinaire, commun, voire même banal, chez un patient qui allait bien auparavant et n'aurait jamais éprouvé de problèmes sans ce stress.

Le mal-être réactionnel ou trouble de l'adaptation se manifeste par une inquiétude ou une anxiété pouvant être associée à une humeur dépressive voire à une dépression. Cette situation peut inclure la réaction de deuil, l'hospitalisme chez l'enfant, mais elle peut faire suite aussi à un chagrin d'amour, un départ à la retraite, une modification familiale etc.

Au-delà de six mois, si cet état persiste, le RC devra être révisé en DEPRESSION, ANXIETE-ANGOISSE, DYSTHYMIE, PHOBIE, ...

#### Voir aussi

ANXIETE ANGOISSE : les troubles ne sont pas rapportés à une épreuve déclenchante.  
DEPRESSION : les troubles ne sont pas rapportés à une épreuve déclenchante et tous les critères de l'état dépressif sont présents

DYSTHYMIE : les troubles ne sont pas rapportés à une épreuve déclenchante.

PSYCHIQUE (TROUBLE) : les troubles psychiques exprimés par le patient ou ressentis par le médecin ne sont pas rapportés à une épreuve déclenchante.

STRESS POST-TRAUMATIQUE : Les troubles sont en lien avec une épreuve déclenchante exceptionnelle.



## **Annexe 3 : Guide d'entretien**

Bonjour, Je suis ... et je travaille avec Dr Kandel sur une thèse sur le thème des arrêts de travail. Depuis plus 10 ans, les rapports de la CPAM montrent qu'ils sont en augmentation, la prescription ayant lieu principalement dans les cabinets de médecines générales, je rencontre à ce sujet des médecins généralistes.

Recherche de l'accord de l'interviewé sur l'enregistrement audio et rappel de l'anonymat et de la confidentialité.

Partie administrative à recueillir: âge, nombre d'années d'installation, milieu et environnement d'exercice.

### **Question brise-glace**

Que pensez-vous de l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières?

=> Déterminer si spontanément le médecin généraliste l'attribue à une ou des causes professionnelles? Quel regard il porte sur cette évolution dans son cabinet?

=> Déterminer à quels motifs d'arrêts de travail il pense spontanément

### **Les relances**

Quelle (s) cause (s) attribuez-vous à cette augmentation?

Abordons maintenant vos expériences en rapport avec les arrêts longs?

=> Faire émerger ses difficultés éventuelles, ses expériences avec sa patientèle, s'il est toujours passionné ou un peu épuisé, s'il travaille seul ou plutôt en équipe

Quelle vision avez-vous de l'arrêt de travail dans tout ça?

=> Déterminer si la vision est administrative ou thérapeutique?

=> Si c'est un outil qu'il aime ou pas dans sa pratique?

=> Qu'est ce qui détermine sa prescription?

Quelles pourraient être les solutions?

=> "La solution n'est donc autre chose que le problème bien éclairé." (Alain

Propos de littérature, Éd. Gonthier, Médiations)

### **Provoquer le débat avec une cartographie mentale (Annexe 5)**

Si vous voulez bien, je vais vous montrer une cartographie mentale. Elle a été faite à la suite d'une réunion à la CPAM de la Vienne avec plusieurs acteurs (statisticienne, une cheffe d'entreprise, la CPAM, des patients, des médecins généralistes). Elle illustre les représentations des acteurs sur l'augmentation des arrêts de travail. Certaines sont partagées, d'autres plus spécifiques. J'aimerais votre avis.

Si des questions surviennent au cours de l'entretien, les réponses seront données pendant l'entretien, les propos des thèmes et sous thèmes de la cartographie mentale seront donnés si le médecin demande des précisions.

Remerciement pour la participation.

## **Annexe 4 : Résumé et codage de la réunion à la CPAM 86 le 13 juin 2019**

### **Tour de table**

Présentation anonymisée des participants (1) Médecin généraliste, (2) Médecin généraliste, (3) Responsable gérant IJ, (4) Marketing et communication, (5) Chargé de Service statistique, (6) Interne médecine générale, (7) Responsable gestion du risque, (8) Médecin conseil, (9) Direction de la CPAM.

### **L'augmentation des IJ**

Intervenant 5 : *On est sur un rythme d'évolution des indemnités journalières élevé depuis quelques années. Depuis 2014, on a un taux de croissance annuel moyen qui s'élève à plus 4,9 %, ce qui est important et c'est un phénomène année après année. On progresse régulièrement.*

Intervenant 7 : *Une accélération de l'augmentation.*

Intervenant 1 : *Oui, c'est exponentiel. Ça ne nous surprend pas et alors il y a une diminution d'invalidité.*

Intervenant 9 : *Ce qui pèse le plus c'est les arrêts longs, 60 % c'est les arrêts longs.*

### **L'augmentation des arrêts de longue durée chez les jeunes**

Intervenant 9 : *Moi ce qui m'interpelle, c'est l'augmentation des arrêts de longue durée chez les jeunes.*

Intervenant 5 : *Après donc, on a sur la dernière page, la répartition des arrêts, enfin les évolutions par tranches d'âges et donc pour le risque maladies, on s'aperçoit que ça évolue beaucoup chez les jeunes, on a des taux d'évolution qui sont à plus de deux chiffres, jusqu'à 34 ans.*

Intervenant 1 : *En tout cas, en plus de 3 mois, ça touche les moins de 35 ans.*

Intervenant 2 : *Parce que là c'est une augmentation de 38% du montant des IJ versés dans cette tranche d'âge.*

### **La diminution du recours à l'invalidité**

Intervenant 8 : *Je me permets déjà de faire la remarque, ce n'est absolument pas par hasard que les deux courbes se croisent, c'est-à-dire qu'un arrêt long va à un certain moment, malheureusement, nécessiter une invalidité ; pour moi ce croisement entre les chiffres de la volumétrie des arrêts de travail et puis la stagnation, voire la baisse des invalidités, c'est tout sauf le hasard ; C'est une arme pour combler, les temps partiels thérapeutiques trop longs, ceux qui se comptent en mois, avec la certitude qu'il y a une stabilisation de l'état de santé. Si on peut encore espérer une amélioration, c'est une autre histoire. Ce que disent les textes: une amélioration raisonnable, le mot raisonnable est très important.*

Intervenant 2 : *Mais le croisement des courbes de toute à l'heure, il est là en fait, il y a plus d'IJ parce que c'est cette tranche d'âge.*

Intervenant 1 : *Mais s'il y a une forte augmentation chez les jeunes, ça explique pourquoi les IJ ont montées, et l'invalidité a baissé.*

### **Le temps partiels sous utilisé ou mal utilisé**

Intervenant 9 : *Le temps partiel thérapeutique qui n'est pas toujours utilisé, pas suffisamment ou pas à bon escient, c'est à dire que le temps partiel thérapeutique, normalement une bonne utilisation c'est assez court et en même temps il doit progresser dans le temps, on doit augmenter la durée de travail finalement progressivement pour arriver naturellement à une reprise à temps complet.*

Intervenant 1 : *C'est compliqué, il faut vachement anticiper, ce n'est pas un truc qu'on décide du jour au lendemain, ça un impact"; "Et puis il faut que ça soit accepté, donc vous prenez vite 3 mois dans le nez. Il y a plein d'arrêt de travail long qui sont dus à la difficulté de réactivité et ce n'est pas un reproche. Il y a quand même des difficultés d'appréciation donc vous le renouveler et puis en fait au bout de trois mois et bien il pourrait passer à temps plein et en fait il est reparti pour un tour, ça va vite, ça va très vite.*

Intervenant 2 : *Parce qu'il faut que ça se mette en place, c'est à l'entreprise...*

Intervenant 8 : *Oui alors entre le comprendre et sacrifié l'après-midi chez soi avec son entourage familial y a un garde, c'est pour ça que nous on voit. Je suis pour l'utilisation du temps partiel thérapeutique, faut pas se tromper, mais il faut vraiment que ce soit le moyen de réadaptation au travail, que ce soit une période transitoire de réadaptation.*

### **Les visions différentes des acteurs**

Intervenant 9 : *Il ne faut pas oublier tous ces acteurs, parce que c'est une boucle en fait, et que s'il y en a qui manque de toute façon, ça ne marchera pas ; c'est pour ça qu'il faut déterminer les facteurs explicatifs mais chacun les connaît pour une partie et la vérité se situe dans la conjonction de l'ensemble de ces points de vue.*

Intervenant 1 : *le problème, c'est que si vous mettez des partenaires autour de la table si chacun reste sur sa vision des choses ça ne bougera pas, il vaut mieux qu'on peigne ensemble un tableau et qu'après on avance et il y aura un impact sur les situations complexes. Attention, dans tout ce dispositif, si on veut avancer, il y a pas un coupable et des victimes, on est tous dans la merde, donc comment on fait pour avancer, là il y a pas de jugement de valeur.*

### **Une vision globalement administrative**

Intervenant 1 : *Mais globalement les médecins sont réticents, ils sont tellement réticents aux arrêts de travail qu'en fait, ça les gonfle, ils les font et du coup ils lâchent la main, parce qu'ils veulent y penser le moins possible et je pense que ça s'est un levier intéressant, c'est à dire comment on réintègre l'arrêt de travail dans son arsenal thérapeutique." ; "Parce que actuellement on ne considère pas que ça fait partie de l'arsenal thérapeutique du médecin. C'est un truc administratif quasiment, le réintégrer. Même de manière générale, réintégrer l'arrêt de travail dans la panoplie d'outils. Quand vous débriefer avec un interne: beh il a une angine, j'ai donné tel médicament et l'arrêt de travail n'est jamais évoqué. C'est pas évoquer en terme thérapeutique. Je ne peux pas réévaluer de l'arrêt de travail si je ne le considère pas comme un arsenal thérapeutique. Parce que le jour où l'arrêt de travail va faire partie de l'ECN, je suis l'artisan de la durée de mon traitement. C'est en valorisant l'arrêt de travail qu'on va limiter l'arrêt de travail. L'arrêt de travail, on va donner des durées qui vont vous aider à pas en donner, moi je ne veux pas apprendre à pas en donner, je veux apprendre à en prescrire quand il y en a besoin. Les médecins que vous évoquez, ils n'aiment pas mettre des arrêts de travail, ça les gonflent, même ça les humilient, donc ils ne vont pas s'en occuper. Vous pouvez parler pour les négociations, mais ce n'est pas ça le vrai sujet. Le vrai sujet c'est que ça n'a jamais été un vrai outil thérapeutique. Je crois*

que si on renforce l'effet négatif, par pédagogie de l'échec, c'est contreproductif. Il y a un séminaire qui se fait pour les internes: apprendre à dire non au patient, qu'est ce que c'est que cette vision des choses, je n'ai pas besoin de dire non à un patient, j'ai besoin de discuter avec lui. L'arrêt de travail, je dois apprendre à le prescrire.

Intervenant 9 : Non mais la question c'est l'arsenal thérapeutique dans ces situations.

Intervenant 6 : Nous les internes on nous a appris à réfléchir comme nos référentiels, dans l'angine, à la fin dans la prise en charge, il y a le traitement mais il y a jamais écrit arrêt de travail, sur aucun des référentiels, aucun livre que ce soit de la traumatologie, de l'infectieux, il n'y a jamais écrit arrêt de travail.

### **Facteurs exogènes**

Intervenant 9 : Des facteurs exogènes, qui pèsent, et auxquels on ne peut pas grand-chose ; on ne pourra pas changer la société, je crois qu'il faut faire avec. C'est ce que je dis, c'est pour ça que les évolutions de la société, c'est important de les intégrer.

Intervenant 1 : Vous le dites, c'est exogène, évidemment. Ce constat est le fruit d'une société et de son fonctionnement. L'entreprise n'est pas pire que la société. C'est une micro société. Ça ne bouge pas parce que pour le moment on est dans un monde capitaliste qui fait que ça fonctionne encore mais c'est en train de s'écrouler.

### **Législation**

#### **- Réformes des retraites**

Intervenant 9 : Dès qu'il y a une réforme sur la retraite, nous, on en voit les effets ; l'évolution des salaires pèse sur ce sujet, on en parlait tout à l'heure, quand vous êtes dans une période de pleine croissance, marché tendu, les évolutions de salaire vont peser sur le montant des indemnités journalières. Après il y a 4-5 ans, c'était les plus de 50 et 55 ans. Vous savez quand auparavant vous aviez le départ en pré-retraite progressive, les gens partaient autour de la cinquantaine, ça a été compliqué de passer le cap, parce que y en a qui c'était mis en tête qu'ils allaient partir à 55 ans.

Intervenant 2 : Ils trouvent des solutions les plus âgés, même si vous parlez des réformes retraites, moi je ne trouve pas que ça un impact.

#### **- Encadrement des risques professionnels**

Intervenant 8 : Alors les risques pro, on va les regarder, ils sont stables. Les arrêts en risques pro, on l'a vu sur la toute première courbe, en première page, c'est plutôt stable. Contrairement à ce qu'on peut penser, s'il y a quelque chose qui explose c'est les accidents de trajet. On a sécurisé, sauf le domaine psy.

Intervenant 1 : Oui mais c'est marrant que le risque professionnel soit stables, ça veut dire que voilà on a pu agir là-dessus, à l'échelle de 50 ans, sécurisé l'activité professionnelle.

### **Socio-démographie**

Intervenant 4 : Mais en même temps est ce qu'on prend en compte la sociodémographique, ça fait partie aussi des axes.

Intervenant 8 : Bien sûr. Vous savez quelle est la région la moins pourvoyeuse d'augmentation des montants ? C'est la région parisienne, beh y a du boulot, tout le monde bosse, il y a une dynamique économique"

Intervenant 1: C'est un peu la courbe démographique de l'emploi aussi.

### **Effet petit population - grande entreprise**

Intervenant 1 : *Peut venir aussi du fait qu'on ait une petite population et que donc l'impact entreprise est fort. Si vous prenez des entreprises qui sont dans la souffrance aujourd'hui comme dans notre coin un hôpital universitaire, une mairie, vous allez chercher toutes les entreprises du TéléService, vous en identifiez déjà trois avec un pool de population élevée qui va avoir un impact fort sur les IJ.*

Intervenant 9 : *On évoquait le secteur des entreprises, avec une population qui est pas énorme et je suis d'accord avec vous forcément ça pèse.*

### **Evolution des générations**

Intervenant 9 : *Les différences entre les fameuses générations et c'est lié à la manière dont on a éduqué les enfants à un moment donné avec la place de l'enfant qui n'est plus la même. La relation à l'autorité, au cadrage, n'est pas non plus la même. Finalement, on voit aussi ça au niveau de l'enseignement, on enseigne plus de la même manière, donc on est en mutation au niveau des entreprises et toutes les périodes de mutations sont compliquées, enfin je crois qu'il faut le dire, et on essaye de trouver des solutions mais qui en plus doivent être sur mesures, puisque vous voyez, on a des profils très très différents."*

Intervenant 1 : *Il y a maintenant une difficulté à la confrontation, à l'opposition dès qu'on a un avis différent, on fuit.*

Intervenant 4 : *Ils sont plus fragiles les trentenaires !*

Intervenant 1 : *Ils ont perdu leur illusions visiblement très vite.*

Intervenant 2 : *Je pense qu'il y en a beaucoup qu'on pas le moral.*

### **Génération et entreprise zapping**

Intervenant 9 : *On n'est pas content de son boulot, on en retrouve un autre ailleurs sans problème, c'est un sujet aussi"; "Moi mon sentiment, il est un peu différent, il est aussi que, quand vous regarder, alors ça va être encore pire avec les nouvelles générations là, mais c'est.., et j'ai eu il y a pas longtemps cette présentation où vous êtes sur des générations zapping. On le voit nous, les jeunes là, ils sont à peine chez nous, ça fait un an qui sont dans le service et déjà ils ont fait le tour, ce qui impossible. Ceux-là vite, ils ne vont pas au fond des choses, c'est comme ça hein, ça fait partie de leur construction. Et quelque part, on se lasse vite aussi au niveau personnel, ce que je veux dire c'est que c'est un peu général.*

Intervenant 6 : *Très vite ils veulent passer à autre chose.*

Intervenant 1 : *Parce que le zapping vient de la jeune génération, mais les entreprises s'adaptent très bien au zapping, alors peut-être pas la CPAM je me doute, mais beaucoup s'adapte très bien au zapping.*

### **Evolution des technologies**

Intervenant 9 : *On est quand même impacté par des bouleversements très important avec les nouvelles technologies". Je crois qu'il faut le dire très simplement, jusqu'à présent le choc il était sur le secteur secondaire industriel, etc., avec la robotisation, la mécanisation, etc, mais là aujourd'hui les nouvelles technologies c'est le secteur tertiaire qui est concerné. Je crois qu'il faut être transparent par rapport à ça. Du coup des postes qui peuvent plus être les mêmes puisque aujourd'hui, j'ai envie de dire toutes les tâches répétitives, elles sont remplacées par la partie informatique ce qui est logique et de ce fait on demande autre chose aux personnes.*

Intervenant 1 : *L'avenir aussi, vous parliez tout à l'heure de l'évolution des technologies, ça arrive en médecine et donc ça va énormément impacter la pratique des médecins dans les années à venir, y compris chez les médecins qui ne voit plus les patients, comme les radiologues, et ça, on n'anticipe pas du tout, visiblement.*

### **Face à la souffrance au travail et impossibilité d'agir**

Intervenant 8 : *Je vous confirme, on les voit tout le temps les 2 pathologies que vous avez citées troubles musculo-squelettiques et troubles psychiques sont de gros pourvoyeurs d'arrêt de travail!"; "l'entreprise c'est vraiment un gros pourvoyeur d'arrêt de travail et l'entreprise, justement les conflits intra-entreprise, c'est un gros pourvoyeur parmi les sous pathologies. Mais si vous voulez nous sommes dans un système qui, j'espère vous pensez que l'assurance maladie c'est quelque chose d'utile à notre société, et donc l'assurance maladie le jour où elle peut régler les situations intra-entreprise, en tout cas dans l'état actuelle des choses, je parle de la branche maladie et du service médical, on sortirait de notre rôle. On ne peut pas réglé, on pourra ne jamais nous s'immiscer dans les rapports entre salarié et employeur.*

Intervenant 8 et 9 : *De la souffrance au travail, c'est un motif d'arrêt très fréquent, plutôt en maladie.*

Intervenant 9 : *Oui mais qui n'est pas reconnu aujourd'hui, parce qu'aujourd'hui au niveau réglementaire, pour pouvoir être reconnu en accident du travail ou maladie professionnelle sur ce sujet-là, c'est très compliqué, les critères sont quand même très exigeants et à mon avis, avant que ça ne passe , il y aura de l'eau qui va passer sous le pont , parce que là les employeurs ils vont pas vouloir.*

### **L'assurance maladie ne participe plus à la formation des internes**

Intervenant 2 : *Et de toute façon, je ne pense pas que les internes aient besoin d'une formation sur les référentiels, il ne faut pas qu'ils connaissent les référentiels et les durées. Tu parlais de communication, c'est plus ça et voilà. Un arrêt de travail, qu'est-ce que ça entraîne chez les patients.*

Intervenant 1 : *C'est comme je disais le cours FC de la CPAM, à une époque les internes, ils avaient une après-midi où on leur présentait la CPAM, ils sortaient : "alors ah ouais c'est vachement intéressant, j'ai appris pleins de trucs mais alors faut pas faire ci faut pas faire ça, et puis...". L'objectif, c'est pas de dire ... voilà de sensibiliser à la prescription d'arrêt de travail, c'est comment l'arrêt de travail fait partie de la caisse à outils"*

Intervenant 9 : *Là on vient de dire des choses, aujourd'hui effectivement l'assurance maladie ne participe plus à la formation des internes depuis déjà un certains nombres d'années, ici, c'est pas le cas dans le département d'à côté, ça s'est déjà une première explication.*

### **Impossibilité de contrôle en sortie libre**

Intervenant 8: *Il y a un autre sujet aussi quand on les voit ce sont les sorties libres, il y a une réglementation qui existe aujourd'hui, et souvent ce qu'on constate c'est que c'est open bar, tous les patients sont de sortie, hors c'est pareil ça a une utilité la sortie libre, c'est un outil qui permet d'aider le patient sur un certain nombre de chose et d'autres qui doivent être un peu au repos pour des raisons qui s'expliquent par la pathologie."*

Intervenant 1 : *En quoi s'occuper de la sortie libre va impacter la diminution des IJ ? Si on peut avoir un levier je le prends mais est ce qu'il y en aura un ? Donc ça n'a rien à voir avec l'arrêt de travail, c'est pour l'organisation de la CPAM, bon très bien je comprends, mais ça*

*n'a rien à voir avec l'outil prescription de l'arrêt de travail. Alors je ne défends pas les sorties libres à tout le monde mais pour beaucoup de problèmes je leur impose de sortir. C'est quand même la collectivité nationale qui paye, qui assure à chacun d'entre nous la possibilité d'être aidé. Rappeler l'entraide et ses contraintes, rappeler qu'il y a des horaires, rappeler qu'il y a une nécessité de contrôler parce que comme dans tout système il peut y avoir des abus, mais ça n'aura qu'un impact sur court terme.*

*Intervenant 4 : C'est aussi redonner de la valeur à l'arrêt de travail, si on reste chez soi c'est qu'on est en arrêt. Je suis un peu d'accord avec vous, il faut remettre l'arrêt de travail dans le traitement.*

*Intervenant 9 : Pas pour vous médecin mais pour le patient ça a quand même un impact. On n'est pas en congé quand on est en arrêt de travail. On est en arrêt de travail parce que l'état de santé le nécessite. Nous on voit des patients qui sont pas là, qui sont parti faire du camping"; "C'est pour responsabiliser le patient sur le motif de son arrêt, il est arrêté et c'est aussi pédagogique de savoir qu'il a des devoirs de rester à domicile sans activité"*

## **Du côté entreprise**

### Evolution rapide des postes

*Intervenant 9 : On est quand même impacté par des bouleversements très importants, avec les nouvelles technologies, les postes déjà évoluent beaucoup et il y a un rythme qui n'a jamais été connu jusqu'à présent. Nous en tant qu'employeur souvent on est confronté à ce problème-là, c'est que le salarié revient comme une fleur au travail, hors en six mois ou même plus, des trains sont passés, les postes ont évolué, du coup c'est ce que je disais tout à l'heure le rythme d'évolution est très important.*

### Difficulté d'adaptation des postes:

*Intervenant 7 : C'est au sein de l'entreprise la difficulté de pouvoir adapter le poste.*

*Intervenant 9 : On n'a pas tous envie de voir nos salariés partir, au contraire, on préfère des gens qui sont formés, plutôt d'avoir à réembaucher, de reformer des gens, c'est quand même pas ce qu'on veut.*

### Conflits intra-entreprise

*Intervenant 9 : Emmener des collectifs de travail, ce n'est pas simple. On se retrouve avec des conflits au travail compliqués, ça c'est un sujet. Là on met en place des médiations, etc., je vois là, je pense que quand même le milieu de travail n'est pas simple et puis on a aussi on en parlait des sociétés avec des générations complètement différentes dans nos entreprises. Les jeunes générations n'ont rien à voir avec la mienne de génération, avec un engagement qui n'est pas le même, des souhaits de communication de travail en réseau de partage que d'autres ne veulent pas, donc il y a des tensions. Ça devient une montagne alors qu'au départ c'est des choses qui sont assez simples.*

### Communication employeur/employé

*Intervenant 9: Le dialogue avec l'employeur n'est pas non plus là, parce qu'à un moment donné c'est ça qu'il faudrait mettre en place dans ces sujets-là, "je me sens pas bien", que ce dialogue puisse exister à un moment donné, et du coup qu'il ait une conclusion, ce dialogue n'existe pas."; "encore faut-il que ce soit exprimer, le gros problème c'est que souvent y a pas d'expression du salarié, il souffre tout seul dans son coin. Le problème c'est que c'est tellement long avant que ce soit exprimé, que ça devient vite compliqué, et du coup on met un temps fou à essayer de démêler le fil et c'est pas si simple que ça.*

## **Du côté médecin du travail**

### Fonctionnement individuel:

Intervenant 8 : *Nos confrères médecin du travail, dans tous les départements où je suis passé, ils ont un fonctionnement assez individuel*"; "Ils nous ont tous fait remarquer des difficultés de relation avec le médecin du travail sur la thématique de la prescription d'arrêt de travail.

Intervenant 1: *Je pense qu'en effet le travail et la collaboration que je mettrais entre guillemets entre médecin du travail et médecin soignant est une piste importante et ce n'est pas si simple que ça à mettre en place.*

Intervenant 9 : *Nous aussi, le médecin du travail, c'est quand même un acteur important pour nous, et le sentiment, c'est qu'on ne peut pas construire quelque chose avec le médecin du travail.*

### Difficulté de relation avec médecin traitant:

Intervenant 2 : *On est soumis au secret médical face au médecin du travail en tant que médecin traitant on a le droit de lui donner aucune information alors on biaise en demandant au patient et en appelant le médecin du travail devant lui*"; "il faut qu'on vous interpelle pour prescrire l'invalidité mais c'est pareil l'inaptitude on connaît pas tout à fait le poste là on a besoin du médecin du travail et ça prend du temps on peut le comprendre mais on connaît pas toutes les raisons pour lesquelles ça prend du temps"

Intervenant 1 : *Mais la réalité est, en effet, on ne peut pas contacter le médecin du travail alors il y a sûrement un juste milieu à trouver, il y a sûrement un intérêt à se rencontrer au niveau professionnel, pas forcément au niveau individuel, mais de facilité, il y a une réflexion à mener entre les soignants et le médecin du travail.*

### Résistances internes de l'entreprise

Intervenant 1 : *Le médecin du travail dans les entreprises, c'est tellement compliqué aujourd'hui qu'il y a des résistances à passer en invalidité y compris par les médecins du travail et que nous quand on leur dit "écoutez faut envisager un reclassement professionnel, envisager une formation, il faut qu'il se reclasse", il y a des résistances internes.*

Intervenant 2 : *On a besoin du médecin du travail et ça prend du temps. On peut le comprendre mais on ne connaît pas toutes les raisons pour lesquelles ça prend du temps. On pêche des infos avec des collègues médecin du travail qu'on croise à certains moments. Faut travailler là-dessus parce qu'il y a des portes de sortie un arrêt de travail mais elles ne sont pas facile à prendre pour les patients comme pour les médecins"*

## **Du côté médecins**

### Parcours de soins lents

Intervenant 8 : *Le sentiment que j'ai, c'est le problème de coordination et de parcours de soins, d'abord le lien entre médecins spécialistes et médecins généralistes, pas très clairs, les uns renvoyant aux autres; la coordination avec le service santé au travail.*

Intervenant 4 : *J'ai une attelle suite à l'IRM, mais bon, ça se remet pas, je suis obligé d'aller voir un chirurgien la semaine prochaine. Du coup ça fait passer du temps*"; "on est un peu entre un médecin généraliste qui fait ce qu'il peut et le mieux possible et qui du coup vous envoie vers un spécialiste que vous ne voyez pas, qui vous renvoie vers le généraliste et l'arrêt de travail pendant ce temps-là.

*Intervenant 7 : Aussi, des fois le rendez-vous du spécialiste étant long, on sait aussi que ça prolonge l'arrêt de travail, ça on le sait"*

*Intervenant 1 : Nous, on est confronté à ça toute la journée et en tant que vieux médecin, le seul problème qui me reste dans mon activité c'est les relations au sein du système de santé.*

#### Face à la souffrance au travail

*Intervenant 1 : Notre analyse, c'est quand même qu'il y a une part d'augmentation IJ qui vient quand même de la souffrance psychique et en particulier la souffrance psychique au travail qui est énorme ! Alors les TMS ont été inventé, enfin il y a eu la grande campagne TMS pour cacher les problèmes psy mais en fait ils sont tellement là que ça déborde et qu'on parle moins des TMS aujourd'hui et plus de problème psy qui est un problème sociétal et un problème professionnel, nous, on l'identifie"; "ils nous parlent de leur boulot de leur sentiment de manque de reconnaissance non pas forcément financière mais de reconnaissance au travail parce que ça fonctionne par objectif on n'a pas terminé une tâche qu'on bascule dans l'autre sans même faire un débriefe de la première tâche et ça renvoie à ce fameux sujet de la gestion des ressources humaines et que c'est une vraie pathologie professionnel et c'est une vraie pathologie cette notion gestion des ressources humaines qui dysfonctionne depuis un certain nombre d'années nous on est pas des sociologues mais on est quand même en poste d'observation de la société"; " il y a un moment, dans le problème des arrêts de travail, de la masse des IJ, et si on veut s'intéresser à ce sujet, on ne peut pas faire ce qu'on le fait qui est très français, médecins français, nier la souffrance psychologique.*

*Intervenant 8 : Est-ce qu'on peut acter que le diagnostic précoce et annonce de la souffrance au travail font partie des constats qu'on fait en commun et notamment prononcer les mots, nommer les choses.*

#### Prononcer le mot invalidité

*Intervenant 8 : Mais prononcer le mot invalidité est déjà quelque chose de très fort c'est quelque chose qui n'est pas audible facilement ça se prépare"; "Mais il y a aussi méconnaissances de la définition d'invalidité.*

*Intervenant 9 : Je pense que je suis d'accord que ce sujet est un sujet majeur qu'il y a une méconnaissance globale de ce que c'est que l'invalidité.*

*Intervenant 6 : C'est vrai qu'on se rend compte sur le versant assuré que de toute manière l'invalidité c'est très dur pour eux d'arriver à accepter.*

*Intervenant 1 : Invalidité je pense que c'est un sujet parce qu'en effet il y a peut-être une méconnaissance, imperfection de connaissance du dispositif d'invalidité, y compris par nous. Il y a un deuxième problème, c'est le mot, je suis désolé, mais "Invalide". Je préfère presque être handicapé qu'invalide et ça résonne quand même!"; " C'est quoi l'invalidité ? Ce ne sont pas les cancers, c'est ponctuel. L'invalidité, c'est quoi ? C'est l'orthopédie, l'hématologie, les tendinopathies... Tout ce qui est physique et puis de l'autre côté les souffrances psychiques. Il y a 2 sujets je pense, à moins qu'il y en a un autre mais...donc là aussi c'est intéressant de se les évoquer parce que ça explique aussi ces réticences"; "On a parlé de l'importance des mots, avec la notion d'invalidité... A la fois ce que vous me dites je le sais mais à la fois je ne le manipule pas bien. Là le problème de l'invalidité, c'est qu'il y a un quiproquo, ce n'est pas une question de mauvais mot, c'est qu'il y a un quiproquo. Le mot invalidité pour les médecins, pour les patients, pour tout le monde ce n'est pas le bon mot. Vous dites stabilisation, alors je vous demande pas de changer le*

*mot, vous aurez du mal. Il faudrait qu'on trouve parce que c'est vraiment, maintenant on arrête l'arrêt de travail vous nous faites plus chier, vous serez en invalidité, en gros ça veut dire ça chez les gens.*

#### Réticence à l'arrêt de travail

*Intervenant 6 : Moi j'ai le sentiment que les internes, quand on discute des arrêts de travail, beaucoup sont frileux à faire des arrêts de travail et vont chercher chez les patients une paresse qu'ils n'ont pas, enfin franchement pour en avoir discuté avec pas mal de collègues qui sont passés en médecine générale, ils sont très frileux à faire des arrêts.*

*Intervenant 1 : Alors qu'on est tellement réticent à ça, parce que les médecins font des arrêts de travail mais pensent que les patients sont des tirs au flanc.*

#### Ne pas coder lien au travail

*Intervenant 1 : Et donc on était une quinzaine et avec le médecin conseil, on s'est un petit peu frittés, en me disant tu n'as pas le droit de mettre un code parce que tu ne sais pas si c'est professionnel; tu ne peux prouver que c'est professionnel" ; "Je suis prêt à prendre le risque, moi je suis le médecin traitant de mon patient, je fais équipe avec lui, c'est quelque part la légitimation de sa plainte. Je crois que c'est un des vrais problèmes qu'on a aujourd'hui." ; "On est les rois du cache sexe et résultats il y a un problème d'identification et ça s'est fort dans la longueur des arrêts de travail" ; "Mais nous, notre vision soignante, ce passage par la reconnaissance de ce trouble-là est indispensable pour envisager l'avenir professionnel et la reprise de boulot; et c'est ça qui n'est pas compris.*

*Intervenant 8 : Faites attention mes confrère prescripteur, ne lier jamais un arrêt à une raison professionnelle, parce que l'avocat de l'employeur va vous massacrer, même si dans le fond je suis d'accord avec vous.*

#### Dysfonction des ressources humaines

*Intervenant 1 : Il y a un moment, il faudra quand même, je plaide dans la profession pour qu'on réfléchisse sur ce sujet, le dire à la société. Il y a un réel problème dans les ressources humaines, le management des entreprises. Il y avait un management paternaliste avec tous les défauts que ça représentait mais on trouvait une place, mais aujourd'hui on est tous potes, mais y'a jamais une réunion dans l'année où on te dit tu as bien bossé. Réunion 31 décembre : on a fini, l'objectif est atteint, l'objectif en janvier, c'est le même plus 5%. Il y a quand même à l'IAE un master avec option GRH, ça ne serait pas inintéressant de les voir, parce qu'on a standardisé la notion de RH : gestion des ressources humaines, cherchez l'erreur. Maintenant, on gère les hommes. Un philosophe disait que c'était un vice initial. Peut-être il faut former les étudiants en master de ressources humaines à ces notions.*

*Intervenant 9 : L'histoire de changer de management, ça c'est sûr, ça fait partie des orientations qu'on a.*

#### **Du côté patients**

##### Réticence à l'arrêt

*Intervenant 1 : Je peux vous dire qu'en 33 ans d'exercice, j'ai de plus en plus de mal à imposer les arrêts de travail, vous n'allez pas me croire mais j'ai plus difficile aujourd'hui qu'il y a 30 ans et les gens me refusent des arrêts de travail, ça c'est une réalité aussi.*

Intervenant 8 : *C'est la majorité, ils sont très nombreux ceux qui refusent l'arrêt de travail où qu'ils ont recours à un arrêt de travail le plus court possible et puis qu'ils ont peur de perdre leur boulot ou d'être lâché par l'évolution.*

#### Souffrance au travail

Intervenant 2 : *Parce que les pressions sont énormes et qu'il y en a qui s'investissent et d'autres non.*

Intervenant 1 : *Faut partir du principe que la plupart des gens sont de bonnes intentions. Ce sont des gens sérieux qui essayent de bien travailler mais il y a un moment où le dispositif dans l'entreprise se grippe. Et là ça part dans tous les sens pour plein de raisons y compris celles que vous évoquez" ; "Il y a une telle négation de la souffrance psychique dans notre pays, que ça impacte le milieu professionnel, il y a un moment il faut arrêter, oui ça existe et c'est à reconnaître.*

#### Manque de reconnaissance

Intervenant 2 : *Et pourtant je pense que ça aiderait les patients à avancer que ce soit reconnu. Parfois on rame dans une situation parce qu'il n'accepte pas, parce que ça bloque, alors que des fois d'acter, de dire la raison de votre problème de santé aujourd'hui il est là, donc voilà vous allez changer de travail et ça va aller mieux.*

Intervenant 1 : *C'est le moment d'y réfléchir après vous pouvez dire non. Et les gens ont le sentiment de pourquoi c'est moi qui devrais changer alors que le dysfonctionnement ne touche pas que moi. Et je crois que ça va jusqu'à la reconnaissance de cette chose-là. S'excuser ça existe plus dans les boîtes, quel que soit la place dans la hiérarchie.*

Intervenant 4 : *La reconnaissance, elle a disparu. Elle est transformée aujourd'hui en point en augmentation et si on n'a pas d'augmentation on est nul. Mais non, la reconnaissance elle passe aussi par oui on a bien bossé et puis...*

#### Problème de communication

Intervenant 1 : *Ça prouve aussi que la parole est cassée" ; "Il y a un problème, il est pas encore trop lourd en ce moment, mais on sent que c'est en train de monter, pourquoi ils en parlent pas et on fait une cellule de débriefing, je pense sincèrement que si les entreprises étaient capables, des fois ça brûle les doigts de dire au patron quand c'est des petites boîtes c'est pas grave si vous voulez je viens et le problème est réglé. parce que là ça se fixe, et les salariés ont un vécu vraiment négatif, peut-être des fois à tort, mais c'est comme ça."*

Intervenant 9 : *Pourquoi les gens, là c'est cet exemple là mais il y en a pleins d'autres dans les entreprises, pourquoi les gens n'arrivent pas à s'exprimer? C'est quoi la pression qui est mise? Qu'elle soit là? Qu'est-ce que ça va engendrer derrière? Pourquoi la personne ne s'exprime pas dans son milieu professionnel ou même auprès d'un médecin peut-être?"*

Intervenant 2 : *A cause des conséquences" ; "Quand ils vont revenir. Nous, ils viennent nous voir, on les arrête 8 jours le temps de respirer, qu'ils dorment, qu'ils arrivent un peu à relativiser, on leur conseille souvent de lancer un entretien en étant soutenu d'un collègue avec l'employeur et ils ont peur, parce que si je dis "ça, ça, ça..." quand je vais revenir à mon poste, il va se passer ça.*

#### Impact des mots

Intervenant 1 : *Alors ce qui est intéressant dans votre description clinique, c'est l'impact des mots. Si on pouvait discuter avec nos collègues des urgences, avec les internes peut-être, ou avec les spécialistes. "Vous avez une entorse, vous en avez pour trois semaines",*

*mais vous en avez pour trois semaines de quoi ? D'arrêt de travail ou d'être emmerder avec votre poignet ? C'est pas pareil." (Réaction collective: acquiescement). Que les médecins prennent conscience que les mots ça a de l'importance, qu'on dise les mots que les patients puissent entendre et que quand il y a une souffrance psychique au travail, qu'on appelle ça souffrance psychique au travail, j'aimerais bien qu'on puisse le dire.*

*Intervenant 8: Je pense que c'est une question de vision, de langage et de mots. De quoi est ce que je suis capable, et non pas j'ai ce handicap momentané et du coup je suis incapable et je ne peux plus rien faire.*

*Intervenant 4 : Décrit une multiplicité de discours différents: "parce que moi en tant que patient, je fais quoi?"; "mais du coup on vous met dans "il faut tant de temps", donc on va être patient"*

*Intervenant 9 : C'est pour ça que je partage ce que vous dites, quand vous dites le poids des mots est important et je rajouterais, et c'est tout à fait ce que vous venez d'illustrer, c'est qu'à un moment donné, quand on sait pas, on ne s'autorise pas forcément à interpellé ou à dialoguer et c'est là où il y a quelque chose qui va pas, le patient a une place dans ce sujet.*

#### Stigmatisation à l'arrêt

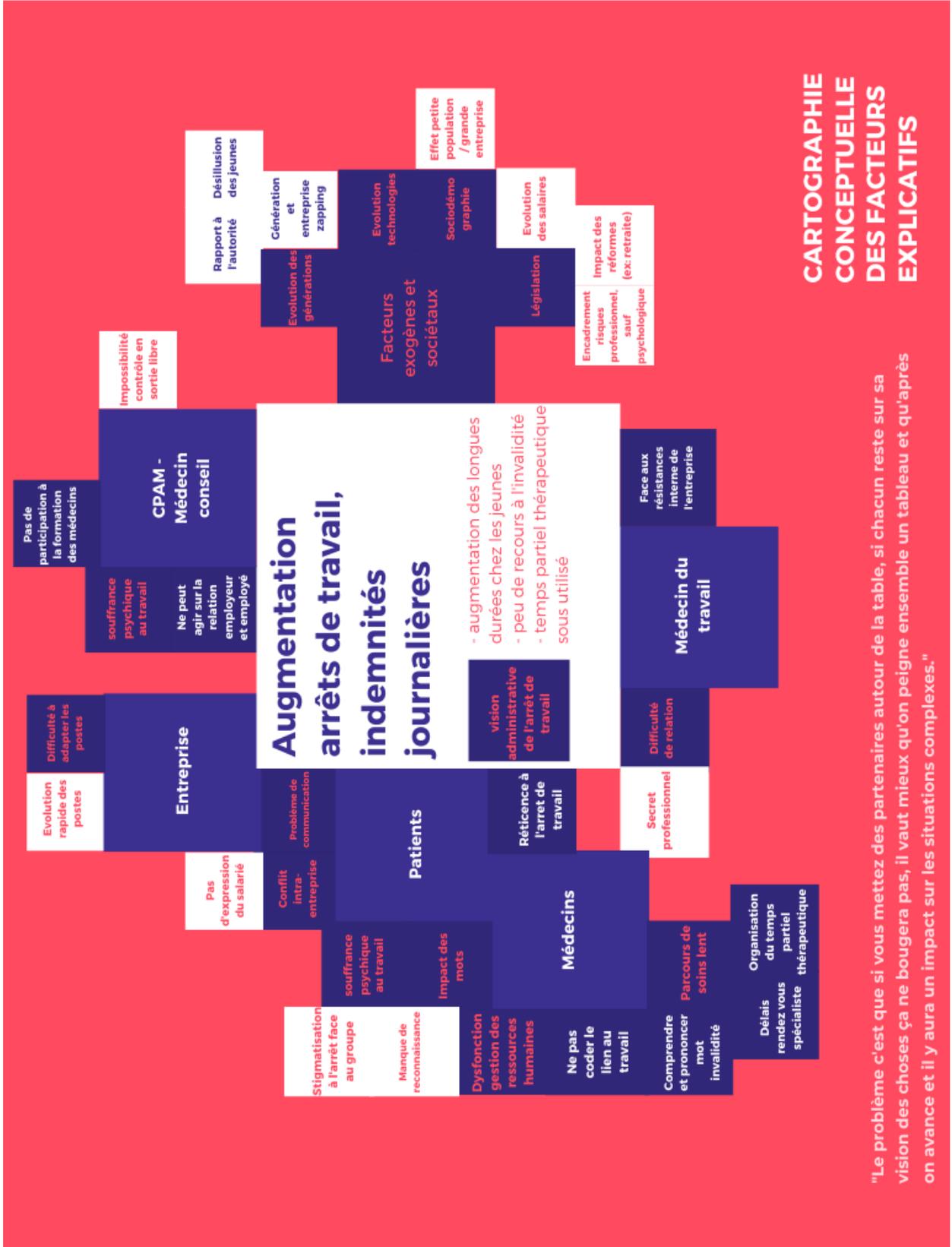
*Intervenant 1 : Il y a un phénomène qu'il faut bien comprendre c'est cette difficulté qu'on les gens quand y a eu ce problème dans l'entreprise. Un sentiment de stigmatisation que c'est encore le vilain petit canard que dans la boîte il y a déjà trois, cinq arrêt de travail Dans le même service et que quelque part il y a déjà non reconnaissance" ; "Non il y a un problème et cette stigmatisation c'est quelque chose qui accentue leur douleur morale.*

*Intervenant 8 : Ils sont même rejetés par leur collègue.*

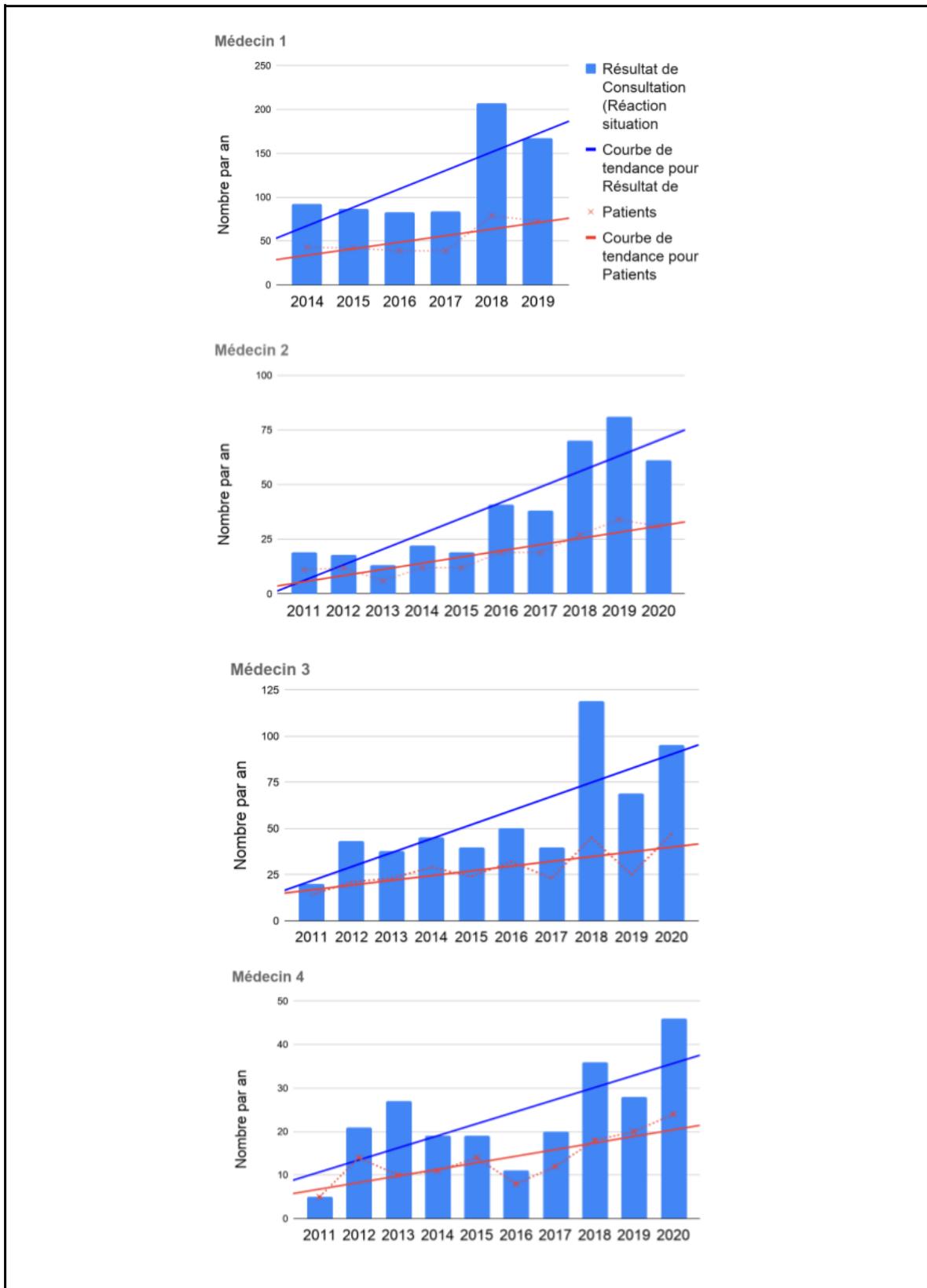
*Intervenant 2 : Oui c'est ça, par leur collègue ou chef d'équipe.*

*Intervenant 9 : Le groupe exerce une pression et quand vous voulez être adopté par le groupe et bien il faut vous conformer au groupe.*

# Annexe 5 : Cartographie mentale d'une réflexion locale sur l'augmentation des arrêts de travail



## Annexe 6 : Evolution du nombre de patients et de consultation avec problèmes professionnels, chez 4 médecins généralistes



## Annexe 7 : Résumé des entretiens

### Résumé Médecin M1

Il s'agit d'un homme de 32 ans, qui exerce en cabinet de cinq médecins généralistes en milieu semi-rural, 4,5 jours par semaine. L'entretien a été réalisé à son cabinet sur son temps de pause de midi et a duré 18 min. Il était détendu. Il se dit être un médecin qui préfère autonomiser ses patients plutôt que de les mater. Il était sensible au sujet depuis son externat étant passé en stage en médecine du travail au CHU de Poitiers avec le Pr Ben Brick. Le ressenti concernant le médecin était celui d'un problème qui ne se règlera pas dans les cabinets des médecins généralistes.

Pour lui, les causes de l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières sont tout d'abord le management des entreprises et les difficultés pour mettre fin aux arrêts longs.

Extrait 1: *“Pour moi c'est clairement lié à l'ambiance dans les entreprises et la politique de management des employeurs, parce qu'on est passé d'un modèle plutôt paternaliste à un modèle plutôt à l'américaine, où on met de la pression sur les employés.”*

Extrait 2: *“Il se passe quasiment pas une semaine sans qu'on voit quelqu'un qui a un problème au travail.”*

Extrait 3: *“La pression, on peut la supporter jusqu'à un moment où on ne peut plus!”*

Extrait 4: *“on a beaucoup de mal à faire reprendre les gens, parce que du coup les conditions de travail étant toujours les mêmes”*

Extrait 5: *“faut juste qu'on arrive à leur donner les pistes, pour qu'il puisse voir comment faire pour trouver autre chose et du coup arriver à réduire un peu la durée d'arrêt, mais ce qui bloque souvent c'est les formations, parce que justement toutes ces portes de sorties là il faut le temps pour les avoir”*

Extrait 6: *“il y a aussi le temps de la guérison mais souvent nos arrêts sont longs à cause de cette partie de trouver une solution pour le patient.”*

Extrait 7: *“je sais pas ce qu'on peut faire, on est finalement à la fin de la chaîne et on ne peut qu'accompagner nos patients, je pense qu'on n'a pas de pouvoir sur l'entreprise”*

Il a une vision thérapeutique de l'arrêt de travail, elle devient administrative que lorsque la prolongation est demandée par un autre intervenant de soins.

Extrait 8: *“Pour moi l'arrêt c'est une mesure thérapeutique.”*

Extrait 9: *“Dans le cadre de problèmes professionnels, L'arrêt a un but thérapeutique au début et après il est juste là pour que la personne puisse passer à autre chose et il est là pour gagner du temps. Mais attention il y a aussi une part thérapeutique parce que si je lui fait reprendre le travail alors que les conditions n'ont pas changé, il ne va pas bien.”*

Réaction à la cartographie mentale :

Extrait 10: *“Ils me disent c'est parce que je fais ce travail là que ça se passe comme ça. Ils n'ont pas ce manque de reconnaissance vis à vis de nous. Quand ils viennent nous voir ils savent qu'on les croit, mais le manque de reconnaissance il est vis à vis de l'employeur. Il y a quelque année comme il y avait ce modèle un peu patriarcal, matrimonial, il y avait une reconnaissance vis à vis des employés, qu'il y*

a plus ou beaucoup moins maintenant et c'est ce qu'ils expriment souvent les patients qui ont un certain âge, ils disent que ça a changé”

Extrait 11: “on est tributaire des rendez-vous.”

Extrait 12: “Le temps partiel thérapeutique pour nous c'est simple de le faire, c'est pour l'employeur que c'est plus compliqué, mais bon moi je m'occupe de ma partie médicale, ce n'est pas mon rôle de m'occuper de le mettre en place.”

Extrait 13: “mais il y a surtout le rôle de la médecine du travail et puis des partenaires autres, avec par exemple pôle emploi, avec la CPAM, les médecins conseils”

Extrait 14: “il y aussi la question de génération, c'est vrai, où les plus jeunes sont moins impliqués dans l'entreprise et du coup ça peut être mal perçu de la part des employeurs, donc ça a part refaire l'éducation de toute une population, ça va être compliqué” (rire)

Extrait 15: “Le refus des arrêts de travail, ça va avec la stigmatisation à l'arrêt.”

Son hypothèse de solution pour stopper l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières:

Extrait 16: “Que la politique de management des entreprises soit différentes (rire jaune)...si on presse les gens ça va marcher un certain temps, on va augmenter un petit peu le rendement, sauf qu'au bout d'un certain temps, quand la personne est au bout de ce qu'elle peut faire, on va avoir l'effet inverse. Que les entreprises modifient un peu leur politique de management, je pense que ce serait mieux.”

## Résumé entretien M2

Il s'agit d'un homme de 64 ans, qui a exercé seul en cabinet rural puis en groupe depuis 10 ans en semi rural, 5 jours par semaine. L'entretien a été réalisé à son cabinet après une de ses journées de consultation, il a duré 40 minutes. C'est un médecin qui a de l'expérience et un recul suffisant pour répondre à la question de l'évolution. C'est un médecin sensible à l'importance de la coordination. Le ressenti concernant le médecin était celui d'un problème complexe après la mise en place d'un arrêt mais dont la solution pourrait surtout avoir lieu dans les entreprises.

Pour lui, les causes sont démographiques peut être et sont principalement dû aux travaux répétitifs, puis à la difficulté d'accès aux soins et intervenants et aux représentations du patients.

Extrait 1: “je pense qu'il y a de plus en plus de gens qui travaillent en France probablement, mais est ce qu'il y a plus d'arrêts de travail par rapport au nombre de travailleurs? Je sais pas...”

Extrait 2: “j'ai l'impression qui font l'effort, un petit peu de faire tourner les gens et de pas les laisser sur les mêmes postes, un peu j'ai un peu cette impression... Malgré tout, tous les travaux répétitifs sont mal vécus psychologiquement, donc il y a aussi le ras le bol des gens et puis ça occasionne des blessures...”

Extrait 3: “parce qu'on a aussi du mal à trouver les moyens de les faire soigner rapidement [...] notamment avoir accès à de l'imagerie pour pouvoir ensuite confier à un spécialiste, en vue quelquefois d'une chirurgie, il y a parfois des attentes d'acte opératoire qui peuvent durer 6 mois...”

Extrait 4: “Ça vient de la longueur de l'arrêt de travail souvent, de toutes les représentations que peut se faire le patient sur la reprise. Il peut penser que quand il va reprendre, ça va être aussi pénible que quand il a arrêté et donc avoir peur de reprendre, c'est une des causes.”

Pour lui aussi, l'arrêt de travail est un acte thérapeutique, il est bien conscient et attentif à la balance bénéfice/risque de cette thérapeutique.

Extrait 5 "Il doit permettre d'améliorer la santé! Je pense que c'est le plus important, c'est à dire il faut que l'arrêt soit utile pour une amélioration de la santé. Faut que je précise plus que ça?!" (Rire, semble surpris la question)

Extrait 6: "Ça fait partie de notre arsenal thérapeutique!"

Extrait 7: "L'arrêt on le fait parce que la personne est tellement mal, se plaint tellement qu'elle ne peut pas travailler, mais des fois le fait de pas être au travail n'est pas suffisant pour qu'il aille mieux, c'est à dire que le repos ne suffit pas non plus."

Extrait 8: "Faut que ce soit utile! Ça peut prendre du temps..."

Ses principales réactions à la cartographie mentale :

Extrait 9: "L'évolution des salaires c'est plutôt dans l'autre sens, ça a rapport avec qu'est-ce que je vau pour cette entreprise"

Extrait 10: "Je crois que pour les patients être reconnus et que leurs efforts et leurs qualités soient reconnus, c'est très important. Si ça ne l'est pas, ils deviennent beaucoup moins tolérants aux difficultés qu'ils rencontrent dans leur travail d'une façon générale."

Extrait 11: "Réticence à l'arrêt de travail, il y a des patients qui ne veulent pas s'arrêter parce qu'ils ont besoin de gagner de l'argent et quelquefois quand ils sont en arrêt il y a une baisse de salaire assez importante donc ils résistent, ça peut être une difficulté pour bien les soigner"

Extrait 12: "Et puis il faut pas croire que les gens cherchent absolument à être planqués et ne plus travailler"

Extrait 13: "c'est vrai que quand un salarié ne peut pas exprimer les choses, c'est à dire que le mauvais fonctionnement dans l'entreprise, quand il se heurte à des supérieurs, à des chefs ou autres qui disent "c'est comme ça et on discute pas", c'est vraiment un motif d'arrêt de travail."

Extrait 14: "Quelquefois il manque un peu de médiation et d'arbitrage entre le patron et l'employé."

Extrait 15: "Je communique beaucoup avec le médecin du travail, quand même j'ai l'impression que le médecin du travail, il est respecté par l'entreprise, c'est le médecin du travail c'est pas... je veux dire pour un employé qui va voir le médecin du travail et qui a besoin de lui pour un changement de poste ou une adaptation de poste, quand le médecin du travail l'aide dans cette tâche-là, il est quand même... bon il arrive pas forcément à avoir exactement ce qu'il veut mais quand même ça aide l'employé, d'avoir un médecin du travail qui collabore, qui s'intéresse à ce qu'il fait"

Extrait 16: "Les temps partiels thérapeutiques, je trouve pas qu'il y ait beaucoup de résistance de l'entreprise,... mais je m'y prends à l'avance, tu vois un mois à l'avance."

Extrait 17: "où c'est compliqué, c'est dans la fonction publique, c'est beaucoup plus lourd"

Extrait 18: "Et puis la réticence du médecin à faire un arrêt de travail, oui ça existe, quelquefois on se dit que peut être que les gens pourraient aller travailler alors sur un arrêt court c'est pas grave, ça dure pas longtemps ça va pas loin, quand les arrêts courts sont répétés, et bien comme je l'ai dit tout à l'heure, il faut se poser des questions: pourquoi il y en a autant?, et donc là on aborde cette thématique"

*d'une autre façon et puis aussi quand l'arrêt de travail dure, là on se dit c'est un problème et dans ces cas-là il faut pas rester tout seul"*

Extrait 19: *"Donc l'évolution des ressources humaines, il y a des entreprises qui font attention, pour qui c'est important et d'autres qui sont quand même vraiment rentabilité, rentabilité..."*

Extrait 20: *"Je fais pas facilement le lien au travail, par exemple je vais pas mettre burn out, je vais mettre dépression, anxiété, des choses comme ça mais je pas forcément mettre dans mon arrêt de travail le lien, parce que c'est ce qu'il me dit le patient, je le crois, mais après tout peut être que si j'entends l'employeur il me donnera une vision différente."*

Extrait 20: *"Le rapport à l'autorité et la désillusion, oui effectivement!"*

Ses hypothèses de solutions pour stopper l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières:

Extrait 21: *"Je pense que si les conditions de travail s'améliorent, il y aura moins d'arrêt de travail! Donc que les employeurs essaient de, peut-être plus, respecter les conditions de travail de leurs employés. En fait je pense que les gens peuvent travailler de façon assez dure mais ils ont besoin d'être respectés, reconnus et souvent quand ça va mal, il y a du physique, il y a des blessures parce que le travail est répété, parce qu'ils doivent aller vite donc ça fini par être lassant et pénible, mais il faut aussi de la reconnaissance. Quand il n'y a pas la reconnaissance, c'est à dire quand ils ont mal traités, sur un plan de ce qu'ils sont, c'est à dire qu'ils sont pas respectés et bien je pense que c'est encore pire, ça occasionne aussi encore plus d'arrêt de travail, donc je pense que les solutions c'est que les travailleurs soit respectés dans leur conditions de travail c'est à dire qu'on les fasse variés dans les postes, qu'on les traitent bien, comme des hommes, comme des femmes!"*

### **Résumé entretien M3**

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui exerce dans un cabinet de groupe depuis 10 ans en semi rural, 4,5 jours par semaine. L'entretien a été réalisé à son cabinet après une matinée de consultation, il a duré 20 minutes. C'est un médecin qui s'est beaucoup appuyé sur les histoires de ses patients et qui avait également de l'expérience et un recul suffisant pour répondre à la question de l'évolution.

Le ressenti concernant le médecin était celui d'un problème sous-jacent bien conscient que les arrêts de travail sont faits sur des critères cliniques mais que les conditions de travail influent sur la santé.

Extrait 1: *"on arrête sur des motifs cliniques, mais il y a un autre problème sous-jacent, j'ai regardé sur le relevé que j'ai fait sur la semaine, je suis à 25% avec un problème professionnel sous-jacent. Dans ces arrêts, c'est principalement des patients avec une pénibilité au travail, dans des corps de métiers où on sait qu'il n'y a pas beaucoup de bienveillance au niveau des postes, avec des conditions de travail et de rythme qui influent. Ils sont volontaires, ils bossent comme des malades et à un moment donné ils en peuvent plus."*

Extrait 2: *"c'est les arrêts longues maladies, tu vois j'ai un monsieur qui fait partie des patients dont je te parlais tout à l'heure, 1an et demi d'arrêt et ça oui je trouve qu'on en a de plus en plus et notamment en maladie professionnelle, mais aussi après il y en a aussi pour les maladies de l'humeur, qu'on met pas toujours un lien avec l'activité professionnel, parce qu'on ne doit pas avoir ce jugement-là, la*

*participation du tiers et l'imputabilité au travail dans un mal être, même si nous on le note, mais ça n'apparaît pas dans nos arrêts de travail ni ailleurs, mais bien sûr qu'on en a.*

Extrait 3: *“Les arrêts qui ont tendance à durer un petit peu c'est les TMS, toutes les maladies mécaniques et puis beh le mal être, parce que le mal être quand tu mets le doigt dans l'engrenage, c'est rarement un arrêt de 8 jours, c'est des arrêts qui ont tendance à durer assez longtemps, on le voit tous en pratique.”*

Extrait 4: *“la résolution doit venir aussi du problème professionnel et c'est pas toujours évident, c'est un travail collégial, avec bien sûr le patient, la médecine du travail, l'employeur mais qui est souvent pas très conciliant... Ca le mal être au travail pour sortir, on n'y arrive mais c'est un peu fastidieux”*

Extrait 5: *“C'est plurifactoriel et le point départ c'est le bien être au travail. Nous finalement on est acteur au bout du processus, on récupère les gens parce qu'ils vont pas bien et qu'il y a un problème, mais on arrive toujours à la fin d'un problème.”*

Sa vision de l'arrêt de travail est *“un vrai acte médical”*.

Extrait 6: *“C'est un élément de base de notre médecine de premier recours”*

Extrait 7: *“y a pas cette véhémence qu'on met toujours un peu “les gens viennent chercher des arrêts de travail chez les médecins”, moi je suis pas d'accord”*

Extrait 8: *“C'est notre premier outil quand quelqu'un ne va pas bien dans le travail ou en dehors”*

Extrait 9: *“Le champ d'action de l'arrêt est très large et il fait partie d'une solution parmi tant d'autres qui est nécessaire pour nos patients.”*

Ses principales réactions à la cartographie mentale:

Extrait 10: *“dysfonction de la gestion des ressources humaines: oui d'accord!”*

Extrait 11: *“on y fait attention, donc il y a probablement une sous-estimation de la participation au travail dans les motifs d'arrêts.”*

Extrait 12: *“on passe un temps de dingue à attendre les rendez-vous d'IRM, d'examens complémentaires et d'interventions”*

Extrait 13: *“L'organisation du temps partiel: je trouve que ça a changé un peu ces derniers temps, la procédure je la trouve pas très compliquée, les patients sont demandeurs, souvent il faut prolongé de quelques semaines l'arrêt, le temps que la médecine du travail puisse travailler avec l'employeur, ça dépend aussi de ses disponibilité, et que l'organisation soit faite. L'organisation d'une coordination c'est long, c'est une peine pour tous les acteurs.”*

Extrait 14: *“c'est le problème d'en parler des souffrances, c'est pas simple, ils nous en parle à nous, mais c'est vrai qu'on a pas d'action directe sur les conditions de travail et sur l'employeur, c'est le médecin du travail et ça pour faire accepter les gens de prendre rendez-vous avec la médecine du travail pour faire remonter leur souffrance, leur mal être, leur difficultés, c'est pas simple, pour les patients expliquer les choses qui ne vont pas, ça peut avoir des conséquences: perte du travail, la majoration des conflits. Les gens se rendent bien compte que ça peut avoir des conséquences finalement plus négatives que le problème de départ. Ils restent bloqués.”*

Extrait 15: *“quand tu leur dit que n'importe quelle personne qui a un médecin de travail attiré peut demander une consultation, les gens ne le savent pas.”*

Extrait 16: *“On rappelle que la médecine du travail reste dans la proposition des choses, le seul garant de la vie de l'entreprise, c'est l'entreprise elle-même!”*

Extrait 17: *“Parcours de soin lent: ça s’est le moins qu’on puisse dire, c’est un grand grand damne et on en parle souvent avec les médecins conseils de l’assurance maladie, il manque un peu se travaille en binôme dans les arrêts longs dans les souffrance au travail, et qu’on voit bien que le retour au travail ne pourra pas se faire parce que ça ne marchera pas et donc nous on est aussi pris dans l’affect avec nos patients, dans cette procédure qui traîne et puis c’est des dossiers parmi tant d’autre et c’est parfois compliqué d’y passer beaucoup de temps, ça traîne et souvent les médecins conseils pourraient nous aider en reprenant la main.”*

Ses hypothèses de solutions pour stopper l’augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières:

Extrait 18: *“Le point de départ essentiel, c’est quand même la vie dans l’entreprise, c’est la bienveillance des salariés, c’est des conditions de travail adaptées, ce serait tout ça! Il y a d’abord un gros gros travail sur l’acteur de l’entreprise, sur l’acteur économique. Le manque de spécialistes... Donc il y a un facteur humain, un facteur professionnel et un manque de collaboration, va falloir améliorer tout ça!*

#### **Résumé entretien M4**

Il s’agit d’une femme de 35 ans, qui exerce dans un cabinet en binôme en milieu urbain. L’entretien a été réalisé à son domicile sur un jour de repos et a duré 32 minutes. Elle était détendue et disponible. Elle est installée depuis 3 ans et évoque spontanément son manque de recul sur le sujet mais réagit par rapport à ce qu’elle constate au quotidien et dans sa pratique.

Son ressenti concernant l’augmentation des arrêts de travail était qu’il reflète les problèmes auxquels fait face notre société.

Pour elle, les causes de l’augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières sont tout d’abord un reflet de la santé publique et des difficultés de collaboration et de démarche administrative pour mettre fin aux arrêts longs.

Extrait 1: *“ça traduit un certain malaise, mal-être, ou une augmentation de certaines maladies.”*

Extrait 2: *“L’expérience avec les arrêts longs s’est souvent des personnes qui auraient dû s’arrêter probablement avant ou qui aurait dû mettre en place des actions pour résoudre une problématique, qu’ils n’ont pas fait et qui du coup arrivent dans une problématique de santé plus poussée, qui là nécessite, enfin y a pas d’autre possibilité que d’un arrêt de travail en plus que d’autres actions thérapeutiques.”*

Extrait 3: *“Les exemples les plus flagrants, enfin les plus marqués ça va être les capsulites rétractiles [...] Et sinon le principal, à part ces TMS, le principal arrêt de travail, le principal motif pour moi ça va être tout ce qui est dépression, plus ou moins anxiété, dépression en rapport avec les conditions de travail.”*

Extrait 4: *“souvent les choses font que c’est très difficile d’y revenir, déjà de la part de la personne arrêtée après une coupure de 2 semaines, un mois, deux mois, trois mois ... revenir au travail, ça remet au-devant de ... ça fait qu’on revit certaines choses qui ont été ressenties comme étant traumatisantes donc c’est difficile. Il y a tout ce qu’on pense de ce que nos collègues on penser de nous-même, tous les potentiels “on dit” qui sont une barrière, tous les non-dits de la direction.”*

Extrait 5: *“Après tout ce qui est administratif empêche un retour au travail serein, c’est à dire qu’il y a le médecin du travail qui doit parfois revoir la personne avant la*

reprise, c'est rarement possible...parfois on voudrait une remise au travail assez rapide mais le statut de l'employé fait qu'on ne peut pas, par exemple tout ce qui est fonction publique, c'est parfois très compliqué pour une reprise au travail, ou on voudrait mettre un mi-temps de juste 2 semaines, mais ce n'est pas possible parce que c'est sur commission, que sur des périodes de 3 mois, ça rend parfois le retour au travail difficile..."

Extrait 6: "maintenant j'ai des patients en arrêts de travail depuis plus d'un an qui n'ont toujours pas été vus par le médecin conseil, je pense aussi à cause du covid, mais parfois le médecin conseil vient un petit peu apporter son point de vue extérieur. Parfois ça m'a paru un peu brutal, mais ça permet aussi de parfois couper court à certains arrêts de travail qui sont un peu... on sait pas quoi faire de plus en fait... voilà"

Pour elle, l'arrêt de travail est un acte nécessaire, qui souvent n'arrive que trop tard mais qui reste à justifier.

Extrait 7: "Ma vision de l'arrêt...d'un point de vue médical, c'est souvent justifié... mais c'est pas une réponse à tout et une fois qu'on enclenche un arrêt s'est difficile d'en sortir de manière simple. Alors souvent c'est nécessaire, souvent il y a besoin d'une coupure mais je trouve que, en tout cas dans tout ce qui est problème anxio dépression, souvent lié au travail, il y aurait plein de chose à mettre en place en prévention en amont avant d'aboutir à un arrêt de travail."

Extrait 8: "c'est mon job en fait, ça fait partie de mon boulot de médecin!"

Extrait 9: "un arrêt de travail c'est chouette mais c'est pas une perspective d'évolution, on suspend pour un temps court ou plus ou moins long mais en attendant en parallèle faut organiser des choses pour que ça aille mieux."

Ses principales réactions à la cartographie mentale :

Extrait 10: "Moi mes réticences aux arrêts de travail, c'est les longs quand il y a pas de perspective malgré ce qu'on essaie de lancer."

Extrait 11: "L'invalidité pour moi c'est pas à moi de la mettre en place, c'est au médecin conseil, ça c'est pas mon job!; il y a un moment j'ai zéro motivation pour mettre en place une invalidité parce que c'est pas en faveur du patient, donc ça s'est un problème de la sécu."

Extrait 12: "Impact des mots, manque de reconnaissance, c'est souvent ce qui est... c'est en fait la première problématique, sur les "burn out", ils font des choses qu'ils ne devraient pas faire, qui ne sont pas reconnues par l'entreprise et puis ils arrivent à un point de rupture et je crois en fait que c'est dans cette situation là que ça met le plus de temps à revenir parce qu'ils ont fait plein de choses non reconnues et puis ça s'arrête et c'est hyper long la reconstruction."

Extrait 13: "moi ça me pose pas de soucis de correspondre avec le médecin du travail, c'est juste qu'on a des informations contradictoires [...] donc c'est vrai que c'est plus clair si on avait un cadre un peu mieux posé, mais en tout cas pour moi le médecin du travail, il a pas une baguette magique mais ça peut être un sacré appui en tout cas pour remettre au travail les personnes, et puis mieux expliquer d'un point de vue administratif, l'inaptitude au poste, les alternatives de l'inaptitude parce que ça pas une fin en soi."

Extrait 14: "Manque d'expression du salarié, peut être que parfois il s'exprime pas mais parfois c'est juste pas entendu, parce qu'il y a plein de patients qui s'exprime dessus, qui sont pas entendu ou plein de patient vont voir le médecin du travail sur une problématique dans l'entreprise donc je pense qu'à un moment si l'entreprise

*en a pas entendu parler c'est qu'elle veut pas entendre, je pense que ça dépend vraiment des entreprise aussi, mais je pense que c'est facile de pas l'entendre."*

Extrait 15: *"je mets les sorties libres assez facilement dès qu'on est sur un arrêt de travail long parce que si au problème physique on rajoute le manque de liberté ça rallonge forcément l'arrêt de travail au total"*

Extrait 16: *"la société évolue et qu'on est moins dans un état d'esprit "j'y vais, je fonce, peu importe la douleur physique, mentale, tout ça. Je fonce, je continue!", on s'arrête peut-être avant. On se pose la question, je me sens mal, "arrêt de travail et procédure pour faire autrement?". Je pense qu'on est plutôt sur ça, ça se voit chez les médecins, les médecins jeunes, on est moins près à bosser 70 heures/ semaine et à ne pas voir nos enfants grandir, mais je pense que ça conduira à un meilleur rapport au travail et moins de conflits intérieurs pour l'avenir. J'identifie ça peut être de manière fausse, mais je pense que c'est un peu la même chose avec l'évolution des générations, on s'arrête peut être plus facilement mais peut être qu'on aura moins de problématiques plus tard au global."*

Extrait 17: *"il y a toujours des personnes, je pense aussi qui sont dans un système d'arrêt de travail facile mais au global je pense que c'est pas plus mal. Les jeunes qui s'arrêtent, principalement la population jeunes arrêtée, c'est parce qu'ils travaillent en centre d'appel, qui ont des conditions de travail dégueulasses, et que c'est horrible, ils craquent complètement quoi. C'est pas que sociétal, c'est aussi l'évolution du travail, c'est pas génial."*

Extrait 18: *"Je pense qu'il y a les entreprises qui se disent de toute façon je trouverai, parce qu'on est dans une dynamique où il y a beaucoup de chômage et donc je fais pas d'effort pour garder mon employé."*

Ses hypothèses de solutions pour stopper l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières:

Extrait 19: *"Je pense qu'avoir un accès remboursé aux psychologues, ce serait pas mal."*

Extrait 20: *"Donc je pense en fait on a une problématique, c'est que y a beaucoup de chômeur, y a beaucoup de gens qui sont en souffrance au travail parce qu'ils ont une charge de travail à 300%, donc est ce que juste revenir à une charge de travail normale"*

Extrait 21: *"Donc moins de surcharge de travail et du management un peu plus humain et je pense que déjà ça ira mieux"*

## **Résumé entretien M5**

L'enregistrement n'a pas fonctionné, le résumé de l'entretien a été fait à partir des notes du verbatim. Il s'agit d'une femme de 37 ans, qui exerce en maison médicale en milieu urbain. L'entretien a été réalisé en visioconférence un matin avant son départ en visite et a duré 22 minutes. Elle est installée depuis 10 ans.

Son ressenti concernant l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières était qu'il reflète les problèmes dû au travail et une population de plus en plus mal à l'aise avec le monde du travail.

Extrait 1: *"Il y a un gros problème de souffrance au travail. J'ai l'impression qu'on en voit moins, j'ai moins d'arrêts long aussi, peut-être parce que cette année les gens ont moins travaillé. Ici, on a beaucoup d'usines, ils sont au chômage partiel. Il*

y a aussi des licenciements, donc les gens encaissent peut être plus de perdre leur travail.”

Extrait 2: “Ce que j’ai beaucoup fait cette année, c’est des arrêts d’une deux semaines, pour des problèmes de genou par exemple, où je sentais que le problème n’était pas uniquement la cause de l’arrêt, et puis quand on discute qu’on creuse ils nous parlent de leur vies, ils avaient besoin de souffler, on sent que si on le fait pas d’ailleurs ça va péter!”

Extrait 3: “Il y a un manque de reconnaissance du travail du patient, mais aussi de ses conditions physiques ou psychologiques, les recommandations du médecin du travail ne sont pas suivies. J’ai un exemple: un jeune patient avec une SEP, ça a été difficile, il a vu le médecin du travail, l’employeur n’en a pas pris compte. Le patient n’est pas reconnu que le problème viennent du travail ou pas”

Extrait 4: “C’est dû aux arrêts longs, la reprise est difficile”

Extrait 5: “La reprise est dure, surement en raison de la longueur, c’est dure de s’y remettre. Ils ont une appréhension d’y retourner, de retrouver la même chose, de ce qu’on va penser d’eux”

Extrait 6: “J’ai une patiente d’un âge moyen avec un tassement vertébral, la guérison est longue et puis c’est inquiétant un tassement spontané à son âge, on a essayé le mi-temps thérapeutique et la problématique de souffrance au travail est arrivé, ou est ressortie qu’à la reprise.”

Extrait 7: “La reprise à mi-temps, on l’a fait mais ça ne marche pas, ils ne sont pas accompagnés et la reprise même à mi-temps le remet dans les mêmes conditions. Ils se sentent seuls à la reprise”

Extrait 8: “On a deux services de médecine du travail, ils ont une prise en charge différente, ils prennent plus de temps à s’impliquer, ça aide, ça marche mais c’est long.”

Sa vision de l’arrêt de travail est thérapeutique, mais sa vision négative en population générale influe souvent dans la relation avec le médecin.

Extrait 9: “Pour moi c’est un vrai traitement, d’ailleurs souvent le premier, c’est souvent la seule chose que je fais d’ailleurs, pas que dans les souffrances au travail.

Extrait 10: “On peut pas enlever leurs conjoints, leurs gamins, les choses pénibles de la vie, mais on peut stopper le travail et c’est souvent bénéfique”

Extrait 11: “On sent que certains arrêts vont durer trois mois, on les revois toutes les semaines tous les 15jours, on s’en bien que ça influe sur notre relation et sur la prise en charge de la consultation, des fois je devrais la faire toute de suite, qu’il n’y est pas cette attente de “est ce qu’il va me prolonger”, ils ont peurs de reprendre, leur enlever ce poids et qu’on puisse faire la consultation et discuter des choses. Il y a une vision négative de l’arrêt, les patients sont gênés quand ils viennent nous voir pour ça”

Ses principales réactions à la cartographie mentale :

Extrait 11: “C’était il y a déjà deux ans! Rien a changé!”

Extrait 12: “L’impact des mots, c’est très importants, surtout en entreprise, on l’entend bien au cabinet, ils bloquent sur des choses qui ont été dites.”

Extrait 13: “Secret professionnel, c’est plus le cas, j’ai fait des formations avec la SFMG, je me sers du patient maintenant, je passe par eux, ou je contact le médecin du travail avec eux.”

Extrait 14: “La difficulté de relation avec le médecin du travail, c’est surtout qu’ils sont indisponibles”

Extrait 15: “La formation des futurs médecins il faut qu’elle soit conjointe avec les médecins, sinon ça prendra pas”

Extrait 16: “Problème de génération, ça c’est vrai, j’ai l’impression qu’on a de plus en plus de jeunes qui sont intolérants à l’autorité en entreprise”

Extrait 17: “Les patients qui sont en souffrance au travail, ils en ont souvent parlé, certains voit même le médecin du travail, ils sont pas écouté et ça finit au cabinet par un arrêt de travail long”

Ses hypothèses de solutions pour stopper l’augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières:

Extrait 18: *“Un meilleur dialogue dans les entreprises!”*

Extrait 19: *“Accompagner la reprise, que ce soit pour n’importe quels problèmes, même pour un arrêt long après un cancer, c’est dur de reprendre, il le prépare avec le médecin du travail mais le jour où il réembauche, ils sont tous seuls, ils sont perdus.”*

## Résumé entretien M6

Il s’agit d’un homme de 56 ans, exerçant en groupe en milieu urbain. L’entretien a été réalisé à son cabinet sur un créneau dédié après une matinée de consultations, il a duré 47 minutes. C’est un médecin qui a de l’expérience et qui avant l’entretien me prouve qu’il n’est pas un gros prescripteur et pas en augmentation de prescription. (Nombre d’IJ par patient: 21,91 pour une moyenne régionale de 40, stable depuis 5 ans). Il se décrit comme un médecin travaillant en collaboration avec ses patients.

Le ressenti concernant le médecin était celui d’un problème sociologique et comptable, bien visible en entreprise, dont le médecin se retrouve être “l’amortisseur”.

Extrait 1: *“Un chose est sûre, on voit qu’on est de plus en plus confronté, alors j’ai pas envie de sortir ma bannière de CGTiste, mais confronté à des tensions, c’est à dire que les patients, mais c’est pas très récent, les gens deviennent des variables d’ajustement du système. On leur demande de plus en plus de rendement et quel que soit le niveau de rendement qu’ils ont quand ils arrivent à la fin de leur année faut qu’il fasse mieux l’année d’après. Donc si tu as un gars qui donne 110% de lui-même, l’année d’après on va lui demander 120%, si tu as un gars qui donne 80, de toute façon on lui demandera de passer à 90. Donc du coup les gens sont toujours..., on le voit bien, on est dans une société où il faut toujours faire mieux. On est dans une société où il faut améliorer les rendements toujours, toujours, toujours. Il y a pas un seul métier ou une seule structure qui se contente de ce qu’elle a. Si ton marché se développe pas, tu meurs, en tout cas c’est dans le fantasme des gens. Donc du coup, les gens sont soumis à des pressions qui font qu’il arrive un moment où ils peuvent plus suivre. Alors c’est une des hypothèses, et ça me semble la plus pertinente.”*

Extrait 2: *“par contre ceux qui font des boulots physiques, ils sont soumis à des rendements”*

Extrait 3: *“c’est que les arrêts de travail servent de variable d’ajustement des entreprises.”*

Extrait 4: “enfin les zones rouges, c’est partout, dans tous les boulots. On a supprimer tous ce qui faisait un peu de fluidité, un peu d’amortisseur dans le système, donc faut toujours être à flu tendu, pas de stock rien, donc on arrive à un moment où tu as plus de pool d’infirmières, pouf, et puis t’arrive à un moment où le manque de personnel ça devient invivable, donc ceux qui restent s’épuisent, tu vois, c’est l’effet boule de neige. C’est typique!”

Extrait 5: “c’est que l’arrêt de travail est un outil de gestion du risque des employeurs, enfin j’en suis convaincu.[...] C’est un retour sur investissement si tu veux.”

Extrait 6: “Je pense que dans la tête des employeurs, l’arrêt de travail, y cotisent pour ça, c’est un droit.”

Extrait 7: “En fait c’est droit de tirage, c’est à dire que je cotise quelque chose donc j’y ai droit, donc du coup c’est pas une mutualisation.”

Extrait 8: “alors je dis pas non, je sais pas bien dire non, c’est un de mes problèmes, donc je dis pas non mais en même temps je traîne, je fais pourrir les situations avec des arrêts courts et au bout d’un moment soit ils se barrent, bon du coup ils changent de médecin, soit finissent par arrêter d’arrêter, ils reprennent. Puis souvent ce que je fais c’est quand je sens que ça va être un truc long, je mets d’emblée, pas l’ultimatum, mais je mets un plan de bataille”

Extrait 9: “Quand c’est pas clair où ils vont, ils justifient quasiment d’un arrêt sur l’autre, ça contribue à la maladie, parce qu’il faut qu’ils soient malades pour être arrêtés, donc du coup ils peuvent pas guérir tu vois. Si l’arrêt c’est un truc sur lequel ils s’appuient, ça les aident pas à guérir, si c’est clairement un temps de protection, où tu imposes mais ça va durer qu’un temps, c’est plus facile dans sortir.”

Sa vision de l’arrêt de travail est “comme un médicament, comme une ceinture lombaire, c’est comme... ça fait partie du traitement!”

Extrait 10: “Ça fait partie des médicaments. Ça protège les gens et puis ça les soigne.”

Ses principales réactions à la cartographie mentale :

Extrait 11: “nous on code RSE, parce qu’on constate un problème mais le problème, il est socioprofessionnel, il n’est pas médical. D’ailleurs nous, tu sais les médecins, on a une aura et une ..., on a un rôle de... comment dire... d’amortisseur social, on fait un boulot incroyable pour éviter que ça explose parfois, pour apaiser, c’est pour ça que les arrêts de travail...”

Extrait 12: “Les amortisseurs dont je te parlais qui diminuent partout parce que faut être rentable donc on diminue tout ce qui faisait un peu d’huile entre les rouages, nous, on reste un de ses rouages là! Un de ces amortisseurs, qui évite que ça explose.”

Extrait 13: “Je sais qu’il y en a qui aime pas qu’il y ait une relation entre médecin traitant et médecin du travail mais pourtant il faudrait qu’on se parle! Il n’y a pas assez de relation entre ces deux acteurs. Et donc si on se mettait d’accord sur la vision qu’on a, parce qu’on a pas la même vision, lui il a la vision du salarié dans l’emploi et nous, on a la vision du salarié dans la vie et c’est en croisant ces deux points de vue que tu peux trouver un peu de relief et un peu de perspectives.”

Extrait 14: “Les procédures aussi, les commissions pour passer en congé longue maladie, alors c’est pas dans le privé, c’est dans le public, mais tu as des commissions donc du coup faut les arrêter jusqu’à la commission, la commission

*c'est une fois par mois, puis si tu rates le truc, boum, tu prends un mois de plus, tu vois c'est des arrêts sans fin"*

Extrait 15: *"J'ai une patiente, [...] elle est assez pointu dans son domaine, ça fait longtemps qu'elle est dans la boîte, elle a de l'expérience donc c'est pilier. Elle fait un cancer du sein et au décours du bilan de cancer du sein on lui trouve un cancer de la thyroïde [...] Voilà un arrêt long. Bon et elle veut reprendre mais elle dit "moi je veux plus tripoter les produits dangereux", donc on lui dit "écoutez...", elle a 56 ans, elle l'a l'ancienneté, on lui dit "mais non, on a pas de poste pour vous", on l'a fout sur la touche, on l'a fout dehors donc qu'est-ce que je fais, moi, je l'arrête, enfin si elle va pas bien, voilà un RSE, c'est est un! RSE lié au boulot, beh je l'arrête! Je l'arrête parce que tu as une merdeuse de 35 ans qui est à la RH et qui lui explique qu'on peut rien pour elle, etc, alors que la boîte fait des bénéfiques comme c'est pas permis!"*

Ses hypothèses de solutions pour stopper l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières:

Extrait 16: *"Faut arrêter de les compter! C'est le meilleur moyen! Non, mon problème dans ça, c'est que c'est une vision comptable"*

Extrait 17: *"on forme les médecins à ce qu'on attend sur un arrêt de travail"*

Extrait 18: *"A la limite, on met des bonus, on diminue les cotisations aux entreprises qui ont peu d'arrêt de travail et on augmente les cotisations à celles qui en ont beaucoup, du coup leur intérêt ce sera plutôt, tu vois on est obligé de s'adapter comme ça. Ma fibre, ça passe plutôt par la formation et la mutualisation, mais peut-être qu'il faudrait en arriver là, ça pourrait être un axe. Du coup ce serait intéressant pour une entreprise d'être vertueuse, ça lui rapporterait, plutôt que de mettre du stress sur des patients, des salariés pour qu'ils se mettent en arrêt, ils auraient intérêt plutôt à les garder en emploi, ce serait une gestion RH qui différerait"*

## **Résumé entretien M7**

Il s'agit d'une femme de 40 ans, installée en cabinet de groupe depuis 10 ans en milieu urbain. L'entretien a été réalisé à son cabinet sur son temps de pause de midi et a duré 32 minutes. Elle était détendue, c'est un sujet qui faisait référence à sa matinée de consultation du jour. Elle l'avait l'impression de prescrire beaucoup d'arrêt de travail, mais à la vision de son nombre d'IJ par patient, elle est bien en dessous de la moyenne régionale. Le ressenti concernant le médecin était celui d'un problème qui a pour origine l'évolution du monde du travail et de la société.

Pour elle, les causes de l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières sont tout d'abord liées aux arrêts longs en rapport avec les TMS et troubles anxio-dépressifs, qui prennent beaucoup de temps avant la résolution, ce qu'elle met directement en lien avec les problèmes en entreprise.

Extrait 1: *"j'ai l'impression qu'on s'inscrit dans des arrêts longs, c'est à dire que maintenant assez classiquement j'arrête d'emblée quinze jours, régulièrement que ce soit pour des...Alors on parle pas des trucs aigus, des états fébriles, etc mais dès qu'on rentre dans un problème d'arthropathies, myalgies, anxiété, etc c'est d'emblée souvent quinze jours. Et dès que je prescris un arrêt de travail, je me vois demandé très tôt le médecin du travail. Je pense que c'est que je me suis déjà inscrit dans le fait que le retour au travail est compliqué."*

Extrait 2: *"C'est sociologique je pense, multiple"*

Extrait 3: *“on a de plus en plus de grosses entreprises, on a des gros machins sur Poitiers qui font qu’ils bousillent quand même les gens”*

Extrait 4: *“il y a plus de syndicats, il y a plus de collectifs. Donc quand les gens ont un problème, quand je leur demande de se retourner vers le syndicat, c’est soit “on a pas de syndicat au sein de l’entreprise”, “on a pas confiance dans les syndicats, ils sont avec les patrons”, “qu’est ce qui vont dire, ça va me retomber sur le dos si je reprends le travail, on va dire que je suis syndiqué”. Donc la place du syndicat n’existe plus, la place du collectif elle existe plus. Même au sein d’une entreprise quand les gens ne vont pas bien, à cause d’un chef ou d’un collègue, c’est chacun pour soi, faut surtout pas en parler, il y a une espèce de tabou là-dessus.”*

Extrait 5: *“Les patrons, c’est des gros patrons, il y a des séries, il y a des N+1, N+2, N+3, N+je sais pas combien et ils ont inventé le fameux truc du DRH, qui est top, parce que ça c’est le tampon merveilleux (ton ironique, rire), pour résoudre le problème ou surtout qu’on n’entende pas parler du problème dans une entreprise”*

Extrait 6: *“Et aussi peut être, l’attente différente des gens, c’est à dire que voilà les gens de ma génération, on a peut-être plus envie, effectivement, de passer 12 heures au boulot, donc peut être que la souffrance, elle vient plus rapidement. On a plus d’intolérance à la frustration, où besoin de reconnaissance, ou tout bonnement, eh bien oui, on en a ras le bol d’arriver et de rentrer à la maison au bout de 10 heures, d’avoir les gamins à s’occuper et donc du coup on le tolère moins bien ce qui se passe. Donc il y a peut-être un changement vis à vis du travail, qui est peut-être plus toujours autant la priorité.”*

Extrait 7: *“Alors on parle évidemment pas des trucs aigus, les arrêts de moins de cinq jours, on les passe. Tout ce qui est lombalgie, épaules, et puis épicondylite, c’est quand même les trois trucs qui nous génèrent des arrêts longs”*

Extrait 8: *“Mes expériences c’est que c’est compliqué et c’est lourd, il faut du soutien, il faut de la patience. Que mes 3 arrêts longs qui se clôturent, ça se clôture pas par des reprises de travail. Ça se clôture par une rupture conventionnelle, une démission, une inaptitude. J’ai la totale! Donc moi, mon expérience, c’est que c’est chronophage, mais ça me gêne pas, c’est un état de fait, c’est chronophage et que les gens ne sont pas biens. Je trouve que ça demande de l’énergie, ça demande de l’écoute, ça demande de pas se centrer sur “en disant, bon allez je lui renouvelle son arrêt de travail, puis de toute façon elle reprendra pas”, voilà ça demande à toujours se remobiliser, pour toujours poser des questions sur l’adaptation de poste, “est ce que vous avez vu le médecin du travail?” etc, etc.”*

Extrait 9: *“Pour moi un arrêt long c’est quand même au-delà de trois mois et là c’est quand même clairement les lombalgiques, et là quand même clairement ça se termine par une non reprise de poste et là j’ai un peu plus de mal, j’avoue à les supporter, parce que c’est souvent quand même un échec à chaque fois, parce que souvent tu leur prescrites un anti-inflammatoire, puis y reviennent ça va pas, tu mets la kiné, tu finis par faire le scanner et puis machin, puis truc et puis le rhumatologue, puis l’infiltration et tu sens bien que s’enchaîne cette espèce de truc. Souvent tu prolonges, tu attends le scanner, tu vois bien que eux vont mieux mais qui vont pas reprendre avant le scanner, parce qu’ils ont peur aussi sûrement de se refaire mal et là j’ai un peu de mal à les faire verbaliser, c’est quoi leurs craintes, est ce qui finalement ça se passe si bien que ça au boulot? Pourquoi sont-ils si bien à la maison?”*

Elle compare également l’arrêt de travail aux autres thérapeutiques.

Extrait 10: *“il y a un moment donné où moi je le trouve salvateur et je leur dis souvent “c’est pas vous qui vous prenez la décision c’est moi” et que quand je leur prescris un antibiotique et bien ils disent rien et bien là c’est un arrêt de travail et souvent comme ça il est mieux vécu.”*

Extrait 11: *“Souvent je pose la question, souvent les gens sont soit d’accord avec moi, soit arrêtent moins longtemps que je ne les aurais arrêté moi, donc c’est bien la preuve que globalement c’est nécessaire.”*

Extrait 12: *“Il est salvateur! Clairement, c’est souvent la seule prescription.” Dans les pathologies liées aux problèmes professionnels.*

Ses principales réactions à la cartographie mentale :

Extrait 13: *“Parcours de soin lent, ça s’est sure, justement pour tout ce qui est lombalgie, TMS, etc, quand tu demandes une IRM et que tu l’as à 3 mois, merci quoi!*

Extrait 14: *“Oui le mot invalidité c’est compliqué parce que sur les jeunes, quand même à 45 balais, leur dire “beh écoutez, vous allez être mis en invalidité “, c’est un peu...c’est un peu violent quoi. Je l’ai fait hein, beh une de mes trois qui se clôture là, elle va être mise en invalidité mais là, elle est arrivée jusqu’au bout, elle a été convoqué par le médecin conseil, six mois d’arrêt je n’arrivais pas à la faire reprendre, du coup j’ai eu vraiment du mal. Ça s’est enchaîné, c’était d’abord conflit professionnel chez une nana, qui a une personnalité particulière, donc conflit professionnel [...] puis elle a été convoquée par le médecin conseil qui a dit “stop! Moi j’arrête les indemnités dans 7 jours!” Et j’étais d’accord avec lui, je lui ai dit à la patiente, je lui ai dit “écoutez ça fait quatre mois que je vous dis qu’il faut faire quelque chose quoi!” et elle va être mise en invalidité.”*

Ses hypothèses de solutions pour stopper l’augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières sont des prises en charges psychologiques au travail, communiquer sur l’importance que prend le problème, créer des postes et recréer du collectif en entreprise.

Extrait 15: *“Non mais voilà que la population générale, pas que uniquement nous on soit au courant de ça, que ça soit reconnu et que ça remonte aux oreilles des DRH. Il y a une augmentation des arrêts de travail, en fait c’est pas parce que les gens sont feignants et c’est pas parce que les médecins traitants sont des gens conciliants et qu’ils ont n’ont rien à foutre de leur boulot, c’est le contraire en fait”*

Extrait 16: *“Faut arrêter la course au fric, en gros. Faut arrêter la course au fric, c’est peut-être pas ça l’important.”*

Extrait 17: *“Créer des cellules de psychologie au travail.”*

Extrait 18: *“Si tous les travailleurs sociaux et les éduc, tous les gens du médico-social au sens large avait accès à un psychologue intra-entreprise, qui vient, qui les écoute et qui à partir de ça permet de faire bouger les choses avec le médecin du travail intra-entreprise, je pense que ça limiterai et ça favoriserait le bien être au travail.”*

Extrait 19: *“Et après dans toutes les autres structures les entretiens annuel ça existe plus, le groupe de parole intra-entreprise ça existe plus, les pauses cafés on n’a pas le droit parce que ça fait perdre du temps enfin stop quoi! On va tous mourir en fait, donc si on prenait un peu plus le temps, voilà retrouver du temps intra-entreprise, Il faut recréer du collectif, qu’on ait moins peur les uns des autres...”*

Extrait 20: *“C’est insupportable d’entendre “beh oui je fais le boulot de trois personnes, mais ils veulent pas embaucher parce que ça coûte cher”, mais un arrêt*

de travail ça coute pas cher en fait? Peut-être faire une étude sur le coût des arrêts de travail intra-entreprise. Prendre une entreprise, voir son coût d'arrêt de travail annuel, son coût de fonctionnement sur tout, sur le comptable qui voit les arrêts aussi et voir combien ça lui coûterait d'embaucher une autre personne."

### Résumé entretien M8

Il s'agit d'une femme de 45 ans, installée depuis 20ans d'abord en milieu rural puis en cabinet de groupe en milieu semi rural où sa patientèle la suivie. L'entretien a été réalisé à son cabinet avant sa reprise de consultation de l'après-midi et a duré 45 minutes. L'entretien a été coupé par deux fois, mais elle n'a pas perdu son investissement dans le fil de ses réflexions. Elle l'avait l'impression de prescrire de plus en plus d'arrêts de travail. Le ressenti concernant la médecin était celui d'un problème reflétant le mal être de la société accompagné d'entreprises cadencées et/ou sans place pour l'expression du salarié.

Pour elle, les causes de l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières sont tout d'abord liées aux TMS et troubles anxio-dépressifs, qu'elle met souvent en lien avec le travail, ce sont des pathologies qui prennent du temps, un temps nécessaire bien que fait de délais dans les TMS.

Extrait 1: *"J'ai la sensation, alors c'est une sensation parce que j'ai pas fait de travail de recherche, mais qu'il y a une augmentation d'un mal être général et j'ai l'impression de plus en plus d'arrêt de travail pour des épisodes dépressifs, anxieux généralisés, des troubles psychologiques en tout cas et puis beaucoup sur tout les membres supérieurs avec des tendinopathies, canal carpien, coudes et épaules, enfin clairement, les lombalgies, enfin tout ça, moi je trouve qu'il y en a beaucoup, beaucoup, beaucoup"*

Extrait 2: *"Alors souvent tout ce qui est membre supérieur, avec les TMS, c'est souvent le boulot, parce que beaucoup travaillent en usine dans le nord deux sèvres, à la chaîne, en agroalimentaire, souvent c'est reconnu en maladie professionnelle. Les lombalgies aussi, en accident du travail, ça arrive souvent. Et les états dépressifs, c'est parfois... enfin y a pas mal de burn out au travail hein! Moi, j'en trouve quand même beaucoup."*

Extrait 3: *"Si on reprend les deux que je trouve les plus longs, déjà faut avancer dans le diagnostic, donc faut avoir les examens complémentaires, il faut ensuite qu'il y ait la chirurgie donc déjà tout ça, ça prend beaucoup de temps, quand il y a la chirurgie nécessaire, l'obtention du kiné, parce que là c'est pareil on a trois ou quatre mois de délai pour avoir du kiné, après faut que les séances se fasse pour qu'on est une amélioration et puis après le temps de récupération en post op ça demande du temps aussi."*

Extrait 4: *"Après le burn out professionnel et les états dépressifs, je pense qu'il leur faut du temps. La psychothérapie ça prend du temps, le traitement antidépresseur quand il se met en place aussi."*

Extrait 5: *"Et puis après ce qui est compliqué c'est le retour au travail, parce qu'il y a une appréhension très souvent de retrouver les mêmes conditions de travail qui vont reconditionner l'anxiété et la déprime donc c'est... parfois c'est compliqué."*

Sa vision de l'arrêt de travail est thérapeutique.

Extrait 6: *"C'est un temps de traitement, quel que soit la pathologie, qui peut être long, ça me choque pas, mais ce qui m'inquiète toujours quand ça se prolonge c'est*

*par contre de me dire plus l'arrêt va être long, plus le retour au travail va être difficile et va être compliqué et sera peut-être un échec donc voilà. Ma vision, oui, c'est un temps de traitement et de prise en charge."*

*Extrait 7: "bien heureusement la plupart du temps c'est justifié, mais quand je sens que c'est pas justifié ça m'agace profondément..."*

Ses principales réactions à la cartographie mentale :

*Extrait 8: "Oui parce que effectivement les dernières années de travail, avant la retraite, chez des gens qui travaillent en usine c'est vraiment dur, vraiment! Certains je les sens épuisé et souvent là tout lâche"*

*Extrait 9: "Effectivement le rôle du médecin du travail, je pense qu'il ne doit pas être simple! Franchement! Pour certains avec des entreprises en face qui parfois sont des bulldozers hein! Ils ne veulent rien entendre. Les adaptations de postes, ils s'assoient dessus hein! Pour certains!"*

*Extrait 10: "Alors avec la relation médecin traitant avec médecin du travail, il y a un secret professionnel qui est partagé, malgré tout, puisque sinon on ne pourra pas avancer si on ne partage pas ce qui lui arrive."*

*Extrait 11: "Je trouve que c'est perturbant pour un ... enfin moi ça me perturbe pour eux... C'est encore une autre étape pour moi, c'est la fin de quelque chose quand même une invalidité"*

*Extrait 12: "après ce qui est sûr c'est qu'il y a un travail de parole en consultation, que de toute façon cette reconnaissance de souffrance au travail, ça, on en parle ouvertement en consultation en médecine générale."*

*Extrait 13: "La réticence à l'arrêt de travail, j'ai certaines fois des patients qui refusent les arrêts effectivement, parce qu'ils se disent "de toute façon quand je vais reprendre ce sera pire donc j'en veux pas, donc je vais tenir", et oui c'est terrible hein!"*

*Extrait 14: "alors je vais les arrêter sur une certaine période mais parfois je me dis qu'il faut retourner au travail parce que justement ça va être salvateur pour qu'ils passent à autre chose, pour qu'ils dépassent certaine chose, qu'ils reprennent le cours de leur vie et que c'est ça aussi qui va les sauver, enfin qui va les guérir. Je pense que le travail c'est aussi quelque chose qui peut, enfin qui nous apporte du bien, parfois..."*

*Extrait 15: "souvent parce qu'elles considèrent que le travail est trop dur, bon peut-être, mais est ce qu'il y a justement pas un problème de motivation, de plaisir à aller travailler, de goût de l'effort qui a été perdu enfin moi c'est la question que je me suis posé quand même."*

*Extrait 16: "J'ai la sensation qu'il faut toujours que ce soit toujours facile, toujours cool, bah non la vie n'est pas toujours cool, je pense que ça pose problème aussi à cause de ça. Après peut être que les postes de travail sont aussi plus dur avec une cadence parfois trop soutenue qui fait qu'à un moment donné on tient plus mais je pense qu'il y a les deux!"*

*Extrait 17: "Le manque de reconnaissance, certains ce qu'ils remarquent aussi quand ils ont des arrêts longs et qui sont mal, ils sont en souffrance, c'est de remarquer que certains n'ont aucun messages, aucune prise de nouvelles de leur état de santé [...] et ça ils le vivent mal, très mal."*

*Extrait 18: "Le salarié qui ne s'exprime pas, après est ce qu'il a la place de s'exprimer? Est ce qu'on lui en donne les moyens? Je ne suis pas sûre!"*

Ses hypothèses de solutions pour stopper l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières:

Extrait 19: *“ce qui faudrait c'est qu'il y est une reconversion, parce que c'est pas pour autant qu'ils sont inapte à tous les travaux. Je trouve que passer 55ans, on va pas se donner les moyens de les reconvertir”*

Extrait 20: *“une réduction de la cadence, peut-être, parce que là j'ai l'impression que les cadences sont de plus en plus soutenues”*

Extrait 21: *“Qu'il y ait en plus des ergothérapeutes par exemple qui puissent voir avec le médecin du travail, les postes de travail, voir s'il y a des choses à adapter, ça peut peut-être les aider.”*

Extrait 22: *“faire des groupes de parole en entreprise pour faire des groupe type balint en entreprise, pour essayer de libérer le stress, faire du sport dans l'entreprise pour libérer son stress, de créer des liens sociaux différents sur son lieu de travail”*

Extrait 23: *“C'est quand même aussi un vrai sujet de société, ça montre le mal être sociétal, clairement, et ça augmente, et ça augmente, ça fait 20 ans que je suis installée et je me dit “on va dans un mur”, mais là on l'a toujours pas pris, on s'est pris une pandémie, mais on a toujours pas pris le mur, et ça continue, et ça continue mais jusqu'ou on va aller avant que ça explose, je sais pas...”*

### **Résumé entretien M9**

Il s'agit d'un homme de 65 ans, exerçant en groupe pluridisciplinaire en milieu semi rural mais avec une patientèle plutôt rurale. L'entretien a été réalisé à son cabinet sur un créneau dédié après une matinée de consultations, il a duré 45 minutes. C'est un médecin qui a de l'expérience et qui dans sa pratique ne constate pas d'augmentation. Il est installé depuis 40 ans, il se décrit comme un médecin ayant vieilli avec ses patients, il ne pense pas faire partie des médecins chez qui le nombre d'arrêts de travail augmentent, mais ils observent une plus grande difficulté dans les problématiques de pathologies au travail et un changement de gestion des entreprises dans son environnement.

Pour lui, les causes de l'augmentation des arrêts de travail et des indemnités journalières sont liées aux cancers dont la durée est longue mais dont la reprise est facile et demandée et aux pathologies professionnelles dont la reprise est difficile et dont les mouvements sociaux encouragent les témoignages.

Extrait 1: *“Après on est sans aucun doute plus gêné peut être par des arrêts de travail plutôt style maladie professionnelle et tout ça, où là en quand même beaucoup de mal à gérer la reprise, le remise au travail et ainsi de suite.”*

Extrait 2: *“Maladie de style cancer, et puis après je vais vite rentrer dans les fameuses maladies professionnelles et choses comme ça et ce qu'on voyait pas autrefois les burn out, les harcèlements, machin...ce qu'on avait pas...”*

Extrait 3: *“Je pense qu'il faut aller encore les chercher un peu. Mais ça peut maintenant, heureusement, grâce à des trucs comme “me too”, sortir d'emblée.”*

Extrait 4: *“Parce que c'est très compliqué de faire changer les choses au travail. Y a plus de médecins du travail, donc le rôle du médecin du travail c'était quand même l'adaptation du poste de travail et ainsi de suite, d'essayer de...et ça clairement y a plus ça!”*

Sa vision de l'arrêt de travail est acte utile s'il est indispensable:

Extrait 5: “Ma vision de l’arrêt de travail, c’est que ça doit être fait quand c’est indispensable. Je ne pense pas qu’il y ait beaucoup d’arrêts de travail de complaisance. Je ne pense pas. Après il y a quand même un biais, c’est à dire... moi ça fait 40 ans que je suis installé, la patientèle te ressemble, les gens qui veulent des arrêts de travail tous les 4 matins, ils ont changé de médecin...”

Extrait 6: “Après je pense que c’est un truc utile hein! Mais tu ne peux pas en abuser, dans le sens que si tu commences à leur donner l’habitude de rester à la maison, en fait on va te demander ça sans arrêt.”

Ses principales réactions à la cartographie mentale:

Extrait 7: “Je pense que tout est dit!”

Extrait 8: “C’est peut-être qu’ils les entendent pas!”

Extrait 9: “Après la désillusion des jeunes, il y a sûrement, mais moi j’ai plus une désillusion des vieux!”

Extrait 10: “ici il y a pas beaucoup d’entreprise, mais très souvent des vieilles entreprises reprisent, soit elles ont coulées, soit elle sont devenues des entreprises quasi nationales, c’est à dire que le siège était (ici) et puis maintenant tout est sur (une grande ville)... et tu as beaucoup de “jeunes loups aux dents longues”, ça j’entends ça tout le temps, qui débarquent dans l’entreprise et qui entre guillemets sont là pour se farcir des gens qui sont à deux ou trois ans de la retraite, c’est très clair!”

Extrait 11: “L’employé en lui-même il est complètement... il pensait qu’il avait fait... tu entends ça tout le temps... “j’ai fait trente ans de boîte, vous vous rendez compte!” et là on est en train de le mettre dans un placard... “On me dit que si je suis pas content et bien j’ai qu’à démissionner” (rire ironique) Ici, j’ai plus ça! Je les mets en arrêt, parce que c’est une grosse difficulté, ils sont souvent très très déprimés. Ils prennent dans la queue qu’on veut plus d’eux, alors que ça fait trente ans qu’ils avaient l’impression d’être important dans leur truc, et là ils sont plus importants, ils sont un salaire dont on a plus besoin de payer. Donc ceux-là, c’est très compliqué”

Extrait 12: “Tu t’aperçois quand même, pour en envoyer quelques-uns, qui sont finalement contrôlés par le médecin conseil et que la seule chose que dit le médecin conseil c’est “y a qu’à dire à votre médecin qu’il continue les arrêts jusqu’à votre retraite” quand même! Il faut aussi savoir que le médecin conseil lui-même de temps en temps dit ça! Voilà!”

Extrait 13: “il y a aussi des choses qui sont apparues, qui sont plus récentes, sur les dix-quinze dernières années ça aussi, c’est les boîtes d’intérim! C’est pas une désillusion, en fait la façon de trouver du travail est elle même... Tu peux changer quand tu veux! Et je pense que les boîtes d’intérim, quelque part, ne t’aident pas à te fixer dans un job, alors est ce que c’est de la désillusion? Est-ce que c’est qu’ils ont envie d’aller voir ailleurs? est-ce que c’est qu’ils savent aussi qui sont pris d’une façon que du jour au lendemain ça peut s’arrêter?”

Extrait 14: “alors autrefois moi, quand c’était vraiment comme ça près de la retraite je leur disait “écoutez, ce que vous allez essayer de négocier, c’est une rupture conventionnelle, parce que ça va pas changer, de toute façon eux ils vont pas changer d’attitude, négocier une rupture conventionnelle!”. Mais maintenant les mecs ne font même plus de rupture conventionnelle, ils savent qu’au bout du compte ils vont gagner et le salarié va démissionner à la fin! Si on le fait chier suffisamment, il va démissionner...”

Ses hypothèses de solutions sont:

Extrait 15: *“Si j’en avais une! Prendre le temps de discuter, je vais pas aller diriger, là-haut comment on fait hein?! Donc prendre le temps de discuter avec les gens, alors ça prend du temps, c’est peut-être un peu chronophage mais souvent quand même tu t’aperçois tu peux modifier les choses.”*

Extrait 16: *“Utiliser aussi les reprises en temps partiel thérapeutique. J’essaye beaucoup quand on est sur un truc un peu plus long de faire du temps partiel thérapeutique, c’est quand même une façon de remettre les pieds dans l’entreprise. C’est facile, mais encore une fois ça dépend de l’employeur! Et la difficulté elle est là!”*

Extrait 17: *“On est dans le cadre du travail, alors “fabriquer” des médecins du travail! Il y en a plus, ils font plus leur job. Leur job, il est pas de vérifier si c’est vrai ou si c’est pas vrai, leur job initial, il était d’adapter leur poste de travail du mec pour que ça s’arrange et qui puisse bosser et qu’on puisse diminuer toutes les pathologies du travail mais il le font pas. [...] Renforçons le médecin du travail!”*

Extrait 18: *“Ce qui peut être va poser un problème, je sais pas on verra, mais c’est la fin du covid! Tous ces gens qui ont bossé en télétravail, qu’il ne connaissait pas avant, moi j’aimerais bien ... C’est une thèse à faire! Mais voilà comment ça va se passer le retour?!”*

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

\* \* \* \* \*

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 !

\* \* \* \* \*

# RÉSUMÉ

## **Introduction**

Depuis les années 2000, malgré des actions visant à responsabiliser patients et médecins, les rapports observent une croissance des dépenses liées aux arrêts de travail, notamment de longue durée. Par ailleurs, l'augmentation de la souffrance professionnelle prise en charge par les médecins généralistes ne cesse de croître. Peut-on explorer en premier recours, quelle influence, le second phénomène aurait sur le premier ?

## **Méthodes**

L'étude a été menée en trois temps. Une étude quantitative rétrospective de 2011 à 2020, afin de décrire les « problèmes professionnels » pris en charge par 4 médecins généralistes. Puis une étude quantitative prospective en avril 2021, sur 150 prescriptions d'arrêt de travail successives dans l'ordre de survenue, réalisées par 10 médecins. Enfin, une étude qualitative, par des entretiens individuels semi-structurés entre avril et mai 2021, auprès de 9 généralistes.

## **Résultats**

La progression des recours pour problèmes professionnels perdure. Quel que soit le médecin, une augmentation progressive était notée. Le nombre de patients avait doublé et les problèmes professionnels relevés ont triplé en 10 ans. Les données les plus récentes (2014 – 2019) confirmaient la progression. Plus de 75% des patients ne présentaient pas de troubles psychiques antérieurement à leur souffrance au travail. Près d'un arrêt de travail sur trois était relié à un problème professionnel. Les deux tiers d'entre eux entraînaient un arrêt supérieur à 1 mois. Les confrères interviewés faisaient spontanément un lien entre l'augmentation des arrêts de travail et des problèmes professionnels. Ils semblent hésitants entre le besoin de prendre en charge au mieux le patient et le sentiment d'initier un processus sans issue.

## **Discussion**

Cette étude en trois temps, compte tenu des limites liées à une thèse d'exercice, confirme cependant que la place de la souffrance au travail progresse toujours dans les prises en charge en médecine générale et influence la prescription des arrêts de travail est notoire.

**Mots clés:** arrêt de travail, indemnités journalières, problèmes professionnels, souffrance au travail