



HAL
open science

Les arrêts de travail : enjeux d'interactions situées entre médecins et assurés

Gabrielle Lecomte-Ménahès, Jorge Muñoz

► To cite this version:

Gabrielle Lecomte-Ménahès, Jorge Muñoz. Les arrêts de travail : enjeux d'interactions situées entre médecins et assurés. [Rapport de recherche] LABERS (LABoratoire d'Etudes et de Recherche en Sociologie); Assurance maladie Finistère. 2019, pp.175. halshs-02152591

HAL Id: halshs-02152591

<https://shs.hal.science/halshs-02152591>

Submitted on 28 Nov 2019

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

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



Université
de Bretagne
Occidentale

UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE

Les arrêts de travail : enjeux d'interactions situées entre médecins et assurés

*Rapport final du projet Arfi
mars 2019*

Gabrielle Lecomte-Ménahès (sociologue, IGR à l'UBO, LABERS)

Jorge Muñoz (sociologue, MCF à l'UBO, LABERS) – responsable scientifique du projet

Pour le traitement statistique :

Delphine Briens (statisticienne à la CPAM 29)

Hervé Guyon (psychologue statisticien, MCF à l'UBO, LP3C, AMURE)

Marie-Audrey Sonzia Teutsong (démographe, ATER à l'UBO, LABERS)



Table des matières

Remerciements.....	5
Liste des sigles.....	6
Résumé.....	7
Contexte et questionnements.....	8
1 Contexte de la demande.....	8
1.1 Une augmentation nationale des dépenses.....	8
1.2 Le Finistère : un département breton où le nombre d'IJ versées est plus important (hors maternité).....	10
2 Revue de la littérature.....	13
2.1 L'absence au travail ou « absentéisme ».....	13
2.1.1 L'issue d'un choix rationnel.....	13
2.1.2 Un indicateur de morbidité.....	14
2.1.3 Des disparités populationnelles.....	14
2.2 La prescription médicale des arrêts de travail.....	15
2.2.1 Des praticiens en questionnement.....	15
2.2.2 La quasi-inexistence des travaux de sociologie.....	16
2.3 Sociologie de la médecine.....	16
2.3.1 Les relations au sein du « colloque singulier ».....	16
3 Les principales hypothèses.....	17
3.1 Un cadre politico-administratif de prise en charge.....	17
3.2 L'arrêt de travail dans le parcours de l'assuré.....	18
3.3 Les pratiques médicales de prescription.....	18
Méthode quantitative : exploiter des données administratives.....	21
1 Étudier la prescription médicale.....	21
1.1 Création de la base « médecins ».....	21
1.2 Présentation de l'ACP.....	22
1.3 Étudier des médecins prescripteurs.....	22
1.4 Présentation des variables retenues.....	23
2 Étudier la répartition des assurés en arrêt de travail.....	24
2.1 Création de la base « assurés ».....	24
2.2 Présentation de l'ACM.....	25
2.3 Présentation des variables mobilisées.....	25
L'arrêt de travail, révélateur des conditions sociales et économiques.....	28
1 Davantage d'arrêts de travail dans les zones d'emploi défavorisées.....	29
1.1 Les populations concernées.....	29
1.2 Davantage d'arrêts de travail en Ille-et-Vilaine.....	33
1.3 Plus d'arrêts de travail dans les zones défavorisées.....	35
2 Des arrêts plus longs en cas de risque professionnel.....	37
2.1 Les spécificités des risques professionnels.....	37
2.2 Des arrêts de travail plus longs dans le Finistère corrélés à un risque professionnel accru.....	39
2.3 Des arrêts plus longs à l'Ouest qu'à l'Est.....	42

2.4 Les pathologies concernées.....	44
3 Profils des assurés en arrêt de travail dans le Finistère.....	47
Les médecins généralistes : principaux prescripteurs.....	49
1 Caractéristiques démographiques.....	49
1.1 Des médecins généralistes plus nombreux.....	49
1.2 Une population vieillissante et qui se féminise.....	51
2 Division du travail de prescription entre généralistes et spécialistes.....	53
2.1 Les généralistes : des médecins « de première ligne » prescrivant davantage d'arrêts de travail.....	53
2.2 Une prescription qui varie selon les spécialités médicales.....	55
3 Des disparités de prescription parmi les médecins généralistes.....	57
3.1 Les « médecins à exercice particulier » prescrivent peu.....	57
3.2 Les médecins hommes et plus âgés prescrivent davantage.....	58
3.3 Une répartition territoriale de la prescription en médecine générale.....	60
4 Profils des médecins prescripteurs du Finistère.....	64
Méthode qualitative : étudier des « profils » contrastés grâce aux entretiens semi-directifs.....	67
1 Entretiens avec les médecins.....	67
1.1 Échantillonnage.....	67
1.2 Contacter un public réticent.....	68
1.3 Appréhender les pratiques de prescription.....	70
2 Entretiens avec les assurés.....	71
2.1 Échantillonnage.....	72
2.2 Des enquêtés plus ou moins disponibles.....	72
2.3 Retracer les parcours d'assurés en arrêt de travail : des causes aux conséquences.....	74
3 Analyse et exploitation des entretiens.....	74
Médecins et assurés : négocier dans un processus plus ou moins certain.....	78
1 Au-delà des classes : une diversité de situations.....	78
1.1 Des assuré·e·s au centre des trois classes.....	78
1.2 Des médecins aux profils variés.....	81
1.2.1 Des médecins distants.....	81
1.2.2 Des médecins intégrés.....	82
1.2.3 Des médecins isolés.....	83
2 Prescrire l'arrêt de travail : enjeu d'une négociation.....	85
2.1 La pertinence ou pas de l'arrêt de travail.....	86
2.2 L'acte de prescription face aux conditions de travail.....	89
2.3 La pénétration des recommandations face à l'épreuve de la situation des assurés.....	92
2.4 L'enjeu de la négociation de la durée un arrêt révélateur la continuité.....	94
2.5 Des patients qui questionnent et contrôlent le traitement et la forme de l'arrêt du travail ?.....	98
3 Composer avec l'incertitude.....	102
3.1 L'arrêt de travail : un acte central mais déconsidéré.....	103

3.2 Diagnostiquer et prescrire des arrêts de travail aux durées plus ou moins certaines.....	104
3.2.1 L'incertitude du jugement en médecine générale.....	104
3.2.2 Des durées plus ou moins certaines.....	105
3.2.3 Une prise en compte fluctuante des conditions de travail.....	109
3.3 Traiter les pathologies chroniques.....	110
3.4 Réduire l'incertitude par le recours aux spécialistes.....	112
3.5 Des arrêts longs et très incertains : l'usure professionnelle.....	115
3.6 Méconnaissance et sous déclaration de l'origine professionnelle des pathologies.....	116
3.7 Des « reprises » incertaines.....	119
3.7.1 Les dimensions du contrôle médical.....	119
3.7.2 Des visites de pré-reprise pour conjurer l'incertitude.....	120
3.7.3 Aménager le poste de travail pour faciliter la reprise.....	121
3.8 Quand la perspective de l'inaptitude place dans l'incertitude de l'avenir professionnel.....	122
Conclusion générale.....	128
Recommandations.....	131
1 <i>La concentration territoriale des inconvénients.....</i>	<i>131</i>
2 <i>L'importance des conditions de travail.....</i>	<i>132</i>
3 <i>La formation médicale et l'information de l'assuré.e.....</i>	<i>133</i>
4 <i>Les échanges avec l'Assurance maladie.....</i>	<i>133</i>
5 <i>La mise en place d'une évaluation des actions menées.....</i>	<i>134</i>
Bibliographie.....	136
Table des tableaux.....	142
Table des figures.....	142
Table des graphiques.....	143
Table des cartes.....	145
Annexe 1. Calcul de l'indice de défavorisation.....	146
Annexe 2. Libellés des secteurs d'activité recodés.....	147
Annexe 3. Indices de fréquence des AT-MP en Bretagne en 2012.....	148
Annexe 4. Cartes sur les indemnités journalières.....	149
Annexe 5. Pyramides des âges des médecins finistériens.....	151
Annexe 6. Tests statistiques.....	152
Annexe 7. Décision CNIL.....	157
Annexe 8. Courrier adressé aux médecins.....	161
Annexe 9. Recueil de consentement.....	162
Annexe 10. Guide d'entretien – médecin généraliste.....	163
Annexe 11. Guide scénarisé des cas soumis aux médecins.....	166
Annexe 12. Guide d'entretien – assuré.....	169
Annexe 13. Analyse des entretiens avec le logiciel Alceste®.....	174

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes, assuré.e.s et médecins, qui nous ont accordé du temps et ont accepté de répondre à nos questions au cours de l'enquête empirique. Nous voudrions également remercier Élodie Larvor-Lebot, manager stratégique à la CPAM du Finistère, pour la coopération que nous avons eu lors de la mise en œuvre de ce projet ainsi que Sébastien Seuron, alors directeur « gestion du risque » de cette même institution pour nos échanges tout au long de celui-ci. Nos remerciements vont également au Dr. Caprais, médecin conseil et responsable du service médical du Finistère ainsi qu'au Pr. Jean-Dominique Dewitte, chef de service en santé au travail au CHRU de Brest, pour leur disponibilité.

Liste des sigles

ACP	Analyse en composante principale
ACM	Analyse en correspondances multiples
ALD	Affection de longue durée
Anact	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APE	Activité Principale Exercée
ARS	Agence régionale de santé
AT-MP	Accidents du travail – Maladies professionnelles
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CNAMTS	Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
CROCT	Comité régional d'orientation des conditions de travail
FNPS	Fichier national des professionnels de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
Irdes	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MSA	Mutualité sociale agricole
NAF	Nomenclature d'activité française
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
ORS	Observatoire régional de santé
RSI	Régime social des indépendants
Siret	Système informatique pour le répertoire des établissements
SLM	Section locale mutualiste
SNIIRAM	Système national d'information inter régime de l'Assurance maladie
TPS	Troubles psycho-sociaux
UBO	Université de Bretagne Occidentale
URPS	Union régionale des professionnels de santé

Résumé

L'analyse des arrêts de travail dans la région Bretagne et plus particulièrement dans le Finistère a donné lieu à une recherche (Gabrielle Lecomte-Ménahès, Jorge Muñoz, Delphine Briens, Hervé Guyon, Marie-Audrey Sonzia Teutsong) financée par la CPAM du Finistère. Cette recherche appréhende l'arrêt de travail comme une construction sociale issue de l'interaction entre médecins prescripteurs et assurés, insérée dans un cadre plus large (celui juridico-administratif de l'Assurance maladie mais aussi lié aux conditions d'exercice du médecin, de vie et de travail de l'assuré). Nous considérons que la prescription médicale de l'arrêt de travail est toujours issue de multiples interactions entre des acteurs positionnés socialement et insérés dans des configurations particulières.

Les résultats présentés sont issus d'une enquête sociologique menée en 2018 en région Bretagne, combinant méthodes quantitatives et qualitatives. À partir de l'exploitation des données de l'Assurance maladie sur les arrêts de travail terminés en 2017 (n=335 655) et leur prescription par les médecins libéraux (n=5 252), des analyses statistiques en composante principale et en correspondances multiples ont permis de dresser des typologies de médecins prescripteurs et d'assurés en arrêt de travail. Des entretiens semi-directifs ont ensuite été réalisés à partir de ces profils, tant avec les médecins (n=20) que les assurés (n=12) auxquels s'ajoutent des entretiens exploratoires avec des médecins conseils ou membres de « groupes qualité ». Afin d'aborder avec les médecins le détail de leurs pratiques de prescription, des cas cliniques anonymisés issus de dossiers de CRRMP (portant sur des TMS et TPS) leur ont été présentés au cours des entretiens.

Cette étude a permis de souligner la dimension territoriale des inégalités de prescription d'arrêts de travail. En Bretagne, un contraste Est/Ouest apparaît très nettement, le nombre d'indemnités journalières versées par assuré étant plus faible à l'Est qu'à l'Ouest. Ceci est notamment lié à la durée des arrêts de travail. En 2017 les arrêts de travail durent en moyenne 48 jours dans le Finistère et 43 jours dans l'ensemble de la région. Si les femmes sont davantage en arrêt maladie, les hommes quant à eux sont majoritaires à être en arrêt pour des pathologies dont l'origine professionnelle est reconnue. La majorité des arrêts de travail durent moins d'une semaine et seulement une minorité dure plus de trois mois, ce sont pourtant eux qui génèrent la majorité des dépenses.

Les médecins (généralistes libéraux) les plus âgés (souvent des hommes) exerçant davantage seuls en zone rurale défavorisée, à la fois éloignés des agglomérations et des réseaux de soins et proches des entreprises aux conditions de travail les plus délétères (secteur de l'agroalimentaire par exemple) prescrivent davantage. Ce sont les arrêts de travail les plus longs, souvent liés à une usure professionnelle qui leur posent le plus de difficultés, les confrontant à une incertitude qu'ils peinent à maîtriser. Car s'ils perçoivent l'origine professionnelle des pathologies, ils méconnaissent le plus souvent les dispositifs de prévention et de réparation de la santé au travail qui leur permettraient d'y répondre.

Pour leur part, les assurés doivent composer avec des ressources socialement distribuées pour faire face aux conséquences de l'arrêt de travail lorsque leur santé est atteinte. Certains arrêts sont entièrement « organisés » par des assurés qui ont la souplesse de cette organisation (conditions de travail, connaissances des dispositifs de prise en charge, accès direct aux spécialistes, etc.). En cherchant à réduire au maximum le temps de l'arrêt de travail et en favorisant les conditions de leur reprise, ces malades refusent leur état et sont considérés comme moins déviants. Mais la plupart des travailleurs, notamment ceux en arrêt de travail de longue durée du fait d'une usure professionnelle, n'ont pas les ressources pour se départir de cette étiquette. Les enjeux de continuité entre vie professionnelle, sociale et sanitaire se posent pour eux avec acuité.

Contexte et questionnements

Dans un contexte de hausse générale des dépenses d'indemnités journalières en France et plus particulièrement dans le département du Finistère, la Caisse primaire d'Assurance maladie de ce département nous a demandé d'étudier ce phénomène pour mieux le comprendre. Si la littérature académique portant sur l'absentéisme apporte de premiers éléments de réponse, celle sur la prescription médicale d'arrêts de travail est moins développée, notamment en France et en sociologie. Sur ce point, les études internationales ont une approche quantitative cherchant à cerner les variables explicatives du phénomène. Nous avons pour notre part privilégié une approche mixte, combinant méthodes quantitatives et qualitatives pour cerner ce phénomène complexe et multidimensionnel. Nous avons cherché à resituer cette prescription qui place en interaction médecins et assurés dans un cadre juridico-administratif plus large.

1 *Contexte de la demande*

Les CPAM s'inscrivent dans une politique nationale de gestion de l'Assurance maladie où la question des dépenses est centrale afin de tendre vers une maîtrise des soins au moindre coût. Les CPAM font l'objet d'un suivi par l'Assurance maladie à partir d'un certain nombre d'indicateurs parmi lesquels les arrêts de travail.

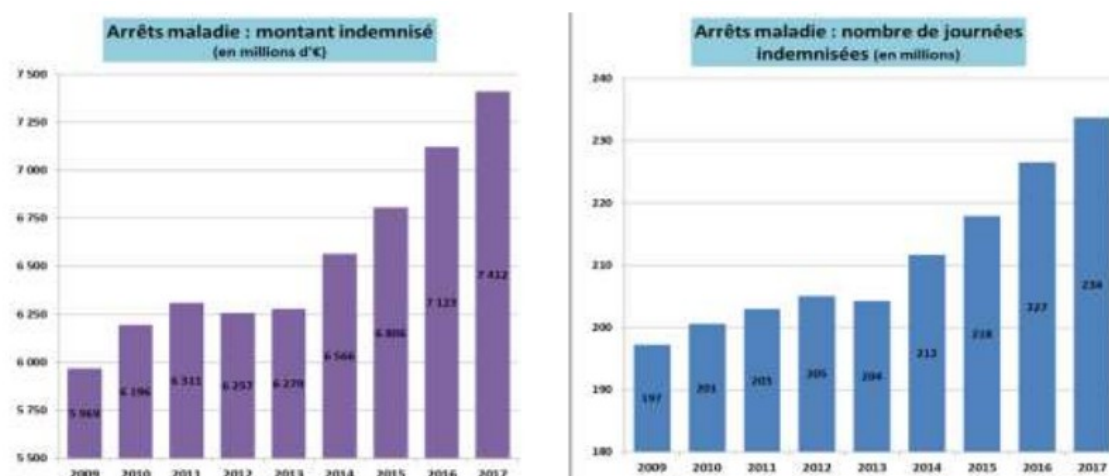
1.1 *Une augmentation nationale des dépenses*

Dans un contexte de réduction du déficit public, les dépenses d'indemnités journalières¹ font l'objet d'une attention particulière. Si la croissance la plus forte des dépenses d'indemnités journalières a eu lieu entre 1997 et 2003 en France, suivi d'une baisse jusqu'en 2006, elles sont de nouveau à la hausse ces dernières années (Irdes s. d.).

Selon le dernier rapport publié sur la question, « en 2017, près de 7 millions d'arrêts maladie ont été indemnisés (couvrant un total de 234 millions de journées indemnisées) au titre du régime général pour un montant total indemnisé de 7,4 milliards d'euros. Les indemnités journalières maladie (IJ) connaissent une progression particulièrement dynamique ces dernières années, en nombre mais surtout en dépenses. Entre 2009 et 2017, le montant global indemnisé est passé de 6,0 à 7,4 Mds€ (+1,4 Mds€), soit une hausse globale de 24,1 % et un taux de croissance annuel moyen de +2,8 %. Le nombre de journées indemnisées est également en forte augmentation depuis 2009, passant de 197 à 234 millions par an, soit une hausse de 18,7 % et un taux de croissance annuel moyen de 2,2 %. On constate par ailleurs une croissance annuelle plus aiguë depuis 2014 avec un pic de +4,1 % en 2016. » (Berard, Oustric, et Seiller 2019, 53).

1 Sous certaines conditions et après un délai de carence de 3 jours, l'assuré peut percevoir des indemnités journalières. Elles sont versées par l'Assurance Maladie pour compenser la perte de salaire pendant l'arrêt de travail. Calculées sur la base des salaires bruts des trois ou douze mois précédant l'arrêt, elles sont versées tous les 14 jours.

Graphique 1. Évolution du nombre de journées et du montant indemnisés (2009-2017)



Source : Source : CNAMTS - Datamart IJ et Prestations en espèces (SNIIRAM-DCIR)

Champ : Régime général – France entière

Source : (Berard, Oustric, et Seiller 2019, 53)

En 2015, la dépense d'IJ représente 5 % de la dépense courante de santé et 10 % de la dépense de soins de ville (soit encore 6 % de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie) (Knecht et al. 2017, 3). Comme le soulignait déjà en 2012, la Cour des comptes dans son rapport sur les arrêts de travail, c'est le régime général qui supporte de très loin l'essentiel de la dépense d'indemnités journalières pour maladie² (Cour des comptes 2012, 7-8). Selon l'Anact, « ces chiffres témoignent d'un accroissement de la durée des absences et du coût de l'indemnisation, situation pour partie liée au vieillissement démographique et à la progression des maladies professionnelles » (Anact et Aract 2015, 7). C'est ce que corrobore le dernier rapport en date sur la question, depuis 2014 la croissance de la masse salariale du secteur privé et le taux d'activité plus important des personnes âgées expliquent principalement l'augmentation des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail (Berard, Oustric, et Seiller 2019, 54).

L'ensemble de ces éléments contribue actuellement à faire des dépenses d'indemnités journalières et des arrêts de travail plus largement un enjeu politique majeur. Suite à la parution au cours de l'année 2018 de diverses études de cabinets de conseil sur le sujet (Malakoff Médéric, Comptoir MM de la nouvelle entreprise, et IFOP 2018; Ayming et Kantar TNS 2018) ainsi qu'une polémique à l'été sur le transfert aux employeurs d'une partie du coût lié aux arrêts de travail, en septembre le premier ministre Édouard Philippe a missionné Jean-Luc Bérard (DRH du groupe Safran), Stéphane Seiller (conseiller maître à la Cour des comptes et ancien directeur général du RSI) et Stéphane Oustric (professeur de médecine générale à l'université de Toulouse) sur la question. Ils viennent de remettre leur rapport (Berard, Oustric, et Seiller 2019) le 22 février 2019. Le rapport se place dans une perspective « systémique », c'est-à-dire qu'« il doit s'analyser et se comprendre dans sa globalité et selon un continuum d'actions ou de parcours (Berard, Oustric, et Seiller 2019, 9). C'est ainsi que les auteurs du rapport vont insister sur plusieurs constats, parmi lesquels on peut citer : la prévention pour éviter les arrêts, changer le paradigme de gestion des arrêts notamment avec une collaboration plus étroite entre médecins-conseils et du travail ou encore le constat du lien entre âge et multiplication des arrêts et donner aux médecins de meilleurs outils pour prescrire ces arrêts. Nous verrons finalement que nous rejoignons certaines de ces conclusions, tout en inscrivant l'acte de prescription dans des configurations notamment territoriales. Or celles-ci ont une influence non négligeable sur la prescription des arrêts.

2 Pour la CNAMTS, les indemnités journalières ont représenté un montant de 6,3 milliards d'euros en 2010, contre 212 millions d'euros pour le régime social des indépendants (RSI) et 222 millions d'euros pour la mutualité sociale agricole (MSA).

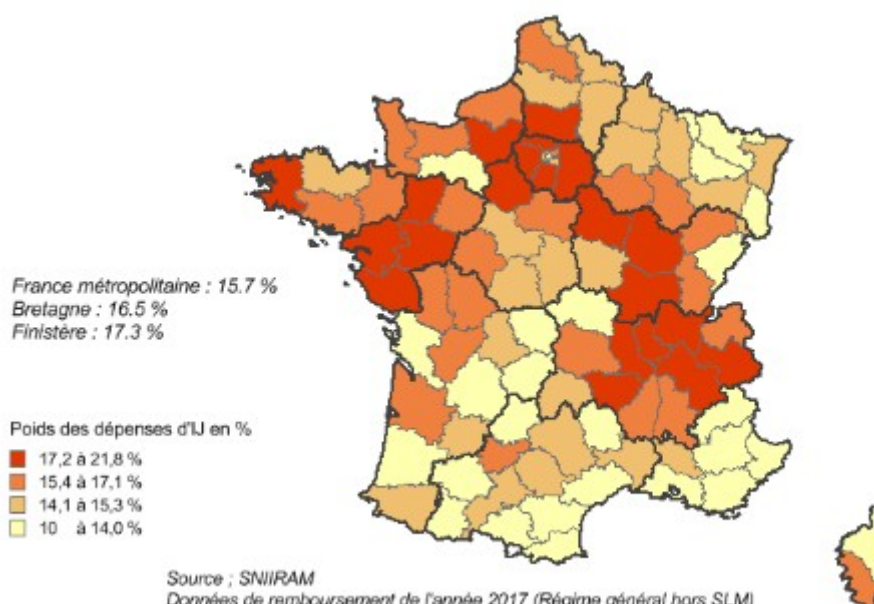
1.2 *Le Finistère : un département breton où le nombre d'IJ versées est plus important (hors maternité)*

Selon le « diagnostic santé travail » de l'ORS (Pennognon 2012), la Bretagne est la 7^e région française la plus peuplée (3,2 millions habitants) en 2010. Cette population se concentre principalement le long du littoral et sur le bassin rennais. Le recours à l'arrêt de travail étant essentiellement le fait d'une population active occupée, notons que le taux d'emploi de la région est supérieur à la moyenne nationale. C'est notamment dû au taux d'activité des femmes bretonnes (de 61,3 % contre 59,9 % en France en 2009). Cependant, si le taux d'emploi des 25-54 ans est supérieur au taux français, la situation s'inverse pour les seniors (55-64 ans). De plus, le taux de chômage de la région est inférieur à la moyenne nationale depuis 1999. Il s'agit de la région française la moins touchée par le chômage juste après les Pays de la Loire.

En 2009, la Bretagne connaît des proportions d'ouvriers (25,3 %) et d'agriculteurs (3,3 %) supérieures à celles observées au niveau national (respectivement 22,4 % et 1,8 %). À l'inverse, les cadres, professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires y sont un peu moins représentées qu'en France. 72,4 % des emplois appartiennent au secteur tertiaire en Bretagne contre 76,3 % en France métropolitaine. Par ailleurs, l'agriculture, les industries agroalimentaires et la pêche y sont proportionnellement plus présentes que dans le reste du pays (5,2 % contre 2,9 % en France métropolitaine). En 2014, dans un contexte économique difficile, le secteur tertiaire est le seul à créer des emplois dans le département du Finistère. Comme dans tous les départements bretons, l'agroalimentaire y domine l'emploi industriel (Cazenave 2017).

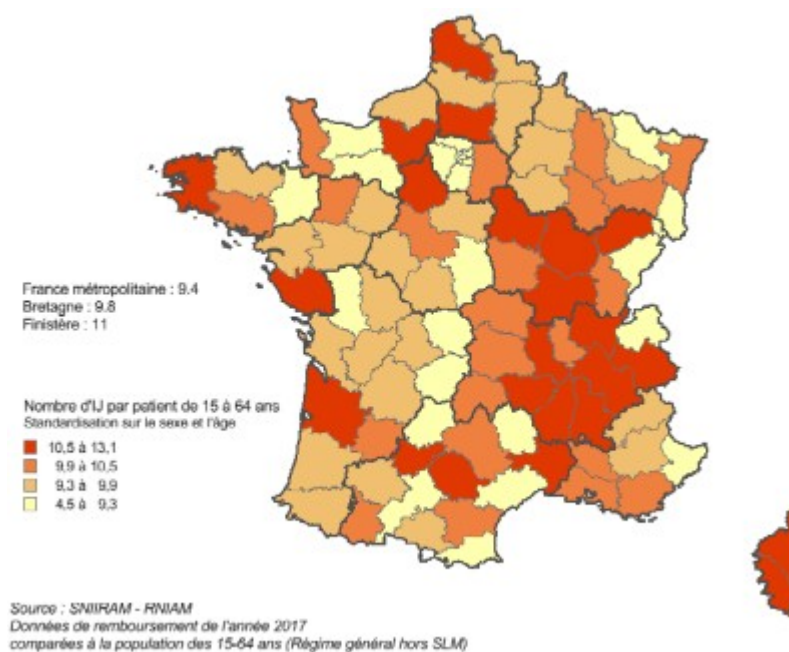
Si ces facteurs régionaux peuvent contribuer à un nombre d'arrêts de travail important en Bretagne, on note une particularité du Finistère en la matière. En mesurant la part des dépenses en indemnités journalières sur le total des dépenses de soins exécutés dans le secteur libéral (honoraires, recours à des auxiliaires médicaux, demandes d'analyses en laboratoire, prescription de bons de transport, d'indemnités journalières, de médicaments, etc.), le Finistère apparaît comme un département où le taux des dépenses en indemnités journalières est plutôt élevé puisqu'il s'élève à 17,3 % contre 16,5 % pour la Bretagne et 15,7 % pour la France Métropolitaine. Le volet statistique de l'enquête repose sur l'exploitation des données de l'Assurance maladie issues des bases de données locales des caisses primaires d'assurance maladie (Erasmus) et du Système National d'Information Inter Régime de l'Assurance Maladie (SNIIRAM).

Carte 1. Poids des dépenses d'IJ dans le total des dépenses de soins exécutés en ville en 2017 en France métropolitaine



Le Finistère est également le département breton où le plus d'indemnités journalières sont versées par patient de 15 à 64 ans. En effet, les assurés affiliés au régime général de la CPAM du Finistère ont perçu en moyenne 11 jours d'indemnités alors qu'au niveau régional et national ce résultat est plus faible (respectivement de 9,8 et 9,4).

Carte 2. Nombre d'IJ versées par assuré de 15 à 64 ans en 2017 en France métropolitaine (hors maternité)



En Bretagne en 2017, le « risque maladie » et le « risque professionnel » représentent à eux deux 84 % du volume (soit 14 millions d'IJ) et 78 % du montant (soit 475 millions d'euros) d'indemnités journalières versées. Les IJ versées au titre de la maternité représentent quant à elles 16 % du volume et 22 % du montant. Au titre des arrêts maladie et AT-MP, à l'exclusion des maternités, c'est dans le Finistère que le plus d'indemnités journalières ont été versées (31 % de l'ensemble des IJ versées en Bretagne). Nous pouvons cependant noter que dans ce cas les montants d'indemnisation sont plus importants en Ille-et-Vilaine (30,3 % de l'ensemble des dépenses d'IJ versées en Bretagne) qu'ailleurs dans la région. Le coût de l'indemnité journalière est en effet la plus élevée en Ille-et-Vilaine (34,3 €) et au contraire la plus faible dans le Finistère (33,5 €). Cette différence de coût est en lien avec le montant des salaires plus élevé en Ille-et-Vilaine.

Tableau 1. Nombre et montant des indemnités journalières versées par caisse en 2017 en Bretagne (pour les arrêts maladie et AT-MP)

CPAM	Nombre d'IJ versées en 2017	Montant versé en 2017	Montant de l'IJ
Côtes d'Armor	2.291 M	77 M€	33,7 €
Finistère	4.274 M	143 M€	33,5 €
Ille-et-Vilaine	4.256 M	145 M€	34,3 €
Morbihan	3.213 M	109 M€	34,0 €
BRETAGNE	14.035 M	475 M€	33,9 €

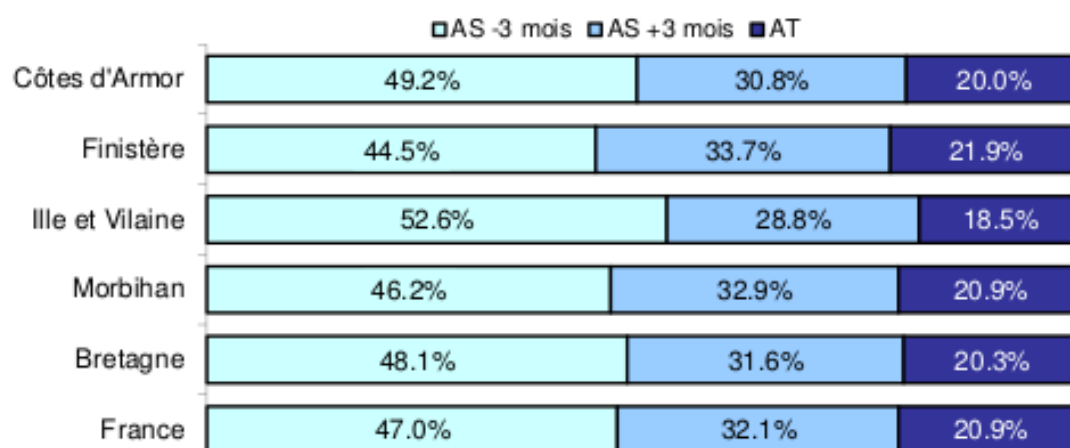
Source : Base informationnelle de l'assurance maladie (Erasmus Regional) – Remboursement de l'année 2017 (hors mention contraire, concerne tous les graphiques du rapport)

Si l'on prend en compte les indemnités journalières versées au titre de la maternité, l'Ille-et-Vilaine est alors le département où le nombre d'IJ versées et où le montant des dépenses sont les plus élevés. En 2017 en Bretagne, 31,5 % des IJ versées (pour maladie, AT-MP ou maternité), le sont en Ille-et-Vilaine et 30 % dans le Finistère, 32,5 % des dépenses en la matière sont alors faites en Ille-et-Vilaine et 29 % dans le Finistère.

En 2017, le montant des remboursements d'IJ du Finistère s'élevait à environ 143 millions d'euros représentant environ 30 % des dépenses régionales. Cette année-là, environ 4 274 000 IJ ont été versées dans le département. Les dépenses d'IJ connaissent une hausse de 3,1 % par rapport à l'année précédente (+3,6 % en Bretagne). Après l'Ille-et-Vilaine qui a connu une hausse de ses dépenses de +6,0 % entre 2016 et 2017, c'est le département breton où la hausse des dépenses est la plus importante.

Par ailleurs comparativement à la France et aux autres départements bretons, c'est dans le Finistère que la part d'arrêts de travail pour accident du travail et maladie professionnelle est la plus importante, représentant 21,9 % de l'ensemble des indemnités journalières versées dans le département (pour une part de 20,9 % au niveau national) en 2016. C'est également dans ce département que la part d'arrêts maladie de plus de trois mois est la plus importante, représentant 33,7 % de l'ensemble des indemnités journalières du département alors qu'elle est de 31,6 % en Bretagne et de 32,1 % en France.

Graphique 2. Part de chaque « risque » parmi les arrêts maladies en 2016



Source : « Tableau de bord régional sur les indemnités journalières », Assurance maladie, région Bretagne, 2017, p. 2

La CPAM 29 a réalisé plusieurs études statistiques internes pour tenter de comprendre ce phénomène. Elle a également lancé des actions auprès, par exemple, d'un échantillon de quinze médecins pour informer et réduire l'impact de ces arrêts. Le service médical de la CPAM 29 s'est également penché sur le problème en soulignant, entre autres, la situation de certains médecins généralistes face à la détresse des salariés, notamment ceux connaissant des risques psychosociaux. Lors des échanges, les médecins ont avancé l'idée d'un phénomène « culturel » et d'un apport différent au travail en Finistère pour tenter d'expliquer ces arrêts. Ces questionnements ont amené la CPAM à faire appel aux sociologues du Labers pour mener une recherche scientifique sur les processus de construction de l'arrêt de travail et cerner ce qui relèverait d'une éventuelle particularité finistérienne. Avant de présenter les hypothèses de recherche de l'étude et afin de les situer, nous présentons l'état des travaux académiques portant sur cet objet.

2 *Revue de la littérature*

La littérature académique s'intéresse depuis le milieu du XX^e siècle (Mayo 1945) à la question de l'absence au travail pour raison de mauvaise santé ou non (qui recouvre celle plus restreinte de l'arrêt travail) et plus récemment à celle de la présence au travail en mauvaise santé. Si les orientations et les cadres d'analyse, qui portent beaucoup sur l'étude du cadre de travail, sont divers, il ressort ce qui semble être un impensé : l'influence du dispositif de l'arrêt de travail lui-même sur l'absence ou la présence au travail. En effet, la forme même de ce dispositif et les pratiques des acteurs qui y participent, principalement les médecins, cadrent celles des salariés. La question de la prescription de l'arrêt de travail par le médecin est finalement peu abordée par les travaux de sciences sociales, surtout en France. C'est notamment en mobilisant les concepts et analyses issues des travaux de sociologie de la médecine, que nous allons appréhender cet objet.

2.1 *L'absence au travail ou « absentéisme »*

S'intéresser à la question des arrêts de travail a principalement amené les chercheurs à s'interroger sur les causes de ces arrêts, autrement dit à questionner l'absentéisme, selon le terme consacré. Plutôt que de parler « d'absence au travail », le terme d' « absentéisme » connote généralement négativement cette absence et justifie implicitement l'application de sanctions à l'égard du personnel « fautif » (Divay 2010, 107-8). Nous mobilisons une acception plus large de la notion sans juger a priori le comportement des individus concernés. Différentes interprétations de l'absence au travail se retrouvent dans la littérature. Si certains la considèrent comme le résultat d'un choix rationnel de la part du salarié, d'autres étudient les contraintes dans lesquelles s'opèrent ces choix, notamment en prenant en compte l'organisation et les conditions de travail. Certaines approches statistiques soulignent les disparités d'arrêts de travail selon les populations et d'autres les interprètent comme un indicateur de morbidité des populations.

2.1.1 *L'issue d'un choix rationnel*

Selon une approche économique néoclassique, « l'absentéisme est considéré comme un moyen pour le salarié d'ajuster à la baisse son nombre d'heures de travail, lorsque le temps de travail contractuel est supérieur au volume horaire souhaité » (Chaupain-Guillot et Guillot 2009, 46). En s'absentant du travail hors du temps imparti, le salarié opère un choix rationnel entre travail et non travail, l'absentéisme est alors une façon de réduire le temps de travail tout en restant salarié de l'entreprise. La satisfaction au travail, l'épuisement émotionnel et la latitude de décision au travail sont alors des variables prédictives de l'absentéisme (Vandenbergh, Stordeur, et d'Hoore 2009). Mais ce choix s'opère dans un contexte, ainsi en période de chômage élevé, les salariés insatisfaits gardent leur emploi alors qu'ils l'auraient certainement quitté si la situation économique était plus favorable. Cependant, en contrepartie, ils prennent plus d'arrêts maladie (Barmby et Treble 1991)³.

La littérature, principalement économiste et gestionnaire, percevant l'absentéisme comme le résultat d'un choix volontaire de la part du salarié est abondante. Tout en partageant l'analyse d'un retrait volontaire du travail, d'autres auteurs ne le définissent pas comme un acte négatif mais comme une réaction positive, une stratégie explicite de faire défection face au travail. Ainsi, à la fin des années 1970, des sociologues marxistes appréhendent pour leur part l'absentéisme comme une forme de lutte ouvrière, de rejet du taylorisme, relais de luttes plus frontales à l'instar du freinage ou de la grève (Simon 1978).

3 Notons cependant pour rappel qu'en Bretagne le taux d'emploi est supérieur à la moyenne nationale et le taux de chômage y est inférieur.

2.1.2 Un indicateur de morbidité

À l'inverse pour les épidémiologistes l'absentéisme constitue un indicateur de morbidité des populations. L'arrêt de travail est alors appréhendé comme un retrait involontaire de celui-ci du fait d'un mauvais état de santé (qui renseigne sur ce dernier). Cependant seules les absences pour maladie de longue durée peuvent être considérées comme un indicateur de morbidité pertinent pour les recherches en santé au travail (Bourbonnais et Vinet 1989). En effet, les arrêts courts, bien que pouvant constituer des indicateurs des prémises d'une dégradation sanitaire, sont davantage corrélés à des facteurs sociaux qui ne permettent pas statistiquement d'isoler facilement l'influence de la maladie (Chevalier et Goldberg 1992).

Dans les années 1980 et 1990 un dialogue s'engage avec sociologues et économistes qui remettent en cause le postulat d'une corrélation simple entre absentéisme et morbidité (et entre présentéisme et santé). Pour ces chercheuses, les études épidémiologiques observent avant tout « la variabilité des comportements individuels en termes d'adaptation aux normes de l'organisation du travail » (Thébaud-Mony et Lert 1983, 13) et non les facteurs de risque influençant la santé des travailleurs. Il s'agit alors plutôt de tenir compte de l'aspect pathogène des contraintes sociales du travail dont l'absentéisme serait un indicateur parmi d'autres (Dassa 1992) et de considérer également les mécanismes sociaux qui conditionnent l'arrêt de travail, comme ceux qui amènent à consulter un médecin et pour celui-ci de prescrire l'arrêt en question. Tel a été aussi le cas du travail de Thierry Rousseau (Rousseau 2012) où il montre que l'absentéisme croît avec les contraintes de travail physiques ou mentales. Toutefois, ces contraintes n'expliquent pas la totalité du phénomène car l'auteur le souligne, on peut observer des salariés en mauvaise santé et qui ne s'absentent pas. C'est la raison pour laquelle, il convient d'analyser plus finement le phénomène notamment dans son contexte organisationnel.

2.1.3 Des disparités populationnelles

D'autres travaux, ayant souvent également une approche statistique et macrosociale, montrent, principalement au cours des années 2000, que l'absentéisme au travail est inégalement distribué selon les populations de travailleurs, qu'elles soient caractérisées en termes de genre, d'âge, d'appartenance à un groupe socioprofessionnel, par nature d'activité (salarié ou indépendant). Ainsi « les femmes prennent légèrement plus d'arrêts en moyenne que les hommes » (Ben Halima, Debrand, et Regaert 2011). Un facteur explicatif concerne les congés maternité pris uniquement par les femmes (Estryn-Behar, Amar, et Choudat 2013) mais au-delà de cette particularité féminine comment expliquer cette différence ? Si dans certaines analyses, le sexe est considéré comme une variable en soi sans que lui soient associées des conditions de travail et de vie particulières, d'autres soulignent les particularités de l'emploi féminin et des conditions de travail associées, qui sont le plus souvent invisibilisées. En effet, lorsque les emplois présentent des risques évidents pour la santé, les femmes sont très rarement embauchées. Elles se retrouvent dans des emplois où les dangers sont plus subtils : lésions musculo-squelettiques, stress, usure, fatigue (Deguire et Messing 1995). Pour leur part les seniors ne déclarent pas plus d'arrêts de travail que leurs cadets mais lorsqu'ils interrompent leur travail pour des raisons de santé, ils s'arrêtent pour des durées plus longues (Missègue 2007). Par ailleurs, à âge équivalent, tous les actifs ne se ressemblent pas. Ainsi les indépendants s'arrêtent moins et moins longtemps que les ouvriers. Ces derniers sont d'ailleurs les plus touchés par les arrêts de travail liés à la pénibilité de leur profession. On note aussi que les salariés du commerce s'arrêtent moins souvent mais plus longtemps que ceux de l'industrie.

2.2 *La prescription médicale des arrêts de travail*

Bien que selon le sociologue Nicolas Dodier (Dodier 1982) le processus de médicalisation des absences, à l'œuvre depuis les années 1960, explique pour une part importante la croissance de l'absentéisme, peu de travaux français portent sur la prescription de l'arrêt de travail. Hormis de récentes thèses d'exercice de médecine générale, par ailleurs « la plupart des travaux existants sont originaires des pays nordiques car ils possèdent de larges bases de données répertoriées d'arrêts maladie détaillés depuis de nombreuses années » (Betsch-Perros 2010, 25).

2.2.1 *Des praticiens en questionnement*

La littérature internationale, notamment médicale⁴, portant sur la prescription des arrêts de travail s'est largement développée depuis 2002 (quelques occurrences précédentes en 1975 puis années 1990) et encore plus dans la décennie actuelle ce que nous pouvons corrélérer à un contexte européen plus large de réorganisation des systèmes de protection sociale et de bouleversement des organisations du travail. Ces recherches sont essentiellement quantitatives. Elles nous donnent des indications générales sur les comportements des acteurs mais sont parfois contradictoires. Par exemple selon Englund et Svärdsudd (Englund et Svärdsudd 2000), le taux de prescription et la durée des arrêts de travail sont plus élevés que la moyenne chez les médecins exerçant seuls, de sexe féminin et âgés alors que Shiels et Gabbay (Shiels et Gabbay 2006) avancent que le taux et la durée des arrêts prescrits sont plus élevés que la moyenne chez les médecins nouvellement installés. Ces études comptent également la proportion d'arrêts de travail obtenus selon la personne (médecin ou patient) qui en est à l'initiative (Englund et Svärdsudd 2000 ; Soderberg et Alexanderson 2003). Selon Andrea (Andrea 2003), la connaissance préalable du patient par le médecin influence positivement la prescription d'un arrêt et Ärrelöv (Ärrelöv 2007) note que le médecin manque généralement de connaissances sur le monde du travail et sur les postes de travail de ses patients. Mais cette approche quantitative limite la compréhension micro-sociale du phénomène étudié.

En France, ce sont des thèses d'exercice en médecine générale qui abordent essentiellement la question de la prescription des arrêts de travail et ce depuis la fin des années 2000. L'engouement pour ce sujet de thèse souligne la préoccupation des jeunes praticiens et de leurs encadrants envers cet aspect de leurs pratiques sur lequel ils sont interpellés. Non seulement les internes semblent peu formés à la rédaction des certificats médicaux destinés à la CPAM (Régnaut 2012), mais les praticiens, bien qu'ayant des connaissances générales sur le sujet, ne maîtrisent pas les différentes options d'arrêts de travail⁵ (Depersin 2017).

Plusieurs de ces thèses (Adeline-Duflot 2012; Betsch-Perros 2010; Khiari 2014; Thai 2009) contribuent au programme de recherche *Arrêts de Travail: Analyse des Comportements du Département Universitaire d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale de Créteil*. Cette recherche souligne l'importance de la relation médecin-patient insérée dans d'autres interactions sociales (avec d'autres professionnels de santé et dans le cadre de l'Assurance maladie) dans la prescription d'arrêts de travail. Elle souligne par ailleurs que de multiples facteurs (biomédicaux, contextuels, négociation et relation médecin-patient) contribuent à cette prescription notamment en cas de désaccord d'indication ou de durée (Khiari 2014). Or si ces travaux portent une réflexion en termes de variables, les configurations précises dans lesquelles les acteurs émettent leurs jugements ne sont pas analysées et restituées en tant que telles.

4 La recherche bibliographique a été effectuée à partir d'une base de références centrée sur "publimed" au sein de laquelle nous avons choisis les mots clefs « absentéisme » et « médecin ». Voir : http://www.chu-rouen.fr/mtph/?page_id=6646

5 Mise en invalidité, différentes classes d'invalidité, reprise du travail à temps partiel thérapeutique, arrêts de travail pour les patients au chômage.

Selon Fourré (Fourré 2006), les éléments contextuels, avant tout professionnels, génèrent fréquemment un arrêt de travail et augmentent significativement sa durée. Les médecins généralistes sont principalement confrontés non seulement aux difficultés de reclassement des salariés de plus de 50 ans usés physiquement (pathologies ostéo-articulaires) mais également au développement de troubles anxio-dépressifs réactionnels à la détérioration des conditions de travail. Dans ce contexte, l'arrêt de travail permet la reconnaissance sociale de problèmes qui seraient « non médicaux » (Ruello 2014). D'autant plus que si le succès du maintien en emploi du salarié dépend de la connaissance des outils (aménagement de poste, temps partiel thérapeutique, mise en invalidité pour les plus connus) mais aussi de la collaboration des médecins avec les professionnels participants de ces dispositifs (Grandsire 2011), la connaissance inégale de ceux-ci entrave la prévention de la désinsertion professionnelle.

2.2.2 *La quasi-inexistence des travaux de sociologie*

Hormis les travaux de médecine, les chercheurs français se sont peu penchés sur la question de la prescription médicale d'arrêts de travail. Cette question émergente est notamment encore peu abordée par les sociologues. Denis Monneuse (Monneuse 2015) a toutefois étudié la « négociation » de l'arrêt de travail entre le patient et son médecin. Son postulat de départ, considérant que le médecin est le seul expert établissant le diagnostic, est qu'a priori une consultation médicale ne relèverait nullement d'une négociation (postulat qui a depuis longtemps été remis en cause par les sociologues interactionnistes nord-américains). Or il observe qu'une négociation en vue d'aboutir à un accord sur la prescription se met en place notamment lorsque qu'une relation antagoniste s'établit entre le médecin et son patient qui ont des intérêts divergents, ce dernier souhaitant obtenir l'arrêt de travail le plus long possible. L'auteur considère en effet que l'arrêt est de plus en plus perçu comme un droit, voire, pour certains, « comme un stock de jours de congé supplémentaires dans lequel on peut piocher » (Monneuse 2015, 153). Il tend ainsi à analyser l'absentéisme comme étant le fait d'acteurs rationnels comme nous l'avons présenté précédemment. Nous considérons au contraire que la décision médicale est toujours issue de multiples interactions entre des acteurs positionnés socialement et insérés dans des configurations particulières et pour mieux cerner ce phénomène, nous allons mobiliser une littérature nous permettant d'analyser ces interactions.

2.3 *Sociologie de la médecine*

De nombreux travaux de sociologie de la médecine montrent que le jugement médical s'exerce au cours de multiples interactions et que les échanges avec les patients au cours du « colloque singulier » contribuent aux décisions médicales tout autant que l'environnement dans lequel se situe le médecin. Cette littérature montre que l'acte de prescription est façonné par ces multiples enjeux qui conditionnent les pratiques médicales. Le cabinet médical est le lieu d'une interaction entre le médecin et son patient qui se place dans un contexte bien plus large configuré par des multiples facteurs.

2.3.1 *Les relations au sein du « colloque singulier »*

Pour le sociologue fonctionnaliste Talcott Parsons (Parsons 1955), précurseur de l'étude de la médecine, la maladie, liée à un état biologique déficient, constitue un état social déviant. En effet, les malades, qui ne peuvent s'acquitter de leurs obligations sociales ordinaires, constitueraient une menace pour l'ordre social. En tant que déviance, la maladie devient légitime si le malade refuse son état et cherche à l'améliorer en ayant recours à l'aide du médecin, il peut alors être reconnu comme irresponsable de cet état déviant et exempté de ses responsabilités habituelles (par un arrêt de travail par exemple) selon la gravité de la maladie. Les droits et les

devoirs du malade sont notamment définis par le médecin qui juge la situation de son patient et est alors dans une position de contrôle social.

Ce modèle analytique, bien qu'intéressant pour appréhender la position médicale d'autorité d'autant plus forte dans les sociétés où les problèmes sociaux sont « médicalisés », est critiqué par les sociologues interactionnistes qui n'envisagent pas la relation médecin-patient comme étant strictement interindividuelle. Considérant que les situations sociales sont sans cesse négociées et redéfinies lors des interactions, ils appellent à replacer la relation médecin-malade, hors du strict cabinet médical, dans une configuration plus large tenant compte des relations avec d'autres acteurs (les autres professionnels de santé par exemple) mais également des contraintes organisationnelles et politiques qui conditionnent les pratiques médicales (Strauss 1992). Eliot Freidson (Freidson 1984), allant jusqu'à retourner le paradigme en considérant que c'est le processus social d'élaboration de règles qui vont rendre déviants des actes ou des personnes et qu'ainsi la médecine participe à créer les possibilités de se comporter en malade.

Suivant la proposition des sociologues interactionnistes, nous serons non seulement attentifs à définir le contexte juridico-administratif dans lequel s'élaborent les pratiques de travail des médecins généralistes (Schweyer 2010) mais également à insérer le « colloque singulier » dans le cadre plus large d'interactions avec d'autres acteurs. Par exemple, le modèle retenu par Parsons est celui de la prise en charge de maladies aiguës alors que le rôle de malade est permanent en cas de maladie chronique et celui-ci coopère davantage à la prise en charge de sa maladie (Baszanger 1986).

3 Les principales hypothèses

Les travaux existant sur la prescription de l'arrêt de travail analysent souvent le positionnement des acteurs en termes de variables, or la décision médicale est issue de multiples interactions entre des acteurs socialement situés et insérés dans des configurations particulières. C'est pourquoi nous cherchons à replacer les interactions entre le médecin et son patient dans un cadre plus large pour analyser ces configurations situées. Il s'agit de prendre en compte tant le contexte de vie, de travail de l'assuré que celui de travail du médecin, et de voir comment ces conditions ainsi que leurs appropriations par les acteurs contribuent au cours de leur rencontre à façonner leurs échanges.

L'arrêt de travail résulte d'un processus de « construction sociale » lié à l'intervention d'une série d'acteurs et se situe dans un contexte administratif et de prise en charge spécifique. Il convient de cerner et de comprendre les mécanismes d'un tel processus. Dans quelle mesure les conditions de vie et de travail des assurés sociaux expliquent-elles les demandes d'arrêt de travail ? Comment celles-ci sont-elles négociées entre médecins et assurés ? Par ailleurs, comment ces arrêts sont-ils traités par l'Assurance maladie ?

3.1 Un cadre politico-administratif de prise en charge

L'existence des arrêts de travail évolue dans un contexte organisationnel et administratif spécifique. La fonction et le rôle de la CPAM et du service du contrôle médical ne peuvent être écartés pour comprendre le phénomène en question. Ces deux organismes ont mis en place une palette de dispositifs pour « suivre » les arrêts, pour contrôler les usages, lutter contre la fraude, etc. Par conséquent, les pratiques des médecins et les parcours des assurés s'inscrivent dans le cadre des politiques nationales et locales de suivi de maîtrise de dépenses.

- les représentations que se font les médecins (généralistes et spécialistes) des politiques nationales et locales de l'Assurance maladie concernant les arrêts de travail (qu'ils s'y opposent en revendiquant un exercice libéral ou pas) influent leurs pratiques

- les politiques d'incitation et de contrôle de l'Assurance maladie influencent les pratiques des médecins (appréhension des politiques de répression, suivi des politiques incitatives passant par les recommandations)

3.2 *L'arrêt de travail dans le parcours de l'assuré*

L'arrêt de travail est « octroyé » à un assuré social. Par conséquent, le projet d'étude ne peut faire l'économie d'une analyse des raisons ayant conduit les assurés à demander un arrêt de travail, de leurs caractéristiques sociales et situations en termes de couverture sociale (question du non-recours par exemple, de délai de demande d'arrêts, etc.). Nous pouvons, entre autres, nous inspirer des travaux du sociologue Nicolas Dodier qui étudie des « itinéraires » de salariés qui s'absentent de leur travail pour raisons de santé (Dodier 1983).

- Le parcours de l'individu influe la décision de s'arrêter ou pas. Par ailleurs le parcours sanitaire et de soin est déterminant dans la durée et d'éventuelles prolongations de l'arrêt de travail
- Les pratiques en la matière d'arrêt de travail sont contraintes par des enjeux spécifiques aux univers professionnels et varient selon les catégories de travailleurs (selon que la place qu'ils occupent, qu'elle soit plus ou moins stable, qu'ils bénéficient d'une reconnaissance plus ou moins importante). Le poste occupé, la position au sein de l'entreprise mais aussi les conditions de travail incitent plus ou moins à avoir recours au dispositif de l'arrêt de travail.
- L'arrêt de travail, en tant que mise à l'écart du groupe professionnel, peut-être vécu comme une situation « déviante » ou au contraire soulager le salarié en difficulté dans son environnement de travail.
- La couverture sociale dont bénéficient les assurés conditionne leur recours, ou non, à l'arrêt de travail. Par ailleurs une fois « en arrêt », les dispositifs de suivi et de contrôle de ceux-ci (inscrits dans des politiques nationales et locales de suivi de maîtrise de dépenses) mis en place par l'Assurance maladie en conditionnent le déroulement

3.3 *Les pratiques médicales de prescription*

Nous ne pouvons éluder la question du rapport que les médecins entretiennent avec leurs patients et la définition qu'ils ont de l'arrêt de travail. Par ailleurs, ces médecins s'inscrivent dans un « réseau » de relations, plus au moins symétriques, avec d'autres médecins (spécialistes). Il est important de bien cerner l'arrêt de travail à partir de la fonction et du rôle de prescripteur. La question sous-jacente est la manière dont les médecins s'approprient la fonction de l'arrêt de travail et quel sens qu'ils lui confèrent.

- Les pratiques professionnelles du médecin sont façonnées par ses conditions d'exercice (cabinet seul ou à plusieurs, zone plus ou moins médicalisée, patientèle plus ou moins nombreuse) ainsi que par la patientèle qu'il prend en charge. Selon les pathologies dont sont atteints ses patients, leurs rapports à la santé, leurs conditions de vie, leurs caractéristiques sociales...
- Les parcours personnels et professionnels des médecins qui sont socialisés dans des environnements particuliers (lieux d'étude, rencontre des pairs, adhésion à un syndicat professionnel...) influent sur les pratiques de travail et les représentations du métier.
- La division du travail entre médecins de diverses spécialités conditionne les pratiques professionnelles de chacun des segments professionnels. De plus, les relations entre médecins influent les positionnements médicaux.

- La prescription d'arrêts de travail varie selon les médecins enquêtés, il s'agit d'appréhender cette diversité de pratiques.
- Le rapport au métier/ représentations associées influe fortement la pratique professionnelle et in fine en particulier la prescription d'arrêts de travail.

Afin de répondre à ces questionnements nous combinons deux méthodes d'enquêtes quantitative et qualitative. Dans un premier temps, l'analyse statistique des données administratives produites par l'Assurance maladie permet d'identifier les populations médicales et d'assurés les plus concernées par la prescription d'arrêts de travail et d'étudier leurs caractéristiques. Dans un second temps, la réalisation d'entretiens semi-directifs avec les professionnels et les assurés sociaux permet d'incarner ces résultats statistiques par l'étude des pratiques et des représentations des acteurs. Comment sont vécues les situations précédemment identifiées ? Le recueil de l'ensemble de ces données permet d'identifier les contextes et les processus influant les recours au dispositif de l'arrêt de travail ou leur absence. Dans un premier temps, après avoir détaillé la méthode statistique employée, nous présenterons les résultats issus de cette analyse, ceux concernant les assurés en arrêts de travail et leurs caractéristiques puis ceux sur les médecins libéraux plus ou moins forts prescripteurs d'arrêts de travail. Dans un second temps, nous exposerons la méthode qualitative puis les résultats issus de l'analyse des entretiens réalisés tant avec les assurés que les médecins.

Synthèse : contexte et questionnements

En 2017, près de 7 millions d'arrêts maladie ont été indemnisés (couvrant un total de 234 millions de journées indemnisées) au titre du régime général pour un montant total indemnisé de 7,4 milliards d'euros. Depuis 2014 la croissance de la masse salariale du secteur privé et le taux d'activité plus important des personnes âgées expliquent principalement l'augmentation des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail (Berard, Oustric, et Seiller 2019, 54). Dans ce contexte, le Finistère apparaît comme un département où le taux des dépenses en indemnités journalières est plutôt élevé puisqu'il s'élève à 17.3 % contre 16.5 % pour la Bretagne et 15.7 % pour la France Métropolitaine. En 2017, le montant des remboursements d'IJ du Finistère s'élevait à environ 143 millions d'euros représentant environ 30 % des dépenses régionales. Cette année-là, environ 4 274 000 IJ ont été versées dans le département. Les dépenses d'IJ connaissent une hausse de 3,1 % par rapport à l'année précédente (+3,6 % en Bretagne). Après l'Ille-et-Vilaine qui a connu une hausse de ses dépenses de +6,0 % entre 2016 et 2017, c'est le département breton où la hausse des dépenses est la plus importante.

La littérature académique s'intéresse depuis le milieu du XX^e siècle à la question de l'absence au travail pour raison de mauvaise santé ou non (qui recouvre celle plus restreinte de l'arrêt travail) et plus récemment à celle de la présence au travail en mauvaise santé. Si les orientations et les cadres d'analyse, qui portent beaucoup sur l'étude des contextes de travail, sont divers, il ressort ce qui semble être un impensé : l'influence du dispositif de l'arrêt de travail lui-même sur l'absence ou la présence au travail. En effet, la forme même de ce dispositif et les pratiques des acteurs qui y participent, principalement les médecins, cadrent celles des salariés. Hormis les travaux de médecine, la question de la prescription de l'arrêt de travail par le médecin est finalement peu abordée par les travaux de sciences sociales, surtout en France. Denis Monneuse (2015) a toutefois étudié la « négociation » de l'arrêt de travail entre le patient et son médecin. Son postulat de départ, considérant que le médecin est le seul expert établissant le diagnostic, est qu'a priori une consultation médicale ne relèverait nullement d'une négociation (postulat qui a depuis longtemps été remis en cause par les sociologues interactionnistes nord-américains). Or il observe qu'une négociation en vue d'aboutir à un accord sur la prescription se

met en place notamment lorsque qu'une relation antagoniste s'établit entre le médecin et son patient qui ont des intérêts divergents, ce dernier souhaitant obtenir l'arrêt de travail le plus long possible. L'auteur tend ainsi à analyser l'absentéisme comme étant le fait d'acteurs rationnels. Nous considérons au contraire que la décision médicale est toujours issue de multiples interactions entre des acteurs positionnés socialement et insérés dans des configurations particulières. Pour mieux appréhender cet objet, nous allons, entre autres, mobiliser les concepts et analyses issues des travaux de sociologie interactionniste de la médecine.

Selon nous l'arrêt de travail résulte d'un processus de « construction sociale » lié à l'intervention d'une série d'acteurs et se situe dans un contexte administratif et de prise en charge spécifique. Il convient de cerner et de comprendre les mécanismes d'un tel processus. C'est pourquoi nous cherchons à replacer les interactions entre le médecin et son patient dans un cadre plus large pour analyser ces configurations situées. Il s'agit de prendre en compte tant le contexte de vie, de travail de l'assuré que celui de travail du médecin, et de voir comment ces conditions ainsi que leurs appropriations par les acteurs contribuent au cours de leur rencontre à façonner leurs échanges.

Méthode quantitative : exploiter des données administratives

Le volet statistique de l'enquête repose sur l'exploitation des données de l'Assurance maladie issues des bases de données locales des CPAM (ERASME) et du Système National d'Information Inter Régime de l'Assurance Maladie (SNIIRAM). Les données issues de la base informationnelle de la région Bretagne (ERASME), concernent les médecins bretons conventionnés enregistrés au FNPS (Fichier National des Professionnels de Santé de l'Assurance maladie), les assurés affiliés au régime général des quatre caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) bretonnes et contiennent les remboursements réalisés quotidiennement par ces CPAM. Ce système informationnel étant une base de données administratives, les données récoltées ne concernent que les assurés du régime général (hors Mutualité sociale agricole, Régime social des indépendants bien que celui-ci soit en cours d'intégration, et fonction publique). Ces données de remboursement de l'Assurance Maladie sont actualisées continuellement et disponibles deux ans. De ce fait, les indicateurs relatifs à l'activité et à la prescription des médecins ainsi que les indicateurs relatifs au remboursement présentés dans cette étude sont calculés à partir des données de remboursements (par exemple les indemnités journalières) de l'année 2017. Ces bases de données ont été créées par la CPAM et leur exploitation a été réalisée conjointement par la statisticienne de la CPAM et chercheurs de l'UBO (qui ont apporté leur expertise pour la typologie et les tests statistiques).

Le système informationnel régional n'est pas une base de données produite pour des enquêtes sociologiques ou épidémiologiques et en ce sens, elle comporte certains biais en vue d'une exploitation scientifique. Ainsi nous n'avons pas accès à l'ensemble des populations concernées par la prescription d'arrêts de travail. Nous ne disposons de renseignements que sur les médecins libéraux et non pas ceux qui sont salariés des établissements publics et privés de santé. Malgré ces limites, il nous a semblé pertinent de réaliser un travail d'exploitation des données produites par l'Assurance maladie.

1 Étudier la prescription médicale

L'assurance maladie dispose dans son système d'information de données administratives sur les médecins libéraux (sexe, âge, lieu d'exercice...), sur leur activité (nombre de consultations, nombre d'actes...) et sur leur prescription (médicaments, séances de masso-kinésithérapie, arrêts de travail...). Ces données nous permettent de caractériser les médecins et leurs pratiques (cf. 2.3. p. 26).

1.1 Création de la base « médecins »

Cette étude porte sur les médecins généralistes et spécialistes actifs au 31 décembre 2017 et exerçant en Bretagne. La base médecin, composée d'autant de lignes que de médecins libéraux, est enrichie à partir d'indicateurs socio-démographiques d'une part et d'indicateurs relatifs à l'activité d'autre part. Cette base régionale contient 5 252 médecins libéraux dont 3 031 médecins généralistes actifs au 31 décembre 2017.

Dans un premier temps, une analyse descriptive des données régionales est réalisée afin de mieux connaître la population des médecins prescripteurs d'arrêts de travail en Bretagne. Ensuite, en vue de sélectionner un échantillon de médecins pour les entretiens semi-directifs menés dans le Finistère, une typologie est réalisée à partir des données des médecins exerçant dans le

département. Une analyse en composante principale suivie d'une classification ascendante hiérarchique permettent de constituer trois groupes de médecins.

1.2 *Présentation de l'ACP*

L'Analyse en Composante Principale⁶ (ACP) permet l'analyse et la visualisation de données contenant des individus et des variables quantitatives. L'objectif est d'évaluer pour les individus, leur ressemblance. En effet nous dirons que deux individus se ressemblent d'autant plus qu'ils possèdent des valeurs proches pour l'ensemble des variables (Escofier et Pagès 2016). Nous évaluons les liaisons des variables entre elles⁷. C'est une méthode statistique d'analyse de données multivariées (plusieurs variables), qui vise à synthétiser l'information contenue dans un jeu de données en un nombre restreint de composantes principales.

L'analyse en composante principale réalisée nous permettra de répondre à certaines questions :

- Du point de vue des médecins (matérialisés dans le jeu de données par les individus en lignes) et en considérant les caractéristiques retenues (voir description des variables) : Quels sont les médecins qui se ressemblent ? Quels sont ceux qui sont différents des autres ? Peut-on avoir un profil de médecins qui mettent en évidence un certain nombre de comportements (prescripteurs) semblables ? L'étude vise ainsi à analyser leur variabilité.
- Du point de vue des caractéristiques (en colonne), on répondra aux questions suivantes : Quelles sont les caractéristiques qui sont corrélées entre elles ? Quelles sont celles qui sont plus ou moins corrélées ? Pourrait-on avoir une corrélation entre toutes les variables retenues ?

L'intérêt d'utiliser l'ACP réside dans le fait que nous pouvons réduire les individus à des profils⁸ et ainsi dégager certains traits de médecins⁹ qui est l'un des objectifs de l'analyse. Pour ce travail, nous avons utilisé le package FactoMineR¹⁰ du Logiciel R¹¹.

1.3 *Étudier des médecins prescripteurs*

En 2017, en Bretagne, un médecin généraliste a prescrit en moyenne des indemnités journalières à 79 patients¹². La moitié des médecins généralistes a prescrit des indemnités journalières à moins de 75 patients et 10 % des médecins généralistes ont prescrit des indemnités journalières à moins de 8 patients. Afin de qualifier le médecin comme étant prescripteur d'arrêts de travail, nous avons choisi d'après ces résultats de fixer un seuil minimum de patients ayant perçu des indemnités journalières. Nous considérons alors qu'un médecin est prescripteur d'arrêt de travail à partir du moment où il prescrit des indemnités journalières à au moins dix patients (cf.

6 Ou « principal component analysis » (PCA) en anglais

7 La liaison est mesurée en ACP par le coefficient de corrélation linéaire. L'étude de la liaison des variables va conduire à réduire le nombre de variables en un petit nombre de variables synthétiques appelées composantes principales.

8 En effet en regroupant les médecins selon les caractéristiques qu'ils partagent en commun, on va réduire le nombre de variables et parler en termes de profils

9 Une fois les groupes constitués, une prochaine étape peut consister à voir quelles variables prédisent le mieux l'appartenance à tel ou tel profil de médecin, à l'aide d'un modèle de régression logistique

10 Le package FactoMineR de R, permet de réaliser ce type d'analyse.

11 R est un logiciel libre, open source et gratuit permettant de réaliser entre autres, des analyses statistiques.

12 Cet indicateur concerne le « nombre de patients ayant perçu des indemnités journalières parmi les patients susceptibles de percevoir des indemnités journalières (actif de 16 à 64 ans) ».

Tableau 2. p. 23). Si cet indicateur a été construit à partir des médecins généralistes, les résultats concernant les médecins spécialistes sont également présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2. Nombre de patients ayant perçu des indemnités journalières selon la spécialité du médecin prescripteur en Bretagne en 2017

Catégorie de médecin	Nombre de médecins	Nombre de patients ayant perçu des indemnités journalières				
		Moyenne	P10	Médiane	P95	Maximum
Médecins généralistes	3 031	79	8	75	166	637
Médecins spécialistes	2 221	18	0	1	98	400

L'ACP a été réalisée à partir d'une base de données concernant les médecins « prescripteurs » d'arrêts de travail dans le seul département du Finistère soit 974 médecins.

1.4 *Présentation des variables retenues*

La base contient, pour chaque médecin, des critères socio-démographiques tels que l'âge (calculé à partir de la date de naissance), le sexe, la spécialité médicale, l'adresse postale du cabinet d'exercice. Si un médecin exerce dans plusieurs cabinets, c'est l'adresse du cabinet principal qui est prise en compte. Le code INSEE de la commune d'exercice est également disponible et permet de réaliser des regroupements par secteur géographique. Cet item est important, comme nous le verrons, car il permet de rattacher les médecins et les assurés à un bassin d'emploi et observer les contrastes entre les territoires.

Les données de remboursement permettent par ailleurs de définir des indicateurs reflétant l'activité des médecins. De cette manière, des indicateurs ont été calculés tels que le « nombre de patients vus en 2017 », le « nombre de jours indemnisés prescrits », le « nombre de patients vus en 2017 pour lesquels le médecin a prescrit des indemnités journalières ». En croisant ces données de remboursement avec les informations disponibles sur les assurés (âge, sexe, affection de longue durée enregistrée, code régime d'affiliation), il a été possible de mesurer le « nombre de patients vus en 2017 ayant une ALD (Affection de longue durée) enregistrée » ou encore le « nombre de patients vus en 2017 susceptibles de percevoir des indemnités journalières ». Un patient susceptible de percevoir des indemnités journalières est un patient actif âgé de 16 à 64 ans et affiliés à un code régime de la sécurité sociale pour lequel le patient est éligible à recevoir des indemnités journalières (code relatif aux salariés actifs, par exemple : régime 101 pour les salariés du Régime Général non agricole et chômeurs indemnisés par Pôle emploi).

La variable finalement choisie pour évaluer le niveau de prescription du médecin est le « nombre d'indemnités journalières prescrites par patient susceptible de percevoir des indemnités journalières (actifs de 16 à 64 ans) ». Afin de comparer les médecins prescripteurs d'arrêt de travail entre eux, la variable a été standardisée selon trois critères : l'âge, le sexe et le fait que le patient ait une ALD ou non. La méthode utilisée est la standardisation directe. Cette méthode consiste à définir une population de référence et à faire en sorte que chacun de nos médecins à comparer ait une structure d'âge, sexe et ALD (oui/non) dans sa patientèle identique à celle de cette population de référence. Dans notre étude, la population de référence correspond à la patientèle susceptible de percevoir des indemnités journalières (au niveau régional).

La représentation par secteur géographique permet d'identifier les spécificités territoriales des prescripteurs d'arrêts de travail. L'échelle géographique retenue pour la réalisation des cartes

est le bassin de vie, selon la définition qu'en donne l'Insee depuis 2012¹³ car c'est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Les services et équipements de la vie courante servant à définir les bassins de vie sont classés en 6 grands domaines : « services aux particuliers », « commerce », « enseignement », « santé », « sports, loisirs et culture », « transports ». A titre d'exemple, les Agences Régionales de Santé utilisent ce découpage pour présenter les zones « sur dotées », « sous dotés » par profession.

Une variable mesurant le contexte socio-économique de la zone géographique dans laquelle exerce le médecin a été intégrée à la base de données : il s'agit de l'indice de défavorisation. Ce quintile de défavorisation a été calculée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) selon une méthode préexistante (Rey et al. 2009) à partir de quatre indicateurs mesurés en 2013 : le revenu fiscal médian par unité de consommation, la part des diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée, la part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans et la part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans. La modalité « 1 » est affectée aux communes les moins défavorisées et la modalité « 5 » est affectée aux communes les plus défavorisées (cf. Annexe 1. p. 146).

L'analyse en composante principale (ACP) a été réalisée à partir des variables suivantes : Nombre d'indemnités journalières prescrites, Nombre de patients susceptibles de percevoir des indemnités journalières, Nombre de patients avec indemnités journalières, Nombre d'indemnités journalières prescrites par patient, Age du médecin, Indice de défavorisation de la commune d'exercice, Poids des médecins généralistes dans le bassin de vie, Part de patients en ALD, Part de patients de 50 à 64 ans.

2 Étudier la répartition des assurés en arrêt de travail

L'assurance maladie dispose de données administratives sur les assurés affiliés au régime général (sexe, âge, lieu de résidence...) mais également sur leur consommation de soins (nombre de consultations, d'actes, de séances de masso-kinésithérapie, de journées de travail indemnisées, de boîtes de médicaments...). Leur analyse permet de définir les contours de la population d'assurés en arrêt de travail, le type de risques pour lesquels ils sont indemnisés (maladie, accident du travail, maladie professionnelle...) mais aussi le nombre et la durée de ces arrêts. Toutefois, nous ne connaissons pas leur profession et la fonction exacte occupée.

2.1 Création de la base « assurés »

L'étude des données issues de la base informationnelle de la région Bretagne porte sur les assurés affiliés au régime général hors Section Locale Mutualiste. Afin d'étudier les caractéristiques des assurés en arrêts de travail, deux bases de données ont été créées. La première permet de réaliser une analyse des arrêts de travail terminés en 2017. La seconde permet de choisir un échantillon d'assurés en arrêt de travail ou récemment en arrêt pour l'enquête qualitative. Les arrêts de travail indemnisés au titre de la maternité ont été exclus des bases. En effet, étudier les congés maternité permettrait de poser la question des conciliations possibles avec le travail, de celles entre vie privée et vie professionnelle, d'interroger la couverture sociale dont bénéficient ces femmes, etc. Mais il s'agirait plutôt de mener une étude à part entière sur ce type d'arrêts de travail spécifiques en termes de suivi et de prise en charge médicale et administrative du fait de situations rarement corrélées à des pathologies. En définitive, la question de l'arrêt pour maternité devrait fait l'objet d'une analyse particulière pour bien discerner ces différents aspects et prendre en compte les apports théoriques de la sociologie du genre. Il est

13 <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2060>

cependant à noter que les arrêts pris par les femmes enceintes en dehors du congé maternité et du congé pathologique sont inclus dans notre étude.

La première base de données est composée de 335 655 arrêts de travail terminés en 2017. Elle concerne tous les arrêts de travail des assurés affiliés au régime général au 31 décembre 2017 à une CPAM bretonne et dont l'arrêt a pris fin avant le 1^{er} janvier 2018. Dans cette base, un assuré ayant eu plusieurs arrêts se terminant en 2017 apparaît plusieurs fois. Cette base de données permet à partir d'une analyse statistique de décrire les arrêts de travail en Bretagne à l'aide des critères socio-démographiques des assurés en arrêt de travail et des renseignements disponible sur celui-ci.

Ensuite, une analyse plus fine de la situation des assurés finistériens en arrêt de travail permet d'en établir les profils d'assurés. Cette analyse est réalisée sur une base d'arrêts de travail en cours pendant l'enquête afin d'échanger avec des assurés en arrêt au moment de l'entretien ou ayant repris peu de temps avant. Cette base réunit des données sur les assurés dont l'arrêt de travail est en cours au 1^{er} septembre 2018 (un seul arrêt par patient). Cette base contient 11 008 individus.

2.2 *Présentation de l'ACM*

Contrairement à la base de données portant sur les « médecins », à partir de laquelle nous avons réalisé une ACP du fait de la prépondérance des variables quantitatives, dans la base « assurés », nous réalisons une analyse en correspondances multiples (ACM) afin de pouvoir identifier des profils des assurés, puisque la majorité des variables est qualitative.

Tout comme pour les médecins, nous souhaitons réduire les données, synthétiser l'information contenue dans la base de données, visualiser les associations entre variables et/ou individus, établir un profil des assurés, identifier les individus qui se ressemblent¹⁴ ou qui présentent un profil similaire. Pour ce faire, nous avons recours à l'analyse factorielle en correspondances multiples¹⁵, méthode idéale lorsqu'on a à faire à des variables qualitatives¹⁶. Par ailleurs, en ACM les pourcentages d'inertie associés aux premiers axes sont plus souvent plus faibles que dans une ACP¹⁷.

Tableau 3. Principe de l'étude des individus assurés

Elle consiste à comprendre les ressemblances entre individus en considérant l'ensemble de variables identifiées. Autrement dit, on souhaite dresser une typologie des individus (les individus les plus proches ou les plus éloignés). On se pose la question de savoir s'il existe des groupes d'individus homogènes, qui se ressemblent. Plus concrètement, y a-t-il des groupes d'assurés qui ont des comportements similaires ou dissemblables ? Qui sont-ils ? Qu'est-ce qui les caractérise ?

Le principe est donc de comparer les individus sur la base de présence ou absence des modalités qu'ils ont ou pas en commun et d'en dégager certains profils.

14 Deux individus sont dits semblables lorsqu'ils présentent, les mêmes modalités, dans le cas contraire (peu de modalités en commun), ils sont différents.

15 Cette analyse permettra une visualisation de l'ensemble des associations entre les variables et leurs modalités ; création de variables synthétiques qui vont résumer les variables présentes.

16 Le jeu de données se présente comme un tableau qui croise les individus – en ligne – et leurs réponses à plusieurs variables qualitatives-en colonne.

17 En ACP, seules les liaisons linéaires sont étudiées. En général, en ACP, un seul axe ou deux peuvent représenter toutes les variables si ces dernières sont étroitement corrélées ; alors qu'en ACM on étudie des liaisons plus générales, d'où un nombre plus important de dimensions ((Kj, KL)-1) nécessaires pour représenter la liaison entre deux variables ayant respectivement Kj et KL modalités (Escofier et Pagès 2016). Il est donc souvent plus usuel d'interpréter plus de dimensions en ACM qu'en ACP, comme nous le verrons dans la suite des résultats.

2.3 *Présentation des variables mobilisées*

Pour chacun des arrêts de travail, des informations socio-démographiques du patient concerné par l'arrêt sont connues telles que l'âge, le sexe, l'enregistrement d'une Affection de Longue Durée (ALD), l'adresse postale ainsi que le code INSEE de la commune de résidence.

Pour répondre de manière fine à notre problématique, nous manquons de renseignements pour connaître avec précision ces populations. Nous ne pouvons par exemple pas connaître les catégories socio-professionnelles des assurés. Nous avons cependant accès au numéro de Siret (Système Informatique pour le Répertoire des Établissements) de l'entreprise employeuse, ce qui nous permet cependant de connaître son secteur d'activité. Le secteur d'activité du patient en arrêt est issu du code APE (Activité Principale Exercée) de la Nomenclature d'activité française (NAF) défini par l'Insee. La base nationale SIRENE permet de rattacher un numéro de Siret au code APE. À partir du code APE, un regroupement par section est réalisé. Au total, 21 sections sont recensées. Afin de réduire le nombre de secteur d'activité, un second regroupement en 9 modalités a été réalisé (cf. annexe 4 p.149). L'Assurance maladie dispose du numéro de Siret de l'entreprise pour 95 % des arrêts terminés en 2017. Pour les 5 % d'arrêts restants, le numéro de Siret est soit inconnu soit mal renseigné. Dans ces deux situations, il n'a pas été possible de rattacher de code NAF au numéro de Siret.

Des renseignements détaillés concernant l'arrêt de travail sont également disponibles : la date de prescription, le médecin prescripteur ainsi que sa spécialité médicale, la date de début et la date de fin de l'arrêt, la nature de l'arrêt (Maladie, Accident du travail, Maladie Professionnelle, Accident de trajet, Maternité) et sa durée.

La durée de l'arrêt de travail est calculée après reconstitution de l'arrêt à partir des périodes d'indemnisation c'est-à-dire que lorsque plusieurs périodes d'indemnisation se succèdent, celles-ci ont été mises bout à bout afin de ne considérer qu'un seul et même arrêt. Cette durée est présentée dans l'étude en nombre de jours indemnisés. Par ailleurs, si un patient a deux arrêts consécutifs séparés de quatre jours alors deux arrêts sont comptés. De plus, si un patient a deux arrêts consécutifs en lien avec deux natures d'assurances différentes (maladie et risque professionnel) alors deux arrêts sont comptés.

Synthèse : méthodes statistiques

Le volet statistique de l'enquête repose sur l'exploitation des données de l'Assurance maladie issues des bases de données locales des CPAM (ERASME) et du Système National d'Information Inter Régime de l'Assurance Maladie (SNIIRAM). Les données issues de la base informationnelle de la région Bretagne (ERASME), concernent les médecins bretons conventionnés enregistrés au FNPS, les assurés affiliés au régime général (hors MSA, RSI et fonction publique) des quatre CPAM bretonnes et contiennent les remboursements réalisés quotidiennement par elles. Les indicateurs relatifs à l'activité et à la prescription des médecins ainsi que les indicateurs relatifs au remboursement présentés dans cette étude sont calculés à partir des données de remboursements (par exemple les indemnités journalières) de l'année 2017.

Cette étude porte sur les médecins généralistes et spécialistes libéraux actifs au 31 décembre 2017 et exerçant en Bretagne (5 252 médecins libéraux dont 3 031 médecins généralistes). La base médecin, composée d'autant de lignes que de médecins libéraux, est enrichie à partir d'indicateurs socio-démographiques et d'indicateurs relatifs à l'activité. Dans un premier temps, une analyse descriptive des données régionales est réalisée afin de mieux connaître la population des médecins prescripteurs d'arrêts de travail en Bretagne. Ensuite, en vue de sélectionner un échantillon de

médecins pour les entretiens semi-directifs menés dans le Finistère, une typologie est réalisée à partir des données des médecins exerçant dans le département. Une analyse en composante principale suivie d'une classification ascendante hiérarchique permettent de constituer trois groupes de médecins.

L'ACP permet l'analyse et la visualisation de données contenant des individus et des variables quantitatives. L'objectif est d'évaluer pour les individus, leur ressemblance. Deux individus se ressemblent d'autant plus qu'ils possèdent des valeurs proches pour l'ensemble des variables, nous évaluons les liaisons des variables entre elles. L'ACP a été réalisée à partir d'une base de données concernant les médecins « prescripteurs » d'arrêts de travail (qui a prescrit des indemnités journalières à au moins dix patients dans l'année) dans le seul département du Finistère soit 974 médecins. La base contient, pour chaque médecin, des critères socio-démographiques tels que l'âge, le sexe, la spécialité médicale, l'adresse du cabinet d'exercice. Les données de remboursement permettent par ailleurs de définir des indicateurs reflétant l'activité des médecins. La représentation par secteur géographique permet d'identifier les spécificités territoriales des prescripteurs d'arrêts de travail. L'échelle géographique retenue pour la réalisation des cartes est le bassin de vie car c'est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

L'assurance maladie dispose de données administratives sur les assurés affiliés (sexe, âge, lieu de résidence) mais également sur leur consommation de soins (dont les journées de travail indemnisées). Leur analyse permet de définir les contours de la population d'assurés en arrêt de travail, le type de risques pour lesquels ils sont indemnisés (maladie, accident du travail, maladie professionnelle, accidents de trajet) mais aussi le nombre et la durée de ces arrêts.

Deux bases de données ont été créées. La première est composée de 335 655 arrêts de travail terminés en 2017. Elle concerne tous les arrêts de travail des assurés affiliés au régime général au 31 décembre 2017 à une CPAM bretonne et dont l'arrêt a pris fin avant le 1^{er} janvier 2018. Dans cette base, un assuré ayant eu plusieurs arrêts se terminant en 2017 apparaît plusieurs fois. La durée de l'arrêt de travail est calculée après reconstitution de l'arrêt à partir des périodes d'indemnisation c'est-à-dire que lorsque plusieurs périodes d'indemnisation se succèdent, celles-ci ont été mises bout à bout afin de ne considérer qu'un seul et même arrêt. Cette durée est présentée dans l'étude en nombre de jours indemnisés. À partir d'une analyse statistique, le traitement de la base permet de décrire les arrêts de travail en Bretagne à l'aide des critères socio-démographiques des assurés en arrêt de travail et des renseignements disponible sur celui-ci. Ensuite, une analyse plus fine de la situation des assurés finistériens en arrêt de travail permet d'en établir les profils d'assurés. Cette analyse est réalisée sur une base d'arrêts de travail en cours pendant l'enquête afin d'échanger avec des assurés en arrêt au moment de l'entretien ou ayant repris peu de temps avant. Cette base réunit des données sur les assurés dont l'arrêt de travail est en cours au 1^{er} septembre 2018 (un seul arrêt par patient), elle contient 11 008 individus.

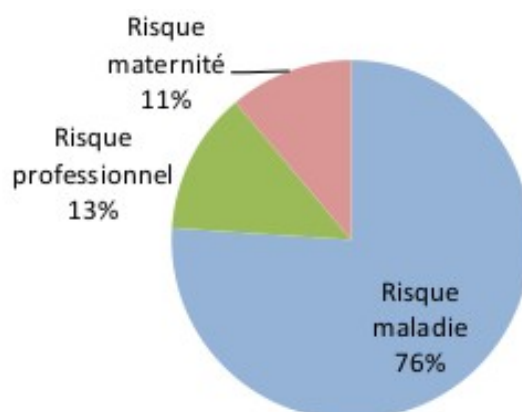
À partir de la base « assurés », nous réalisons une ACM afin de pouvoir identifier des profils des assurés, puisque la majorité des variables est qualitative. Pour chacun des arrêts de travail, des informations socio-démographiques du patient concerné par l'arrêt sont connues telles que l'âge, le sexe, l'enregistrement d'une ALD, l'adresse postale, le code INSEE de la commune de résidence ainsi que le numéro de SIRET de l'entreprise employeuse. Des renseignements détaillés concernant l'arrêt de travail sont également disponibles : la date de prescription, le médecin prescripteur ainsi que sa spécialité médicale, la date de début et la date de fin de l'arrêt, la nature de l'arrêt et sa durée.

L'arrêt de travail, révélateur des conditions sociales et économiques

Les résultats présentés ici portent essentiellement sur les arrêts de travail indemnisés au titre de la maladie et du risque professionnel. Les risques « professionnels » comprennent les accidents du travail, maladies professionnelles et accidents de trajets dont l'origine professionnelle a été reconnue. Dans le régime général, ces risques sont pris en charge par la branche « Accident du travail-Maladie professionnelle » (AT-MP) de la Sécurité sociale et intégralement financés par des cotisations patronales, contrairement aux autres « risques » (arrêts maladie et congés maternité). Les arrêts indemnisés au titre de la maternité, dont la durée est identique pour toutes les assurées, ont été exclus.

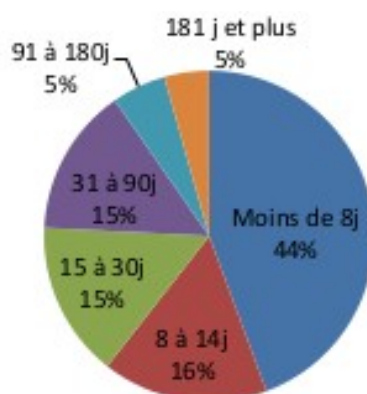
En Bretagne, 76 % des arrêts sont indemnisés au titre de la maladie, 13 % au titre du risque professionnel et 11 % au titre de la maternité. Ces proportions sont quasiment identiques pour les quatre départements bretons. En effet sont pris en charge au titre du « risque maladie » les arrêts de travail concernant la grande majorité des pathologies mais également les arrêts de travail dont l'origine professionnelle de la pathologie n'est pas reconnue comme telle ainsi que les arrêts de travail de femmes enceintes qui ne sont pas encore ou plus en congés maternité ou « pathologiques ».

Graphique 3. Répartition des arrêts de travail selon le « risque » en Bretagne en 2017

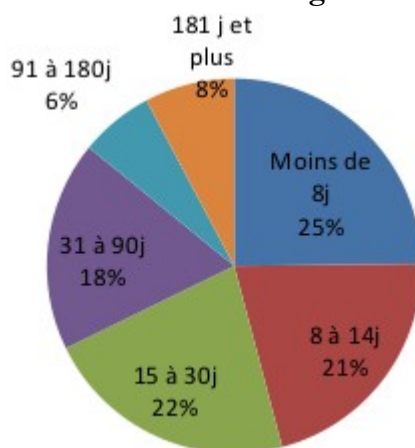


En Bretagne en 2017, une majorité des arrêts de travail durent une semaine maximum, 44 % des arrêts maladie durent moins de 8 jours et un quart des arrêts de travail pour des pathologies dont l'origine professionnelle a été reconnue ont cette durée. Plus généralement, 90 % des arrêts maladie et 86 % des arrêts pour « risque professionnel » durent moins de trois mois. Nous pouvons par ailleurs noter que lorsque l'origine professionnelle de la pathologie a été reconnue, l'arrêt de travail dure plus longtemps.

Graphique 4. Répartition du nombre d'arrêts maladie selon leur durée en Bretagne en 2017



Graphique 5. Répartition du nombre d'arrêts de travail pour « risque professionnel » selon leur durée en Bretagne en 2017



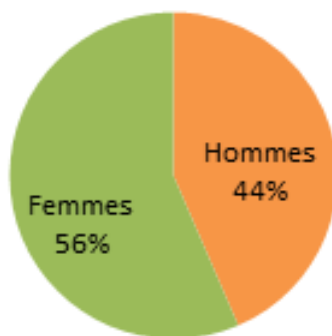
Comparer les arrêts de travail selon le type de « risque » permet de se rendre compte que ceux-ci ne concernent pas les mêmes populations de salariés en arrêt de travail.

1 Davantage d'arrêts de travail dans les zones d'emploi défavorisées

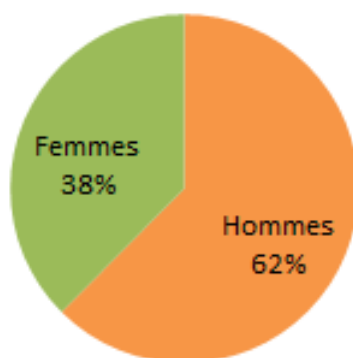
1.1 Les populations concernées

D'une manière générale, les arrêts maladie concernent majoritairement des femmes alors que les arrêts pour risque professionnel concernent davantage les hommes. En Bretagne, en 2017, 56 % des arrêts de travail pour « maladie » sont pris par des femmes et 44 % par des hommes alors que ceux-ci prennent 62 % des arrêts de travail pour des pathologies professionnelles face à 38 % de femmes.

Graphique 6. Répartition du nombre d'arrêts maladie selon le sexe de l'assuré en Bretagne en 2017

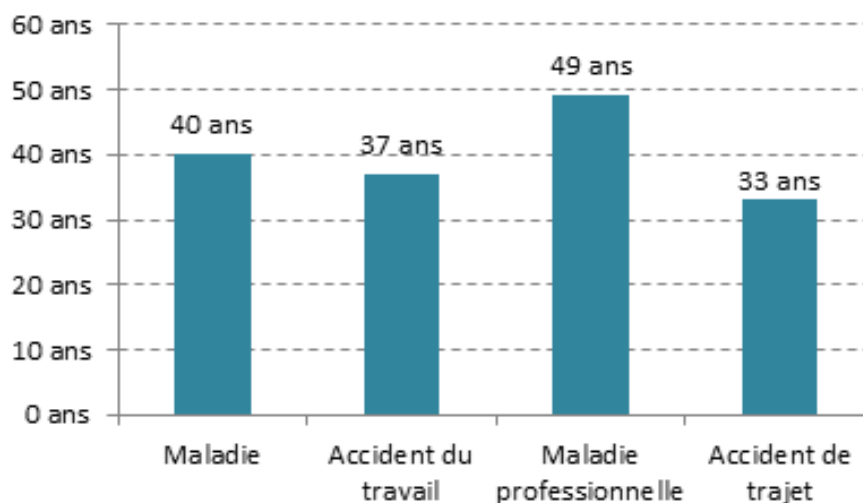


Graphique 7. Répartition du nombre d'arrêts de travail « professionnels » selon le sexe de l'assuré en Bretagne en 2017



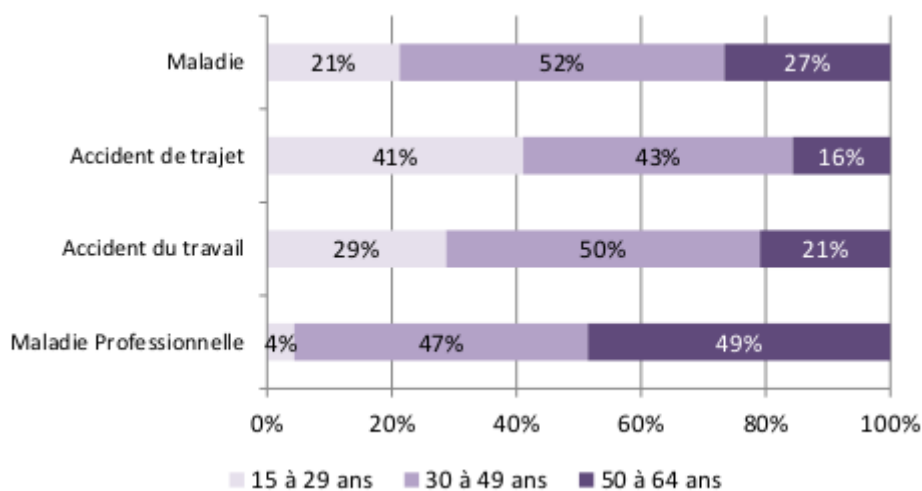
La répartition des arrêts de travail varie également selon l'âge des personnes concernées. Les actifs les plus jeunes sont relativement épargnés. En Bretagne en 2017, la moitié des assurés dont l'arrêt est en lien avec un arrêt maladie ont 40 ans ou plus. Les disparités sont plus importantes concernant les risques professionnels. L'âge médian des personnes en arrêt de travail est de 33 ans pour un accident de trajet, de 37 ans pour un accident du travail et de 49 ans pour les patients dont l'arrêt est en lien avec une maladie professionnelle.

Graphique 8. Age médian des assurés bretons selon le type de « risque » en 2017



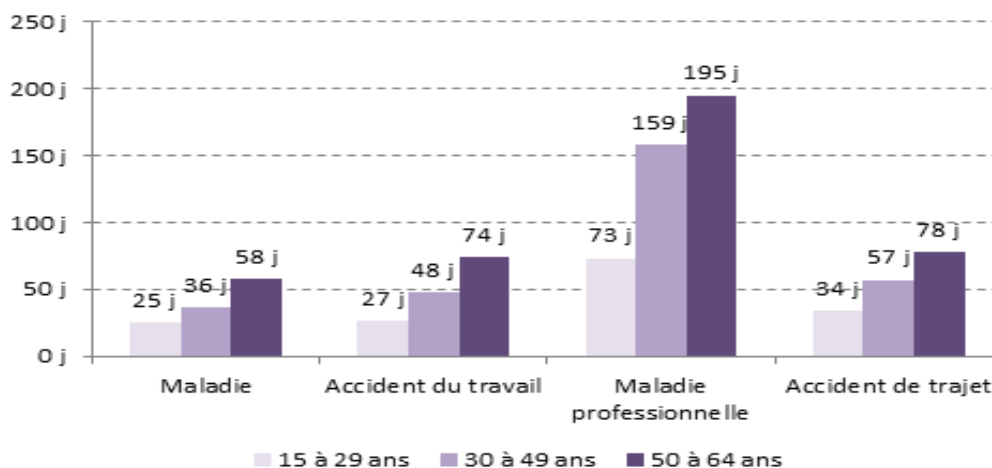
En Bretagne, en 2017, plus de la moitié des arrêts de travail concernent des assurés âgés de 30 à 49 ans (52 %), les résultats sont similaires en ce qui concerne le seul « risque maladie » (pour lequel la répartition par tranches d'âges est quasiment identique à l'ensemble des « risques »). Mais près de la moitié des arrêts pour maladie professionnelle concernent des assurés plus âgés qui ont de 50 à 64 ans. Contrairement aux autres risques où la proportion des 50-64 ans est inférieure à 30 %¹⁸. En effet, les maladies professionnelles sont les conséquences de l'usure des corps des salariés, due à des années de travail dans des conditions éprouvantes.

Graphique 9. Répartition du nombre d'arrêts de travail selon l'âge de l'assuré en Bretagne en 2017



Mais notons également que la durée moyenne de l'arrêt de travail augmente avec l'âge. Par exemple, en Bretagne en 2017, les assurés arrêtés pour un accident du travail qui ont de 15 à 29 ans sont arrêtés en moyenne 27 jours contre 74 jours pour ceux ayant entre 50 et 64 ans. Ces écarts sont encore plus importants en cas de maladie professionnelle car pour les assurés les plus âgés les arrêts pour ce type de « risque » sont beaucoup plus longs. Ainsi les personnes en arrêt dont la maladie professionnelle a été reconnue qui ont de 15 à 29 ans sont arrêtés en moyenne 73 jours contre 159 jours pour les 30-49 ans et 195 jours pour ceux ayant entre 50 et 64 ans. L'analyse de la durée selon l'âge du patient (analyse de variance à un facteur – cf. Tests statistiques, p. 152) permet de mettre en évidence que la durée de l'arrêt est liée à l'âge ($p < 0,001$) et de confirmer que les patients les plus âgés (50 à 64 ans) ont les arrêts les plus longs.

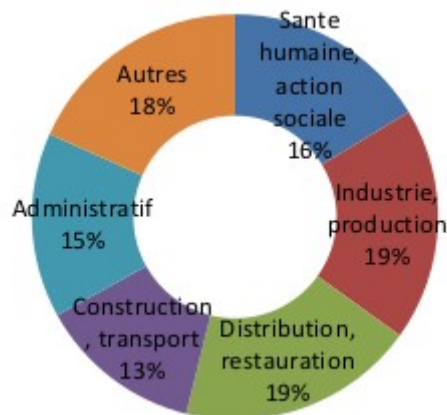
Graphique 10. Durée moyenne de l'arrêt de travail selon l'âge de l'assuré en Bretagne en 2017



18 Ces constats sont similaires pour l'ensemble des départements bretons en 2017.

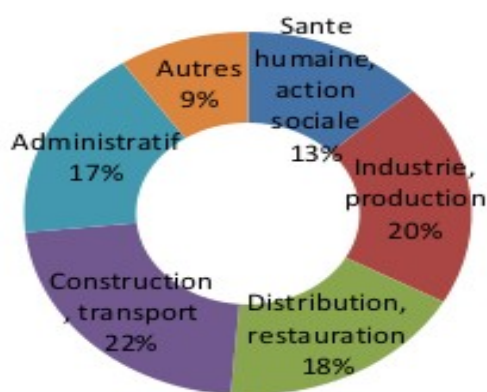
Le nombre et la durée des arrêts de travail varie également selon le secteur d'activité des entreprises dans lesquelles sont employés les assurés. En Bretagne en 2017, les secteurs d'activités les plus pourvoyeurs d'arrêts de travail sont « industrie, production », « distribution, restauration », « construction, transport », « administratif » et « santé humaine et action sociale » qui représentent 91 % des arrêts de travail pour le risque professionnel et 82 % des arrêts pour le risque maladie¹⁹.

Graphique 11. Nombre d'arrêts maladie selon le secteur d'activité en Bretagne en 2017



Les secteurs d'activité où le volume d'arrêts maladie est le plus important sont les secteurs de l'« industrie, production » et de la « distribution, restauration ». Mais le secteur le plus pourvoyeur d'arrêts de travail dont l'origine professionnelle de la pathologie a été reconnue est celui de la « construction, transport » qui représente 22 % de ces arrêts puis le secteur « industrie, Production » qui en représente 20 %. Il est fort probable que ces arrêts de travail soient dus à des pathologies en lien avec des troubles musculo-squelettiques.

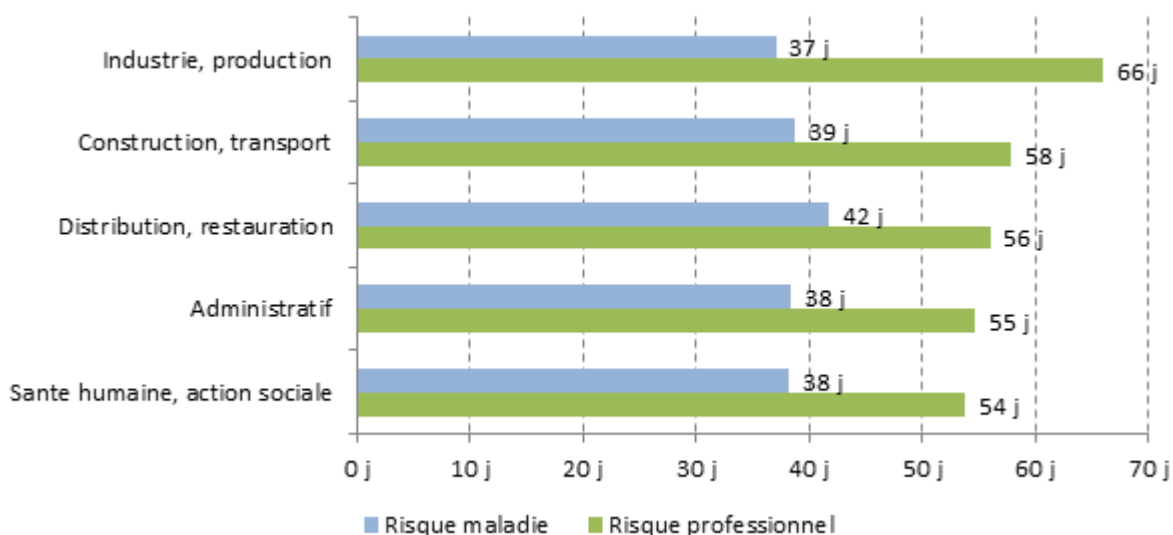
Graphique 12. Nombre d'arrêts de travail d'origine professionnelle selon le secteur d'activité en Bretagne en 2017



Comme nous l'avons vu précédemment, les arrêts de travail dont l'origine professionnelle a été reconnue durent plus longtemps que les arrêts maladie et ce quel que soit le secteur d'activité. Cependant la durée moyenne de l'arrêt de travail varie selon le secteur d'activité. Elle est la plus longue dans le secteur « industrie, production » qui connaît également l'écart le plus important de durée entre les arrêts maladie qui en 2017 durent en moyenne 37 jours alors que les arrêts de travail pour risque professionnel durent en moyenne 66 jours. Les activités qui relèvent davantage du secteur tertiaire (administratif et santé humaine, action sociale) connaissent quant à elles des écarts un tout petit peu plus faibles.

¹⁹ La modalité « autres » contient les secteurs d'activités « non connue », « finance, assurance, immobilier », « enseignement, activité scientifique », « information, communication et spectacle ».

Graphique 13. Durée moyenne de l'arrêt de travail selon le secteur d'activité en Bretagne en 2017



1.2 *Davantage d'arrêts de travail en Ille-et-Vilaine*

Selon le « diagnostic santé travail » de l'ORS (Pennognon 2012), la Bretagne est la 7^e région française la plus peuplée (3,2 millions habitants) en 2010. Cette population se concentre principalement le long du littoral et sur le bassin rennais. Le recours à l'arrêt de travail étant essentiellement le fait d'une population active occupée, notons que le taux d'emploi de la région est supérieur à la moyenne nationale. C'est notamment dû au taux d'activité des femmes bretonnes (de 61,3 % contre 59,9 % en France en 2009). Cependant, si le taux d'emploi des 25-54 ans est supérieur au taux français, la situation s'inverse pour les seniors (55-64 ans). De plus, le taux de chômage de la région est inférieur à la moyenne nationale depuis 1999. Il s'agit de la région française la moins touchée par le chômage juste après les Pays de la Loire.

En 2009, la Bretagne connaît des proportions d'ouvriers (25,3 %) et d'agriculteurs (3,3 %) supérieures à celles observées au niveau national (respectivement 22,4 % et 1,8 %). À l'inverse, les cadres, professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires y sont un peu moins représentées qu'en France. 72,4 % des emplois appartiennent au secteur tertiaire en Bretagne contre 76,3 % en France métropolitaine. Par ailleurs, l'agriculture, les industries agroalimentaires et la pêche y sont proportionnellement plus présentes que dans le reste du pays (5,2 % contre 2,9 % en France métropolitaine)²⁰.

En 2017, près de 246 000 assurés bretons affiliés au régime général ont perçu des indemnités journalières au titre des risques maladie et professionnel. Le nombre d'arrêts indemnisés²¹ s'élèvent à un peu moins de 336 000 ce qui correspond à 1,4 arrêts par assuré.

20 En 2014, dans un contexte économique difficile, le secteur tertiaire est le seul à créer des emplois dans le département du Finistère. Comme dans tous les départements bretons, l'agroalimentaire y domine l'emploi industriel (Cazenave 2017).

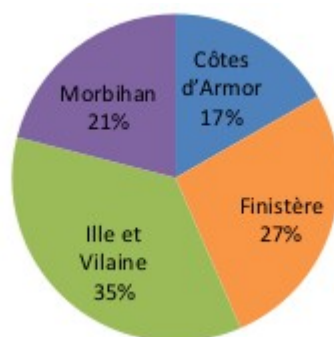
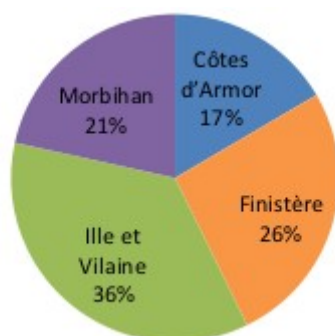
21 Pour rappel, les arrêts de travail ont été reconstitués à partir des périodes d'indemnisation c'est-à-dire que lorsque plusieurs périodes d'indemnisation se succèdent, celles-ci ont été mises bout à bout afin de ne considérer qu'un seul et même arrêt.

Tableau 4. Nombre d'arrêts de travail et d'assurés selon le département en Bretagne en 2017

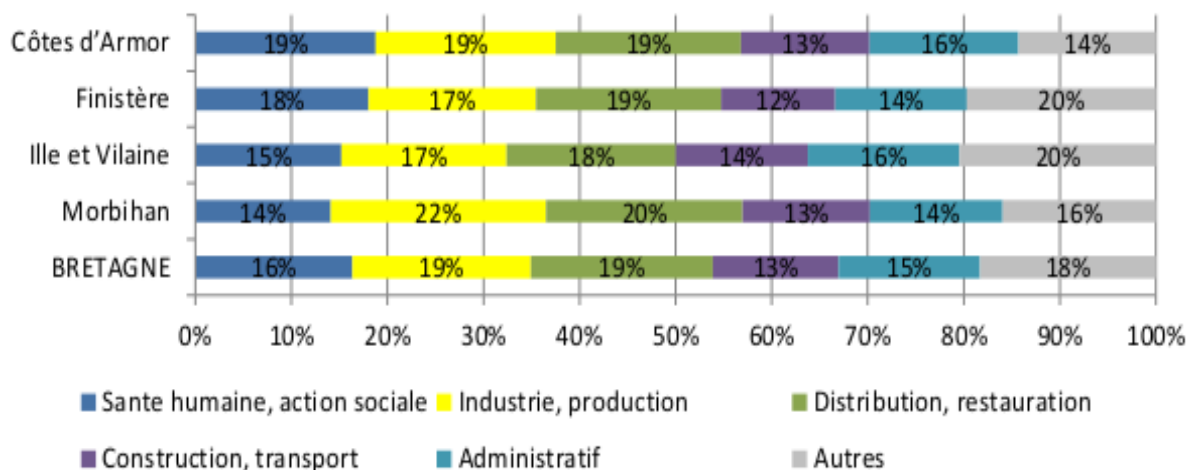
Département	Nombre d'arrêts de travail terminés en 2017	Nombre d'assurés ayant un arrêt de travail terminé en 2017
Côtes d'Armor	56 211	41 283
Finistère	91 008	66 850
Ille-et-Vilaine	117 941	85 289
Morbihan	70 495	53 101
Bretagne	335 655	246 523

Note : les arrêts de travail pris lors des congés maternités sont exclus du champ de l'étude.

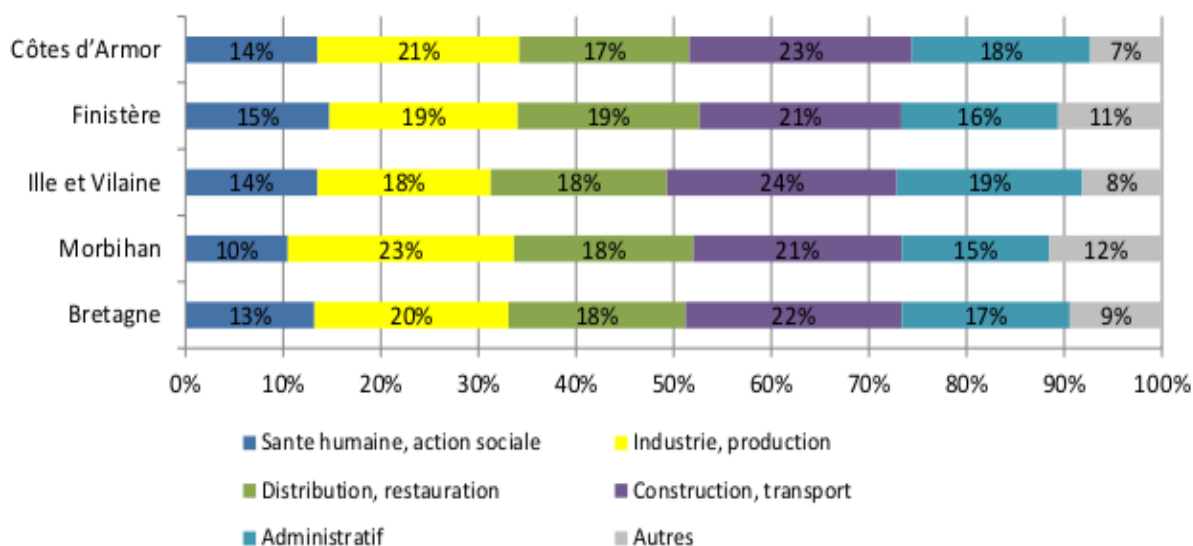
L'Ille-et-Vilaine est le département où le nombre d'arrêts de travail et le nombre d'assurés en arrêt sont les plus élevés. 35 % des arrêts de travail indemnisés en 2017 en Bretagne l'ont été en Ille-et-Vilaine puis 27 % d'entre eux l'ont été dans le Finistère. La répartition départementale du nombre d'assurés bretons en arrêts cette année-là est par ailleurs strictement identique. L'Ille-et-Vilaine est par ailleurs le département où la population active (âgée de 15 à 64 ans) qui est celle susceptible de percevoir des indemnités journalières, est la plus importante.

Graphique 14. Répartition du nombre d'arrêts en Bretagne en 2017**Graphique 15. Répartition du nombre d'assurés susceptibles de percevoir des indemnités journalières en Bretagne en 2017**

La répartition du nombre d'arrêts de travail par secteur d'activité varie selon les départements. Par exemple dans le Finistère les secteurs « distribution, restauration » et « santé humaine, action sociale » sont les plus pourvoyeurs d'arrêts de travail (respectivement 19 % et 18 %) alors que dans l'ensemble de la Bretagne il s'agit « distribution, restauration » et « industrie, production » (19 % chacun), secteurs les plus pourvoyeurs également dans le Morbihan (respectivement 20 % et 22 %).

Graphique 16. Répartition des arrêts maladie par secteur d'activité en Bretagne en 2017

Concernant le risque professionnel, dans tous les départements bretons les arrêts de travail des salariés travaillant dans le secteur « construction, transport » sont proportionnellement plus importants (22 % des arrêts de travail au niveau régional) par rapport au « risque maladie ». À l'inverse les pathologies des assurés en arrêts de travail dans le secteur « santé humaine, action sociale » sont moins reconnues comme étant d'origine professionnelle et ce quel que soit le département (13 % des arrêts de travail au niveau régional).

Graphique 17. Répartition des arrêts de travail d'origine professionnelle en Bretagne en 2017

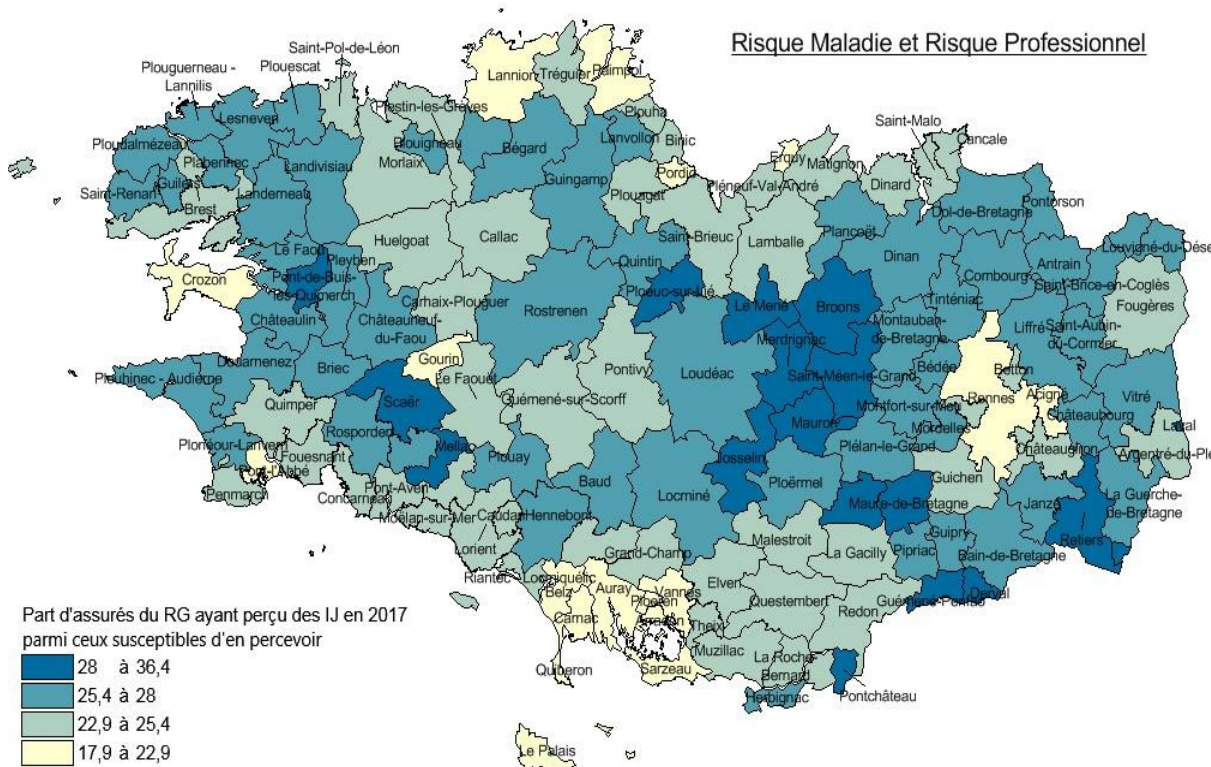
1.3 Plus d'arrêts de travail dans les zones défavorisées

Les cartes présentées ci-après représentent par bassin de vie de résidence de l'assuré, la part d'assurés ayant perçu des indemnités journalières en 2017 parmi les assurés susceptibles d'en percevoir en tant qu'actifs de 15 à 64 ans. La part d'assurés ayant reçu des indemnités journalières varie de 17,9 % à 36,4 % selon le bassin de vie. Les taux les plus faibles apparaissent notamment sur le bassin de vie Rennais et d'Acigné pour l'Ille-et-Vilaine, les secteurs du golfe du Morbihan et de la presqu'île de Quiberon pour le Morbihan, les secteurs côtiers tels que Lannion, Paimpol, Pordic et Erquy pour les côtes d'Armor et les bassins de vie de Crozon, Pont l'Abbé et Guorin pour le Finistère. À l'inverse les taux les plus élevés sont plutôt concentrés sur une diagonale qui

va du bassin de vie de Josselin au bassin de vie de Broons en passant par Mauron, Saint Méen le Grand et Le Mené. Quelques secteurs du Finistère comme Pont de Buis, Scaër et Mellac ont également une part de patient en arrêt plus élevée tout comme les bassins de vie de Retiers, Guemené Penfao et Derval pour l'Ille-et-Vilaine et Pont Château pour le Morbihan.

En comparant ces données avec la cartographie des communes bretonnes réparties selon leur indice de défavorisation (cf. Carte 4. p. 37) nous remarquons des similitudes. Les zones les moins défavorisées, généralement situées le long du littoral et près des métropoles, sont celles où les assurés reçoivent moins d'indemnités journalières, autrement dit sont moins en arrêt maladie. À l'inverse, les communes les plus défavorisées se trouvent au centre de la région, plus rural. Ce sont également dans ces zones que la part d'assurés ayant reçue des indemnités journalières est la plus importante.

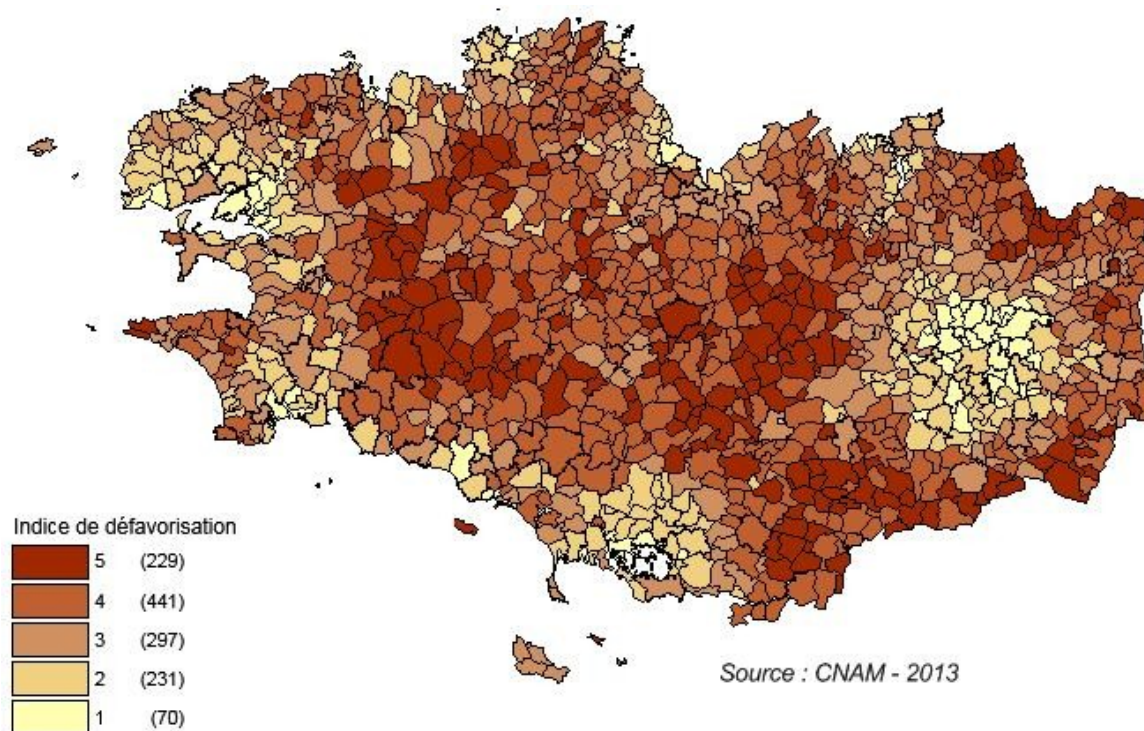
Carte 3. Part d'assurés du régime général ayant perçu des indemnités journalières parmi ceux susceptible d'en recevoir en 2017 en Bretagne



Données standardisées sur l'âge, le sexe et l'ALD

Source : Base informationnelle de l'assurance maladie
MapInfo : Classification par la méthode de l'écart type

Carte 4. Indices de défavorisation des communes bretonnes en 2013

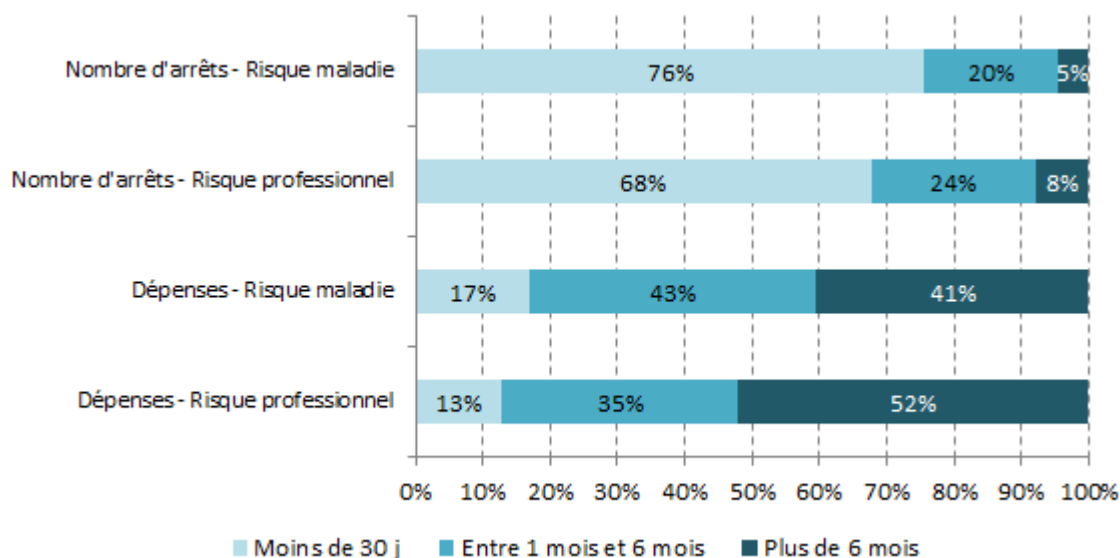


2 Des arrêts plus longs en cas de risque professionnel

2.1 Les spécificités des risques professionnels

Les arrêts de moins de 30 jours représentent 76 % des arrêts maladie et pèsent 17 % des versements d'indemnités journalières alors que les arrêts de plus de 6 mois représentent 5 % du volume des arrêts maladie et 41 % du montant. L'écart est encore plus important si l'origine professionnelle de l'arrêt de travail a été reconnue, les arrêts de travail de plus de 6 mois représentent 8 % du volume des arrêts et 52 % du montant. Pour rappel pour ce type de risques, les arrêts de travail sont plus longs et davantage d'indemnités journalières sont versées.

Graphique 18. Répartition du nombre et des dépenses d'arrêts de travail selon leur durée en Bretagne en 2017



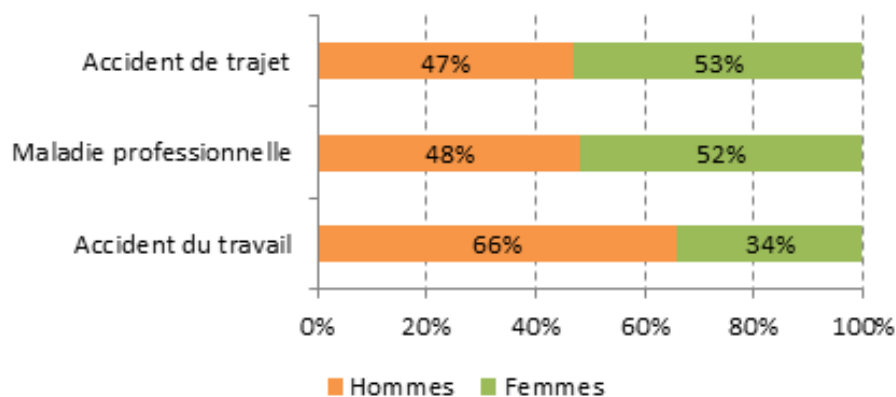
Note : Le versement correspond au montant total de l'arrêt terminé en 2017 (y compris les montants versés avant le 1^{er} janvier 2017 si l'arrêt a démarré avant).

En Bretagne en 2017, les accidents de travail représentent 82 % du volume des arrêts de travail d'origine professionnelle alors que les maladies professionnelles en représentent 10 % et les accidents de trajet 8 %.

Graphique 19. Répartition des arrêts de travail d'origine professionnelle selon le type de risque en Bretagne en 2017

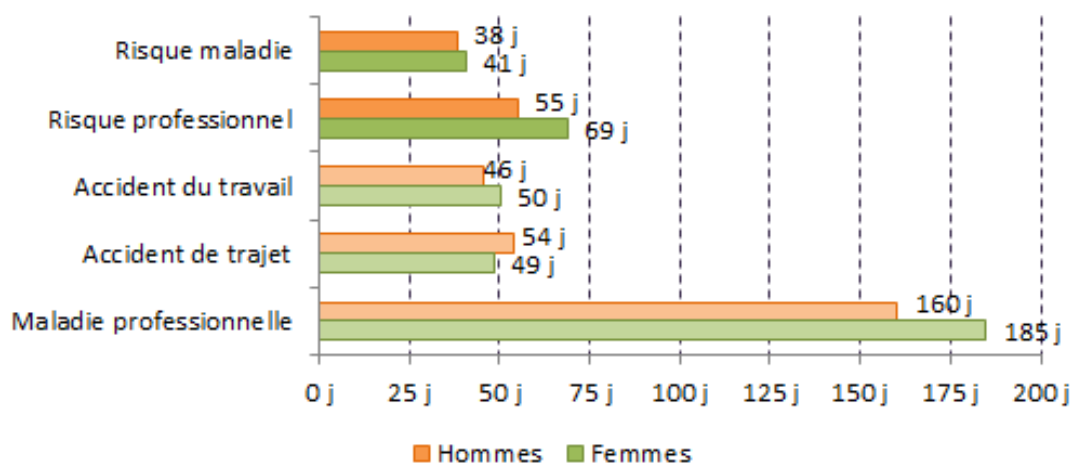


Graphique 20. Répartition du nombre d'arrêts de travail d'origine professionnelle selon le sexe des assurés en Bretagne en 2017



En Bretagne en 2017, les hommes sont davantage en arrêt de travail pour accident du travail que les femmes, 66 % de ces arrêts sont pris par des hommes. Les femmes sont quant à elles légèrement plus représentées sur les arrêts pour maladie professionnelle (52 %) ou en lien avec un accident de trajet (53 %). Les arrêts de travail des femmes durent en moyenne plus longtemps que ceux des hommes sauf lorsque l'arrêt est en lien avec un accident de trajet. Ainsi en Bretagne en 2017, les femmes dont la pathologie était reconnue en maladie professionnelle étaient en moyenne arrêtées 25 jours de plus que les hommes.

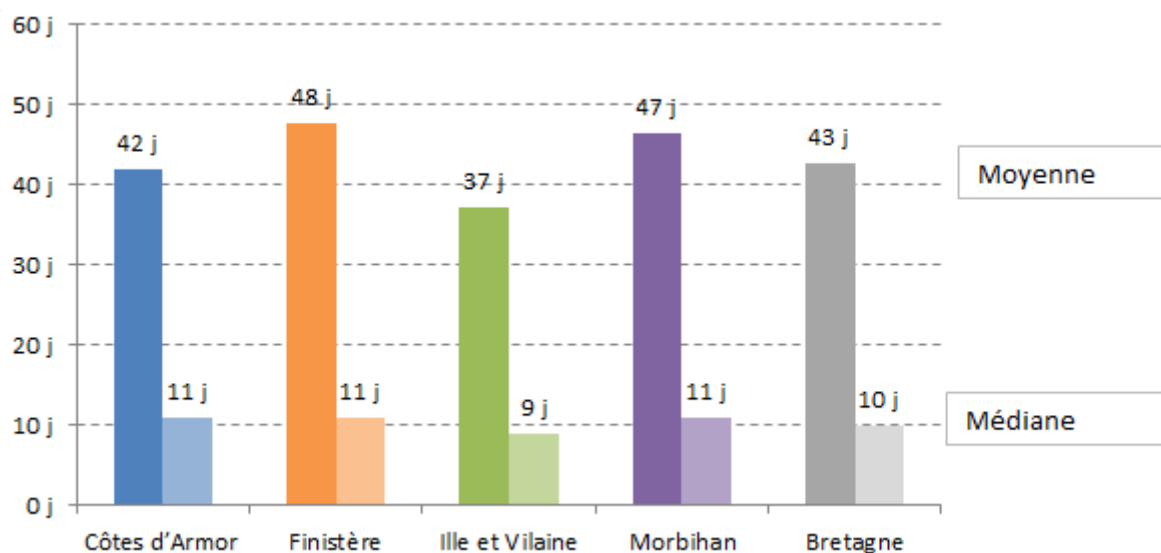
Graphique 21. Durée moyenne des arrêts par sexe et par risque en Bretagne en 2017



2.2 Des arrêts de travail plus longs dans le Finistère corrélés à un risque professionnel accru

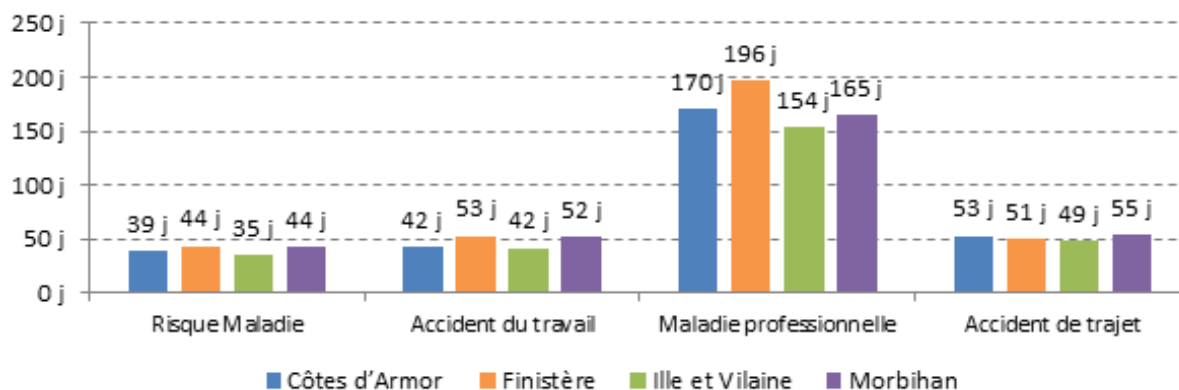
Dans le Finistère les arrêts de travail sont plus longs que dans les autres départements bretons. En 2017 ceux-ci durent en moyenne 48 jours dans ce département et 43 jours dans l'ensemble de la région. À l'inverse c'est en Ille-et-Vilaine que les arrêts de travail sont les plus courts, ils durent 37 jours en moyenne, soit près de 11 jours d'écart avec le Finistère. La médiane est quant à elle assez proche d'un département à l'autre puisque celle-ci varie de 9 jours en Ille-et-Vilaine à 11 jours dans les trois autres départements.

Graphique 22. Durée moyenne et médiane des arrêts de travail en Bretagne en 2017



Nous l'avons vu, les arrêts de travail pour lesquels l'origine professionnelle de la pathologie a été reconnue sont plus longs que les arrêts maladie. Il existe cependant des disparités départementales. En 2017, la durée moyenne d'un arrêt maladie est de 35 jours en Ille-et-Vilaine et de 44 jours dans le Finistère et les Côtes-d'Armor soit 9 jours de plus dans ces deux derniers départements. L'écart est encore plus important quand l'origine professionnelle de la pathologie est reconnue puisque la même année la durée moyenne des arrêts de travail est de 70 jours dans le Finistère et de 52 jours en Ille-et-Vilaine soit 18 jours de différence. Une analyse de variance permet de vérifier que la durée de l'arrêt varie selon le risque ($P < 0,001$ – cf. Tests statistiques, p. 152) et confirme que les durées d'arrêts sont plus élevées en maladie professionnelle.

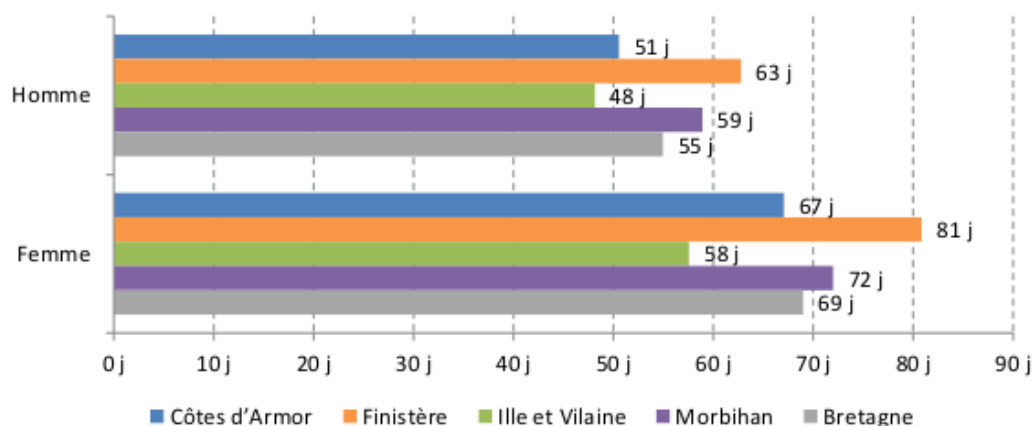
Graphique 23. Durée moyenne des arrêts de travail selon le type de risque en Bretagne en 2017



Si la durée des arrêts de travail est homogène entre les départements bretons pour les accidents de trajet, c'est en cas de maladie professionnelle que les disparités départementales sont les plus importantes. Ainsi en 2017, en cas de maladie professionnelle, les arrêts de travail durent 23 jours de plus dans le Finistère que dans l'ensemble de la Bretagne et 19 jours de moins en Ille-et-Vilaine, soit un écart de 34 jours.

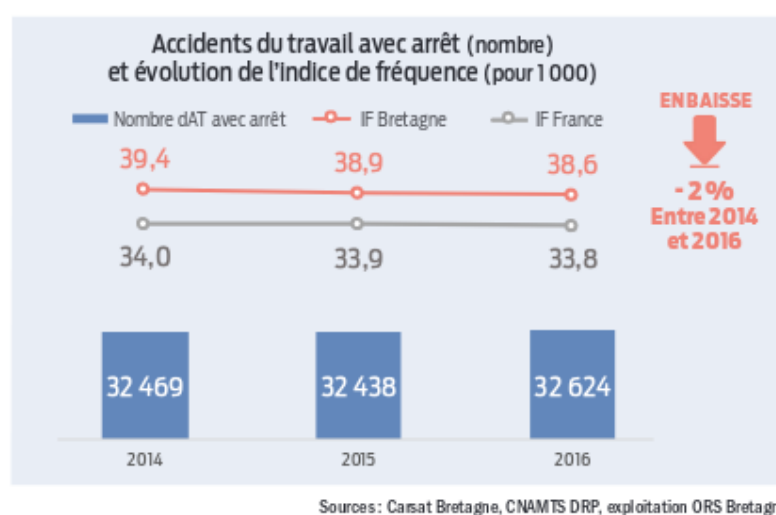
Si quelques disparités existent selon les départements, les femmes et les hommes bretons ont des arrêts maladie d'une durée moyenne à peu près équivalentes. Cette durée varie de 34 jours en Ille-et-Vilaine à 42 jours dans le Finistère et le Morbihan chez les hommes à 36 jours en Ille-et-Vilaine à 45 jours dans le Finistère et le Morbihan chez les femmes. Par contre, les différences de durée moyenne d'arrêt de travail sont plus marquées lorsque l'origine professionnelle de celui-ci est reconnue. En 2017, la durée de l'arrêt de travail est alors de 63 jours dans le Finistère contre 48 jours en Ille-et-Vilaine pour les hommes et de 81 jours dans le Finistère contre 58 jours en Ille-et-Vilaine pour les femmes.

Graphique 24. Durée moyenne de l'arrêt de travail d'origine professionnelle selon le sexe et le département de l'assuré en 2017



La région Bretagne en général et le département du Finistère en particulier connaissent une situation dégradée en termes de risques professionnels. Les taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles, problèmes qui provoquent des arrêts de travail plus longs que ceux pour maladie, y sont plus élevés que nationalement. En 2016, les salariés bretons du régime général ont été victimes de plus de 32 600 accidents du travail avec arrêt de travail. Leur fréquence est supérieure cette année-là de 14 % à celle observée en France. En effet, l'« indice de fréquence [y est] de 38,6 accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés bretons du régime général contre 33,8 en France »²². Notons qu'en 2012 dans le Finistère, les indices de fréquence sont nettement supérieurs à la moyenne régionale (Bédague, Pennognon, et Gaudel 2014) (cf. Annexe 3. p. 148).

Graphique 25. Nombre d'accidents du travail avec arrêt et indices de fréquence en Bretagne de 2014 à 2016

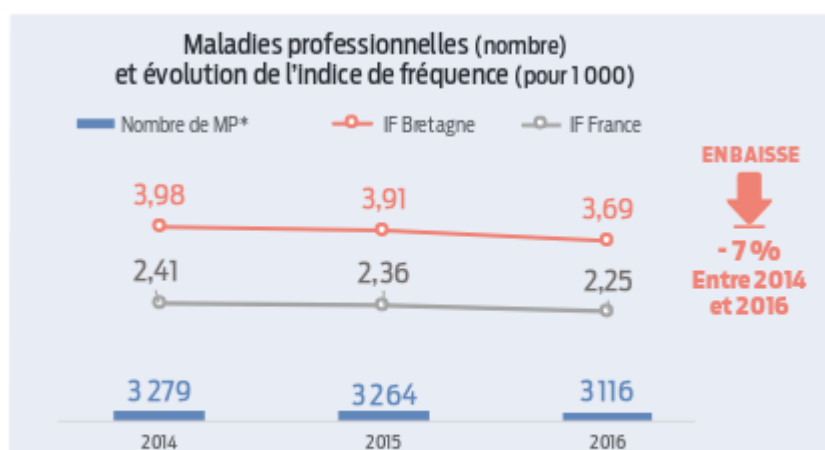


Par ailleurs, la fréquence des maladies professionnelles indemnisées en Bretagne (près de 3 110) est, en 2016, supérieure de 64 % à celle observée en France. « La Bretagne affiche un indice de fréquence de 3,7 maladies professionnelles pour 1 000 salariés bretons du régime général contre 2,2 en France »²³. Notons qu'en 2012, « les Côtes d'Armor et le Finistère affichent une situation défavorable avec des indices de fréquence supérieurs de 30 % à la moyenne régionale et de plus du double de la moyenne nationale » (Bédague, Pennognon, et Gaudel 2014, 22). Bien que les maladies professionnelles soient largement sous-déclarées en France et ne représentent qu'une partie des pathologies liées au travail, notons également que la Bretagne est la région la plus impliquée dans le programme de déclaration des maladies à caractère professionnel effectuée par les médecins du travail (Bédague et al. 2017).

22 « Santé au travail en Bretagne, chiffres-clés, La sinistralité du régime général », CROCT Bretagne, <https://orsbretagne.typepad.fr/tbsantetravailbretagne/20180614-TBST-Sinistralite-Regime-General.pdf>, consulté le 19 novembre 2018.

23 « Santé au travail en Bretagne, chiffres-clés, La sinistralité du régime général », CROCT Bretagne, <https://orsbretagne.typepad.fr/tbsantetravailbretagne/20180614-TBST-Sinistralite-Regime-General.pdf>, consulté le 19 novembre 2018.

Graphique 26. Nombre de maladies professionnelles et indices de fréquence en Bretagne de 2014 à 2016



Sources : Carsat Bretagne, CNAMTS DRP, exploitation ORS Bretagne.
* Indemniées (MP tableau, MP complémentaire et MP hors tableau).

L'essentiel des maladies professionnelles déclarées en 2012 pour le régime général, concerne des troubles musculo-squelettiques (93 %). La fréquence des TMS est presque deux fois plus élevée en Bretagne par rapport à la moyenne nationale, particulièrement dans le secteur des services, commerces et industries de l'alimentation. Plus d'un TMS sur quatre concerne les manutentionnaires, emballeurs, assembleurs et livreurs, davantage les femmes (32 %, contre 19 % chez les hommes). Au sein de la région, le département du Finistère est parmi les plus concernés.

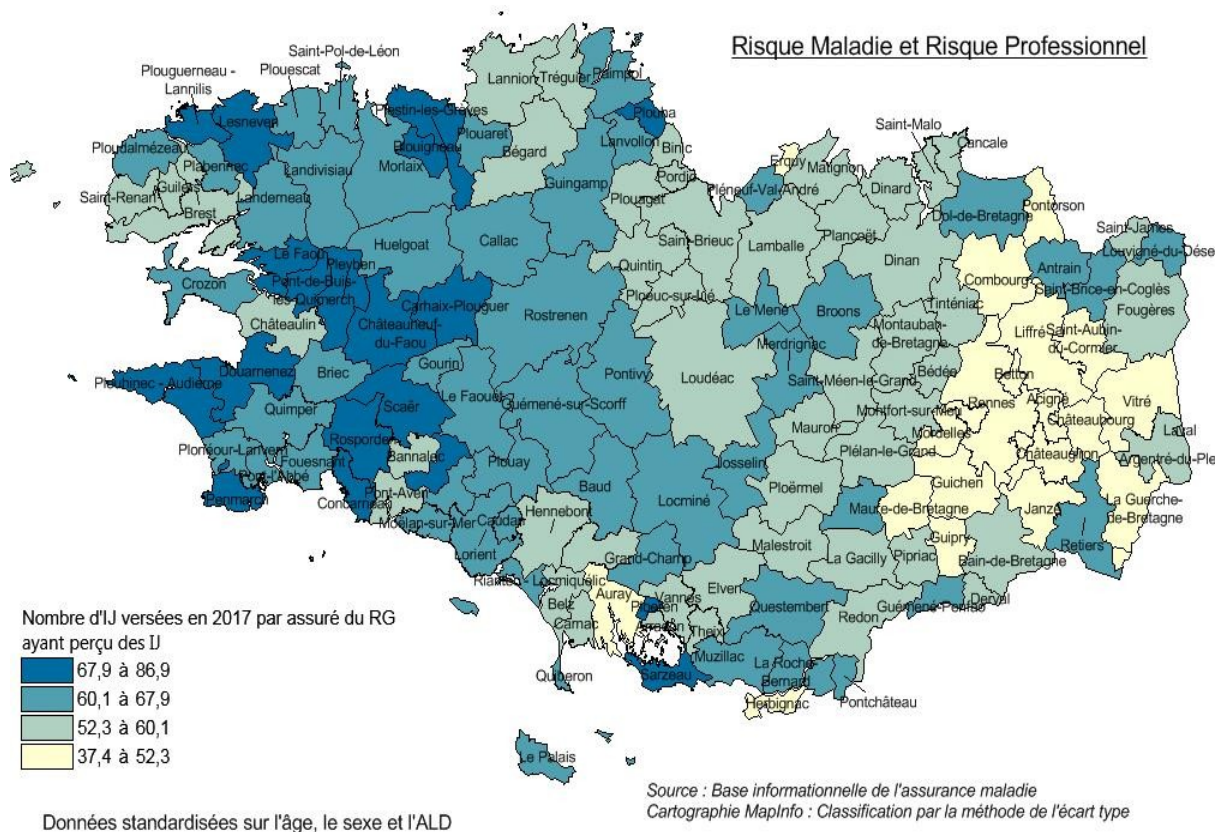
Par ailleurs, près des deux tiers des pathologies diagnostiquées comme maladie à caractère professionnel concernent des syndromes dépressifs (62 %), près d'un quart des syndromes anxieux (22 %) et 5 % des troubles du sommeil. Pour ces pathologies, le secteur d'activité, le plus à risque est celui des activités financières et d'assurances, suivi par celui de l'hébergement-restauration mais le secteur du commerce paraît lui aussi très concerné (Bédague, Pennogon, et Gaudel 2014, 43-44).

2.3 Des arrêts plus longs à l'Ouest qu'à l'Est

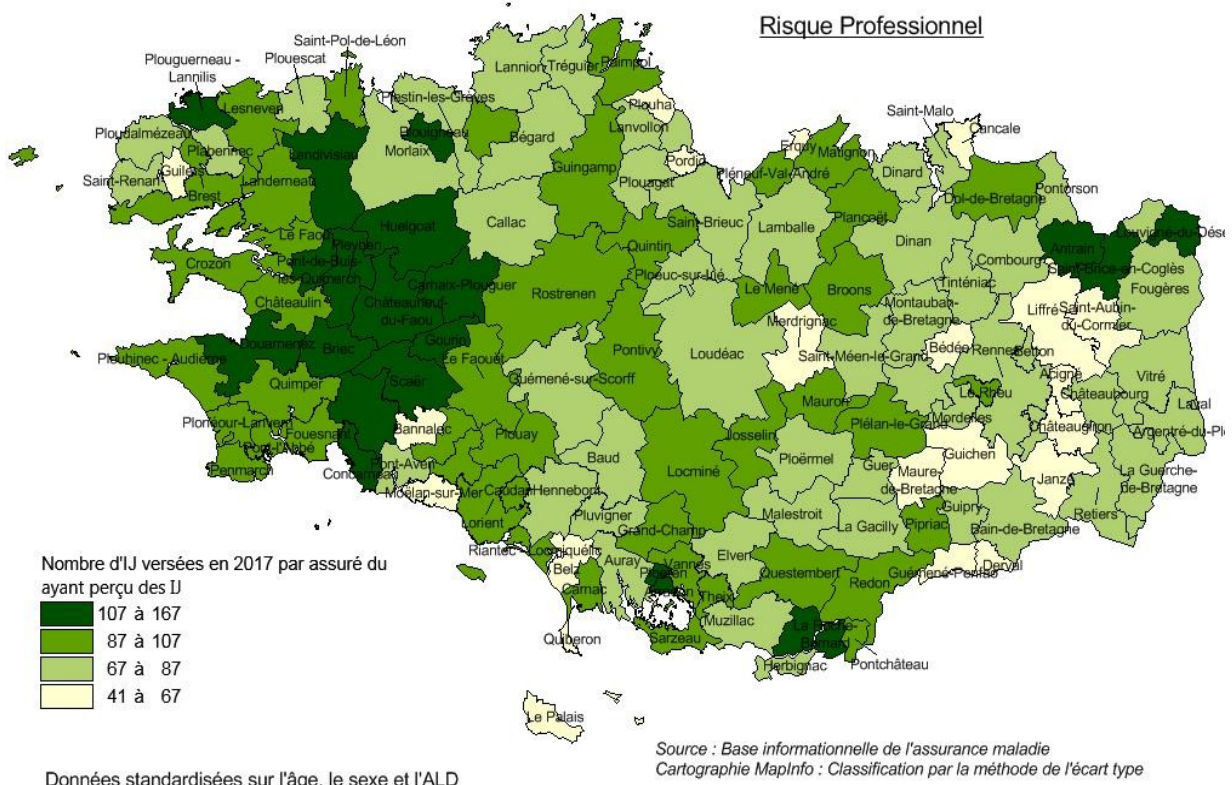
La seconde série de cartes représente le nombre d'indemnités journalières versées en 2017 par assuré en ayant effectivement perçu, il s'agit de représenter la prescription plus ou moins forte de ces indemnités parmi les assurés concernés. Rappelons que plus un assuré reçoit d'indemnités journalières de manière consécutive, plus l'arrêt de travail est long.

Un contraste Est/Ouest apparaît très nettement avec un nombre d'indemnités journalières versé par assuré plus faible à l'Est qu'à l'Ouest. Par exemple, les assurés du régime général qui résident dans le bassin rennais ont perçu entre 37 et 52 indemnités journalières en 2017 alors que ceux qui résident dans le centre Finistère ont perçu entre 68 et 87 indemnités journalières.

Carte 5. Nombre d'indemnités journalières versées par assuré en ayant reçues en 2017 en Bretagne



Carte 6. Nombre d'indemnités journalières versées pour le risque « professionnel » par assuré en ayant reçues en 2017 en Bretagne



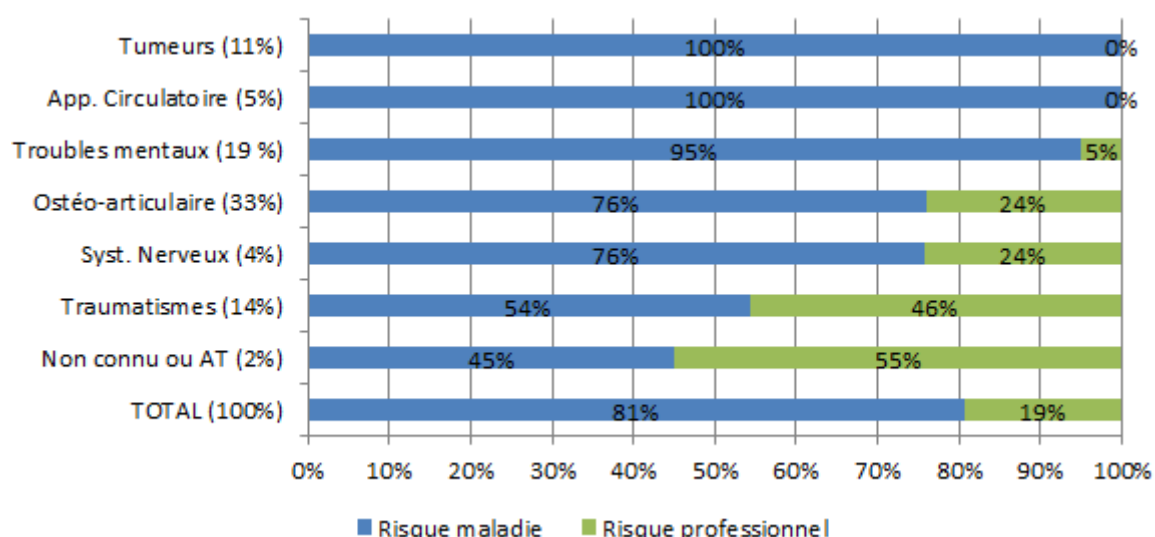
2.4 Les pathologies concernées

En Bretagne, 5 % des arrêts ont une durée de 6 mois ou plus (soit environ 16 400 arrêts). Des données disponibles à la cellule de coordination régional Gestion du Risque nous permettent de ventiler ces arrêts de longue durée par pathologie (source : SNIIRAM – DCIR – arrêts terminés en 2017).

Il s'avère que 81 % des arrêts de longue durée concerne des arrêts maladie et 19 % concernent des arrêts en lien avec le risque professionnel.

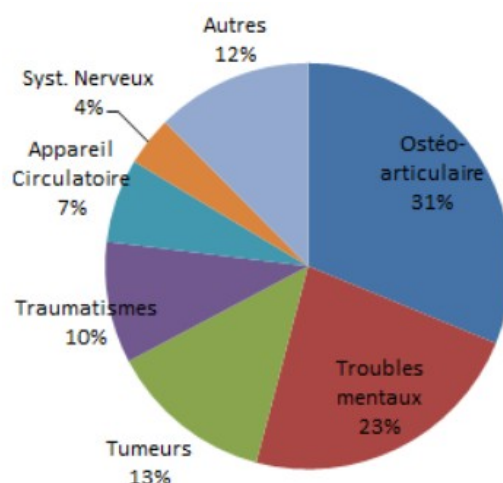
Les motifs médicaux les plus fréquents sur le risque professionnel sont les arrêts en lien avec les traumatismes, le système nerveux et les maladies ostéo articulaires. Le motif « non connu » regroupe, pour le risque maladie, des motifs non renseignés et pour le risque professionnel, ce motif regroupe majoritairement des arrêts en lien avec un accident du travail (proportion non mesurable mais majoritaire).

Graphique 27. Répartition des arrêts par pathologie selon le risque



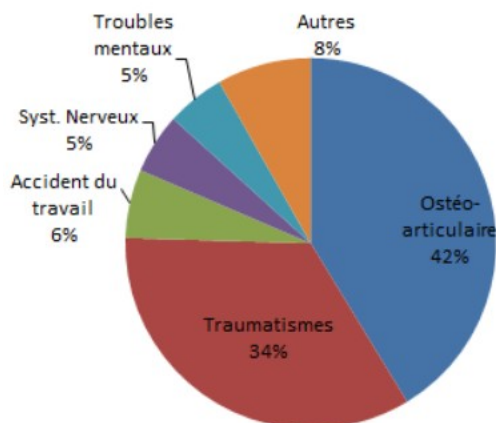
En Bretagne, 84 % des arrêts maladie de longue durée concerne 5 grandes pathologies (chapitres) de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies – 23 chapitres) : maladies ostéo-articulaires (31 %), troubles mentaux (23 %), tumeurs (13 %), traumatismes (10 %) et appareil circulatoire (7 %)

Graphique 28. Répartition des arrêts « maladie » de plus de 6 mois selon la pathologie



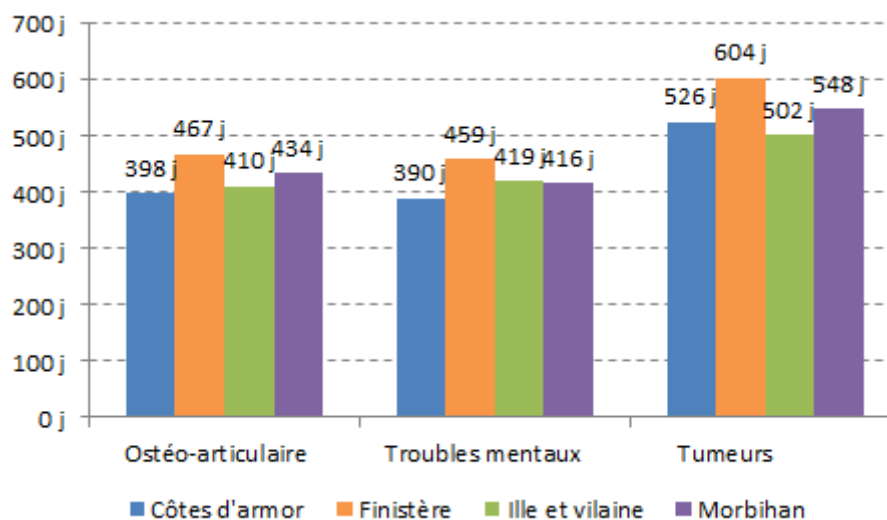
Concernant les arrêts en lien avec un risque professionnel, on retrouve majoritairement des arrêts en lien avec des maladies ostéo articulaires (42 %), des traumatismes (34 %), des accidents du travail (6 %), des maladies en lien avec le système nerveux (5 %) ou encore des troubles mentaux (5 %).

Graphique 29. Répartition des arrêts pour « risque professionnel » de plus de 6 mois selon la pathologie

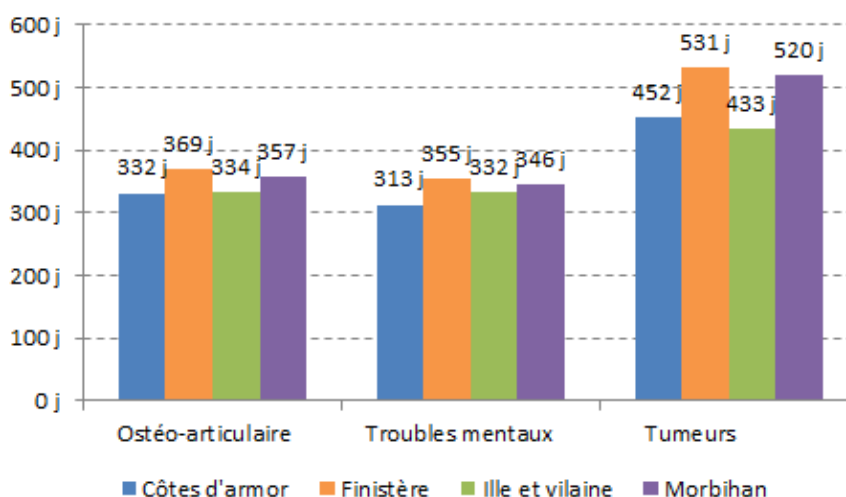


Une analyse de la durée des arrêts maladie selon les pathologies les plus fréquentes démontre que la durée des arrêts de longue durée est plus élevée dans le Finistère que dans les autres départements sur des pathologies ostéoarticulaires, les troubles mentaux et les tumeurs. Ce constat est valable pour la durée moyenne et la durée médiane.

Graphique 30. Durée moyenne des arrêts maladie de plus de 6 mois terminés en 2017 selon les pathologies les plus fréquentes

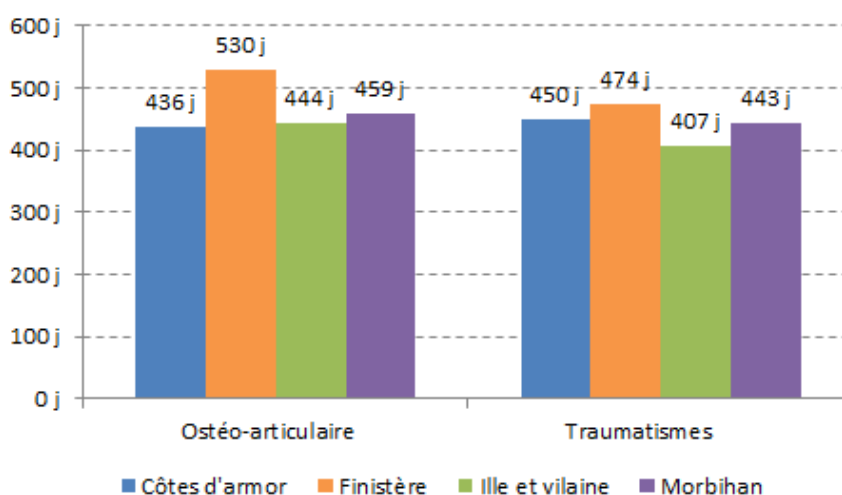


Graphique 31. Durée médiane des arrêts maladie de plus de 6 mois terminés en 2017 selon les pathologies les plus fréquentes

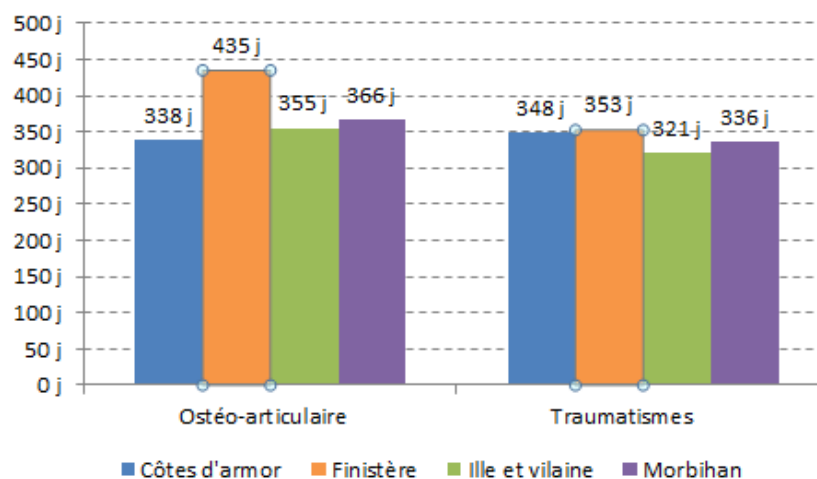


De la même façon, les arrêts de longue durée en lien avec un risque professionnel pour les maladies osté articulaires et les traumatismes sont plus longs dans le Finistère que dans les autres départements.

Graphique 32. Durée moyenne des arrêts de travail de plus de 6 mois terminés en 2017 selon les pathologies d'origine professionnelle les plus fréquentes



Graphique 33. Durée médiane des arrêts de travail de plus de 6 mois terminés en 2017 selon les pathologies d'origine professionnelle les plus fréquentes



3 Profils des assurés en arrêt de travail dans le Finistère

À partir des caractéristiques sociales des assurés (âge, sexe, commune de résidence plus ou moins favorisée, secteur d'activité de l'entreprise) et de la nature de leur arrêt de travail (durée, type de « risque » indemnisé, prise en charge au titre de l'ALD, l'analyse en correspondances multiples en composante principale suivi d'une classification hiérarchique ascendante a permis d'isoler trois groupes d'assurés. Dans le tableau, il apparaît des pourcentages. Ceux-ci correspondent à la répartition de chaque modalité de la variable discriminante dans le groupe. Par exemple, parmi les 4 476 assurés de la classe 1, 90 % sont des femmes et 10 % sont des hommes.

Graphique 34. Trois classes d'assurés en arrêt de travail dans le Finistère

	Faibles valeurs	Fortes valeurs
Classe 1 4 476 assurés (41 %)	Homme (10 %) en ALD (6 %) Construction Transport (0 %) Industrie production (8 %) Activité non connue (3 %) 50-64 ans (20 %) Accident du travail (8 %) Maladie professionnelle (3 %) 6 mois à 1 an (10 %) Plus de 1 an (4 %)	Femme (90 %) Pas en ALD (94 %) Maladie (88 %) Santé humaine, action sociale (34 %) Distribution restauration (28 %) Arrêt de moins de 30 jours (42 %) Arrêt de 1 à 6 mois (43 %) 15-29 ans (27 %) 30-49 ans (53 %) Indice de défavorisation 3 (41 %)
Classe 2 3 454 assurés (31 %)	Femme (10 %) Santé humaine, action sociale (1 %) Maladie (65 %) en ALD (9 %) Distribution/restauration (18 %) Finance, assurance, immobilier (0 %) Enseignement, activité scientifique (1 %) Activité non connue (1 %)	Homme (90 %) Construction transport (36 %) Industrie production (32 %) Pas en ALD (91 %) Accident du travail (22 %) Maladie professionnelle (9 %) Moins de 30 jours (37 %) et entre 3 et 6 mois (36 %)
Classe 3 3 048 assurés (28 %)	Pas en ALD (24 %) 15-29 ans (1 %) 30-49 ans (29 %) Construction Transport (8 %) Industrie production (15 %) Distribution restauration (16 %) Accident du travail (3 %) Arrêt de moins de 30 jours (7 %) Arrêt de 1 à 6 mois (24 %)	en ALD (76 %) 50 à 64 ans (68 %) Arrêt de 6 mois à 1 an (23 %) Arrêt de plus de 1 an (45 %) Femme (58 %) Maladie (91 %) Santé humaine action sociale (16 %) enseignement, activité scientifique (8 %) Administratif (15 %) Activité non connue (15 %)

Synthèse : résultats quantitatifs sur les arrêts de travail

Si les femmes sont davantage en arrêt maladie, les hommes quant à eux sont majoritaires (62 %) à être en arrêt pour des pathologies dont l'origine professionnelle est reconnue. La majorité des arrêts de travail durent moins d'une semaine et seulement une minorité dure plus de trois mois. Les arrêts de travail concernent moins les jeunes actifs. En Bretagne en 2017, la moitié des assurés en arrêt maladie ont 40 ans ou plus. Et par ailleurs la durée moyenne de l'arrêt de travail augmente avec l'âge et selon le type de risque. Ainsi les assurés dont l'arrêt est en lien avec une maladie professionnelle, conséquence de l'usure des corps due à des années de travail dans des conditions éprouvantes, ont 48 ans en moyenne. En Bretagne en 2017, les hommes sont davantage en arrêt de travail pour accident du travail (qui représentent 82 % du volume des arrêts de travail d'origine professionnelle) que les femmes, 66 % de ces arrêts sont pris par des hommes. Les femmes sont quant à elles légèrement plus représentées sur les arrêts pour maladie professionnelle (52 %) ou en lien avec un accident de trajet (53 %). Les arrêts de travail pour des pathologies d'origine professionnelle reconnue de plus de 6 mois représentent 8 % du volume des arrêts maladie et 52 % des montants indemnisés.

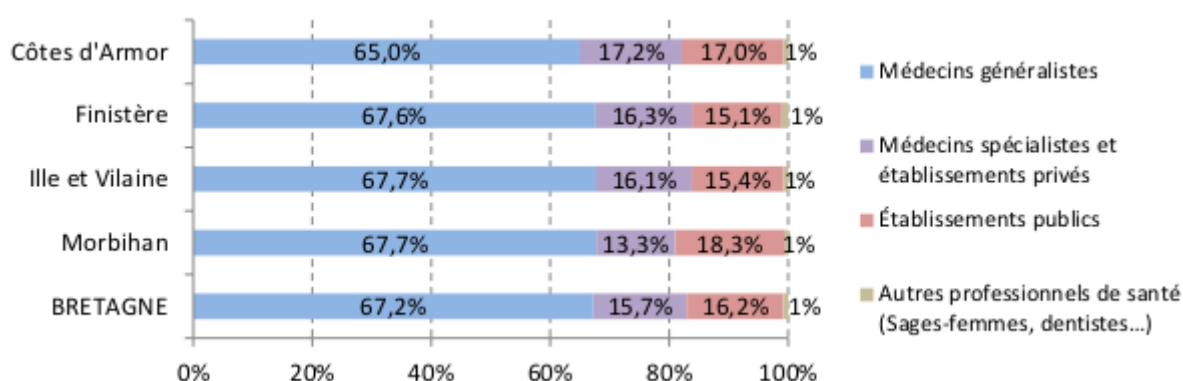
En Bretagne en 2017, les secteurs d'activités les plus pourvoyeurs d'arrêts de travail sont « industrie, production », « distribution, restauration » (19 % de l'ensemble chacun), « construction, transport », « administratif » et « santé humaine et action sociale » qui représentent 91 % des arrêts de travail pour le risque professionnel et 82 % des arrêts pour le risque maladie. Par contre dans le Finistère, ce sont les secteurs « distribution, restauration » et « santé humaine, action sociale » (respectivement 19 % et 18 % de l'ensemble) qui sont le plus pourvoyeurs d'arrêts de travail. Concernant le risque professionnel, dans tous les départements bretons les arrêts de travail des salariés travaillant dans le secteur « construction, transport » sont proportionnellement plus importants (22 % des arrêts de travail au niveau régional) par rapport au « risque maladie ». À l'inverse les pathologies des assurés en arrêts de travail dans le secteur « santé humaine, action sociale » sont moins reconnues comme étant d'origine professionnelle et ce quel que soit le département (13 % des arrêts de travail au niveau régional).

L'Ille-et-Vilaine est le département où le nombre d'arrêts de travail et le nombre d'assurés arrêtés sont les plus élevés (35 % des arrêts de travail indemnisés en 2017 en Bretagne l'ont été en Ille-et-Vilaine et 27 % dans le Finistère), c'est également le département où la population active (âgée de 15 à 64 ans) susceptible de percevoir des indemnités journalières, est la plus importante. Cependant, en Bretagne, un contraste Est/Ouest apparaît très nettement, le nombre d'indemnités journalières versées par assuré étant plus faible à l'Est qu'à l'Ouest. Par exemple, les assurés du régime général qui résident dans le bassin rennais ont perçu entre 37 et 52 indemnités journalières en 2017 alors que ceux qui résident dans le centre Finistère ont perçu entre 68 et 87 indemnités journalières. Ceci est notamment lié à la durée des arrêts de travail. En 2017 les arrêts de travail durent en moyenne 48 jours dans le Finistère et 43 jours dans l'ensemble de la région. À l'inverse c'est en Ille-et-Vilaine que les arrêts de travail sont les plus courts, ils durent 37 jours en moyenne, soit près de 11 jours d'écart avec le Finistère. L'écart est encore plus important quand l'origine professionnelle de la pathologie est reconnue et notamment en cas de maladie professionnelle. Ainsi en 2017, les arrêts de travail pour ce type de « risque » durent 23 jours de plus dans le Finistère que dans l'ensemble de la Bretagne et 19 jours de moins en Ille-et-Vilaine, soit un écart de 34 jours. Il faut savoir que la région Bretagne en général et le département du Finistère en particulier connaissent une situation dégradée en termes de risques professionnels. Les taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles, problèmes qui provoquent des arrêts de travail plus longs que ceux pour maladie, y sont plus élevés que nationalement. Par ailleurs, c'est dans les communes les plus défavorisées, qui se trouvent au centre de la région, plus rural, que la part d'assurés ayant reçue des indemnités journalières est la plus importante.

Les médecins généralistes : principaux prescripteurs

Suite à la présentation des caractéristiques des assurés en arrêts de travail en Bretagne en 2017, nous voyons que celles-ci sont socialement distribuées et que les arrêts de travail sont inégalement répartis sur le territoire. Si nous avons pointé l'importance des conditions socio-économiques avec lesquelles les assurés sont en prise, il ne faut pas pour autant négliger l'importance de la prescription médicale dans cette distribution différenciée. Selon leur spécialité et la place qu'ils prennent dans la division du travail médical, leur sexe, leur âge et leur rapport à la pratique professionnelle, leur lieu d'exercice et la patientèle qu'ils doivent prendre en charge, les médecins prescrivent plus ou moins des arrêts de travail²⁴.

Graphique 35. Répartition des dépenses d'indemnités journalières par catégorie de prescripteur en Bretagne en 2017



En Bretagne, 67 % des indemnités journalières ont été prescrites par les médecins généralistes libéraux, 15,7 % par les médecins spécialistes libéraux et établissements privés et 16,2 % par les établissements publics²⁵. Comme nous le voyons ci-dessus, la répartition est semblable dans chacun des départements bretons.

Pour plus de clarté, bien que la médecine générale soit reconnue comme une spécialité médicale à part entière depuis la réforme des études médicales de 1982, nous distinguerons la « médecine générale » d'une part des autres « spécialités » médicales d'autre part. D'autant plus que cette distinction est toujours effective dans les représentations des patients.

1 Caractéristiques démographiques

1.1 Des médecins généralistes plus nombreux

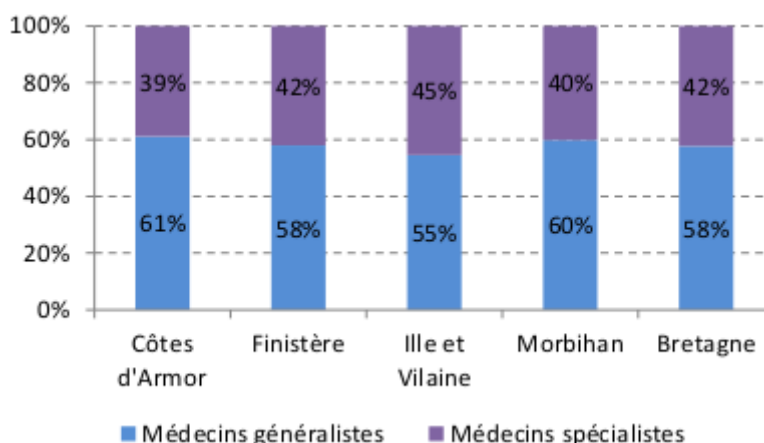
Parmi les médecins libéraux, les généralistes sont plus nombreux que les spécialistes. Ainsi 882 médecins généralistes et 639 spécialistes exercent dans le Finistère en 2017, soit respectivement 58 % et 42 % de l'ensemble des médecins du département, une proportion identique à celle de l'ensemble de la région (3 031 médecins généralistes et 2 221 spécialistes, libéraux, exercent en Bretagne en 2017). Cette proportion de médecins généralistes varie selon les

²⁴ Pour rappel, les arrêts de travail « prescrits » lors des congés maternités sont exclus du champ de l'étude.

²⁵ Du fait des modes de déclaration auprès de l'Assurance maladie, nous ne pouvons avoir le détail des prescriptions au sein des établissements.

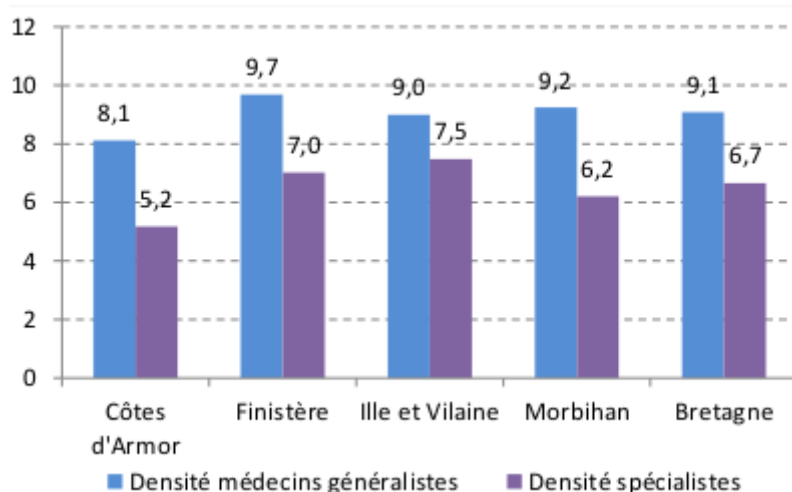
départements, elle est la plus élevée dans les Côtes d'Armor (61 % sur l'ensemble des médecins libéraux) et la plus faible en Ille-et-Vilaine (55 %).

Graphique 36. Répartition des médecins généralistes et spécialistes libéraux par département en Bretagne en 2017



La densité médicale est également plus importante chez les médecins généralistes que spécialistes. En Bretagne en 2017, cette densité est de 9,1 médecins généralistes et de 6,7 médecins spécialistes pour 10 000 habitants. Si c'est dans les Côtes-d'Armor que la densité médicale est la plus faible (8,1 généralistes et 5,2 spécialistes pour 10 000 habitants), c'est en Ille-et-Vilaine que la densité de spécialistes libéraux est la plus forte (7,5 médecins pour 10 000 habitants) et dans le Finistère que la densité de médecins généralistes est la plus forte (9,7 médecins pour 10 000 habitants). Notons qu'entre 2016 et 2017, le nombre de médecins généralistes libéraux²⁶ est en légère augmentation dans ce département (+0,2 % correspondant à 3 050 médecins) (Conseil national de l'Ordre des médecins 2017).

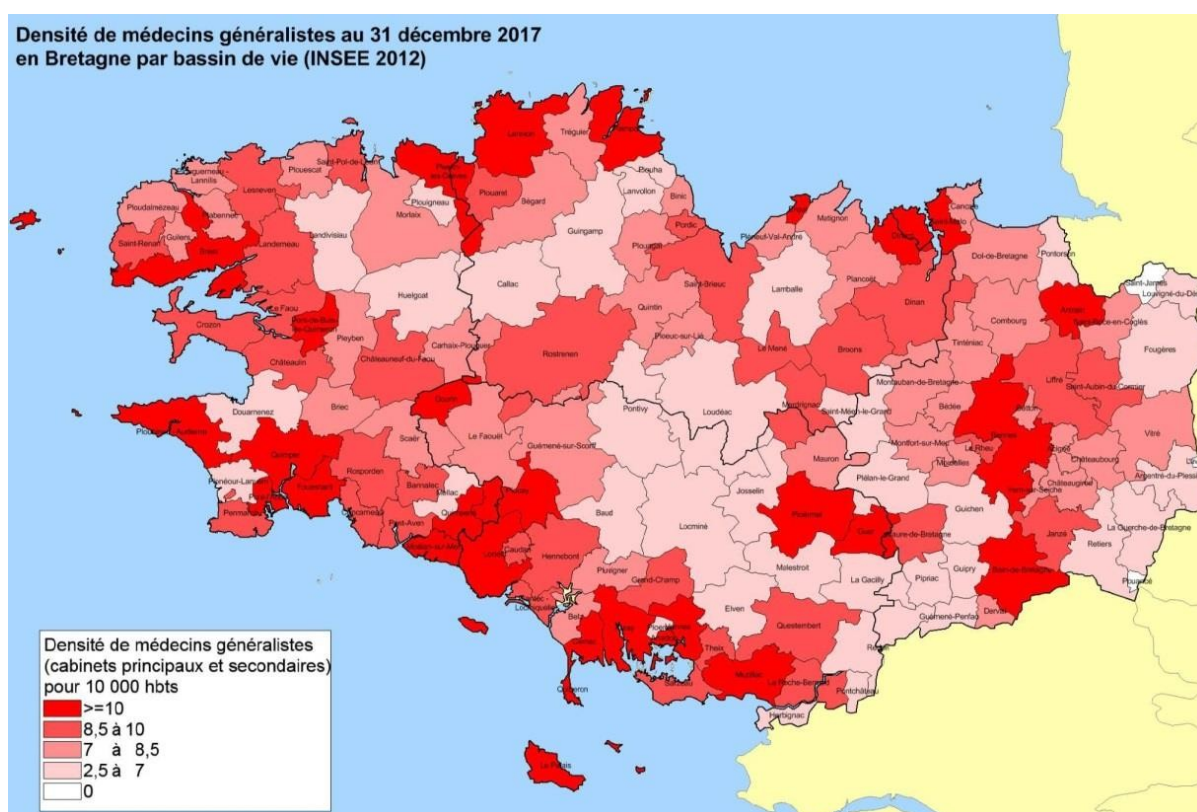
Graphique 37. Densité des médecins libéraux exerçant en Bretagne au 31 décembre 2017 (pour 10 000 habitants)



Au-delà d'une inégale répartition départementale, en observant la densité de médecins généralistes par bassin de vie nous pouvons voir que celle-ci est plus forte le long des côtes bretonnes qu'au centre de la région (ce qui explique en partie la plus forte densité finistérienne) et dans les bassins de vie situés sur ou proches des agglomérations.

26 Nombre de professionnels (cabinets principaux et/ou secondaires) au 31 décembre 2017. Médecins en activité au 31 décembre 2017 ayant effectué un acte au cours de l'année 2017.

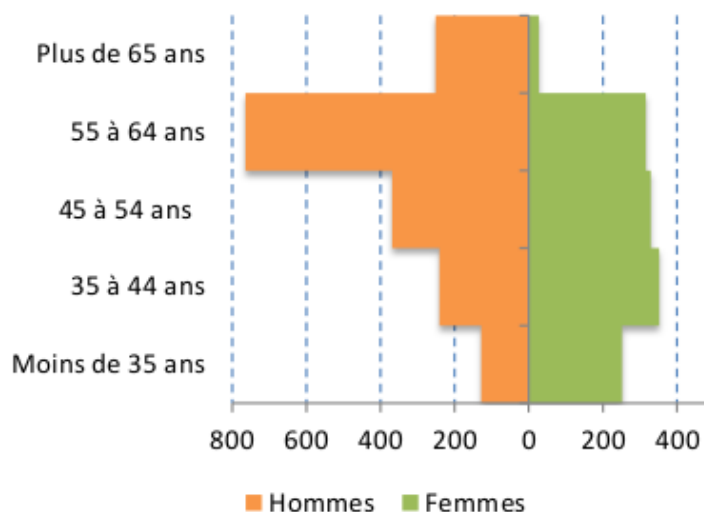
Carte 7. Densité de médecins généralistes libéraux en Bretagne en 2017 par bassin de vie



1.2 Une population vieillissante et qui se féminise

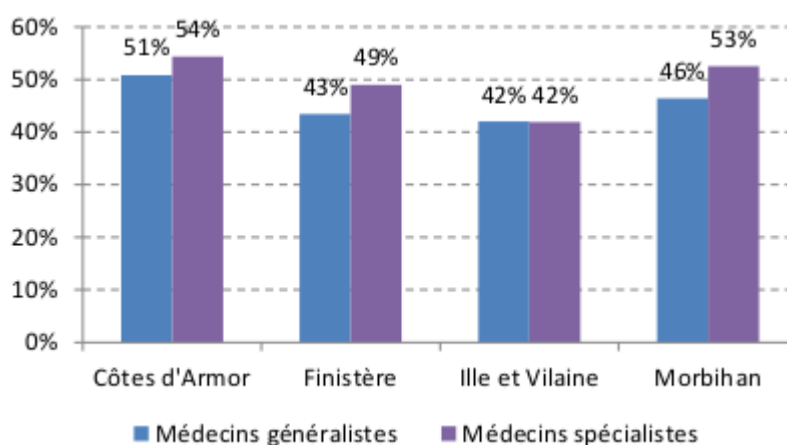
La structure de la population des médecins généralistes bretons (et finistériens, cf. Annexe 5. p. 151) est similaire à celle exerçant en France. Leur démographie actuelle est façonnée tant par le vieillissement du groupe professionnel que par sa féminisation au cours de la seconde moitié du XX^e siècle.

Malgré une proportion de femmes médecin généraliste plus faible que les hommes tous âges confondus (elles représentent 42 % des médecins généralistes finistériens en 2017), elles sont plus nombreuses que les hommes chez les médecins moins de 45 ans. En effet, l'accès des femmes aux études puis à l'exercice médical s'est fait dans un contexte d'explosion démographique et d'accès massif aux études supérieures dans les années 1970. Si elles ont tout d'abord investi « des professions nouvelles et qui ne les plaçaient pas en concurrence directe avec les hommes » telles que les spécialités médicales de ville (gynécologie, pédiatrie, dermatologie, ophtalmologie, etc.) et l'exercice salarié (médecine scolaire, médecine du travail, médecine de Protection maternelle et infantile), suite à la réforme des études médicales en 1982, elles sont arrivées massivement en médecine générale (Hardy-Dubernet 2005, 40-42; Lapeyre et Le Feuvre 2005). La féminisation de la profession a par ailleurs contribué à renforcer l'exercice libéral en cabinet de ville (Gottely et Vilain 1999, 17).

Figure 1. Pyramide des âges des médecins généralistes en Bretagne en 2017

En Bretagne, en 2017, 45 % des médecins généralistes ont plus de 55 ans. En France, le vieillissement de la population médicale est le fait d'un fort contingentement de l'accès aux études médicales dans les décennies 1980 et 1990. Ce n'est qu'à la fin des années 1990 que la question du vieillissement de la population médicale et de son « déficit » apparaît comme un enjeu de santé publique pour les pouvoirs publics et les professionnels eux-mêmes qui, après que les élites médicales aient milité pour l'instauration d'un *numerus clausus* dans les années 1970, ouvrent davantage l'accès aux études médicales et incitent leurs confrères et consœurs à exercer plus longtemps (Déplaud 2015). En Bretagne, en 2017, c'est dans l'Ille-et-Vilaine et dans le Finistère, où 42 % et 43 % des médecins généralistes ont respectivement plus de 55 ans, que ces médecins sont les plus jeunes alors que plus de la moitié (51 %) des médecins des Côtes-d'Armor a plus de 55 ans.

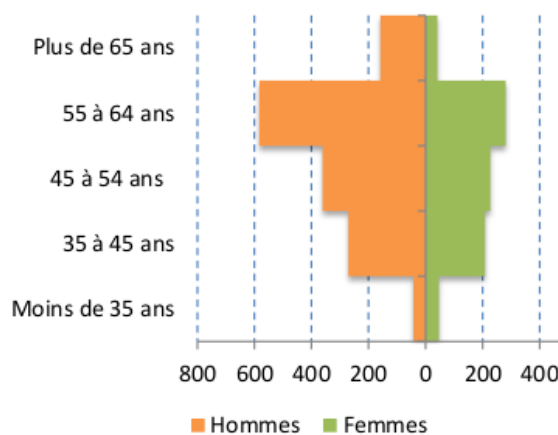
Les médecins spécialistes sont quant à eux un peu plus âgés que les médecins généralistes en Bretagne. Dans le Finistère, en 2017, 49 % des médecins spécialistes et 43 % des généralistes ont plus de 55 ans.

Graphique 38. Part de médecins de plus de 55 ans chez les généralistes et spécialistes bretons en 2017

Les médecins spécialistes bretons sont bien davantage des hommes que des femmes, sauf chez les moins de 35 ans (mais les effectifs sont plus faibles sur cette tranche d'âge, les spécialistes s'installant plus tardivement). Il faut dire que « le modèle sur lequel s'effectue la sélection [au concours de l'internat] procède d'une représentation dominante – traditionnelle, donc masculine – du métier » (Hardy-Dubernet 2003, 85). Les femmes médecins s'orientent davantage vers la médecine générale qui est considérée, hormis chez les médecins ayant

effectivement pratiqué les deux modes d'exercice, comme subalterne à la spécialisation selon l'idée qu'il faudrait être « meilleur » pour pratiquer exclusivement une discipline. En France, les hommes sont majoritairement présents dans les spécialités de « médecine des viscères », autrement dit la chirurgie (oto-rhino-laryngologie, rhumatologie, chirurgie, cardiologie...) alors que les femmes se concentrent sur quelques spécialités (gynécologie, médecine du travail, anesthésie, pédiatrie, psychiatrie infantile, pneumologie) (Paicheler 2001, 189-90) comme nous l'avons précédemment évoqué.

Figure 2. Pyramide des âges des médecins spécialistes en Bretagne en 2017



2 Division du travail de prescription entre généralistes et spécialistes

2.1 Les généralistes : des médecins « de première ligne » prescrivant davantage d'arrêts de travail

Comme pour l'ensemble des prescriptions (médicaments, séance de masso-kinésithérapie...), certaines catégories de médecins prescrivent davantage d'arrêts de travail que d'autres (certaines en prescrivent très peu voire aucun). Pour rappel, en 2017, un médecin généraliste a prescrit en moyenne des indemnités journalières à 79 patients. La moitié des médecins généralistes a prescrit des indemnités journalières à moins de 75 patients et 10 % des médecins généralistes ont prescrit des indemnités journalières à moins de huit patients. Par contre les spécialistes sont moins nombreux à prescrire des indemnités journalières puisque seulement la moitié d'entre eux ont prescrit des indemnités journalières à un patient ou plus (cf. Tableau 2. p. 23). En Bretagne, en 2017, 89 % des médecins généralistes prescrivent des arrêts de travail à au moins dix patients²⁷, alors qu'un peu plus de 30 % des spécialistes font de même. Philippe Masson fait remarquer que « les prescriptions des généralistes coûtent plus cher à l'Assurance maladie que leurs honoraires ; elles représentent plus de 80 % de leurs prestations (honoraires + prescriptions). Pour les spécialistes, un grand nombre d'entre eux étant en secteur 2 (à honoraires libres), c'est la question de leurs honoraires, plus que celle de leur prescription, qui est une question sensible pour les caisses » (Masson 2011, 38).

²⁷ Pour rappel, nous considérons dans cette étude qu'un médecin est prescripteur d'arrêt de travail à partir du moment où il prescrit des indemnités journalières à au moins dix patients dans l'année.

Tableau 5. Proportions de médecins ayant prescrit des indemnités journalières à au moins dix patients en Bretagne en 2017

Catégorie de médecin	Nombre de médecins	Nombre de médecins ayant prescrit des indemnités journalières à au moins 10 patients	% de médecins ayant prescrit des indemnités journalières à au moins 10 patients
Généralistes	3 031	2 697	89.0 %
Spécialistes	2 221	682	30.7 %
Total	5 252	3 379	64.3 %

Tableau 6. Proportions de médecins ayant prescrit des indemnités journalières à au moins dix patients dans le Finistère en 2017

Catégorie de médecins	Nombre de médecins	Nombre de médecins ayant prescrit des indemnités journalières à au moins 10 patients	% de médecins ayant prescrit des indemnités journalières à au moins 10 patients
Généralistes	882	784	88.9 %
Spécialistes	639	190	29.7 %
Total	1521	974	64.0 %

En Bretagne sur l'ensemble des médecins libéraux ayant prescrits des indemnités journalières à au moins dix patients en 2017, un cinquième sont des spécialistes. Cette place prépondérante des médecins généralistes dans la prescription des arrêts de travail, déjà identifiée dans la littérature existante (ANAES 2004; Fourré 2006; Monneuse 2015), s'explique par la nature du travail de ces médecins où la prescription d'un arrêt de travail est une tâche courante. En effet, « environ une consultation de médecine générale sur dix donne lieu à la prescription d'un arrêt » (Fourré 2006, 16). Les médecins exerçant dans les établissements publics et salariés étant exclus du périmètre de l'étude, les médecins généralistes étudiés sont en réalité des « omnipraticiens qui dispensent des soins de premier recours en médecine ambulatoire » (Bloy, Schweyer, et Herzlich 2010, 11). Ils ont, dans la division du travail entre les spécialités médicales, un rôle de médecins « de première ligne » qui s'occupent de l'articulation de la prise en charge du patient (avec celui-ci) par les différents professionnels de santé (Sarradon-Eck 2010). C'est souvent le médecin généraliste qui prescrit initialement l'arrêt de travail avant de rediriger le patient vers un éventuel spécialiste.

En Bretagne, en 2017, un médecin généraliste prescrit en moyenne 6,2 indemnités journalières par patient susceptible d'en percevoir alors qu'un médecin spécialiste en prescrit 4,2. Notons cependant que les disparités de prescription par patient sont plus importantes chez ces derniers et que certains vont jusqu'à prescrire près de 46 indemnités journalières pour un même patient alors qu'il s'agit de près de 24 indemnités journalières chez les médecins généralistes.

Tableau 7. Nombre d'IJ prescrites par les médecins en ayant prescrit à au moins 10 patients en 2017 en Bretagne

Catégorie de médecin	Nombre de médecins ayant prescrit des indemnités journalières à au moins 10 patients	Nombre d'indemnités journalières prescrites par patient susceptible de percevoir des indemnités journalières			
		Moyenne	Médiane	95e percentile	Maximum
Médecin généraliste	2 697	6,2	6,1	11,9	23,7
Médecin spécialiste	682	4,2	3,6	20,1	45,7

Note : Données standardisées sur l'âge, le sexe et l'ALD

Si les médecins généralistes ont une place prépondérante dans la prescription d'arrêts de travail, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas des différences de pratiques parmi ces professionnels comme nous le verrons ensuite.

2.2 Une prescription qui varie selon les spécialités médicales

Si en 2017 en Bretagne les médecins spécialistes représentent 42 % de l'ensemble des médecins libéraux (cf. Graphique 36. p. 50), ils ne composent plus que 20 % des médecins prescripteurs d'arrêts de travail (cf. Tableau 5. p. 54). Par ailleurs, en 2017 en Bretagne seulement la moitié des médecins spécialistes ont prescrit au moins une indemnité journalière (cf. Tableau 2. p. 23). Mais si dans l'ensemble ils prescrivent beaucoup moins d'arrêts de travail que leurs confrères et confrères généralistes, il existe tout de même des disparités selon les spécialités et types d'exercice.

Tableau 8. Effectif de médecins spécialistes et part des prescripteurs d'arrêts de travail en Bretagne en 2017

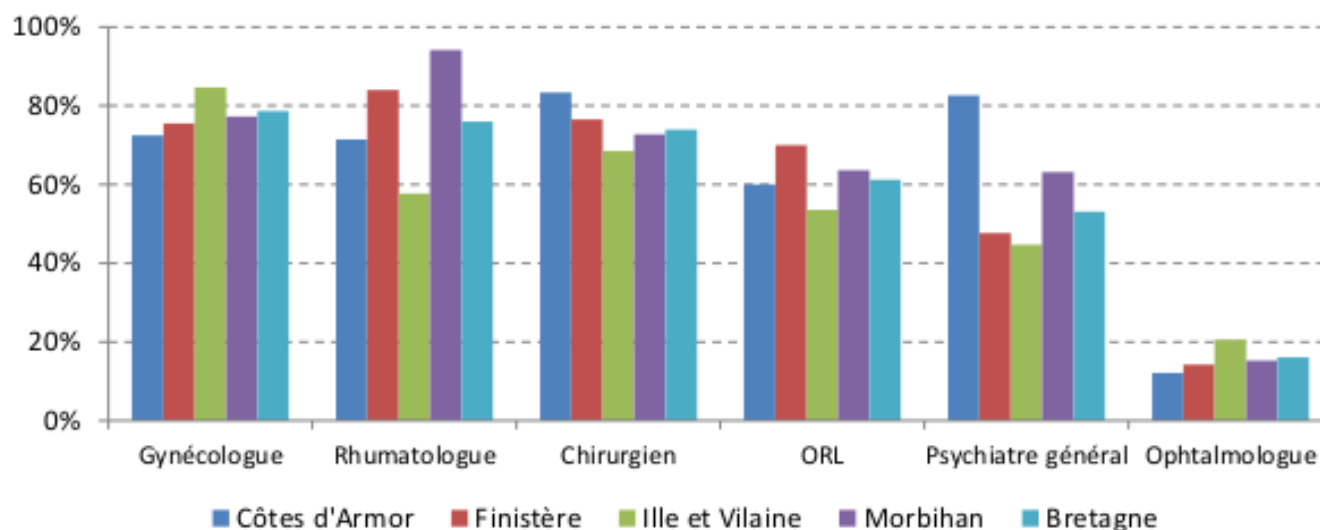
Spécialité	Effectif	Part de médecins spécialistes prescripteurs (prescription d'arrêts de travail à au moins 10 patients)
Oncologie médicale	10	90 %
Gynécologie médicale	42	86 %
Chirurgie viscérale et digestive	39	82 %
Chirurgie vasculaire	15	80 %
Chirurgie orthopédique et traumatologie	115	78 %
Gynécologie obstétrique	129	78 %
Chirurgie générale	31	77 %
Rhumatologie	75	76 %
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	21	71 %

Spécialité	Effectif	Part de médecins spécialistes prescripteurs (prescription d'arrêts de travail à au moins 10 patients)
Chirurgie urologique	51	71 %
Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	16	69 %
Oto-rhino-laryngologie	85	61 %
Psychiatrie générale	199	55 %
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	15	47 %
Oncologie radiothérapique	24	46 %
Médecine physique et de réadaptation	20	25 %
Ophthalmologie	205	16 %
Pneumologie	52	15 %
Gastro-entérologie et hépatologie	97	8 %
Pathologies cardio-vasculaires	183	5 %
Endocrinologie et métabolismes	21	5 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	221	0 %
Anesthésiologie – réanimation chirurgicale	151	0 %
Dermatologie et vénéréologie	131	0 %
Pédiatrie	108	0 %
Neurologie	36	0 %
Anatomie-cytologie-pathologiques	37	0 %
Médecine biologique	21	0 %
Médecine nucléaire	19	0 %

Note : Les spécialités pour lesquelles les effectifs sont strictement inférieurs à dix n'apparaissent pas dans le tableau (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Stomatologie, Neurochirurgie, Neuropsychiatrie, Hématologie, Médecine interne, Gériatrie, Néphrologie, Chirurgie infantile, Chirurgie maxillo-faciale, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Radiothérapie, Génétique médicale).

Les oncologues, gynécologues, rhumatologues, psychiatres, oto-rhino-laryngologistes et chirurgiens (chirurgie orthopédique, générale...) sont des praticiens qui prescrivent des arrêts de travail. En Bretagne les médecins oncologues sont même proportionnellement plus nombreux que les médecins généralistes²⁸ à en prescrire. Les pathologies prises en charge varient selon les spécialités et en conséquence les causes des arrêts de travail également. De plus les médecins spécialistes n'interviennent pas forcément au même moment du parcours du patient en arrêt que les médecins généralistes (cf. Réduire l'incertitude par le recours aux spécialistes, p.112).

28 Pour rappel, en Bretagne en 2017, 89 % des médecins généralistes ont prescrit des arrêts de travail à au moins dix patients.

Graphique 39. Proportion de médecins prescripteurs selon leur spécialité

Note ; les spécialités représentées sur le graphique sont celles pour lesquelles au moins cinq médecins de la spécialité exercent dans chaque département

Nous voyons que des disparités de prescription apparaissent par spécialité médicale selon les départements. Par exemple 72 % des gynécologues prescrivent des indemnités journalières dans les Côtes-d'Armor contre 85 % dans le Finistère. De même chez les rhumatologues, la part des prescripteurs d'indemnités journalières varie d'un département à l'autre : 58 % en Ille-et-Vilaine contre 94 % dans le Morbihan.

À l'inverse des médecins spécialistes telles que les ophtalmologistes, radiologues, anesthésistes prescrivent pas ou très peu d'arrêts de travail. Le public qu'ils prennent en charge (comme les pédiatres qui s'occupent d'inactifs) et le moment spécifique où ils interviennent dans le parcours du patient (aide au diagnostic pour le radiologue ou rendez-vous pré-opératoire pour l'anesthésiste) n'amènent pas ces médecins à prescrire des arrêts de travail.

3 Des disparités de prescription parmi les médecins généralistes

Observe-t-on des disparités des prescriptions parmi les médecins généralistes ? Nous verrons que les médecins généralistes recèlent des différences en termes de prescriptions de par leurs pratiques particulières, de par leur âge et de par le territoire d'exercice.

3.1 Les « médecins à exercice particulier » prescrivent peu

Pour rappel 11 % des médecins généralistes bretons ont prescrits des indemnités journalières à moins de dix assurés en 2017. Nous émettons l'hypothèse qu'une part importante d'entre eux est composée majoritairement de « médecins à exercice particulier » (MEP). Selon la définition qu'en donne l'Assurance maladie, il s'agit de médecins dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale, telles l'acupuncture et l'homéopathie ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié. On peut ainsi distinguer parmi les omnipraticiens libéraux ceux qui exercent « réellement » une médecine générale de ceux qui pratiquent une médecine plus spécifique²⁹.

²⁹ Notons par ailleurs : « Le trait commun aux généralistes et aux MEP est la valeur des tarifs conventionnels des actes de consultation et de visite, qui est inférieure à celle des spécialistes. » Pour une définition, voir : <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2362.html>, consulté le 4 octobre 2018.

Les MEP, qui relèvent ainsi moins d'une médecine « de première ligne » telle que nous l'évoquions précédemment et qui prescrivent alors moins d'arrêts de travail, sont moins souvent choisis comme médecins traitants par les patients. Par exemple, la CPAM du Finistère, contactée par plusieurs assurés du sud du département qui n'arrivaient pas à trouver de médecin traitant alors que la densité médicale de la zone en question était plutôt bonne, a réalisé une étude interne en 2017 et a démontré qu'après exclusion des MEP, la densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants passait de 13,3 à 10,8 sur le territoire de Brest et de 12,1 à 7,4 sur le territoire de Quimper (Caisse primaire d'Assurance maladie du Finistère 2017). Si le Finistère est le département où la densité de médecins généraliste est la plus forte, nous avons non seulement vu que celle-ci se répartissait inégalement sur le territoire (cf. Carte 7. p. 51), mais cette donnée masque également des disparités selon le type d'exercice.

La prescription d'arrêts de travail varie cependant selon la « spécialité » des médecins à exercice particulier³⁰. La part des médecins prescripteurs est d'ailleurs supérieure chez les médecins urgentistes libéraux que chez l'ensemble des généralistes (cf. Tableau 9. p. 58). Les médecins homéopathes et acupuncteurs, dont les pratiques peuvent se concilier avec une médecine générale plus « traditionnelle », prescrivent également des arrêts de travail. Par contre les allergologues, angiologues, endocrino-diabétologues, nutritionnistes et diététiciens interviennent très peu dans le suivi des arrêts de travail et leur prescription.

Tableau 9. Effectif des médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier (MEP) et part des prescripteurs d'arrêts de travail en Bretagne en 2017

Mode d'exercice particulier	Effectif	Part des médecins prescripteurs (prescription d'arrêts de travail à au moins 10 patients)
Médecine d'urgence	32	91 %
Homéopathie	50	70 %
Acupuncture	44	41 %
Allergologie	25	8 %
Angiologie	78	3 %
Maladie du diabète et de la nutrition, diététique	15	0 %

Note : Les modes d'exercice particulier pour lesquels les effectifs sont strictement inférieurs à dix n'apparaissent pas dans le tableau (par exemple : médecine physique, pédiatrie, médecine exotique, sexologie, gériatrie, psychothérapie).

3.2 Les médecins hommes et plus âgés prescrivent davantage

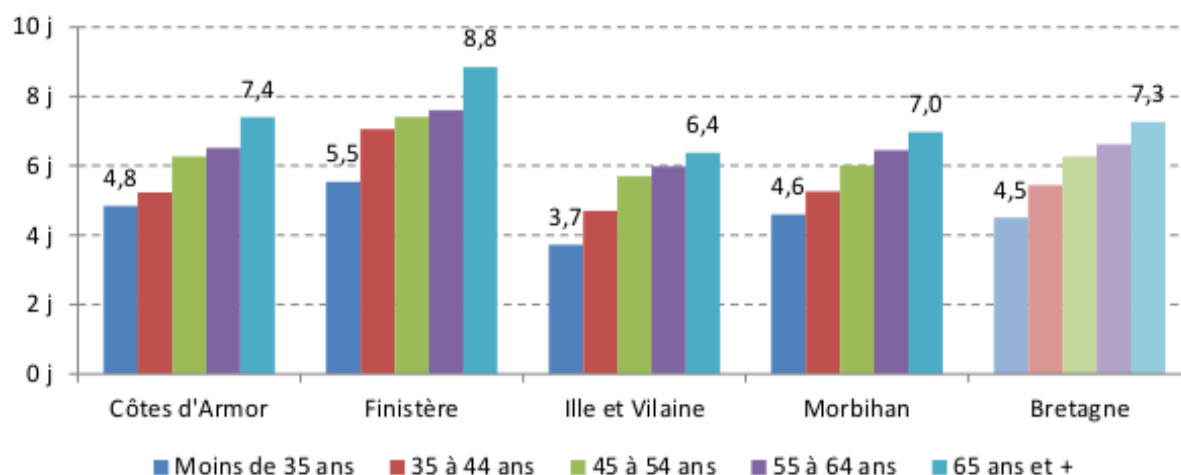
Étudiant la prescription (médicaments, arrêts de travail, analyses de laboratoires, transport des malades, soins donnés par des auxiliaires médicaux ou autres tels que cures, prothèses, etc.) des médecins généralistes en Loire-Atlantique, Philippe Masson note que les « forts prescripteurs »³¹ sont très majoritairement des hommes, plus âgés et installés depuis plus longtemps en cabinet que leurs consœurs et confrères alors qu'à l'inverse ce sont les femmes, les plus jeunes installés depuis moins longtemps qui prescrivent le moins (Masson 2011, 48). Comme cela a par ailleurs été montré dans la littérature, nous obtenons des résultats similaires quant à la prescription spécifique d'arrêts de travail. En Bretagne et quel que soit le département d'exercice,

30 Les résultats présentés ici concernent uniquement les médecins généralistes connus en tant que MEP à l'Assurance maladie sachant que les médecins n'ont pas l'obligation de fournir cette information lors de leur inscription.

31 L'auteur les définit comme les 25 % de généralistes qui ont les montants totaux de prescription les plus élevés au niveau national.

les médecins ont tendance à prescrire de plus en plus d'indemnités journalières avec l'âge. Cet écart entre jeunes et médecins plus âgés est encore plus marqué dans le Finistère. La différence de prescription selon l'âge et le département est significative ($p < 0,001$ – cf. Tests statistiques, p. 152).

Graphique 40. Médiane par département et par classe d'âge du médecin généraliste du nombre d'IJ prescrites par patient susceptible d'en percevoir en Bretagne en 2017

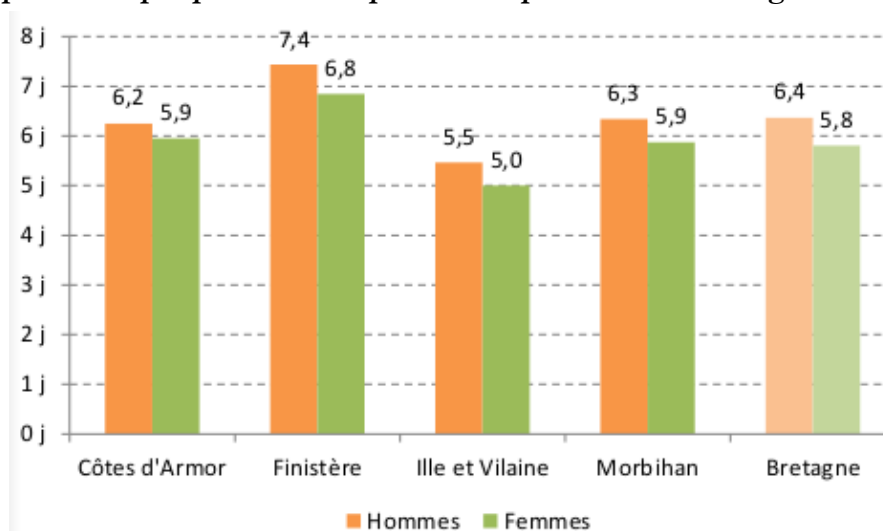


Note : données standardisées sur l'âge, le sexe et l'ALD

Un médecin âgé suivrait généralement une patientèle également plus âgée et plus malade (qui l'aurait suivi dans le temps), pour qui les prescriptions sont également plus importantes en nombre de jours d'arrêts de travail (cf. Graphique 10. p. 31). Ceci pourrait expliquer la prescription plus importante des médecins âgés. Or, comme nous le voyons dans le tableau ci-dessus, dont l'indicateur « nombre d'indemnités journalières par patient » est standardisé sur l'âge, le sexe et la prise en charge ou non au titre de l'ALD de ce patient, cette hypothèse n'est pas recevable. Malgré cette standardisation les médecins plus âgés prescrivent davantage.

Par ailleurs, les médecins généralistes femmes, qui sont également souvent plus jeunes que leurs confrères (cf. Figure 1. p. 52), prescrivent moins d'indemnités journalières que leurs homologues masculins. En Bretagne en 2017, la moitié des médecins généralistes femmes a prescrit 5,8 indemnités journalières par patient alors que la moitié de leurs homologues masculins en a prescrit 6,4. Nous retrouvons d'ailleurs cette population plus jeune et féminine dans la classe 2 de la typologie des médecins prescripteurs, ce groupe étant celui qui prescrit le moins d'indemnités journalières (cf. Graphique 34. p. 47). Cette différence de prescription entre les hommes et les femmes est en réalité liée au fait que les femmes médecins généralistes sont plus jeunes que les hommes (cf. Pyramide des âges des médecins généralistes en Bretagne en 2017, p. 52). Il n'y a pas de lien entre le sexe et le niveau de prescription d'indemnités journalières ($p > 5\%$ – cf. Tests statistiques, p. 152).

Graphique 41. Médiane par sexe et par département du médecin, du nombre d'IJ prescrites par patient susceptible d'en percevoir en Bretagne en 2017



Note : données standardisées sur l'âge, le sexe et l'ALD

3.3 Une répartition territoriale de la prescription en médecine générale

Nous observons des variations de prescription selon le lieu d'exercice du médecin généraliste. Ici, la population de référence pour la standardisation de l'indicateur est la population des affiliés aux quatre CPAM de Bretagne susceptibles de percevoir des indemnités journalières. Les indicateurs ont été standardisés pour chaque médecin afin de pouvoir les comparer. Cette standardisation permet de mettre au même niveau un médecin avec une patientèle plutôt féminine âgée en ALD et un médecin avec une patientèle plutôt masculine jeune sans ALD.

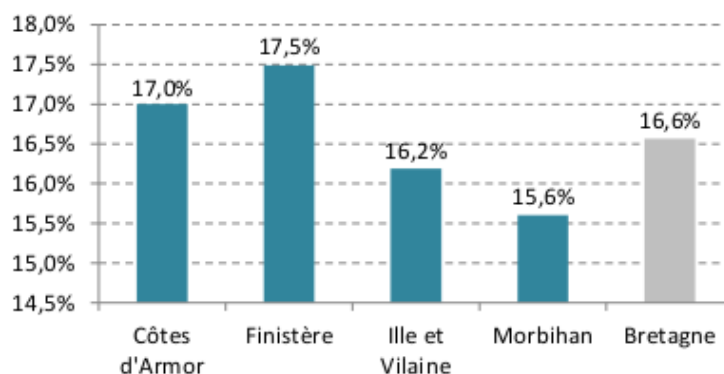
Tableau 10. Médianes des prescriptions d'IJ des médecins généralistes en 2017

Département	Nombre de patients avec IJ	Nombre d'IJ	Nombre d'IJ par patient avec IJ	Montant d'IJ par patient avec IJ	Part de patient avec IJ parmi les patients susceptibles de percevoir des IJ
Côtes d'Armor	78	2 795	6,1	206 €	17,0 %
Finistère	76	3 291	7,3	239 €	17,5 %
Ille-et-Vilaine	92	2 998	5,3	173 €	16,2 %
Morbihan	78	2 994	6,0	200 €	15,6 %
Bretagne	81	3 032	6,1	201 €	16,6 %

Note : les données concernant le nombre et le montant des IJ par patient avec IJ sont standardisées sur l'âge, le sexe et l'ALD

Parmi les patients actifs susceptibles de percevoir des indemnités journalières, 16,6 % des patients ont perçu des indemnités journalières. Ce taux varie de 15,6 % dans le Morbihan à 17,5 % dans le Finistère.

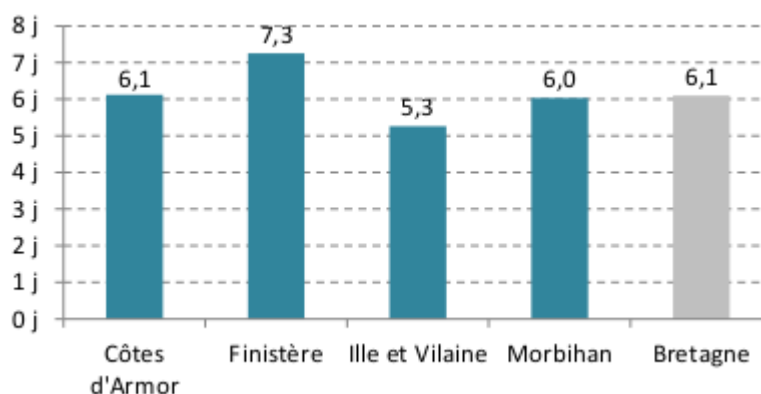
Graphique 42. Part de patient ayant perçu des indemnités journalières en Bretagne en 2017



Note : données standardisées sur l'âge, le sexe et l'ALD

En Bretagne, le Finistère est non seulement le département où une part plus importante de patients susceptibles de percevoir des indemnités journalières en perçoit effectivement, mais de plus chacun de ces assurés en perçoit davantage que dans les départements voisins. Ainsi si la moitié des médecins généralistes bretons a prescrit plus de 6,1 indemnités journalières par patient en 2017, ce nombre varie de 5,3 indemnités journalières par patient en Ille-et-Vilaine à 7,3 indemnités journalières par patient dans le Finistère.

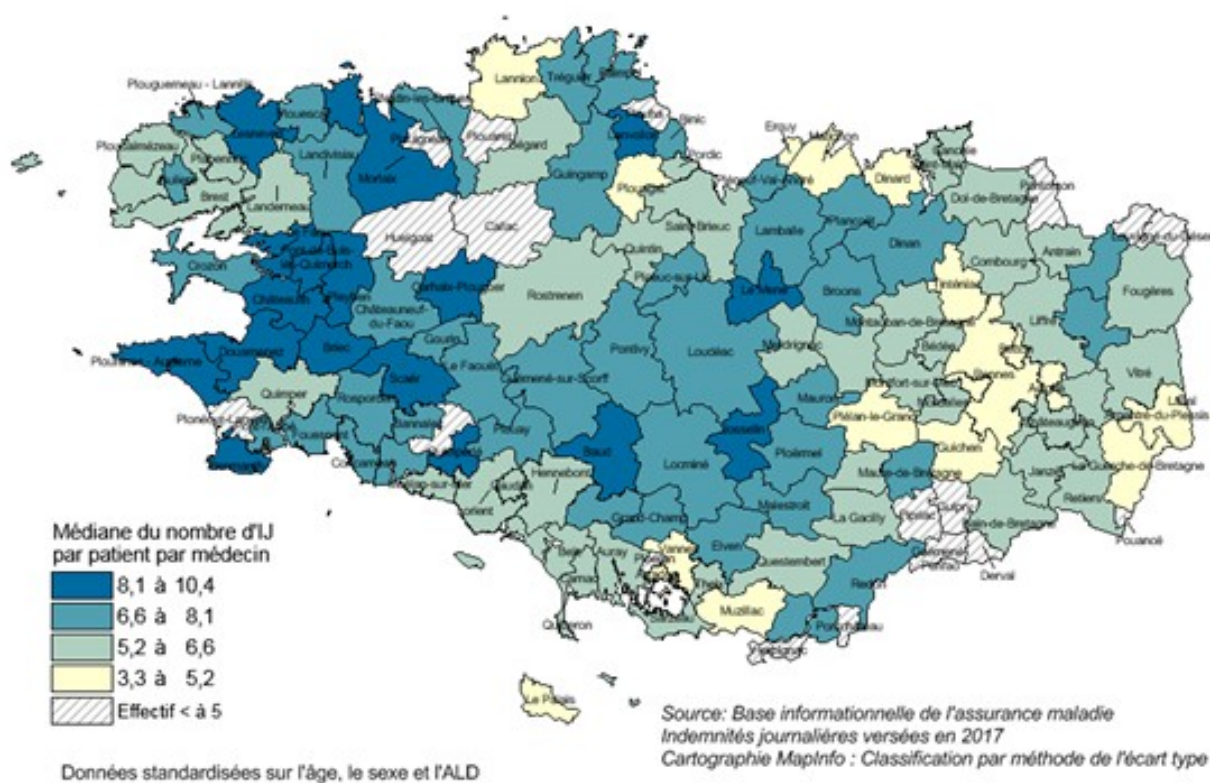
Graphique 43. Médiane par département du nombre d'IJ par patient susceptible d'en percevoir en Bretagne en 2017



Note : données standardisées sur l'âge, le sexe et l'ALD

Généralement, les médecins généralistes qui exercent dans les bassins de vie à l'ouest de la Bretagne, prescrivent davantage d'indemnités journalières par patient en arrêt de travail que ceux qui exercent à l'est de la région. Par exemple, dans le bassin de vie de Carhaix Plouguer, la moitié des médecins généralistes prescripteurs y exerçant a prescrit de 7,4 à 10,4 indemnités journalières par patient en arrêt de travail alors que dans le bassin de vie de Rennes, la moitié des médecins généralistes prescripteurs a prescrit de 3,3 à 5,7 indemnités journalières par patient en ayant effectivement reçu. Notons que la plus petite classe retenue dans la carte ne fait apparaître aucun bassin de vie du Finistère. Comme nous l'avons vu précédemment, les arrêts de travail sont en effet plus longs dans le Finistère que dans les autres départements.

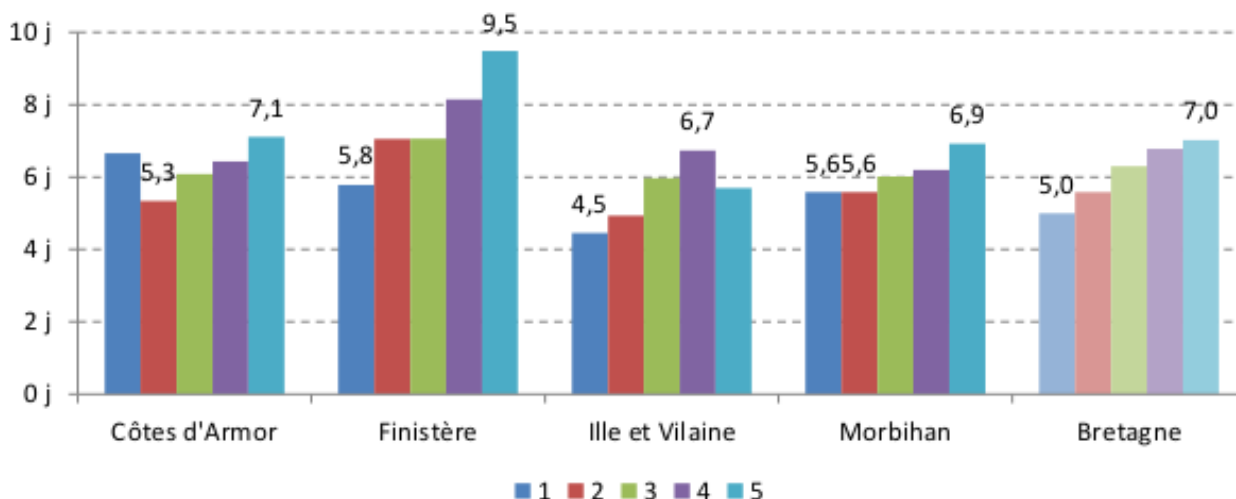
Carte 8. Médiane par bassin de vie du nombre d'IJ prescrites (par patient susceptible d'en percevoir) par médecin généraliste en Bretagne en 2017



Certains auteurs avancent que pour les salariés, travailler dans un département où la densité médicale est forte augmente la probabilité d'être en arrêt maladie (Ben Halima, Debrand, et Regaert 2011, 7). De plus, selon Philippe Masson « les zones géographiques où les consultations et visites sont fréquentes sont aussi celles où la prescription moyenne par patient est la plus élevée » (Masson 2011, 47). Le Finistère est en effet le département où la densité de médecins généralistes est la plus forte en Bretagne (cf. Graphique 37. p. 50). Selon ces approches qui comparent « offre et demande », un nombre plus important de médecins accentuerait la demande d'arrêts de travail. Or il est important d'également de prendre en considération la répartition géographique de la population d'assurés, leurs lieux de vie et de travail (et le type d'emplois et de conditions de travail qui y sont associées).

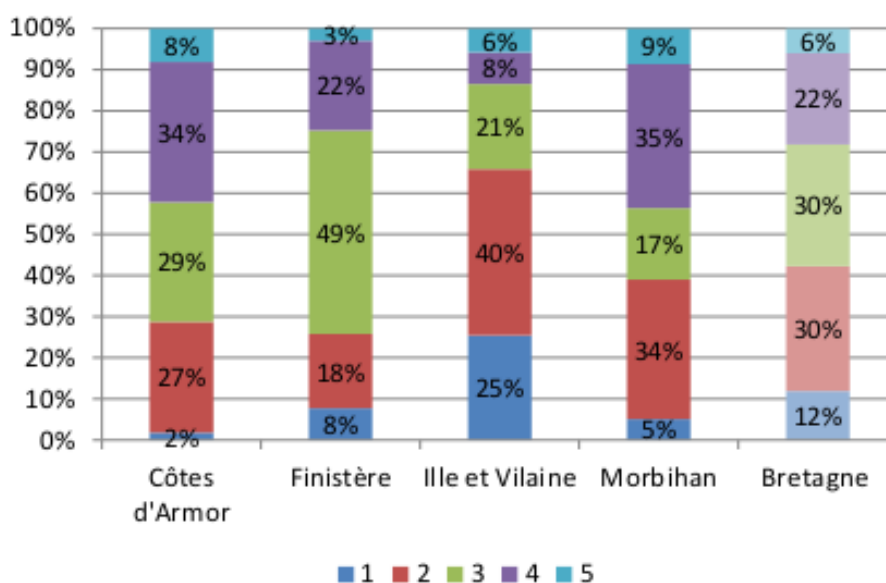
Dans le Finistère, les zones où les médecins prescrivent le plus d'indemnités journalières par patient (cf. Carte 8. p. 62) ne sont pas les plus denses médicalement (cf. Graphique 37. p. 50). Par ailleurs, la comparaison des cartes présentant le nombre d'indemnités journalières prescrites par médecin généraliste (cf. Carte 8. , p. 62) et présentant les indices de défavorisation des communes bretonnes (cf. Carte 4. p. 37) nous indique une corrélation entre les deux variables. En effet, le nombre médian d'indemnités journalières par patient est plus élevé dans les zones les plus défavorisées (indice 5). Plus la commune d'exercice du médecin généraliste est défavorisée, plus la médiane du nombre d'indemnités journalières par patient est élevée. Cette différence de niveau de prescription selon l'indice de défavorisation est significative ($p < 0.001$ – cf. Tests statistiques, p. 152).

Graphique 44. Médiane du nombre d'indemnités journalières par patient susceptible d'en percevoir selon l'indice de défavorisation de la commune d'exercice du médecin généraliste en 2017



Une atypie apparaît dans les Côtes d'Armor avec un nombre médian plus élevé. En réalité, pour l'indice 1, la médiane a été calculée sur dix médecins car eux seuls exercent sur les communes les moins défavorisées des Côtes-d'Armor. Les écarts de prescription d'arrêts de travail au sein des communes les moins et plus défavorisées sont particulièrement marqués dans le Finistère. Notons cependant qu'une faible proportion de médecins généralistes exercent dans ces communes (concernées par les indices de défavorisation 1 et 5) car près de la moitié des médecins généralistes du département exercent dans des communes moyennement défavorisées (indice 3).

Graphique 45. Répartition des médecins généralistes selon l'indice de défavorisation de leur commune d'exercice



4 Profils des médecins prescripteurs du Finistère

À partir de leurs caractéristiques sociales (âge, commune d'exercice plus ou moins favorisée et où exercent plus ou moins de médecins généralistes) de celles de leur patientèle (part de patients en ALD et âgés de 50 à 64 ans) et du fait qu'ils soient plus ou moins forts prescripteurs (nombre de patients avec indemnités journalières, nombre d'indemnités journalières prescrites par patient et nombre de patients susceptibles de percevoir des indemnités journalières), l'analyse en composante principale suivi d'une classification ascendante hiérarchique a permis d'isoler trois groupes de médecins.

Tableau 11. Trois classes de médecins prescripteurs dans le Finistère

	Faibles valeurs	Fortes valeurs	Composition du groupe
Classe 1 300 médecins (31 %)	Nombre de patients avec IJ (43 IJ) Nombre de patients susceptibles de percevoir des IJ (297 IJ) Nombre d'IJ prescrites (1876 IJ) Nombre d'IJ prescrites par patient (6 IJ) Poids des généralistes (zone peu dense) (4 %)	Patients de 50 à 64 ans (38.4 %) Part de patients en ALD (15.8 %) Age du médecin (57 ans) Indice de défavorisation (3)	Médecins généralistes (62 %) Psychiatres (11 %) Chirurgiens (11 %) Chirurgiens orthopédiques (9 %)
Classe 2 398 médecins (41 %)	Part de patient de 50 à 64 ans (26.8 %) Part de patient en ALD (10.6 %) Nombre d'IJ prescrites par patient (6 IJ) Nombre d'IJ prescrites (2584 IJ) Indice de défavorisation (3) Age des médecins (45 ans)	Nombre de patients susceptibles de percevoir des IJ (476 IJ) Poids des généralistes (zone dense) (28 %)	Médecins généralistes (86 %) Gynécologues (9 %)
Classe 3 272 médecins (28 %)	Part de patient en ALD (11.9 %) Poids des généralistes (zone peu dense) (2 %)	Nombre d'IJ prescrites par patient (10 IJ) Nombre d'IJ prescrites (5500 IJ) Nombre de patients susceptibles de percevoir des IJ (507 IJ) Indice de défavorisation (4) Age du médecin (55 ans)	Médecins généralistes (93 %) Chirurgiens orthopédiques (7 %)

À partir de ces classes, nous verrons plus tard comment s'opèrent les prescriptions dans les différents profils. En effet, cette démarche nous permettra de sélectionner des médecins exerçant dans des conditions spécifiques et des caractéristiques types.

Synthèse : résultats quantitatifs sur les médecins prescripteurs

En Bretagne, 67 % des indemnités journalières ont été prescrites par les médecins généralistes libéraux, 15,7 % par les médecins spécialistes libéraux et établissements privés et 16,2 % par les établissements publics. D'une manière générale les généralistes qui en 2017 en Bretagne représentant 58 % des médecins libéraux, sont plus nombreux que les spécialistes. Leur densité médicale est également plus importante que chez les spécialistes. En Bretagne en 2017, cette densité est de 9,1 médecins généralistes et de 6,7 médecins spécialistes pour 10 000 habitants. C'est en Ille-et-Vilaine que la densité de spécialistes libéraux est la plus forte (7,5 médecins pour 10 000 habitants) et dans le Finistère que la densité de médecins généralistes est la plus forte (9,7 médecins pour 10 000 habitants). Cette densité est notamment plus importante le long des côtes bretonnes qu'au centre de la région (ce qui explique en partie la plus forte densité finistérienne) et dans les bassins de vie situés sur ou proches des agglomérations. La structure de la population des médecins généralistes bretons est façonnée tant par le vieillissement du groupe professionnel que par sa féminisation. En Bretagne, en 2017, 45 % des médecins généralistes ont plus de 55 ans. C'est dans l'Ille-et-Vilaine et dans le Finistère, où 42 % et 43 % des médecins généralistes ont respectivement plus de 55 ans, que ces médecins sont les plus jeunes. Malgré une proportion de femmes médecin généraliste plus faible que les hommes tous âges confondus (elles représentent 42 % des médecins généralistes finistériens en 2017), elles sont plus nombreuses que les hommes chez les médecins moins de 45 ans. En Bretagne, les médecins spécialistes sont un peu plus âgés que les médecins généralistes. Dans le Finistère, 49 % des médecins spécialistes et 43 % des généralistes ont plus de 55 ans. Les médecins spécialistes bretons sont bien davantage des hommes que des femmes, sauf chez les moins de 35 ans (mais les effectifs sont plus faibles sur cette tranche d'âge, les spécialistes s'installant plus tardivement).

En Bretagne sur l'ensemble des médecins libéraux ayant prescrits des indemnités journalières à au moins dix patients en 2017, un cinquième sont des spécialistes (en Bretagne, en 2017, 89 % des médecins généralistes prescrivent des arrêts de travail à au moins dix patients, alors qu'un peu plus de 30 % des spécialistes font de même). Ils prescrivent également davantage d'arrêts de travail par patient. En Bretagne, en 2017, un médecin généraliste prescrit en moyenne 6,2 indemnités journalières par patient susceptible d'en percevoir alors qu'un médecin spécialiste en prescrit en 4,2. Cette place prépondérante des médecins généralistes dans la prescription des arrêts de travail, s'explique par la nature du travail de ces médecins où la prescription d'un arrêt de travail est une tâche courante. Ils ont un rôle de médecins « de première ligne » qui s'occupent de l'articulation de la prise en charge du patient (avec celui-ci) par les différents professionnels de santé (**Sarradon-Eck 2010**). C'est souvent le médecin généraliste qui prescrit initialement l'arrêt de travail avant de rediriger le patient vers un éventuel spécialiste.

Les pratiques de prescriptions sont contrastées chez les spécialistes. Les oncologues, gynécologues, rhumatologues, psychiatres, oto-rhino-laryngologues et chirurgiens prescrivent des arrêts de travail. En Bretagne les médecins oncologues sont même proportionnellement plus nombreux que les médecins généralistes à en prescrire. Les pathologies prises en charge varient selon les spécialités et en conséquence les causes des arrêts de travail également. De plus les médecins spécialistes n'interviennent pas forcément au même moment du parcours du patient en arrêt que les médecins généralistes. À l'inverse les ophtalmologues, radiologues, anesthésistes prescrivent pas ou très peu d'arrêts de travail. Le public qu'ils prennent en charge (comme les pédiatres qui s'occupent d'inactifs) et le moment spécifique où ils interviennent dans le parcours du patient (aide au diagnostic pour le radiologue ou rendez-vous pré-opératoire pour l'anesthésiste) n'amènent pas ces médecins à prescrire des arrêts de travail.

Mais malgré une prescription d'arrêts de travail plus massive chez les médecins généralistes, il existe également des disparités de prescription parmi eux. Ainsi en Bretagne et quel que soit le département d'exercice, les médecins ont tendance à prescrire de plus en plus d'indemnités journalières avec l'âge. Cet écart entre jeunes et médecins plus âgés est encore plus marqué dans le Finistère. De plus, les médecins généralistes femmes, qui sont également souvent plus jeunes que leurs confrères, prescrivent moins d'indemnités journalières que leurs homologues masculins. En Bretagne en 2017, la moitié d'entre elles a prescrit 5,8 indemnités journalières par patient alors que la moitié de leurs confrères en a prescrit 6,4. Nous retrouvons d'ailleurs cette population plus jeune et féminine dans la classe 2 de la typologie des médecins prescripteurs, qui est celle qui prescrit le moins d'indemnités journalières.

Les médecins « à exercice particulier » relèvent quant à eux moins d'une médecine « de première ligne » et prescrivent alors moins d'arrêts de travail, sont d'ailleurs moins souvent choisis comme médecins traitants par les patients. Parmi ces médecins, les médecins urgentistes prescrivent beaucoup d'arrêts de travail et les homéopathes et acupuncteurs, dont les pratiques peuvent se concilier avec une médecine générale plus « traditionnelle », en prescrivent également. Par contre les allergologues, angiologues, endocrino-diabétologues, nutritionnistes et diététiciens interviennent très peu dans le suivi des arrêts de travail et leur prescription.

La moitié des médecins généralistes de Bretagne a prescrit plus de 6,1 indemnité journalières par patient en 2017. Ce nombre varie de 5,3 indemnités journalières par patient en Ille-et-Vilaine à 7,3 indemnités journalières par patient dans le Finistère qui est le département où les médecins généralistes prescrivent le plus d'indemnités journalières par patient. Dans ce département, les zones où les médecins prescrivent le plus d'indemnités journalières par patient ne sont pas les plus denses médicalement. Au contraire, plus la commune d'exercice du médecin généraliste est défavorisée, plus la médiane du nombre d'indemnités journalières par patient est élevée.

Méthode qualitative : étudier des « profils » contrastés grâce aux entretiens semi-directifs

À partir des analyses statistiques, ayant permis de contextualiser l'étude et de dresser un portrait des médecins et des assurés bretons en arrêt de travail, l'enquête qualitative permet d'appréhender le vécu des situations précédemment identifiées et leur incarnation dans les pratiques des acteurs. En sociologie, la réalisation d'entretiens semi-directifs rend compte du point de vue des acteurs (ici les médecins et les assurés), de leurs expériences, savoirs et savoir-faire, de leurs croyances. En recueillant ces informations auprès des « dépositaires de l'expérience » (Ramos 2015), cette méthode permet de cerner le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés. Ces informations sont essentielles pour étudier les configurations locales qui conditionnent la prescription des arrêts de travail.

La réalisation d'une quinzaine d'entretiens avec des médecins (douze avec des généralistes et cinq avec des spécialistes) et d'une douzaine avec des assurés est initialement prévue. En effet, « faire du chiffre » ne contribue pas à valider d'un point de vue scientifique la démarche qualitative et interprétative empruntée » (Sifer-Rivière 2016, 91). En effet, l'approche davantage qualitative s'intéresse plus particulièrement aux dimensions subjectives de la réalité sociale. La subjectivité n'est pas à opposer à l'objectivité. En réalité, les acteurs sociaux, ici médecins et assurés, perçoivent et peuvent se représenter la question de l'arrêt de travail de manière distincte. Autrement dit, l'arrêt de travail n'a pas la même signification et, par conséquent, la même définition. Il s'agit de prendre au sérieux le sens que les acteurs donnent à leurs actions. L'arrêt de travail résulte en partie de ces négociations. De plus, la sélection préalable de profils variés de médecins et d'assurés à partir de l'analyse des données administratives de l'Assurance maladie permet de mettre en perspective et de comparer ces cas contrastés (Glaser et Strauss 2010). Enfin, il convient de rappeler qu'une telle perspective constitue une autre manière d'expliquer des phénomènes sociaux.

1 *Entretiens avec les médecins*

Une typologie des médecins finistériens prescripteurs d'arrêts de travail a été élaborée à partir de l'ACP. La réalisation d'une vingtaine d'entretiens semi-directifs avec certains d'entre eux permet d'interroger leurs différences de représentations et de pratiques professionnelles concernant la prescription d'arrêts de travail et de réinsérer celles-ci dans le « contexte » plus large de leur exercice professionnel.

1.1 *Échantillonnage*

L'échantillon de médecins à contacter a été défini à partir de l'analyse en composante principale. La typologie ayant fait ressortir trois groupes de médecins (cf. Tableau 11. p. 64) et l'objectif étant d'interroger douze médecins généralistes et cinq médecins spécialistes, quatre médecins généralistes sont interrogés par groupe ainsi qu'un à trois médecins spécialistes selon la classe. En fonction des résultats de l'ACP, la répartition s'est opérée comme suit :

Classe 1 : 4 médecins généraliste, 1 psychiatre, 1 chirurgien, 1 chirurgien orthopédique

Classe 2 : 4 médecins généraliste, 1 gynécologue

Classe 3 : 4 médecins généraliste, 1 chirurgien orthopédique

1.2 *Contacter un public réticent*

Les arrêts de travail font l'objet d'un traitement médiatique extrêmement fort. Ainsi durant tout l'été 2018 une série de déclarations publiques provenant du Ministère de la santé ou des représentations syndicales (employeurs et médecins) illustre les tensions autour du sujet. Par ailleurs, la prescription des arrêts de travail est l'un des indicateurs pris par l'Assurance maladie pour contrôler la pratique des médecins. Ce contexte peut peser sur les accords et le contenu des réponses dans le cadre des entretiens semi-directifs.

L'étude des arrêts de travail menée en partenariat avec la CPAM peut par conséquent susciter des réactions de méfiance des médecins et des assurés du fait de l'aspect controversé de l'objet. Comme la réalisation des entretiens semi-directifs suppose d'identifier nominativement les personnes pour pouvoir aller à leur rencontre, une décision sur la protection des données des personnes interrogées a été validée par la direction de la CPAM et inscrite au registre des décisions de la CPAM. L'Université de Bretagne Occidentale (UBO) assure quant à elle la protection des données recueillies.

Un courrier à en-tête de la CPAM et de l'UBO (précisant l'origine des données, la référence et le nom des différents partenaires du programme) a été envoyé aux médecins afin de les informer de l'enquête (cf. Annexe 8. p. 161) et de recueillir leur consentement pour participer à la recherche³² (cf. Annexe 9. p. 162). Afin de prévenir leurs réticences, il est rappelé dans ce courrier que le traitement des données produites dans le cadre de l'étude poursuit uniquement un objectif de connaissance sociologique des caractéristiques des arrêts de travail et ne sert en aucun cas une démarche de contrôle de l'activité des médecins. Par ailleurs, selon les normes déontologiques en vigueur dans le milieu académique, les sociologues s'engagent à ne pas divulguer le contenu des entretiens dans leur intégralité et à préserver l'anonymat des personnes enquêtées.

Anticipant un faible taux de réponse de la part des enquêtés du fait des modalités de contact choisies, il est décidé de pré-sélectionner un nombre important de médecins, relativement au nombre d'entretiens effectivement réalisés. Plus d'une centaine de médecins ont finalement été contactés. Une trentaine de généralistes et autant de spécialistes lors de premières vagues et face au nombre important de refus ou de non-réponses, une quarantaine de médecins généralistes et une quinzaine de spécialistes lors de secondes vagues. Selon la composition des groupes issus de la classification, les médecins appartenant à chacune des classes retenues ont été tirés au hasard.

Suite à l'envoi des courriers, les enquêtés sont relancés par téléphone par la sociologue³³. La prise de contact constituant une « interaction exploratoire » (Sifer-Rivière 2016, 93), elle nous renseigne sur le rapport qu'entretien la population enquêtée à l'étude et son objet. Lors de la première prise de contact, dû fait du début de la période estivale, mis à part un médecin de la classe 1 en cessation d'activité, cinq médecins sont en congés (dont une en congé maternité). Par ailleurs les réactions des secrétaires et des médecins contactés, peu patients et disponibles, laissent entendre qu'ils se sentent surchargés de travail et fatigués. Deux médecins m'annoncent directement qu'ils ne sont pas intéressés par l'enquête et cinq qu'ils n'ont pas de temps à lui consacrer. Par ailleurs cinq secrétaires médicales « filtrent » les appels en annonçant que la ou le médecin me recontactera éventuellement mais ceux-ci ne donnent pas de nouvelles. Cinq médecins acceptent cependant de participer à l'enquête (dont un en septembre lorsqu'il sera moins débordé).

32 Les personnes sont informées de leur droit d'accès et de rectification aux données, de leur droit à pouvoir se retirer à tout moment de la recherche et que l'utilisation des données anonymisées est exclusivement réservée à des fins de publications scientifiques. Si elle n'a pas été transmise précédemment par l'enquêté, la lettre de consentement au recueil d'informations est signée lors de l'entretien.

33 31 courriers sont envoyés le 27 juin 2018 à des médecins généralistes, relancés par téléphone à partir du 2 juillet. Puis le 16 août, 36 courriers sont envoyés à des médecins généralistes et 28 à des médecins spécialistes, relancés par téléphone à partir du 21 août. Enfin le 17 septembre, 16 courriers sont envoyés à des médecins spécialistes, relancés par téléphone à partir du 24 septembre. La prise de contact en plusieurs phases permet également de ne pas laisser trop de temps entre la réception du courrier par le médecin et l'appel téléphonique.

Si fin août et début septembre, la période estivale joue également en défaveur de l'enquête (onze médecins sont en congés) et mis à part les réticences habituelles (14 médecins ne répondent pas, huit disent ne pas avoir le temps, trois disent ne pas avoir reçu le courrier et autant me recontacteront éventuellement), les médecins semblent un peu plus disponibles (mis à part deux à la retraite). Huit médecins généralistes acceptent de participer à l'enquête dont deux qui renvoient le recueil de consentement d'eux-mêmes.

Les entretiens avec les médecins ont été réalisés de début juillet à mi-octobre 2018, d'abord avec les médecins généralistes puis avec les spécialistes. Ils ont été menés dans les cabinets médicaux et avec l'accord oral des enquêtés (l'un d'entre eux a refusé), ils ont été enregistrés (audio) et retranscrits afin de faciliter le travail d'analyse³⁴.

Tableau 12. Entretiens semi-directifs avec les médecins généralistes

Informations sur l'enquêté				Informations sur l'entretien	
Classe statistique	Sexe	Classe d'âge	Indice défav.	n°	Durée
entretien exploratoire	Homme	de 35 à 44 ans	3	4	50 min
1	Femme	moins de 35 ans	4	16	35 min
	Homme	de 55 à 64 ans	2	13	30 min
	Homme	de 55 à 64 ans	1	7	22 min
	Homme	plus de 65 ans	1	9	35 min
2	Femme	de 35 à 44 ans	2	14	57 min
	Femme	de 35 à 44 ans	2	17	47 min
	Homme	de 35 à 44 ans	3	20	1h38min
	Femme	de 35 à 44 ans	3	25	46 min
	Femme	de 45 à 54 ans	1	19	1h20 min
	Femme	de 55 à 64 ans	3	3	40 min + 48 min
3	Femme	moins de 35 ans	4	10	55 min

34 La localisation de l'enquête de terrain sur le département du Finistère et le recueil d'informations administratives sur les professionnels de santé et les assurés par l'Assurance maladie rendant trop aisée les possibilités d'identification de nos interlocuteurs, et afin de respecter l'anonymat des personnes qui ont accepté bénévolement de nous rencontrer, nous respectons le principe déontologique en sociologie selon lequel les entretiens ne sont ni diffusés, ni remis au commanditaire d'une enquête. La conservation des données s'effectue au moyen d'un stockage chiffré assuré par les structures de l'UBO. Les données sont anonymisées avant traitement et les fichiers audio sont détruits à l'issue de la recherche.

Informations sur l'enquêté				Informations sur l'entretien	
	Homme	de 45 à 54 ans	2	8	43 min
	Homme	de 45 à 54 ans	2	21	42 min
	Homme	de 55 à 64 ans	4	11	55 min

Lors de la relance téléphonique, les réactions des médecins spécialistes ont été similaires à celles des médecins généralistes. Parmi les réponses à l'appel, dix ont refusé de participer (quatre n'étaient pas intéressés, trois assistantes m'ont annoncé que les médecins ne participaient pas à des enquêtes, deux m'ont dit que le médecin me recontacterait éventuellement et une que le médecin n'avait pas reçu le courrier), six étaient en congés, un à la retraite et cinq ont accepté l'entretien. Notons que si comme pour les médecins généralistes, les médecins spécialistes rencontrés dans le cadre de l'étude prescrivent des arrêts de travail, il s'agit d'une proportion beaucoup plus faible d'entre eux (un peu moins de 30 %) chez les spécialistes (cf. Tableau 6. p. 54).

Tableau 13. Entretiens semi-directifs avec les médecins spécialistes

Informations sur l'enquêté					Informations sur l'entretien	
Classe statistique	Spécialité	Sexe	Classe d'âge	Indice défav.	n°	Durée
1	Psychiatre	Homme	de 35 à 44 ans	3	18	52 min
	Chirurgien	Homme	de 55 à 64 ans	4	24	22 min
	Rhumatologue	Femme	de 55 à 64 ans	4	23	57 min
2	Gynécologue	Femme	de 55 à 64 ans	3	22	27 min
3	Chirurgien orthopédique	Homme	de 45 à 54 ans	3	15	32 min

1.3 Appréhender les pratiques de prescription

En sociologie, l'entretien semi-directifs permet d'interroger des enquêtés sur des thématiques de recherche identifiées en amont dans un guide d'entretien mais l'échange est orienté par des questions non fermées et prend la forme d'un dialogue dans lequel l'enquêté a la possibilité de développer son propos afin laisser la place à des données imprévues pertinentes pour la recherche.

Les entretiens semi-directifs réalisés auprès des médecins ont pour but de cerner à la fois leurs pratiques de travail mais également les configurations locales dans lesquelles ils exercent et qui les amènent à rencontrer une patientèle particulière. C'est pourquoi le guide d'entretien (cf. Annexe 10. p. 163) réunit des questions portant sur leurs conditions d'exercice, la patientèle prise en charge, les pratiques de prescription d'arrêts de travail, la division du travail entre les médecins dans le suivi de l'assuré selon leurs spécialités, les politiques de gestion du risque de l'Assurance maladie et les parcours professionnels et personnels des médecins.

Afin d'éviter de ne recueillir de la part des médecins généralistes « qu'un discours autorisé sur les pratiques les plus légitimes » et de les faire parler en détail sur ces pratiques, nous mobilisons des cas fictifs de patients d'après une méthode déjà employée lors d'une enquête réalisée auprès de magistrats (Gautron et Retière 2014). Nous demandons aux médecins interrogés de se prêter à l'épreuve de jugement de chacune de ces situations en indiquant s'ils prescriraient un arrêt de travail ou pas, de quelle durée, et sur quels critères ils se fondent pour évaluer cette durée. L'emploi de ces cas permet de dégager les critères déterminants pour les différents médecins enquêtés dans l'évaluation de la pertinence d'un arrêt de travail, de repérer la hiérarchie des variables influençant les modes d'évaluation des situations des patients.

Sur les conseils d'un professeur de pathologies-professionnelles et anticipant des réticences par manque de temps, plutôt que de demander aux médecins généralistes de conserver trace des consultations précédant l'entretien sociologique comme cela a pu être fait pour des situations de « souffrance psychique » (Haxaire, Genest, et Bail 2010, 134), nous avons décidé de proposer nous-mêmes des cas à partir desquels faire discuter les enquêtés sur leurs pratiques professionnelles.

Afin de ne pas alourdir l'échange, nous avons opté pour la présentation de quatre cas (cf. Annexe 11. p. 166). Deux concernent des personnes atteintes de troubles musculo-squelettiques (canal carpien et épaule selon les pathologies les plus fréquemment reconnues en maladies professionnelles) et deux concernent des personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs. Ces pathologies ont été retenues car elles affectent majoritairement les personnes arrêtées. Selon les données de l'Assurance maladie, les pathologies ostéo-articulaires et les troubles mentaux représentent plus de la moitié des arrêts « maladie » (hors maladies professionnelles, accidents du travail et de trajet) de six mois et plus, en Bretagne en 2016. Le premier groupe représentant 30 % et le second 24 % de ces arrêts. Viennent ensuite les tumeurs (14 %), traumatismes (9 %) et pathologies de l'appareil circulatoire (7 %). De plus, les pathologies ostéo-articulaires composent 46 % (et les traumatismes 31 %) des arrêts de travail pour lesquels la pathologie a été reconnue comme d'origine professionnelle (maladies professionnelles, accidents du travail). D'après les retours des médecins rencontrés, il s'agit de situations tout à fait typiques qu'ils croisent régulièrement et qui leur paraissent véridiques, voire qui leur évoquent leurs propres patients.

Ces cas ont été construits à partir de dossiers anonymisés présentés en CRRMP pour reconnaissance des pathologies en maladie professionnelle et à partir d'un article académique présentant des cas de RPS rencontrés en consultation de psychopathologie professionnelle d'un centre hospitalier universitaire pour le cas 3 (Durand-Moreau et al. 2017). La présentation de ces cas n'exclut pas de discuter avec les médecins de leurs propres situations d'exercices et des patients qu'ils rencontrent en consultation afin de revenir avec eux sur l'histoire de la relation thérapeutique.

Les questions abordées avec les médecins spécialistes sont similaires à celle des médecins généralistes mais la grille d'entretien a été adaptée en fonction de la spécialité. Il s'agissait de revenir sur la spécificité des pratiques, fonction des pathologies prises en charge, d'observer la division du travail entre spécialités et notamment avec les médecins généralistes. Certains cas ont été présentés en fonction de leur pertinence pour les spécialités des médecins rencontrés, selon les pathologies qu'ils prennent en charge. Dans l'ensemble, ces entretiens ont été l'occasion de revenir davantage sur les spécificités de la prescription d'arrêts de travail dans la spécialité.

2 *Entretiens avec les assurés*

Une typologie des assurés finistériens en arrêt de travail a été élaborée à partir de l'ACM. La réalisation d'une dizaine d'entretiens semi-directifs avec certains d'entre eux permet d'interroger leur vécu de cette situation et de le réinsérer plus largement dans leurs trajectoires tant personnelles que professionnelles.

2.1 *Échantillonnage*

L'échantillon d'assurés à contacter a été défini à partir de l'analyse quantitative multidimensionnelle. La typologie ayant fait ressortir trois groupes d'assurés (cf. Graphique 34. p. 47)³⁵ et l'objectif étant d'interroger douze d'entre eux, quatre assurés par groupe sont interrogés. À la demande de l'Assurance maladie, le service médical a exclu les assurés atteints de certaines ALD³⁶ et sous tutelle de l'échantillon de personnes contactées afin que celles-ci soient pleinement en mesure d'accorder ou non leur consentement à l'enquête.

2.2 *Des enquêtés plus ou moins disponibles*

Les assurés ont été contactés par téléphone pour recueillir leur consentement à participer à l'enquête. La réglementation prévoit que le numéro de téléphone soit utilisé dans le cadre des relations administratives ou des campagnes de communication. La direction de la CPAM a autorisé à contacter les assurés par téléphone dans la cadre de l'étude qui est en lien direct avec les missions de service public de la CPAM. Elle a mis à disposition des sociologues le numéro de téléphone des assurés sous couvert d'un avenant au contrat précisant que le numéro de téléphone ne peut être utilisé que dans le cadre de l'étude et que la liste des coordonnées des assurés non participant est détruite après les appels téléphoniques.

Soixante individus ont été préalablement sélectionnés (soit vingt dans chacun des trois groupes issus de la classification, tirés au hasard) pour être contactés par téléphone. Afin d'être moins « intrusifs », nous avons d'abord contacté les personnes sur leurs téléphones fixes avant d'essayer sur leurs téléphones portables.

Le taux de réponse varie selon la classe statistique des enquêtés. Les quatre assurés de la « classe 3 » qui ont décroché leur téléphone fixe (quatre n'ont pas répondu) ont directement accepté de participer à l'enquête après une courte présentation de celle-ci et du cadre de l'étude. Étant en arrêts maladie plus long que les autres, ils étaient davantage présents à leur domicile.

À l'inverse aucun des huit assurés de la « classe 1 » contactés sur leurs téléphones fixes n'ont décrochés, nous avons émis l'hypothèse qu'ils avaient repris le travail. Quatre personnes de ce groupe appelées sur l'heure de midi sur leurs portables ont accepté l'entretien et quatre n'ont pas répondu. L'une des enquêtées de ce groupe qui avait initialement accepté l'entretien n'était finalement pas présente à son domicile. Cette femme, âgée de 55 à 64 ans avait été en arrêt maladie pendant moins d'un mois. Travaillant comme aide à domicile en CDD, son contrat n'a pas été renouvelé du fait de son arrêt de travail, qu'elle estime lié aux conditions de celui-ci. Selon elle, « voilà, la conséquence c'est qu'on perd son travail. » Elle est alors à la recherche d'un emploi (c'est d'ailleurs la raison pour laquelle elle a répondu au téléphone).

Les assurés de la « classe 2 » sont majoritairement des hommes et leurs problèmes de santé y sont davantage reconnus comme étant d'origine professionnelle. Sachant que le modèle hégémonique de la masculinité valorise l'espace du travail comme celui d'une réalisation de soi, l'arrêt de travail semble plus difficile à vivre pour les hommes (Jeantet 2018, 220). Au-delà d'une propension plus importante à exprimer son refus, ceci explique que ces enquêtés aient été les plus réticents à l'enquête. Nous avons tout d'abord essuyé cinq refus nets de participer, quatre n'ont pas répondu et quatre assurés contactés sur leurs portables ont finalement accepté le principe de l'entretien. L'un des enquêtés refusant catégoriquement l'entretien en a expliqué les raisons. Cet homme, âgé de 55 à 64 ans, travaillant dans le secteur « santé humaine et action sociale » est en

35 Les groupes ont été définis sur une base d'assurés en arrêt à un instant T et cette base évolue dans le temps. Des assurés qui aujourd'hui sont classés dans la « classe 1 » auraient peut-être été attribués à une classe semblable à la « classe 3 » dans six mois.

36 Le service médical a estimé l'effectif d'assurés concernés trop restreint pour pouvoir communiquer la liste des pathologies exclues.

arrêt de travail depuis plus de six mois (à un an) pour un trouble musculo-squelettique reconnu comme maladie professionnelle. Il répond que l'enquête ne l'intéresse pas et explique qu'il a été opéré et devrait reprendre le travail dans un ou deux mois. Puis il enchaîne sur une diatribe contre la prise en charge de l'Assurance maladie avec qui il connaît de nombreux déboires administratifs. Il a déjà appelé plusieurs fois « *en gueulant* » pour se plaindre mais à chaque fois « *c'est toujours eux qui ont raison* ». Il conclut en disant qu'il lui reste quelques années avant la retraite et qu'il aurait préféré travailler, surtout qu'il perd beaucoup d'argent en étant arrêté (notamment les primes d'intéressement) et que dès le milieu du mois il se retrouve sans argent.

Les entretiens avec les assurés ont été réalisés de fin octobre à mi-novembre 2018. Ils ont été menés au domicile de l'enquêté (sauf pour l'un d'entre eux qui a été rencontré sur son lieu de travail) selon un protocole similaire aux entretiens avec les médecins. La grille d'entretien ne comprend cependant pas l'emploi des « cas ».

Tableau 14. Entretiens semi-directifs avec les assurés

Informations sur l'enquêté							sur l'entretien	
Classe	Sexe	Classe d'âge	Durée de l'arrêt	Type de pathologie	Indice défav.	Métier	n°	Durée
1	Femme	moins de 35 ans	Moins de 30 jours	Pathologie gynécologique	5	Profession paramédicale	35	50 min
	Femme	de 35 à 44 ans	Moins de 30 jours	TPS	2	Employée (distribution de prospectus)	29	30 min
	Homme	de 55 à 64 ans	De 1 à 6 mois	TMS	3	Cadre (secteur bancaire)	31	54 min
	Femme	de 45 à 54 ans	De 1 à 6 mois	TMS	3	Employée (grande distribution)	37	1h03
2	Homme	moins de 35 ans	Moins de 30 jours	TMS	?	Chauffeur de bus	34	1h12
	Femme	de 35 à 44 ans	De 1 à 6 mois	TPS	4	Informaticienne	33	2h06
	Homme	de 45 à 54 ans	Plus d'1 an	TMS (AT)	5	Ouvrier (agroalimentaire)	36	1h10
	Homme	de 55 à 64 ans	De 6 mois à 1 an	Néphrite (MP)	4	Ouvrier (espaces verts)	32	1 h
3	Femme	de 45 à 54 ans	De 1 à 6 mois	TPS	2	Profession médicale	28	1h05
	Femme	de 45 à 54 ans	De 6 mois à 1 an	TMS (MP)	4	Aide à domicile	26	1h07
	Homme	de 45 à 54 ans	Moins de 30 jours	TMS	3	Ouvrier (espaces verts)	30	1h47

	Homme	de 45 à 54 ans	Plus d'1 an	Cancer	1	Ouvrier (construction)	27	1h17
--	-------	-------------------	----------------	--------	---	---------------------------	----	------

2.3 Retracer les parcours d'assurés en arrêt de travail : des causes aux conséquences

Les entretiens semi-directifs réalisés avec les assurés ont pour but de recueillir des données sur les raisons les ayant conduits à être en arrêt de travail, leur vécu de cette situation et son insertion dans leurs trajectoires professionnelles et personnelles. Le guide d'entretien (cf. Annexe 12. p. 169) réunit des questions portant sur la représentation de l'arrêt de travail pour l'enquêté et les usages qu'il a de ce dispositif, son parcours sanitaire et de soin, la couverture sociale et le suivi administratif et leur incidence éventuelle sur le déroulement de l'arrêt, la trajectoire professionnelle de l'assuré et le poste occupé avant et/ou après (conditions de la reprise) l'arrêt de travail, les dispositions légales concernant la maladie au sein de l'entreprise et le mode de réorganisation du travail en cas d'absence de l'individu, les relations avec les collègues et les proches plus généralement.

3 Analyse et exploitation des entretiens

Afin d'obtenir une première représentation du contenu des entretiens, nous avons procédé à un codage des entretiens pour les soumettre à une analyse lexicographique à l'aide du logiciel Alceste® (cf. Analyse des entretiens avec le logiciel Alceste®, p. 174). Le principe employé par ce programme consiste à découper en unités les contenus des entretiens en se basant sur les formes de racines de mots – par exemple parler, parle, parlant, parlé, etc. –, puis Alceste va procéder par regroupements statistiques en identifiant « par fractionnements successifs, il découpe le texte en segments homogènes contenant un nombre suffisant de mots, et procède alors à une classification de ces segments en repérant les oppositions les plus fortes ». À partir de là, le programme élabore de « classes » ayant une unité de sens le plus important. Ainsi les classes construites représentent les unités des idées et des thèmes les plus récurrents et significatifs du corpus textuel. Notre objectif était d'avoir un premier débroussaillage du corpus d'entretien pour approfondir dans un second temps à travers une analyse davantage thématique. Ce dernier s'effectue de manière horizontale et verticale pour l'ensemble des entretiens. Il s'agissait à partir de là de mieux appréhender les questions de négociations à l'œuvre dans la prescription de l'arrêt de travail..

Le traitement du corpus des assurés sociaux a pu être effectué sur la base 76 % des unités textuelles. Il s'agit donc d'une pertinence de traitement élevé car peu des unités textuelles ont été exclues de l'analyse (seulement 24 %). À partir de là, le traitement nous a permis de cerner 4 grands groupes dans le propos : le premier groupe concerne les expressions employées par les assurés pour décrire les effets sur la vie privée de l'arrêt. Cette classe représente 48 % des unités textuelles et elle possède la plus forte cohérence³⁷. Le second groupe qui se dégage concerne « la prise en charge » non pas médicale, mais en termes de protection sociale, il représente 18,85 % des propos et c'est la deuxième en termes de cohérence³⁸. Le troisième groupe contient 21,55 % des unités textuelles et englobe surtout de propos abordant la relation entre l'assuré et le médecin³⁹. Enfin, le dernier groupe représente 10,82 % des unités textuelles, c'est le moins

37 Les termes les plus employés sont : gens, maison, enfant, ami, seul... ils soulignent notamment les effets sur l'organisation de la vie quotidienne. Plus présentes dans la classe 3 des assurés et chez les femmes.

38 Dans cette classe les occurrences les plus importantes sont : prévoyance, salaire, prise en charge, carence... on le retrouve davantage dans le profil des assurés de la classe 2 et plutôt des hommes.

39 Cette fois-ci on trouve : médecin, reprise, rendez-vous, urgence, traitement... pour ce regroupement d'unités, il n'y a pas de classes d'assurés spécifique.

cohérent, mais il se distingue de trois autres car il englobe pour l'essentiel des propos sur le traitement médical de l'affection⁴⁰.

Pour les médecins, nous avons effectué la même procédure. Le traitement des données textuelles sur la base de 78 % d'entre elles. Il s'agit d'un niveau de pertinence élevé pour le traitement statistique. Il ressort de l'analyse du corpus 3 grands groupes d'unités textuelles. Le premier groupe et le plus important par ordre de cohérence interne représente 36,06 % des unités textuelles. Nous pouvons nommer ce groupe « installation et formation »⁴¹. Le second groupe qui se dégage représente 45,26 % des unités textuelles avec un niveau de cohérence moindre que le premier groupe. Nous l'avons nommé « prise en charge administrative »⁴². Enfin, le troisième groupe qui se ressort d'unités textuelles formant un tout cohérent nous l'avons qualifié de « traitement de l'affection »⁴³. Il représente 18,68 % des unités textuelles et elles s'opposent notamment au groupe 2.

Que peut-on dire de cette première exploitation ? Tout d'abord que nous avons affaire à différents « mondes sociaux » d'un point de vue lexicographique. Ainsi pour les assurés les questions liées aux bouleversements de la vie privée à cause de l'arrêt de travail émergent et dessinent la nature des difficultés aux arrêts longs. En effet, ce groupement on le retrouve pour l'essentiel dans la classe n°1 de nos profils d'assurés composé majoritairement par des femmes et étant en arrêt depuis plusieurs semaines voire certaines depuis plusieurs mois. Cette situation conduit aux assurées à s'interroger sur les conséquences sur leurs vies quotidiennes (garde d'enfants, gestion de la maison retour au travail, etc.). Le second groupe caractérise la prise en charge de l'arrêt du point de vue de sa couverture sociale. Autrement dit, les propos des individus décrivent ici les différents problèmes, difficultés ou interrogations que la durée de l'arrêt soulève en termes de couverture. La question de la carence, les effets de la prévoyance sur leurs situations, la position de l'entreprise, le remboursement des actes, etc. Ces énoncés ont les retrouve particulièrement dans la classe n° 2 de nos profils statistiques. Plutôt chez les hommes en arrêt de travail long à la suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle. Le troisième groupe identifié comprend les descriptions effectuées par les assurés pour expliquer leur relation avec le médecin. Ainsi les questions liées au traitement, à la reprise, à l'urgence de rendez-vous, aux actes chirurgicaux ou encore la reprise en mi-temps thérapeutique sont plus fréquentes. On retrouve ici notamment des individus de la classe n°1 de nos profils statistiques. Enfin, le dernier groupe chez les assurés aborde la thématique du traitement médical de leurs affections. Il s'agit donc ici de rendre compte de leur vécu du traitement médical. La douleur, la localisation de celle-ci (bras, épaule), le progrès que le traitement peut avoir, le type de médicament et soins suivis. Ces unités concernent davantage les individus de la classe n°3 de nos profils statistiques. Quant aux médecins, les trois groupes qui se dégagent représentent les mondes sémantiques les plus importants statistiquement. Le premier groupe rassemble les termes caractérisant le parcours professionnel, leurs pratiques et l'installation. Il s'agit d'informations importantes pour notre propos car elles permettent de contextualiser la pratique médicale des médecins. Les propos de ce premier groupe on les décèle davantage dans la Classe n°2 des profils statistiques. Comme nous l'indiquions précédemment, ces médecins sont plutôt de femmes, plus jeunes que leurs confrères, et principalement intéressées par les éléments en matière d'arrêt de travail. Dans ce même groupe identifié à partir de l'exploitation statistique, il y a également des individus de la classe n°3. Dans

40 Les termes les plus significatifs sont : douleur, épaule, kiné, exercice, lever, etc. Plus caractéristique de la classe 3 des assurés et plutôt chez les hommes.

41 On retrouve dans ce premier groupe de termes tels que : installer, formation, remplacement, qualité, études, etc. ; Ces propos concernent pour particulièrement des individus de la classe 2 et 3 de nos analyses statistiques.

42 Dans ce groupe, il s'agit d'expliquer les aspects de la prise en charge : les délais, les conseils, la reprise, le contrôle, le rôle de la sécurité sociale, et naturellement l'arrêt de travail. Ici il n'est pas question du traitement médical. Par rapport au premier groupe, ici nous avons plutôt des individus de la classe 1 de nos profils statistiques.

43 Dans ce dernier groupe, les termes les plus employés : traitement médical, troubles psychiatriques, dépressif, pathologie, hospitalisation, épaule, etc. c'est dans ce groupe que l'on peut trouver plus facilement les réponses des médecins au cas que nous leurs avons soumis.

cette classe, les médecins sont plus forts prescripteurs que dans la classe n°2. Il n'est pas étonnant que leurs propos soient réunis avec ceux de la classe n°2 car ces médecins (Classe n°3) exercent dans des zones peu denses, le nombre de patients est plus important et la zone d'exercice est plus défavorisée que pour les autres. En résumé, l'installation et le type de pratique ne sont pas anodins. Enfin, le dernier groupe aborde le traitement de la pathologie de l'assuré. Les énoncés sont bien plus « techniques » et précis. On le retrouve plus particulièrement dans la classe N°1 des médecins dans lequel nous avons une représentation plus importante des médecins spécialistes (chirurgiens, psychiatre, orthopédique, etc.). La pratique de la prescription chez ces médecins est moindre car ils délèguent le plus souvent aux médecins traitants.

À travers les 4 groupes des assurés, on voit se dessiner 4 mondes sémantiques dans les propos des assurés sociaux et 3 groupes sémantiques pour les médecins. Dans notre prochaine partie, nous allons pénétrer plus finement dans l'analyse des entretiens des assurés sociaux rencontrés ainsi que des médecins pour cerner les différentes dimensions de la négociation de la prescription. Il est important de souligner que ces différents mondes manifestent d'une vision distincte sur les dimensions de l'arrêt de travail. C'est la raison pour laquelle, il nous est apparu pertinent de nous attarder sur les adaptations et les ajustements nécessaires entre assurés et médecins pour « construire » l'arrêt de travail. Comment à partir de ces mondes à première vue, si dissemblables, la négociation s'opère ?

Dans notre dernière partie, nous allons approfondir l'analyse en tentant de trouver à l'intérieur de chaque classe statistique, non seulement les situations correspondant et illustrant la pertinence de la classe, mais également cerner les processus à l'œuvre dans le processus de constructions de l'arrêt de travail.

Synthèse : méthode qualitative

La réalisation d'entretiens semi-directifs avec des médecins et des assurés permet à travers les informations recueillies de cerner le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés. Une typologie des médecins finistériens prescripteurs d'arrêts de travail a été élaborée à partir de l'ACP. La réalisation d'une vingtaine d'entretiens semi-directifs (12 avec des médecins généralistes, un avec un psychiatre, un avec un chirurgien, un avec une gynécologue, deux avec des chirurgiens orthopédiques) permet d'interroger leurs différences de représentations et de pratiques professionnelles concernant la prescription d'arrêts de travail et de réinsérer celles-ci dans le « contexte » plus large de leur exercice professionnel. Selon la composition des groupes issus de la classification, les médecins appartenant à chacune des classes retenues ont été tirés au hasard.

Un courrier à en-tête de la CPAM et de l'UBO a été envoyé aux médecins afin de les informer de l'enquête et de recueillir leur consentement pour participer à la recherche. Suite à l'envoi des courriers, les enquêtés sont relancés par téléphone par la sociologue. Au final, plus d'une centaine de médecins ont finalement été contactés. Les médecins généralistes de la classe 1 ont été les plus réticents à l'enquête, ils s'y rendent peu disponibles et sont davantage pressés d'en finir au cours des entretiens. À l'inverse, ceux de la classe 2 sont les professionnels les plus enclins à participer, ces médecins qui font davantage partie de « groupes qualité », ont une attitude réflexive sur leur pratique professionnelle. Les médecins de la classe 3 sont quant à eux moins disponibles, pourtant l'enquête les intéresse pour justifier leur position, notamment vis-à-vis de l'Assurance maladie. Lors de la relance téléphonique, les réactions des médecins spécialistes ont été globalement similaires à celles des médecins généralistes.

Les entretiens avec les médecins ont été réalisés de début juillet à mi-octobre 2018, d'abord avec les médecins généralistes puis avec les spécialistes. Ils ont été menés dans les cabinets médicaux et avec l'accord oral des enquêtés, ils ont été enregistrés et retranscrits afin de faciliter le travail d'analyse. Le guide d'entretien réunit des questions portant sur leurs conditions d'exercice, la patientèle prise en

charge, les pratiques de prescription d'arrêts de travail, la division du travail entre les médecins dans le suivi de l'assuré selon leurs spécialités, les politiques de gestion du risque de l'Assurance maladie et les parcours professionnels et personnels des médecins. Afin de faire parler les médecins généralistes en détail sur ces pratiques, nous mobilisons quatre cas fictifs de patients (deux pour troubles musculo-squelettiques et deux pour troubles anxio-dépressifs), ce qui permet de dégager les critères déterminants pour eux dans l'évaluation de la pertinence d'un arrêt de travail, de repérer la hiérarchie des variables influençant les modes d'évaluation des situations des patients.

La réalisation de douze entretiens semi-directifs avec des assurés finistériens permet d'interroger leur vécu de cette situation et de le réinsérer plus largement dans leurs trajectoires tant personnelles que professionnelles. L'échantillon d'assurés à contacter a été défini à partir de l'analyse quantitative multidimensionnelle. La typologie ayant fait ressortir trois groupes d'assurés, quatre d'entre eux sont interrogés pour chacun des groupes. À la demande de l'Assurance maladie, le service médical a exclu les assurés atteints de certaines ALD et mis sous tutelle de l'échantillon de personnes contactées afin que celles-ci soient pleinement en mesure d'accorder ou non leur consentement à l'enquête. Soixante individus ont été préalablement sélectionnés (soit vingt dans chacun des trois groupes issus de la classification, tirés au hasard) pour être contactés par téléphone par la sociologue.

Le taux de réponse varie selon la classe statistique des enquêtés. Les quatre assurés de la « classe 3 » qui ont décroché leur téléphone fixe ont directement accepté de participer à l'enquête après une courte présentation de celle-ci et du cadre de l'étude. Étant en arrêts maladie plus long que les autres, ils étaient davantage présents à leur domicile. À l'inverse aucun des huit assurés de la « classe 1 » contactés sur leurs téléphones fixes n'ont décrochés, nous avons émis l'hypothèse qu'ils avaient repris le travail. Quatre personnes de ce groupe appelées sur l'heure de midi sur leurs portables ont accepté l'entretien et quatre n'ont pas répondu. Les assurés de la « classe 2 » ont été les plus réticents à l'enquête. Nous avons essayé cinq refus nets de participer, quatre n'ont pas répondu et quatre assurés contactés sur leurs portables ont finalement accepté le principe de l'entretien.

Les entretiens avec les assurés ont été réalisés de fin octobre à mi-novembre 2018. Ils ont été menés au domicile de l'enquêté (saut pour l'un d'entre eux qui a été rencontré sur son lieu de travail) selon un protocole similaire aux entretiens avec les médecins. La grille d'entretien ne comprend cependant pas l'emploi des « cas ». Les entretiens ont pour but de recueillir des données sur les raisons les ayant conduits à être en arrêt de travail, leur vécu de cette situation et son insertion dans leurs trajectoires professionnelles et personnelles. Le guide d'entretien réunit des questions portant sur la représentation de l'arrêt de travail pour l'enquêté et les usages qu'il a de ce dispositif, son parcours sanitaire et de soin, la couverture sociale et le suivi administratif et leur incidence éventuelle sur le déroulement de l'arrêt, la trajectoire professionnelle de l'assuré et le poste occupé avant et/ou après (conditions de la reprise) l'arrêt de travail, les dispositions légales concernant la maladie au sein de l'entreprise et le mode de réorganisation du travail en cas d'absence de l'individu, les relations avec les collègues et les proches plus généralement.

Médecins et assurés : négociier dans un processus plus ou moins certain

Dans l'analyse statistique nous avons dégagé respectivement trois profils d'assurés (cf. Profils des assurés en arrêt de travail dans le Finistère p.47) et de médecins (cf. Trois classes de médecins prescripteurs dans le Finistère p.64). Comme nous le verrons ci-dessous dans l'étude de contenu des entretiens semi-directifs, l'analyse laisse transparaître des situations diversifiées à l'intérieur de chacune de ces classes, tant pour les assurés que pour les médecins. S'attacher à cerner la variété de ces situations derrière les profils statistiques permet de rentrer dans le cœur des logiques à l'œuvre dans le processus de prescription d'arrêts de travail. Après avoir présenté les différents profils d'assurés et de médecins rencontrés, nous reviendrons sur l'arrêt de travail comme enjeu de négociation entre ces deux types d'acteurs avant de suivre le processus de prise en charge que l'arrêt de travail engage qui confronte médecins comme assurés à de plus ou moins fortes incertitudes.

1 *Au-delà des classes : une diversité de situations*

S'il existe bel et bien des profils ciblés par l'analyse statistique (et des individus particulièrement conformes aux classes déterminées) la variété de positions au sein de chacun d'entre eux, appréhendée au cours des entretiens réalisés avec les enquêtés, nous permet d'éclairer la question des arrêts de travail avec plus de finesse. Nous reviendrons tout d'abord sur les profils des assurés puis sur ceux des médecins afin de décrire plus en détails les individus rencontrés.

1.1 *Des assuré·e·s au centre des trois classes*

Comme nous le mentionnons précédemment dans les analyses statistiques, nous avons dégagé trois grands profils d'assurés. Le premier englobe pour l'essentiel des femmes qui ne sont pas en ALD. Elles sont plutôt en arrêt maladie et travaillent dans le secteur de l'action sociale et de la santé humaine ainsi que la restauration. Âgées entre 30 à 49 ans et elles sont situées dans des zones où l'indice de défavorisation est à 3. À l'opposé le deuxième profil réunit des hommes travaillant dans le secteur de la construction ou de l'industrie. Ils sont plutôt en arrêt pour des problèmes de santé dont l'origine professionnelle a été reconnue (accident du travail ou maladie professionnelle). Enfin le troisième profil concerne majoritairement des femmes en ALD plutôt âgées entre 50 à 64 ans, les secteurs les plus représentés étant l'administratif et « santé humaine et action sociale ». Nous allons présenter trois cas d'assurés. Chacun représente le centre de la classe statistique. Autrement dit, ils correspondent de manière exemplaire à pratiquement toutes les caractéristiques dégagées par l'analyse statistique.

Profil d'assuré n°1

Une femme âgée d'une cinquantaine d'années. Divorcée et mère de deux enfants. Elle exerce une profession médicale. Dans l'entreprise dans laquelle elle travaille depuis plus de vingt ans, elle est parmi les salariés les plus qualifiés. Elle a eu des multiples arrêts de travail essentiellement dus à deux facteurs croisés. Un harcèlement au travail et un syndrome polyalgique idiopathique à la suite d'une chute d'un escalier au travail (pas de déclaration d'accident du travail). Cette affection de son point de vue « *Mais ça n'a rien arrangé, ça n'a rien guéri. Bon. Sur ce, il a continué de m'embêter, [problèmes de santé] ou pas. Mon patron aussi. Par exemple, il m'a fallu cinq mois pour pouvoir me garer plus près de la porte d'entrée de mon lieu de travail* ». Les douleurs devenant plus importants et le harcèlement aussi, elle contactera un médecin du travail. C'est à la suite de cette rencontre avec le médecin du travail que le médecin traitant l'arrêtera. L'arrêt au moment de l'entretien durait depuis plus de 6 mois. Elle se plaint d'une fatigue persistante et des douleurs constantes. Le climat dans son lieu du travail ne favorise pas non plus la reprise. Mais elle

souhaite revenir au travail. Pour favoriser cette reprise, elle entame, au moment de l'enquête, les démarches pour avoir un mi-temps thérapeutique.

La classe n° 1 est la plus importante parmi les assurés. L'assurée ci-dessus âgée d'une cinquantaine d'années a un parcours de soin complexe posant la question de l'articulation entre les contraintes de travail (harcèlement) et son état de santé. L'environnement de travail tel qu'elle l'a décrit lors de notre enquête ne semble pas remplir toutes les conditions pour en retour à l'emploi serein et propice à une reprise. Le secteur de la santé a connu de nombreuses évolutions et transformations ces dernières années. Ainsi l'Anses dans son rapport du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnp3p) 2016, 20), estime parmi les secteurs les plus représentés par les pathologies psychiques liées au travail la santé à 13 % (premier parmi les secteurs). Alors que le secteur de la santé n'est pas le plus important dans le Finistère (le secteur marchand et des services représentent presque 60 % des emplois en Bretagne).

Le deuxième profil quant à lui représente bien la classe n° 2. Son parcours et les affections dont il souffre sont d'origine professionnelle. L'assuré a connu au cours de sa carrière professionnelle, d'autres accidents du travail. Il travaille dans le secteur de l'industrie agroalimentaire depuis l'âge de 16 ans. La maladie dont il souffre, si elle est reconnue au titre de la législation professionnelle, il n'en reste pas moins qu'il rencontre une série de problèmes notamment en termes d'une part, de reclassement professionnel, et d'autre part, en termes de prise en charge. Le parcours est également exemplaire de personnes victimes des accidents du travail.

Profil d'assuré n°2

Un homme âgé de cinquante ans. Il travaille dans l'industrie agroalimentaire depuis l'âge de 17 ans. Pâtissier de formation, il avait intégré une entreprise au sein de laquelle travaillait son père. Il considérait cette entreprise comme « très familiale » où l'on faisait « du bon travail ». L'entreprise produisait de la pâtisserie pour une grande enseigne dans la distribution. À la suite d'une restructuration, le site a été fermé et il a été proposé aux salariés des postes à Rennes. L'assuré a refusé et il a entamé, avant la fermeture, des recherches pour trouver un autre emploi. Il sera embauché dans une nouvelle entreprise de conditionnement de viande. Il aura une perte de salaire, mais il est content de retrouver un emploi. Cette continuité d'emploi lui permet d'investir dans l'achat d'une maison et de participer diverses activités de loisirs. Durant son premier emploi, il a connu quelques problèmes au dos. En arrivant dans la nouvelle usine, il aura un poste adapté tout en portant un corset depuis 2011. Sur son poste, il travaille en équipe à conditionner les barres de jambon sur des palettes. Pour soulager les membres de cette équipe, un poste plus « doux » existait. Celui-ci étant supprimé, il a demandé par l'intermédiaire du médecin du travail de changer. Un nouveau poste lui est proposé dans le « classement » des barres. Un peu plus tard – 2014- obtient sa reconnaissance de travailleur handicapé pour son problème de dos. Toutefois, les conditions de travail dans l'usine se détériorent rapidement et son statut n'est pas tenu en compte pour la réalisation de l'activité de travail. En réalisant son travail, il va sentir une « châtaigne au dos ». Il fera une déclaration à la suite des constats et aura un arrêt qui sera prolongé puis reconnu en accident du travail. Durant cet arrêt, il a pris l'initiative avec son médecin de réaliser des examens complémentaires et notamment une IRM. On découvre une hernie discale et des infiltrations ont été faites mais sans effets majeurs pour soulager les symptômes. Les différents spécialistes consultés par l'assuré renoncent à l'intervention chirurgicale étant donné la localisation et le type de hernie discale « *Il a dit : « Je suis désolé pour vous, je peux rien faire non plus. Je peux pas vous opérer. C'est mal placé. » Et puis comme j'ai trois hernies s'ils m'opéraient... Déjà elle est mal située et j'ai trois hernies* ». Il considère que son avenir est compromis en termes d'emploi. Lors de l'entretien, il était en attente d'une reconnaissance d'inaptitude et venait d'apprendre qu'il avait été « consolidé » par le contrôle médical. Cette décision lui semble « incompréhensible » étant donné « qu'il souffre toujours ». Ne se résignant

pas, il cherche de pistes de sorties pour se reclasser et réalise un bilan des compétences. Il ressort de celui-ci qu'il doit devenir « directeur d'école, avocat ou directeur d'hôpital ». Un tel résultat entretient chez lui une amertume et un fort sentiment de non-reconnaissance.

Le troisième profil qui se trouve au cœur de la classe N°3 des assurés représente le cas classique des ALD. Cette femme souffre d'une série d'affections rendant incompatible ou difficilement la poursuite de son activité de travail. La nature de celle-ci ne permet pas d'envisager un classement et son statut, chèque emploi service, rend sa prise en charge sur le plan d'indemnités plus complexe. Toutefois, elle est bien conseillée notamment par rapport aux bénéficiaires en termes d'accès aux droits. Elle a fait des demandes d'invalidité, de RQTH, et elle considère que l'affection dont elle souffre pose davantage de problèmes car elle n'est pas « visible ». Cette situation provoque de remarques voire de l'incompréhension dans les relations qu'elle peut nouer.

Profil d'assuré n°3

Femme âgée entre 55 et 64 ans. Ancienne fonctionnaire territoriale, elle a démissionné pour suivre son mari. Elle est en ALD à la suite d'une découverte d'une gammopathie. Plus tard, les médecins diagnostiquent aussi une spondylarthrite et une maladie de Crohn. Elle travaille dans le secteur de service à la personne, elle est auxiliaire de vie sociale. Elle est mariée et vit avec son mari. Le diagnostic a été fait à la suite d'une consultation pour une calcification aux épaules. La description que l'assurée a donnée de ses symptômes a conduit le rhumatologue à réaliser les examens. Elle trouve son médecin traitant « gentil ». C'est son médecin qui suit les traitements et c'est lui qui s'en occupe des arrêts. Elle explique que les « médecins spécialistes sont assez réticents aux arrêts et ils me renvoient toujours vers le médecin traitant. Son statut d'emploi – chèque emploi service – pose quelques problèmes pour la prise en charge. Le fait de réduire les heures de services impacte directement le calcul des IJ. Elle s'interroge énormément sur les effets de sa maladie et sur le retour à l'emploi « *Mais bon là moi il va falloir que je pense à une reconversion, parce que je ne vais sans doute pas pouvoir retourner* ». La réalisation des ménages notamment l'inquiète particulièrement. Elle n'a jamais connu d'arrêt aussi long. Après conseil de son médecin traitant, elle a fait une demande d'invalidité qui a été accordée. L'accord a été assez rapide, alors qu'elle trouve que ce dont elle souffre « ne se voit pas ». Son médecin lui a suggéré également d'entamer une démarche de reconnaissance RQTH. En revanche, elle souffre du regard des autres qui se demandent si elle ne profite pas de la Sécurité sociale « *Alors que ben non, si je pouvais bosser, je préférerais quand même, plutôt que d'être malade quoi !* ».

Toutefois, si nous avons retrouvé des profils correspondant aux profils statistiques, il nous paraît intéressant de pénétrer dans les propos des assurés pour discerner une série de dimensions dans le processus de construction de l'arrêt. En effet, l'arrêt de travail résulte d'un processus de construction sociale durant lequel, comme nous le verrons, apparaissent des éléments permettant aux acteurs en présence de parvenir à la prescription. La prescription d'un arrêt de travail résulte ainsi d'une négociation plus au moins explicite. La négociation on peut la définir comme « *une activité qui met en interaction plusieurs acteurs qui, confrontés à la fois à des divergences et des interdépendances, choisissent (ou trouvent opportun) de rechercher volontairement une solution mutuellement acceptable* » (Dupont 1994, 11). Ce qui nous intéresse dans ce processus, est l'émergence éventuelle d'une divergence d'intérêts entre les acteurs en présence. Ici en l'occurrence, le médecin détient le pouvoir d'accorder un droit, de changer la nature d'une situation. Cette négociation passe certes par le dialogue mais celui-ci prend racine dans l'existence d'un conflit que les parties en présence tentent de réduire. Outre ce premier aspect, il est important de souligner que la négociation implique également une certaine interdépendance. En effet, pour qu'il y ait négociation, cela implique un certain partage entre les parties. Ici la pratique médicale pose la question des relations nouées entre les assurés sociaux et les médecins traitants. Pour établir une relation thérapeutique basée sur la confiance, tant le médecin que l'assuré doivent trouver un mode de relation permettant une interconnaissance réciproque.

1.2 *Des médecins aux profils variés*

La quasi-totalité des médecins rencontrés ont été formés dans le Finistère, à la faculté de médecine de Brest et semblent attachés à ce territoire. Au-delà de cette homogénéité, le traitement statistique des données de l'Assurance maladie nous a permis de dégager trois classes de médecins (généralistes et spécialistes) plus ou moins prescripteurs d'arrêts de travail (les médecins de la classe 1 étant les moins prescripteurs et ceux de la classe 3, les plus) et de commencer à cerner une variété de profils (sexe, âge) et de pratiques professionnelles. L'analyse des entretiens nous montre ensuite que ces pratiques de prescription s'insèrent dans des contextes de travail eux aussi variés qui conditionnent un rapport différent à l'enquête. Nous présenterons en trois temps et dans l'ordre cette diversité de positionnement, commençant par les médecins de la classe 1 pour finir par ceux de la classe 3.

1.2.1 *Des médecins distants*

Les médecins de la classe 1 ont été les plus réticents à l'enquête pour laquelle ils se rendent peu disponibles, ne consacrant pas plus de 35 minutes à l'entretien, souvent pressés d'en finir. Mise à part une jeune médecin qui vient de s'installer, les médecins de cette classe sont les plus âgés, exerçant souvent depuis plus de 30 ans, et majoritairement des hommes. Plusieurs se préparent à la retraite en réduisant leur temps de travail et suivent moins de patients (ce qui peut entre autres expliquer leur prescription plus faible). Ils exercent dans les zones les plus favorisées (notamment les hommes plus âgés) et certains décrivent leurs patientèles comme semi-rurales. Les suivants depuis de nombreuses années plusieurs médecins soulignent qu'ils les connaissent bien.

Profil de médecin n°1

Âgé de près de 65 ans, ce médecin s'est installé dans la commune où il exerce toujours au début des années 1980 et s'est rapidement associé à un confrère, « *pour pouvoir aller en mer* ». Après un internat d'urgentiste, il a toujours pratiqué cette spécialité parallèlement à son activité en cabinet. Il a accroché l'affiche de l'Assurance maladie annonçant que « *ceux qui abusent [des arrêts de travail] mettent en péril notre système de soin* » dans sa salle d'attente « *pour sensibiliser les patients. Ils viennent pas ici pour nous demander un arrêt de travail comme ça* » et considère par ailleurs qu'il n'a pas « *la réputation de donner facilement des arrêts de travail* ». Pour autant il ne considère pas ce type de demande comme fréquente, beaucoup de patients refusant au contraire de s'arrêter : « *Je donne les arrêts de travail quand il faut. Même deux-trois jours pour les problèmes infectieux. Des fois oui ça dure des mois un arrêt de travail. Dans les problèmes dépressifs... Oui, où là c'est plus compliqué à gérer.* » Lorsque cela lui paraît justifié, en cas de longues maladies par exemple, il n'est pas particulièrement réticent à prescrire. « *Dans le courrier du spécialiste c'est marqué s'il y a besoin d'un arrêt... Je fais l'arrêt, c'est tout.* » La prescription d'arrêts de travail semble surtout ne pas être une question : « *Oui. Non. Schéma classique du médecin, voilà.* » Il a d'ailleurs prévenu lors de la prise de contact « *je n'ai rien à dire sur le sujet* ». C'est finalement le médecin le plus réticent à l'enquête, arrivant avec 15 minutes de retard au cabinet et répondant de manière expéditive. « *Je suis un médecin libre. Vraiment. Voilà. Comme j'abuse pas je suis embêté par personne. Voilà.* »

Ces médecins semblent se tenir à distance de l'Assurance maladie et de la gestion « administrative » (Hassenteufel et Pierru 2003) qu'elle opère de leurs pratiques. L'un des médecins de la classe, par ailleurs « médecin expert », critique l'action de la Caisse en matière de contrôle des arrêts de travail tout en soulignant par ailleurs qu'elle subit elle aussi l'évolution socio-économique (il relève que les problèmes de santé pour lesquels les médecins arrêtent les patients relèvent souvent des troubles musculo-squelettiques et anxio-dépressifs). Mais il tient à défendre son groupe professionnel « *ce n'est pas la médecine qui casse, elle subit* », considérant que les médecins sont les bouc-émissaires.

Prescrivant dans l'ensemble moins d'arrêts de travail, les médecins spécialistes sont majoritairement présents dans la classe 1. Souvent il ne s'agit pas d'une question centrale dans leur pratique et ils peuvent avoir tendance à déléguer la rédaction du document à la secrétaire avec qui ils travaillent après avoir indiqué la durée prescrite et avant de le signer (comme d'autres ordonnances). Généralement les spécialistes délèguent d'ailleurs la prescription d'arrêts de travail ou leur prolongation aux médecins généralistes :

« Quand ils ont besoin de faire une prolongation d'arrêt de travail, ce qui peut arriver, c'est leur médecin généraliste qui fait. Moi je les revois quasi systématiquement après la fin de leur arrêt de travail. Ce qui me permet de voir s'ils ont repris une activité normale, leur travail, etc. Parce que si je les revois trop tôt ils auront tous mal, ils voudront tous qu'on prolonge l'arrêt de travail, alors que si je les revois après qu'ils aient repris le travail ça simplifie les choses. » (entretien n°24, chirurgien, classe 1)

1.2.2 Des médecins intégrés

Parmi les médecins que nous avons rencontrés, ceux de la deuxième classe sont plus jeunes et davantage des femmes, ces deux caractéristiques étant en fait corrélées (cf. Pyramide des âges des médecins généralistes en Bretagne en 2017 p.52). Elles exercent davantage en ville, sachant que le taux de féminisation du corps médical est d'autant plus élevé que la taille de la commune est grande (Sicart 2000, 64), ces résultats ne sont pas surprenants. En conséquence, leur patientèle semble plus jeune et plus féminisée (d'autant pour certaines qui se sont spécialisées en gynécologie) que pour les médecins des autres classes, bien que de nombreux médecins insistent sur la variété de leur patientèle.

Bien que les tentatives d'organisation d'un cabinet de groupe n'aient pas encore abouti pour l'une d'entre eux, les médecins de la classe 2 exercent généralement en groupe, comme la plupart des médecins rencontrés. Ce mode d'exercice permet de gérer collectivement la charge de travail. Une médecin qui exerce en maison de santé explique ainsi qu'avec ses confrères ils s'arrangent pour qu'il y ait toujours au moins un médecin présent le samedi et sur les périodes de vacances. Ils incitent également les patients à prendre leurs rendez-vous à l'avance quand ils le peuvent (renouvellement d'ordonnance, certificat, etc. pour des maladies chroniques notamment) tout en laissant des créneaux pour les « urgences » et les pathologies aiguës.

Les médecins de la classe 2 sont plus intégrés que leurs confrères dans des réseaux professionnels. Exerçant davantage près des agglomérations, leurs patients ont un accès moins difficile aux spécialistes. L'exercice en maison de santé est également confortable en ce qu'il permet de bénéficier d'un accès privilégié à d'autres professionnels de santé (kinésithérapeute, infirmiers...). L'exercice collectif dans un même cabinet peut se prêter à des échanges confraternels sur les pratiques professionnelles, que ce soit pour un diagnostic difficile à établir ou des questions plus administratives. Ceux-ci étant d'autant plus facilités dans les maisons de santé que ces échanges sont prévus dans l'organisation du travail, voir que les médecins partagent certains dossiers médicaux au moyen d'un logiciel commun :

« On discute des patients un peu plus difficiles tous ensemble. Les idées viennent parfois avec un regard un peu distant. On va se dire : « tu n'as pas pensé à ça... » Des fois on arrive en deux minutes à régler le problème. Quand les infirmières connaissent bien la famille ou voient régulièrement les enfants, elles peuvent apporter des éléments. » (entretien n°14, médecin généraliste, classe 2)

Cet exercice plus collectif est également visible dans l'investissement important des médecins de cette classe dans des « groupes qualité ». Ces groupes, résultant d'un partenariat avec l'Assurance Maladie et l'Agence Régionale de Santé, réunissent régulièrement des médecins d'une même zone géographique pour qu'ils échangent sur leurs pratiques et l'organisation de leur travail à partir de thématiques préalablement définies et en « se référant aux données actualisées de la

science »⁴⁴. Cet engagement professionnel se traduit également dans leur plus forte propension à participer à l'enquête (ils sont plus nombreux à répondre et consacrent davantage de temps aux entretiens que les membres des autres classes, cf. Tableau 12. p. 69).

Profil de médecin n°2

Les parents de cette médecin ayant entre 30 et 40 ans, sont les plus diplômés de notre échantillon. Bien qu'elle n'ait pas effectué ses études à Brest, elle est venue s'y installer pour suivre son mari travaillant dans le milieu médical avec qui elle a de jeunes enfants. Elle exerce dans un cabinet de centre-ville avec plusieurs confrères plus âgés, ce qui lui permet de bénéficier de leurs conseils et participe également à un groupe qualité. *« Je cherchais un cabinet de groupe pour pouvoir avoir une secrétaire, pour pouvoir avoir SOS Médecins et une permanence des soins assurée au cas où, pour une activité confortable quoi. »*⁴⁵ La composition de sa patientèle, *« très variée »* selon elle, et sa prescription d'arrêts de travail sont statistiquement proches du profil de la classe 2. Elle évoque les *« virus passagés »* et les lombalgies comme pathologies les plus courantes : *« il y en a toujours qui voudraient un arrêt assez long alors qu'ils sont juste enrhumés. Mais je ne trouve pas tant que ça »*. Si elle jette un coup d'œil aux référentiels de durée d'arrêt après avoir émis son jugement, elle estime prescrire moins. Par ailleurs, si elle trouve le contrôle des arrêts de travail normal *« dans la mesure où c'est la Sécurité sociale qui indemnise »*, elle est plus critique envers le *« harcèlement »* de certains médecins qui en viennent à *« déplaquer »*.

Si dans l'ensemble les médecins de la classe 2 ont les usages les plus conformes aux attentes de l'Assurance maladie *« j'ai jamais été embêtée par la sécu pour une prescription de quoi que ce soit et j'ai pas envie de commencer. Ça veut dire qu'on est dans une moyenne acceptable et acceptée »* (l'une d'entre eux a d'ailleurs travaillé pour cette institution), il existe cependant une diversité de pratiques au sein du groupe. L'une des médecins de cette classe a ainsi déjà été convoquée par l'Assurance maladie du fait d'une prescription d'arrêts de travail jugée trop importante. Depuis elle ne lit plus son *« profil »* de prescription adressé par cette institution :

« Ça m'est arrivé d'avoir quatre étoiles, ça veut dire que j'en mettais beaucoup. Et sans pouvoir vraiment changer les choses après j'étais à trois. Pfff... »

Q : Oui vous, vous ne voyez pas forcément de lien avec votre activité ?

R : Ben là je me suis dit : c'est bizarre. Enfin si il suffit qu'il y ait une *« chronique »* qui... une personne chronique qui ait repris le boulot et puis on redescend. C'est pour ça que je trouve que c'est un peu... C'est jamais au cas par cas. Il n'y a pas le contexte, il n'y a pas tout ça donc c'est très administratif. J'essaie de ne pas me prendre la tête avec. S'ils ne sont pas contents, ils viennent me le dire, mais je ne pense pas que ça change ma pratique. Je fais du mieux que je peux. »

Les médecins qui prescrivent le plus d'arrêts de travail sont par contre majoritairement présents au sein de la classe 3.

1.2.3 Des médecins isolés

Bien qu'un peu plus jeunes que ceux de la classe 1, les médecins de la classe 3, essentiellement des hommes eux aussi, sont relativement âgés. S'ils sont tous proches du milieu agricole (qu'ils en soient originaires, ayant des parents agriculteurs, ou par leurs conjoints), ils sont par contre plus distants du milieu médical : *« moi je suis hors-milieu [...] c'est mon métier. Je vais pas au Rotary Club »* et peuvent souligner l'importance d'avoir des amis non-médecins.

44 Voir : <http://www.bretagne.paps.sante.fr/Groupes-qualite-en-medecine-generale.36793.0.html>, consulté le 29 novembre 2018.

45 Elle travaille 40 heures par semaine environ. Notons que même si 25 % des femmes médecins déclarent travailler à temps partiel, la durée moyenne de ce mode atypique d'exercice de la médecine les rapproche davantage des femmes salariées à temps plein que des autres salariées à temps partiel (Lapeyre et Le Feuvre 2005, 64).

Exerçant dans des zones plus défavorisées que l'ensemble de leurs confrères, ils sont plus éloignés des grandes villes, des réseaux de soins et des spécialistes. Les patients qu'ils suivent ont plus de difficultés à y accéder et doivent composer avec des délais d'attente importants. Par ailleurs, l'unique médecin rencontré qui exerce exclusivement seul appartient à la classe 3 (un autre médecin de la classe est le seul de son cabinet mais y exercent également kinésithérapeute et infirmière). Après que deux de ses confrères exerçant dans les environs soient partis à la retraite sans successeurs, il cherche à s'associer et va débiter un projet de maison de santé dans quelques années. Il a cependant eu des difficultés à trouver un jeune médecin motivé par le projet du fait l'éloignement géographique de la commune.

La pénurie médicale qui affecte plus particulièrement ces zones contribue à surcharger de travail ces médecins isolés. Au cours de l'enquête, les médecins de la classe 3 sont moins disponibles que ceux de la classe 2 et leurs salles d'attentes peuvent être très remplies. Pourtant l'enquête les intéresse davantage que les médecins de la classe 1, notamment pour justifier leur position et leur prescription d'arrêts de travail. Se situant selon eux à l'interface entre des patients qui ont besoin des arrêts de travail et de l'Assurance maladie dont ils se sentent stigmatisés, l'entretien leur permet de justifier leur prescription tout en soulignant les limites et les contradictions, de leurs points de vue, du système et de son fonctionnement :

« Moi je vois ça différemment de la sécu. La sécu c'est les IJ, les IJ, les IJ. Donc bon voilà, moi je suis désolée je suis pas la sécu et moi je vois mes patients qui ne peuvent pas reprendre le travail. Malheureusement c'est comme ça que je vois les choses. Maintenant dès que je peux les faire reprendre je les fais reprendre. Maintenant quelqu'un qui reprend trop tôt pour faire plaisir à la sécu après il reprend plus du tout. Voilà, donc du coup ça n'ira pas pour la sécu non plus. Donc voilà. Je sais pas. » (entretien n°10, médecin généraliste, classe 3)

Bien que cette jeune médecin n'ait jamais été « ciblée » par l'Assurance maladie, elle anticipe cette éventualité. Elle envisage par ailleurs de changer de métier et de ne plus pratiquer comme généraliste si elle n'arrive pas à faire face à ces difficultés : « *Il faut que je résiste à cette pression parce que si je ne résiste pas à cette pression je vais dire ok, je vais mettre la clé sous la porte* ». Au-delà de ces stratégies « d'exit » (Hirschman 1995) des médecins s'expriment collectivement pour résister au contrôle de leurs pratiques professionnelles, notamment en se réunissant au sein de « Collectifs Organisation Défense Territoire Santé » (CODTS) qui représentent également des moyens de sortir de l'isolement.

Les médecins de la classe 3 en appellent à une attitude plus compréhensive de l'Assurance maladie. Comme l'explique un médecin qui a des difficultés à faire reprendre des patients en arrêt longue durée et a été convoqué plusieurs fois : « *on est dans la même galère, moi j'essaie de faire le mieux que je peux* ». Il rappelle exercer seul et composer avec les attentes de ses patients. Un autre médecin quant à lui jamais ciblé, mobilise également des arguments exogènes à sa pratique :

« Je sais qu'on en abuse mais... je sais qu'il y en a de plus en plus mais on va dire c'est pas de la faute du médecin s'il y a de plus en plus de stress professionnel. En gros c'est ça. Ce qui déstabilise beaucoup de choses, la famille... Les mecs sont stressés quoi. Pour moi c'est le mot. Angoissés, stressés. Et même si c'est des trucs physiques qu'ils présentent ici il y a une partie de ras-le-bol intérieur. Donc ça aggrave tout. On peut pas diminuer les arrêts. » (entretien n°8, médecin généraliste, classe 3)

Profil de médecin n°3

Ayant une posture provocatrice, ce médecin se présente d'emblée : « *je suis anarchiste. Je suis contre le système de beaucoup de choses* ». Il vient finir ses études de médecine à Brest lorsqu'il hérite de la ferme familiale. Il s'installe ensuite à proximité. Lors de l'entretien, il remarque que tous les médecins qui exercent dans ces endroits reculés y sont attachés et ont de « bonnes raisons » d'y rester qu'ils soient amateurs de cheval ou passionnés de musique bretonne. Lui-même passe beaucoup de temps dans sa ferme. Ce médecin qui fait « *un peu tâche dans le décor* », est très critique

de ses pairs, notamment de ceux qui se reçoivent des ROSP ou de l'argent des ARS, considérant l'indépendance médicale comme primordiale. Plusieurs fois convoqué par la CPAM qui juge qu'il a trop prescrit, il se revendique comme « *atypique* » et souligne tant la délégation de la prescription des médecins spécialistes aux généralistes : « *les arrêts de travail que je faisais pour mes collègues qui faisaient pas. Le chirurgien, le cancérologue, la sage-femme qui peut pas faire plus de quinze jours* », que le manque de médecins qui amène ses patients à attendre les examens complémentaires ou les prises en charge spécialisées.

Mais au-delà du contrôle de leur prescription, tous les médecins de cette classe ne sont pas opposés à toute évaluation (« *on gère de l'argent collectif donc c'est bien d'être évalué. Je ne suis pas contre* ») ou échanges sur leurs pratiques, d'autant plus qu'ils sont isolés. Il s'agit notamment d'améliorer leurs pratiques professionnelles pour aider les patients qu'ils rencontrent : « *j'essaie d'améliorer ma pratique pour aider mes patients à reprendre plus vite, mais c'est pas pour aider la sécu à payer moins. C'est plutôt pour aider mes patients à reprendre plus vite* ». La communication est dans ce domaine parfois plus simple avec les délégués de l'Assurance maladie qu'avec les médecins conseil qui « *eux ils appuient là où ça fait mal. C'est leur boulot* ».

Certains médecins spécialistes, prescrivant davantage d'arrêts de travail que leurs confrères, appartiennent également à la classe 3. Nous l'avons vu (cf.2.2 Une prescription qui varie selon les spécialités médicales p. 55), chez les médecins spécialistes la disparité de prescription est plus importante selon les pathologies prises en charge. Mais comme nous le voyons dans l'exemple de ce chirurgien orthopédique (l'une des spécialités qui prescrit le plus) appartenant à la classe 3, les pratiques en la matière s'insèrent dans une organisation et une division du travail plus large. Ce spécialiste suit les patients dont l'état de santé nécessite un traitement même si celui-ci n'est pas chirurgical (« *C'est un choix personnel, il y a des chirurgiens qui vont dire : « C'est pas chirurgical, au revoir », moi j'ai tendance à essayer d'aller au bout du traitement* ») considérant que cette prise en charge qui leur permet de mieux comprendre leur situation est plus confortable pour les patients et ainsi « *sûrement pourvoyeur d'une meilleure récupération* ». Ce suivi lui permet de délivrer un avis spécialisé et d'être plus à même de juger la pertinence d'une prolongation d'arrêt de travail, qu'il a moins tendance à déléguer aux médecins généralistes :

« Pour moi [les revoir] au bout de six semaines c'est plus confortable parce que les patients ils vont mieux. Donc c'est plus facile. Je sais qu'au bout de trois semaines ils sont pas encore parfaits. Mais les médecins, indirectement j'ai appris, étaient pas très contents de ce fonctionnement parce qu'au bout de trois semaines ils revoyaient plein de malades pour une prolongation. Ils les avaient pas opérés, ils avaient autre chose à faire, etc. Du coup maintenant je revois les malades à la fin de l'arrêt sur les arthroscopies et c'est moi qui prolonge s'il y a besoin. Comme ça c'est plus simple pour les médecins généralistes. »
(entretien n°15, chirurgien orthopédique, classe 3)

Pour ce chirurgien, les durées de prescription d'arrêts de travail relèvent d'enjeux politiques qui doivent être discutés par les tutelles pour soutenir les médecins. Par contre au sein du cabinet « *le mec qui à trois semaines pourrait bosser mais me dit : « J'ai encore mal, je le sens pas », je le prolonge puisque c'est une possibilité qu'offre notre société* ».

2 Prescrire l'arrêt de travail : enjeu d'une négociation

Décider d'un arrêt de travail dans le cadre du colloque singulier ne relève pas de considérations strictement médicales. L'entrée dans l'arrêt maladie n'est pas un acte anodin car il induit des conséquences sur le parcours de l'assuré. La conséquence la plus flagrante est le changement de statut pour l'individu (Jutel 2009). L'assuré est transformé socialement car il acquiert le statut de « malade ». Ce statut lui confère certes, des caractéristiques médicales qui

vont être déterminantes dans son parcours des soins, mais également, en « devenant » malade, l'assuré endosse un nouveau rôle social avec ses attentes et ses représentations. Nous verrons que pour parvenir à l'arrêt les assurés et les médecins passent par une série de négociations, des ajustements et des désaccords qui mettent en lumière les spécificités de la pratique de la médecine sur certains territoires.

2.1 *La pertinence ou pas de l'arrêt de travail*

La première question que l'on peut se poser est celle de la manière dont les assurés et les médecins s'accordent facilement sur la pertinence de l'arrêt. En effet, nous avons décelé dans les entretiens une série de situations durant lesquelles les assurés décrivaient une prescription d'arrêt ne posant pas de problèmes en termes de pertinence. Autrement dit, l'arrêt ici s'impose comme une évidence.

« J'étais en arrêt depuis [le tant]. J'ai consulté aux urgences [la veille] parce que j'ai fait une grossesse extra-utérine l'année dernière et j'avais les mêmes symptômes. Donc j'ai consulté aux urgences et aux urgences on m'a dit : « Non non... » On m'a fait une prise de sang mais tu n'attendais pas la prise de sang... Comme j'étais suivie sur Brest en PMA ils m'ont dit : « Prenez rendez-vous avec eux plutôt, ça doit être un polype. » Donc j'ai pris rendez-vous à Brest. Donc j'ai eu le rendez-vous quinze jours après. Du coup en attendant je saignais beaucoup. Donc je suis restée en arrêt jusqu'au rendez-vous. Et en arrivant au rendez-vous elle me dit : « Mais vous avez eu les résultats de prise de sang qu'on vous avait fait aux urgences ? » Je dis : « Bah non, ils devaient me rappeler et le médecin m'a pas rappelée. Je pense que c'est négatif. » Elle me dit : « Je vais regarder. » Elle regarde et non, c'était positif en fait. Donc je suis passée par les urgences. Donc ça a duré longtemps parce que je retournais à Brest tous les quarante-huit heures en fait. Ils pensaient peut-être que ça allait s'évacuer tout seul. Donc de temps en temps ça baissait, de temps en temps ça stagnait. Jusqu'à du coup qu'ils décident de me faire une injection de méthotrexate. » (entretien n°35, profession para-médicale, classe 1)

Le cas de cette assurée pour les médecins spécialistes et traitants ne pose pas de réelles difficultés quant à la légitimité de l'arrêt. Le caractère impérieux de sa situation et le type de problème santé pour l'assurée et le médecin relève d'une évidence. Une telle situation ne donne pas lieu à des accords ou des négociations sur le type d'arrêt. La situation est légèrement différente lorsque nous avons affaire à une recherche de diagnostic qui peut ne pas être simple ou étant donné la nature de la pathologie son traitement est difficile avec des résultats assez aléatoires.

« Gauche. Mais bon sans avoir vraiment de douleurs. J'avais comme des décharges électriques. Par exemple j'étais assise sur mon canapé, je me relevais, j'avais une décharge qui durait deux minutes à peu près. Et ensuite j'ai vu mon médecin, il m'a donné anti-inflammatoires pendant quinze jours, ça passait pas. Donc après j'ai eu des corticoïdes, ça passait pas non plus. Donc début novembre j'ai fait une radio et c'est là qu'il a vu qu'il y avait un souci à la radio. Donc au niveau de mon travail je ne portais plus de charges lourdes. Il m'avait fait un certificat médical. » (entretien n°26, aide à domicile, classe 3)

À partir des informations fournies par l'assurée, le médecin va tenter de traiter les douleurs aiguës sans recherche dans l'immédiat la source du problème. Bien que l'assurée commence à s'interroger sur le lien entre son activité professionnelle et ses douleurs. Il va falloir attendre un examen en IRM (Imagerie par résonance magnétique) pour arrêter le diagnostic et l'intervention d'un spécialiste :

« Q : En fait l'IRM ça a permis de voir que... »

R : Oui. Plus en détail. Que c'était abîmé. Que c'était vraiment une capsulite. Mais déjà à la radio ça se voyait que j'avais un souci, que j'avais un problème. Il m'a dit qu'il avait jamais vu une radio comme la mienne le médecin. Et après donc je suis allée voir le rhumatologue qui

lui m'a annoncé que j'en avais pour un moment. Mais je m'y attendais absolument pas. »(entretien n°26, aide à domicile, classe 3)

Cet extrait d'entretien permet d'illustrer que les médecins traitants qui sont consultés en première ligne dans certains cas, tâtonnent avant d'orienter l'assuré vers un spécialiste. Outre la surprise du diagnostic effectué par le spécialiste, à l'aide de ses conseils, l'assurée va entamer une démarche de reconnaissance en maladie professionnelle qu'elle obtiendra. Ainsi il arrive dans notre échantillon de trouver de situations ayant exigé pour les assurés d'attendre avant de connaître exactement ce dont ils souffrent. Est-ce qu'une telle situation s'observe pour d'autres pathologies ? L'exemple d'extrait ci-dessous nous montre que le diagnostic peut prendre également du temps :

« Comment ça a commencé. Alors on est en 2018. Fin 2016 j'ai fait un chantier à l'Île Maurice, je travaillais dans la réparation navale. Quand je suis revenu, j'avais des problèmes à parler, comme si j'avais une angine en fait. Donc je suis allé consulter mon médecin traitant. Il me dit : « je pense que ça vient de là avec la clim là-bas et tout ça, mais bon à surveiller ». Un mois et demi est passé et j'avais toujours ça, ce problème de voix. Donc je suis retourné voir mon médecin et là il me dit : « il vaut quand même mieux aller voir un ORL ». Donc le seul souci, c'est que pour avoir un rendez-vous, le premier que j'ai trouvé, c'était deux mois plus tard. Donc j'ai continué à travailler. Donc je suis allé voir l'ORL qui m'a fait l'observation avec l'endoscope. » (entretien n°27, ouvrier de la construction, classe 3)

Cet ouvrier avant d'avoir le diagnostic de son cancer devra attendre plusieurs mois. C'est à la suite de l'examen chez l'ORL (Oto-rhino-laryngologiste) que le traitement et l'arrêt seront entamés pour une durée de plus d'un an. Ainsi la prescription d'un traitement et éventuellement d'un arrêt de travail peut se heurter aux réalités territoriales en termes d'accessibilité aux spécialistes. On peut s'interroger, notamment pour le cas en espèce, des effets d'une prise en charge tardive sur la durée de l'arrêt même si ici ce n'est pas la question de l'accessibilité qui est en cause.

Par ailleurs, dans la prescription se joue sur une autre dimension pour l'assuré. La manière dont l'annonce est faite du diagnostic, comment entre les médecins peut faire l'objet d'une « délégation » vers le médecin traitant qui va trouver les bons mots pour annoncer et confirmer le diagnostic :

« Non, en fait j'étais au foot et au travail en même temps, et en fait c'est au foot que ça m'a le plus alerté parce que j'arrivais plus à courir. J'avais vraiment la jambe droite prise, bloquée. Donc j'ai été voir le médecin traitant et il m'a tout de suite lui décelé une sciatique sans trop d'exams mais ça paraissait logique vu le trajet que ça avait en fait. Et après j'étais tellement bloqué que le travail je pouvais plus non plus. Parce que ma jambe droite pour le bus c'est ce qui me sert à freiner et à accélérer, donc impossible. Voilà. » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

« Q : Et vous, comment ça... Ça a dû être un choc, non ?

R : C'est violent quoi. Voilà quoi.

Q : Vous ne vous y attendiez pas du tout ?

R : (Silence) Franchement, je ne pensais pas du tout à ça. On ne pense jamais à ça. Enfin moi. Après il y en a qui ne pensent qu'à ça, mais franchement je ne pensais pas du tout à ça. Je suis allé en bermuda et en tee-shirt. Je ne pensais pas du tout que c'était ça quoi. Refroidi.

F : Et puis c'est la façon dont les choses ont été dites au départ.

Q : Ah oui ?

R : En fait, cet ORL il est... Enfin moi l'impression qu'il m'a donné c'est qu'il était beaucoup plus intéressé par ma carte bleue à la fin de la séance que par me dire quoi que ce soit. Parce qu'il m'a dit : « vous avez un cancer... »

F : Non, il n'a pas dit. En fait justement il n'a pas dit. Il a fait des sous-entendus.

R : « Je vous dirige vers l'hôpital militaire, tel docteur et c'est bon, vous pouvez passer à la caisse et puis je dis à ma secrétaire de préparer tous les papiers pour transférer le dossier. »

F : À la biopsie, ça a été pareil parce que c'est le même groupe. Il y en a un qui a juste dit : « vous êtes gros fumeur, depuis le temps vous auriez dû vous douter de quelque chose ». Mais jamais à ce moment-là ça n'a été dit. La première personne qui en a parlé... Bon on en a discuté avec notre médecin traitant, mais qui a réussi quand même à mettre les mots et à nous l'amener bien, c'est le docteur qui a été vraiment... » (entretien n°27, ouvrier de la construction, classe 3)

La prescription d'un arrêt même lorsque celui-ci est en cours peut se heurter à la manière dont la pathologie de l'assuré évolue. Dans notre échantillon, nous avons rencontré des assurés très attentifs à cette évolution et comme l'extrait d'entretien l'illustre ci-dessous, l'assuré tente d'anticiper les difficultés auxquelles il pourrait être confronté :

« C'est toujours le médecin-conseil de la sécu qui m'a pris en charge. En plus elle me connaît bien le médecin-conseil de la sécu, elle m'a déjà vu... C'est même elle qui m'avait proposé d'aller à Roscoff à Perharidy. Mais ce que je comprends pas c'est qu'elle me prévoit un taux à zéro en sachant que mon état s'est aggravé. La dernière intervention que j'ai faite, j'ai fait une radio. J'étais au centre antidouleur aussi. J'ai eu six rendez-vous, j'ai tout anticipé pareil, on a tout essayé. Et la dernière intervention qu'ils ont faite, ils ont fait une piqûre sur scanner. Y a hop, machin, et du coup je devais avoir rendez-vous [mi] novembre. Mais pareil j'ai anticipé vu que mon arrêt finissait [fin] octobre. Donc j'ai demandé à avoir au plus vite. Donc j'ai vu le lendemain le médecin. » (entretien n°36, ouvrier dans l'agroalimentaire, classe 2)

Durant l'arrêt de travail se joue la question du retour et d'avoir une prise en charge adéquate. L'assuré suit les conseils des médecins-conseils pour son traitement tout en ne comprenant certaines décisions. Mais pour éviter de complications, il prendra les devants pour avancer le plus rapidement possible pour éviter une détérioration de son état de santé. Ainsi la question de la prescription résulte d'une série d'ajustements mutuels mettant en lumière les possibilités pour les médecins d'avoir accès à des ressources (IRM, radiologue, etc.), pour les assurés de pouvoir également identifier le bon interlocuteur pour leurs pathologies. Dans ces circonstances, le médecin peut attendre pour arrêter un diagnostic définitif. Il peut commencer à alimenter ses sources d'information pour pouvoir traiter l'affection de l'assuré. En attendant les résultats définitifs, le médecin prolonge les arrêts de l'assuré.

« Ok. Donc finalement votre premier arrêt il dure 21 jours, donc ça fait jusque... »

R : 28 plus 21 ça fait jusqu'au 18 je crois.

Q : Oui, 18. Et là vous avez repris ?

R : Là en gros ça me re-balançait quinze jours par quinze jours.

Q : Ah oui ok. Parce que là vous avez eu la radio juste avant de reprendre pratiquement ?

R : Ouais ouais.

Q : Donc là vous revoyez votre médecin traitante qui vous dit : « Non non... »

R : Ouais.

Q : Enfin elle vous dit quoi ? C'est elle qui dit non ou... »

R : Bah quand je la revois elle dit : « Non non, c'est pas bon donc faut qu'on continue à voir ce que c'est. De toute façon tant que vous avez mal vous pouvez pas reprendre. » Quand elle m'a revu ce jour-là justement j'étais tellement raide qu'elle m'a dit que c'était impossible de reprendre comme ça. J'étais trop raide. Et le kiné du coup il a changé de méthode de travail, du coup je lui ai dit ce qu'elle m'avait dit, du coup il m'a dit ok. Ah si, sachant qu'en plus de tous ces gens-là j'ai vu un médecin du sport aussi à l'hôpital. Parce que je l'avais vue pour une déchirure au mollet au mois d'avril-mai, avant l'été quoi. Et elle m'a dit : « Moi non, faut retravailler différemment avec le kiné » donc la médecin du sport a fait un rapport à ma médecin traitante qui elle du coup a fait un mot pour le kiné. Moi du coup je l'ai donné au kiné. Le kiné a travaillé les choses différemment avec moi pour que je sois moins raide et plus détendu. Mais tout partait du bas du dos, comme par hasard. Et là on savait pas encore ce que j'avais en fait vu que la radio était pas sortie. » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

Les médecins peuvent également adapter leurs prescriptions en fonction des postes de travail occupés. Ils peuvent ainsi relativiser la demande de certains assurés alors que pour d'autres ils vont méditer plus posément la décision.

« Quelqu'un qui travaille à la banque, ça dépend. S'il est dans son bureau dans un coin, s'il se mouche toutes les cinq minutes, ce n'est pas très grave. C'est sûr que s'il est au guichet toute la journée avec le nez comme une fontaine, je ne pense pas que ce soit terrible. Voilà après est-ce qu'il faut passer pour deux jours d'arrêt cinq minutes à décortiquer, pour savoir si c'est justifié ou non, pour savoir un peu au feeling, un peu aussi ». (entretien n°19, médecin généraliste, classe 2)

Ainsi la prescription et la durée des arrêts peuvent fluctuer en fonction de l'évolution de l'affection et de résultats des traitements. La régulation entre les différents médecins intervenants autour de l'assuré devient plus importante pour converger dans le traitement. La source de la douleur étant localisée, les soins seront mieux prodigués. Toutefois, ces adaptations se traduiront par une multiplication d'arrêts de travail afin de ne pas compromettre l'état de santé de la personne.

2.2 L'acte de prescription face aux conditions de travail

La prescription de l'arrêt englobe des éléments liés aux conditions de travail auxquelles peuvent être soumis les assurés. En réalité, la question du travail apparaît assez nettement dans les propos des assurés. Le lieu du travail il peut être désigné comme la source des problèmes rencontrés, ou dans d'autres cas comme une réalité qui s'impose à travers la question du retour à l'activité. Ainsi les médecins et les assurés sont mis devant une épreuve. Comment réguler l'arrêt dans ce cas ? Doit-on prolonger ? Doit-on au contraire inviter l'assuré à reprendre ? L'annonce de l'arrêt peut présager, en fonction de la pathologie, d'un suivi qui sera plus au moins complexe durant lequel, le médecin peut être amené à revoir ou rediscuter avec l'assuré de la pertinence de l'arrêt. Les trois extraits présentés ci-dessous mettent en lumière l'importance des conditions de travail d'une part, et une position des médecins qui semble distante pour les assurés.

Ainsi cet assuré qui travaille dans le secteur agroalimentaire et qui souffre depuis plusieurs semaines d'une douleur au dos.

« J'ai senti une douleur pour aller décrocher le téléphone. Donc je me suis plaint à l'infirmerie, ils ont mis de la crème, ils ont mis un cahier de liaison, machin. Ils ont mis un mot, ils ont mis la crème, tout ça, et j'ai botté un peu pendant presque une semaine et demie, quinze jours. J'ai signalé ça à mon chef. Et du coup après donc on m'a demandé d'aller à... On a demandé à des gens de faire de la manutention à notre poste. Parce que là où je suis je suis à un poste adapté, et du coup il y a un qui devait aller normalement. Parce qu'on essaie de faire chacun son tour mais en général c'est moi qui vais tout le temps. Et du coup l'autre il voulait pas. Il m'a dit : « Non non j'ai pas le temps, faut que je parle à Machin. » Du coup j'étais encore obligé d'aller. Je suis allé dire au chef : « C'est toujours moi qui va. » L'autre... Parce que moi je porte un corset au travail. J'ai un poste adapté et j'ai un corset pour la protection. Donc je m'étais plaint déjà. Et du coup la manutention est beaucoup plus physique là où est mon poste, et malheureusement ce jour-là la machine est tombée en panne. C'est à palan, c'est manuel. Malheureusement c'est que ce jour-là le palan est tombé en panne. Donc on était quatre ou cinq, fallait prendre des palettes, des intercalaires, donc réactivité, personne bouge son cul, la machine s'arrête pas donc j'essaie de faire au mieux. Je vais chercher des palettes et des intercalaires et entre-temps les filles sont arrivées des laboratoires entre-temps. Ce qui nous a fait encore plus de travail et plus de manutention. Et c'est là que j'ai senti une décharge, un grand coup de machin, et en faisant de la manutention parce que j'ai des contre-indications de mettre sur palette et du coup il a fallu mettre des palettes au sol, intercalaires, et on a eu soixante barres de jambon à mettre, plus donner les barres de jambon aux filles de l'autre côté de la ligne pour qu'elles fassent des prélèvements d'échantillons de poids. Enfin faire leur labo. Tout ça a fait que ça a cumulé et paf. J'ai senti

une châtaigne. J'ai botté pendant un moment et j'ai signalé ça à mon chef. J'ai été au médecin et du coup il m'a mis une semaine d'arrêt en pensant que ça allait mieux. Mais pendant cette semaine-là... les deux semaines d'après... Enfin j'avais été en congé, après j'avais posé mes congés pour les mois d'été. Donc il m'a mis une semaine d'arrêt et je dis... Mais après je reviens encore, je lui dis : « Ah non mais une semaine ça devrait être bon. » Du coup je reprends le boulot une semaine. Déjà les chefs, tout le monde était étonné de me voir. Le médecin il me dit de reprendre, je reprends. Mais je dis à mes chefs : « Je suis pas bien, je sens qu'il y a un truc qui va pas. Je sens une douleur. » Du coup j'ai fait ma semaine difficilement. J'en ai parlé à mes chefs, tout ça, à mon poste. Que je sentais que ça allait pas et que je sentais des douleurs et que je bottais un peu. Et après j'ai eu mes vacances. Mais les vacances c'était pas des vacances. Parce que je sentais que j'avais du mal à m'asseoir, à rester debout, à marcher. Du coup mon médecin quand il est revenu au bout de deux semaines j'ai été le voir en urgence le lundi et j'ai dit : « Ça va pas. » Du coup comme il avait mis sous réserve [jusque fin juillet]. Donc ça faisait toujours partie des critères de l'accident qui avait eu lieu [début juin. » (entretien n°36, ouvrier dans l'agroalimentaire, classe 2)

Le récit de l'assuré met en scène les conditions de travail dans lesquelles se déroule son activité. Les gestes répétitifs, le peu de reconnaissance de la part du personnel de direction, les aléas auxquels il doit faire face qui vont à l'encontre de sa situation de santé, etc. Ces contraintes vont provoquer une aggravation de son état. Simplement, il va se heurter dans un premier temps à une attitude de la part du médecin traitant qui va minorer la situation en limitant l'arrêt « une semaine ». Si les conditions de travail sont bien reconnues ici, après une deuxième consultation, le traitement de la situation de l'assuré reste complexe. Les médecins peuvent se trouver également face à des assurés qui essaient de tenir au travail. Ils vont développer une série d'astuces pour retarder la prise de rendez-vous avec le médecin. Simplement, l'assuré doit faire face à la réalité de ses conditions de travail mais également aux limites de son affection. Dans ces circonstances, la prolongation de l'arrêt fait l'objet des échanges explicites entre assuré et médecins. Cela implique pour l'assuré d'admettre une évolution négative de son état de santé.

« Q : Et au travail ça devait être difficile aussi, non ?

R : Alors j'ai la chance...

Q : Avant de vous arrêter ?

R : Oui bien sûr, mais comme on ne sait pas, comme on va voir le rhumato et tout ça, on croit toujours que ça va s'améliorer. On prend des cachets, on est fatigué, mais on se dit que ça va se remettre, qu'on va se remettre dans le bain, jusqu'au jour où on comprend qu'il va falloir vivre avec. Alors là il y a un moment difficile, mais finalement il vaut mieux le savoir. Maintenant que je sais que je vais vivre avec, comme je vous dis, je vais faire une maison différente, je vais m'organiser différemment et ça va mieux. Et les sept mois d'arrêt m'ont permis de me mettre tout ça dans la tête et je pense que je vais pouvoir avancer de façon mieux, comme la personne qui apprend qu'elle a une maladie quelconque, qu'elle va finir en fauteuil roulant. Je sais pas, au bout d'un moment on est obligé de l'admettre et d'envisager les choses. Mais ça se fait petit à petit, ce n'est pas du jour au lendemain. Au début je n'ai pas compris ce qui arrivait. Bon j'avais mal, j'avais mal. Pour moi il y avait une solution. Y a pas de médicament, y a rien. Donc il va falloir que je fasse avec. C'est à moi de trouver, de gérer. » (entretien n°28, profession médicale, classe 3)

La période d'arrêt permet à l'assuré d'envisager autrement son avenir en fonction de la pathologie dont il souffre. Son activité de travail se trouve ici directement questionnée ainsi que sa sphère privée de vie. Réorganiser sa maison et apprendre à vivre avec. Cette idée va se construire au fur et à mesure des rendez-vous avec son médecin traitant pour adapter les arrêts et les traitements :

« Q : Et du coup il vous donne... Vu qu'il n'y a pas de traitement spécifique...

R : Donc il m'a donné des arrêts quand je lui ai demandés. Il me les a proposés en même temps. Qu'est-ce qu'on fait ? On a fait ensemble. Et puis on avait envisagé que je reprenne un petit peu plus tôt et puis j'ai dit : « là j'ai une crise de panique, d'angoisse », il y a un mois.

Je lui dis : « je ne me sens pas capable ». On a rallongé un peu et là ça va mieux, je lui ai dit : « on va reprendre, ça va mieux ».

Q : Vous faites ensemble, c'est en discutant ? C'est avec vous ?

R : De toute façon il voit bien que je ne peux plus rien faire. Il le voit. Par contre, j'ai une bonne tension, je n'ai rien d'autre. Alors je suis suivie – j'ai oublié de vous dire – au centre de la douleur aussi. À cause de ce centre de la douleur, je n'ai pas le droit de prendre de médicaments. » (entretien n°28, profession médicale, classe 3)

Le travail apparaît comme un élément important, mais comme nous le soulignerons, assez peu évoqué par les médecins. Pourtant dans les récits des assurés la sphère de travail occupe une place centrale à bien des égards. Tel est la situation de cette assurée que souligne l'attitude de certains employeurs qui ne facilite pas le retour au travail en ne favorisant pas les conditions plus favorables.

« Pour moi le gros problème des arrêts maladie c'est souvent dû à l'employeur, qui soit en demande trop, soit ne nous comprend pas, ne nous soutient pas. Je suis sûre que j'aurais tenu mieux et sûrement plus longtemps s'il ne m'avait pas agressée comme il l'a fait. » (entretien n°28, profession médicale, classe 3)

Les médecins traitants dans ces situations se trouvent souvent un peu démunis sans pouvoir proposer aux assurés des moyens d'action. Dans ces circonstances, nous avons pu observer souvent une tendance à tenter d'accompagner en recourant à des alternatives tant médicales que thérapeutiques pour trouver une solution. Alors que dans certains cas, les assurés nous exposaient comment ils ont tardé à reconnaître les difficultés à la réalisation du travail. Dans ce cas, l'assuré tente de tenir pour ne pas décevoir ses collègues ou d'organiser son arrêt à une période plus propice. Mais face aux douleurs, à l'incapacité d'effectuer son travail malgré un diagnostic clair certains assurés luttent pour rester au travail :

« Pour ne pas embêter mes collègues je voulais tenir jusqu'à-là. Après je me disais : « Je serai arrêtée après les fêtes », mais par rapport à mes collègues je voulais tenir jusqu'à Noël. Mais bon, la dernière semaine, donc une semaine avant je pouvais plus mettre ma veste par exemple. Des personnes âgées étaient obligées de m'aider donc c'était un peu le monde à l'envers. Et c'est pareil j'avais un mal fou à repasser, à faire les carreaux. Je pouvais plus. Donc j'ai dû être arrêtée une semaine avant, j'ai pas eu le choix. » (entretien n°26, aide à domicile, classe 3)

Toutefois, pour les médecins l'évocation du travail apparaît à travers le brassage que représente leurs patientèles. En effet, dans une même journée, les médecins peuvent voir dans leurs consultations des assurés sociaux représentant les multiples univers professionnels. Ainsi certains médecins peuvent être étonnés que certains assurés ne s'arrêtent pas alors que d'autres viennent pour des situations qu'ils qualifient d'insignifiantes en comparaison avec d'autres patients.

« Quand on reçoit dans la même journée un artisan qui n'est pas bien, qui s'arrête pas et que deux consultations après on a la rhinopharyngite et on leur dit « je vous mets un médicament et ça devrait aller pour demain » et il nous regarde : « je n'ai pas bien dormi cette nuit... » (Rires) Ça arrive mais bon. » (entretien n°14, médecin généraliste, classe 2)

Le traitement en fonction du métier exercé par l'assuré est un élément mobilisé par les médecins. C'est la raison pour laquelle au cours de la consultation les médecins vont appréhender différemment les situations. Les conditions de travail s'immiscent ainsi dans le jugement final du médecin comme l'atteste l'extrait suivant :

« Un salarié va avoir un niveau d'exigence de récupération plus important que l'artisan par exemple. C'est-à-dire que certains salariés vont dire : « Tant que c'est pas parfait j'y retourne

pas ». L'artisan va dire : « Dès que je peux j'y vais ». Après c'est à nous de juger du côté raisonnable d'y aller ou pas ou du côté raisonnable de poursuivre ou pas.

Q : Donc dans ce cas-là vous leur faites valoir vu l'état de leur...

R : Dans ce cas-là c'est pas facile parce que c'est totalement personnel de dire soit : « Vous y allez de toute façon » soit « On est dans une société qui après tout permet aussi de prendre son temps. Vous avez cotisé, tout ça ». Donc c'est totalement subjectif et individuel comme décision. C'est un peu la difficulté. » (entretien n°15, chirurgien orthopédique, classe 3)

La prescription de l'arrêt à la suite d'un diagnostic clair peut également poser de problèmes et entraîne chez les assurés des interrogations quant à la légitimité de leur arrêt. Cette sensation émerge notamment lorsque l'affection est peu visible aux yeux des autres. Le sentiment d'abuser du système, alors même qu'ils sont un arrêt pour une raison totalement légitime. Ainsi la rencontre avec le médecin peut revêtir une certaine ambivalence voire une crainte de se trouver face à une situation où le médecin annonce la fin de l'arrêt alors que l'assuré ne partage cet avis :

« R : Oui parce qu'à chaque fois on a l'impression d'abuser du système. Enfin moi je n'ai pas l'impression d'abuser du système. Je préférerais aller travailler. Enfin ça c'est le plus dur. Ce n'est même pas la maladie, c'est ça.

RH : C'est le regard des gens.

R : Quand je vais voir mon médecin, j'ai toujours peur qu'il me dise : « maintenant c'est bon, vous allez pouvoir retourner au boulot », alors qu'au fond de moi je sais que je ne peux pas. Et ça c'est terrible. » (entretien n°30, ouvrier espaces verts, classe 3)

L'arrêt de travail permet d'aborder et d'explorer non seulement la question de l'état de santé de la personne mais également de faire ressortir la place du travail soit comme source de l'arrêt soit comme un élément central dans le vécu de celui-ci. Revenir sur son lieu du travail est une épreuve pour cet assuré car il le met dans la situation de pouvoir affronter les contraintes objectives de son activité. Dans son cas, l'entretien d'espaces verts (usage de tronçonneuse, sécateurs, porte de charges, travail en hauteur, etc.) est irréalisable. Comment dans ce cas se passent les relations entre médecins et assurés lorsque l'on utilise les recommandations ? Il est intéressant de pencher un peu sur l'usage, tel que le perçoivent les assurés, car cela peut nous donner une idée des enjeux pour les acteurs en présence.

2.3 La pénétration des recommandations face à l'épreuve de la situation des assurés

La prescription de l'arrêt s'inscrit dans un contexte plus ample. Les médecins qu'ils soient spécialistes ou généralistes sont tenus de respecter certes les dimensions médicales pour se prononcer sur l'arrêt de travail, mais ils doivent au même temps, se conformer aux recommandations de l'assurance maladie. Autrement dit, la prescription de l'arrêt de travail s'inscrit dans un univers doublement normé. D'une part, par les références médicales issues de l'expérience du corps médical et d'autre part, par les normes émises par l'assurance maladie à l'aide de la Haute Autorité de la Santé. Dans notre enquête, les assurés ont clairement perçu cet usage pour justifier la durée.

« Le médecin il m'ausculte et il m'arrête tout de suite parce qu'en fait lui, ce qu'il fait... En plus lui c'est un médecin qui fait aussi les... Comment on appelle ça ? Il vient faire les visites de la Sécurité sociale. C'est un médecin je sais pas quoi là. Il contrôle...

Q : Ok. Il est payé par les entreprises pour contrôler...

R : Il contrôle aussi. Et donc lui ce qu'il a fait c'est il a mis ma maladie, mon métier tout simplement dans la base de données de la Sécurité sociale, et ça a donné un nombre de jours d'arrêt de travail en fonction du travail que je fais en fait. Puisque c'est une maladie professionnelle. En plus d'être liée peut-être ou pas à ce que j'ai fait au foot. Mais déjà en rentrant ça il avait un nombre de jours d'arrêt déjà automatiquement. Comme il m'a dit :

« Moi je respecte juste ce qu'on me dit. Je vous donne ni plus ni moins, c'est exactement ce qu'on me dit de faire. » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

Les assurés sociaux ont bien intériorisé les principes du contrôle. Ici l'assuré est suivi par un médecin effectuant par ailleurs des contrôles au titre des entreprises. Lors de sa consultation, l'assuré a été témoin de l'usage de la « base » permettant de « donner un nombre de jours ». En même temps cette base a permis au médecin de faire le lien avec l'origine professionnelle et établir un arrêt en conformité avec les recommandations « *moi, je respecte juste ce qu'on me dit, je vous donne ni plus ni moins* ». En employant cette formulation, le médecin se conforme aux injonctions de l'assurance maladie, mais en même temps, il exprime bien à l'assuré qu'il respecte un règlement dont il n'est pas l'auteur. L'imputabilité de la responsabilité de la durée de l'arrêt est ainsi déplacée. Toutefois, la situation de l'assuré va poser une série de questionnements au cours du traitement de l'affection (hernie discale). Au cours du parcours de soins de l'assuré, les recommandations semblent connaître quelques limites. En effet, le traitement mettra en lumière une série de « controverses » entre les différents professionnels de santé qui suivent l'assuré. L'assuré dans sa recherche de solutions et notamment il tente de mettre d'accord médecin, kinésithérapeute, podologues et ostéopathes.

Q : Après là ils ont l'air d'accord sur le côté podologue.

R : Ouais ils sont d'accord là-dessus. Lui il voulait aller un peu plus loin, savoir si... Il a vu tout mon bassin donc pour lui il a vu la marge d'erreur. Il y a six millimètres d'écart donc lui il a vu ça. Pour lui une sciatique ça peut se créer là-dedans pour six millimètres et pour un médecin traitant non. Donc c'est là où en fait pour elle c'est pas suffisant l'écart et pour lui c'est largement suffisant. Et il m'a prouvé par a + b que c'était largement suffisant sur un squelette humain tout simplement. Il m'a montré. Voilà, donc après vu qu'il y a un souci là aussi... En France c'est comme ça. C'est le côté... Il le dit très bien mon chiro, ils sont pas connus en fait les chiros. Et depuis 2011 seulement on les autorise à pratiquer mais ils sont vraiment bien dans leur taf, ils font vraiment bien à fond. Et comme il dit : « Nous au bout d'un an d'études on est déjà ostéo et on fait sept ans d'études. Donc qu'on puisse même pas faire une ordonnance c'est une honte. » Sachant qu'eux c'est vraiment leur truc. Et grâce à eux moi je connais plein de collègues aujourd'hui ils vont vraiment mieux. Alors qu'avant ils ont fait trois-quatre ans d'arrêt avec des médecins traitants qui leur mettaient du kiné. Et ça a jamais avancé. Pourquoi ? Parce que le kiné il se prend pas la tête, il fait des gestes... Il fait son taf mais lui il connaît pas tout donc... » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

Outre la difficulté de la coordination des soins, l'assuré manifeste à travers ce récit la nécessité de la reconnaissance de certains modes de traitement dans un secteur (les transports) où les pathologies lombaires sont courantes. Ces interrogations et questionnements formulés par l'assuré vont également toucher la dimension temporelle de l'arrêt. Les recommandations peuvent effectivement imposer une durée type pour une affection. Le même assuré a estimé qu'une telle durée, dans son cas, n'aurait pu être plus courte d'autant plus que l'arrêt a donné lieu à une série d'exams « inutiles » car ne permettant pas d'arrêter un diagnostic précis.

« Je trouve que ça fait beaucoup mais après je me dis : « S'il faut ça il faut ça. » Je dis : « Ok » et c'est parti. On y va et en fin de compte je me rends compte qu'aujourd'hui avec le recul que j'ai repris le travail même si j'ai mal encore un mois et demi d'arrêt ça aurait servi... À part à faire des examens qui étaient intéressants parce qu'on m'a découvert des trucs. Mais en vrai les vingt premiers jours ok mais après j'aurais peut-être pu reprendre, je sais pas. Peut-être que ça aurait été mieux. Parce qu'en fin de compte de rester à la maison à rien faire ça m'a pas arrangé du cas. Et c'est long. Et pour mon cas en tout cas à moi si on avait su plus rapidement les détails de ce que j'avais... En fin de compte si dès le départ on m'avait fait les examens qu'il fallait j'aurais repris tout de suite. Alors qu'on a mis huit ans avant de me faire faire... J'ai vu plein de médecins différents, j'ai vu plein de radiologues, j'ai vu plein de trucs. Et j'ai fait des échographies du musculaire, j'ai tout fait. Et tout ça pour un truc tout bête en fait. Il fallait faire une radio du bassin et du dos. Voilà. » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

Ainsi les recommandations si elles sont employées par les médecins, certaines affections sont difficilement discernables et les assurés peuvent se trouver à être dans le nomadisme médical pour trouver une réponse à leurs souffrances. Par ailleurs, le cas en l'espèce, montre également les effets de la durée de l'arrêt sur les personnes. Au-delà de la question de l'inutilité sociale, l'assuré interroge le mode de prescription de l'arrêt. En effet, il nous est arrivé d'observer dans les parcours décrits par les assurés rencontrés que la décision de l'arrêt provient des spécialistes, les médecins traitants se positionnent au bout de la chaîne. Les assurés peuvent ainsi être orientés vers des spécialistes par les médecins du travail pour traiter certaines questions telles que harcèlement. Simplement, une telle orientation peut constituer pour l'assuré une démarche difficile notamment par rapport à la connotation de la spécialité.

« Non, c'est le médecin du travail. Parce que moi j'en avais parlé au médecin du travail qui était une femme, qui m'a dit : « je peux faire quelque chose pour vous, je peux vous renvoyer vers le docteur qui est médecin psychiatre. Si vous voulez y aller. » Alors après aller chez un psychiatre, c'est dur parce que ça connote à fond. C'est hyper connoté. Malade psychiatriquement, vous êtes foutu quoi. [...]

Q : Et après c'est elle qui vous avait dit de vous mettre en arrêt ?

R : Elle m'avait dit : « vous allez voir votre médecin généraliste ». Elle m'a donné aussi l'adresse du docteur.

Q : Et après vous avez été déclaré inapte ?

R : Alors le médecin au départ, vu mon état, voulait me mettre inapte.

Q : La médecin du travail ?

R : Heu... non non, le médecin psychiatre. Il me dit : « si jamais ça ne va pas du tout, on peut vous mettre en inaptitude, ça va être plus facile ». Mais moi je ne voulais pas, parce qu'apparemment après quand vous êtes inapte, vous restez dans cette case « inapte », si j'ai bien compris. Pour retourner en arrière c'est plus compliqué. » (entretien n°30, ouvrier espaces verts, classe 3)

Les recommandations de la HAS sont utilisées par les médecins rencontrés mais ces usages doivent être remis dans le contexte de la configuration relationnelle dans lequel s'insèrent les médecins et les assurés. Ainsi entre un usage assez conforme aux recommandations et l'appel à d'autres spécialistes pour intervenir dans le traitement. Dans le cas cité ci-dessus, le médecin du travail découvre, outre la maladie des reins dont il souffre, que l'assuré dans le passé a connue un contexte professionnel se caractérisait par une forte tension. Cette expérience a laissé de traces chez l'assuré. c'est pourquoi, le médecin du travail conseillera à l'assuré de traiter ces problèmes à l'aide d'un psychiatre pour favoriser son retour au travail.

2.4 L'enjeu de la négociation de la durée un arrêt révélateur la continuité

L'étude que nous réalisons porte sur des assurés en arrêt ou ayant terminé depuis peu la période d'arrêt. Nous n'avons pas identifié de manière précise des situations où les assurés exigeaient un arrêt de travail contre l'avis du médecin traitant. Toutefois, dans les discours des assurés apparaît sous différentes formes l'enjeu de la durée de l'arrêt. En effet, nous avons déjà souligné précédemment comme certains assurés estiment les arrêts trop longs spécialement lorsque le diagnostic a tardé à être donné. Durant l'arrêt de travail la question de la continuité de la vie professionnelle et sociale se pose avec acuité. Si bien que les assurés vont à travers leurs récits mettre en lumière une série des facteurs non négligeables à nos yeux favorisant le retour ou pas à l'emploi. Dans un premier temps, on s'intéressera à la question de la continuité de l'équilibre élaboré par la personne entre sa vie privée et sa vie professionnelle durant l'arrêt. La situation est légèrement différente lorsque nous avons affaire à certaines pathologies bénéficiant d'un meilleur regard social facilitant les démarches et la prise en charge alors que pour d'autres assurés le maintien dans l'emploi se posera de manière bien plus nette.

Maintenir un équilibre entre la sphère professionnelle et privée fait partie des réalités bouleversées par l'arrêt de travail surtout quand celui-ci est d'une longue durée. La prescription de l'arrêt éloigne de l'activité professionnelle mais également peut impacter la vie quotidienne de personnes.

« Donc elle m'a dit : « On va arrêter là. Et si besoin on se reverra mais tant que ça tient au travail on... » Donc là je me pose la question moi de la reprise du sport. Je me laisse encore jusqu'à janvier. Je me dis qu'il faut pas trop presser les choses mais j'aimerais savoir en fonction de ce que j'ai est-ce que je peux... Par rapport à mon dos je peux plus faire plein de sports, ça je le sais, mais ceux que je peux faire quand je peux reprendre ? Même si j'ai encore des douleurs à la jambe.

Q : Parce que vous pouvez faire quoi du coup ?

R : Rameur... Enfin tout ce qui est sport en salle entre guillemets, et puis un peu de natation mais pas de brasse parce que ça me creuse le dos donc ça avance ma colonne encore. Vélo mais pas de VTT. Et c'est tout.

Q : Pas trop de chocs quoi ?

R : Oui, pas de chocs, pas d'extension et pas de creux de dos, en gros c'est ça. Ça élimine pas mal de sports mais bon. » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

Si l'activité professionnelle de l'assuré se trouve à l'origine de son arrêt, les activités pratiquées en parallèle vont se réduire considérablement pour l'assuré. Ainsi durant l'arrêt la question de la continuité d'un mode de vie que l'on a construit progressivement se trouve questionnée fortement. L'assuré sait bien qu'il en va de son retour au travail comme des activités extra-professionnelles. Le mal de dos est une affection dont le traitement est assez problématique et peut inscrire l'assuré dans une chronicité importante. De plus, le mal de dos comparativement à d'autres maladies ne possède pas le même regard social. « En effet, toute maladie est intrinsèquement sociale dans le sens où elle est perçue, traitée, vécue et appréhendée d'une manière spécifique par les acteurs sociaux » (Derbez et Rollin 2016, 4). Ainsi le vécu de l'arrêt et les incidences que celui-ci pourrait avoir sur l'assuré ne sont pas insignifiants. Ainsi un assuré souffrant d'un cancer va connaître un parcours de soins différent et bien plus balisé que celui du dos. En outre, le regard porté par ses collègues, médecins et employeur pèse sur la manière de vivre le traitement et l'arrêt.

« Q : Comment ça s'est passé justement le retour au travail ?

R : Très bien, très bien. Alors moi j'ai une boîte où franchement ils sont à l'écoute. On n'est pas beaucoup. C'est une boîte, on est une vingtaine. Le patron a dit tout de suite : « nous, on fera tout ce qu'il faut ».

F : Alors il faut savoir aussi que tout du long ils ont été présents à prendre des nouvelles, à demander toutes les démarches, à aider...

Q : Les collègues ?

F : Ah oui oui oui ! Le patron et puis la secrétaire et celle qui s'occupe du planning, ils ont été vraiment au top du top. Et Bernard du coup ça faisait un moment qu'il allait les voir de temps en temps.

R : Des fois quand j'allais aux séances de radiothérapie, j'allais boire un café là-bas. Même si je ne pouvais pas en boire, c'était ne serait-ce que pour discuter. J'avais la voix un peu comme ça, mais bon c'est pas grave.

F : Et puis on sentait bien aussi que l'équipe avait besoin. C'était important. C'est une entreprise vraiment à esprit famille. C'était important aussi.

Q : D'être soutenus ?

R : Ah oui, tout à fait. De ce côté-là aussi j'ai de la chance. Quand on voit ce qui se passe ailleurs, ce n'est pas souvent comme ça.

Q : Donc du coup pour la reprise ça a facilité aussi ?

R : Ah oui, oui bien sûr. Après ils adaptent les plannings. Il me dit : « on va te mettre là plutôt que là parce que là c'est moins pénible. Si tu es fatigué, tu le dis et on te remplace. On trouvera des solutions, y a pas de soucis. » Le tout c'est que je me remette, pas le plus rapidement possible mais pour que... » (entretien n°27, ouvrier de la construction, classe 3)

La durée de l'arrêt de travail peut se trouver affectée par la manière dont la maladie est vécue par les assurés. Ainsi un lien constant avec le lieu du travail, des collègues soucieux de la santé de la personne en arrêt, un employeur bienveillant et des médecins à l'écoute facilite un retour au travail. Le cancer peut à cet égard être un cas particulier car « les expériences du cancer sont spécifiques, dans la mesure où, si l'évolution des thérapeutiques en fait une pathologie chronicisée, elle engage toutefois encore le pronostic vital. En ce sens, les effets du cancer traversant l'ensemble des sphères de la vie des individus » (Derbez et Rollin 2016, 5). Par ailleurs, l'assuré peut être à l'initiative de l'action en préparant les documents de son dossier pour appuyer sa demande et faciliter son retour.

« Q : Donc c'est vous qui avez fait la demande ?

R : Quand le médecin a trouvé la maladie... J'ai pas à le voir parce que... Quand on est en ALD... Par contre, pour la reprise, il y a une procédure où c'est moi qui dois faire la demande pour faire une prévisite.

Q : Et qui est-ce qui vous a conseillé de faire cette demande ?

R : Ah ben moi je leur ai téléphoné. Je leur ai dit : « je souhaite reprendre le travail, qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? – Dans ce cas-là, à votre demande, on fait une prévisite. » Donc je vais voir le médecin du travail. J'ai une fiche de prévisite où je lui explique tout ce qui est arrivé. « Est-ce que je vais bien ? Est-ce que je peux reprendre ? Tous les spécialistes sont ok. Je vais y aller doucement au début quoi, à mi-temps et puis on verra quoi. » Après on me définit une date de reprise du travail donc le 1er octobre et c'est là que l'employeur demande une visite de reprise du travail. Mais là c'est l'employeur qui le fait. Je vois le même médecin qui me marque la même chose que ce qu'il m'avait marqué lors de la première visite, en gros, à moins qu'il y ait une catastrophe entre-temps. Et il marque ses préconisations. Au début il avait marqué « travail à mi-temps en binôme ». Il ne fallait pas que je sois tout seul, parce que des fois il y a des chantiers où on est tout seul, mais il vaut mieux pas que je sois tout seul. « Avec une charge de travail pas trop... – Oui mais sur un chantier, comment voulez-vous savoir ? On arrive le matin c'est tranquille et puis une heure après il y en a partout. – Bon je le marque quand même. » Ça s'est bien passé. J'ai tout mon dossier à jour, j'ai tous les documents. Parce qu'il faut arriver avec tout là-bas.

Q : Et puis en plus j' imagine qu'il a discuté avec votre employeur ? Il a peut-être visité l'entreprise ?

R : Ah oui ! Ah oui, oui, ils connaissent. Ils savent ce qu'on fait. » (entretien n°27, ouvrier de la construction, classe 3)

Cette préparation de retour à l'activité professionnelle ne peut se faire que sous certaines conditions telles que la connaissance par le médecin du travail des conditions de travail, l'état de santé de la personne, le dialogue entre employeur, assuré et médecins pour les aménagements éventuels. Un tel scénario est loin d'être le plus rencontré lors de notre étude. Les assurés étudiés nous ont fait part des difficultés et des questionnements que l'arrêt de travail, notamment lorsqu'il est d'une longue durée. En effet, la durée de l'arrêt peut être un horizon temporel installant les assurés dans des situations à la question du maintien de son emploi peut se poser sérieusement. Rester à la maison peut être vécu comme plus préjudiciable en augmentant le sentiment d'inutilité sociale. Ce sentiment peut être d'autant plus fort que l'assuré considère que son emploi peut faire l'objet d'un remplacement.

« Si. Bien sûr mais est-ce que vous pensez que c'est mieux que je reste encore en arrêt pendant un an ? J'ai droit à trois ans. La Sécu me l'a dit. Mais ce n'est pas parce que j'ai le droit que c'est judicieux. En trois ans ils vont me remplacer et après je serai quoi ? Je serai encore moins. Donc non, je me dis que là il va falloir que je reprenne. L'hiver arrive en plus, l'hiver on est fatigué. Même rester ici à la maison, je vais peut-être encore me démoraliser plus. Je pense qu'il faut que j'aïlle. » (entretien n°28, profession médicale, classe 3)

Ainsi la prescription d'un arrêt ouvrant des droits pour une durée importante, peut se heurter à d'autres problématiques qui mettent en tension les continuités sociales de l'assuré tant

sur le plan professionnel que personnel. Cette situation est d'autant plus paradigmatique lorsque nous examinons la situation des assurés de la classe 2 et singulièrement des assurés accidentés du travail. Comme nous le savons la durée de l'arrêt par risque est plus importante pour les risques professionnels. Ainsi les assurés sociaux victimes des accidents du travail et des maladies professionnelles sont confrontés à des durées d'arrêts bien plus importantes (70 jours en moyenne pour le risque professionnel contre 44 dans le risque maladie dans le Finistère). Naturellement, au cours de cet arrêt, l'assuré aura de contrôles, des examens pour évaluer la situation. C'est dans ce contexte que la question de la consolidation pour le médecin-conseil peut devenir une réalité. Rappelons que la consolidation est acte que le médecin-conseil va effectuer à la fin de la période des soins « *Le certificat médical final de consolidation. Les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif. En principe, un traitement n'est plus nécessaire, mais vous ne pouvez plus travailler. Il faut entamer des démarches pour obtenir une rente d'incapacité* » comme nous le signale le site de l'assurance maladie. Autrement dit, l'assuré se retrouve dans une situation où le caractère permanent de sa lésion se stabilise. Néanmoins, cette situation pose directement la question de son retour à son emploi ou d'obtenir la reconnaissance d'incapacité à un poste précis voire d'entamer les démarches d'incapacité.

La consolidation souvent pour les assurés est très mal vécue car du point de vue de l'assuré sa situation contrairement à l'idée d'une certaine « stabilité », elle a empiré. Ce sentiment est d'autant plus fort que la personne occupe des emplois peu qualifiés dans des organisations de travail peu flexibles en termes de postes.

« Q : Ah oui. Enfin que c'est la fin de l'arrêt quoi.

R : Consolidation sans séquelles indemnisables.

Q2 : D'accord.

R : Donc j'ai fait appel et je vois au courrier y a pas eu le temps. Je viens de me rendre compte.

Q : Ok. Vous avez fait appel quand du coup ?

R : Dans les deux jours qui suivaient ma lettre.

Q : Et ça vous en avez discuté avec l'assistante sociale ?

R : Oui oui oui. Mais après ils disent qu'il y a des antécédents. Bien sûr qu'il y a des antécédents. Enfin vous devez me connaître depuis le temps. Mais ce que je persiste à dire c'est que mon cas s'est aggravé. Il se serait stabilisé comme avant j'aurais rien dit mais il s'est lourdement aggravé. Je sais même pas si je pourrai retravailler. Et même si je retrouve du boulot ce sera du mi-temps. Il faut que je retrouve un truc qui puisse me correspondre. Je peux pas rester assis une journée entière, je peux pas rester debout une journée entière, je peux pas rester stagner comme ça. Là où j'étais avant j'étais poste fixe. Même là je pourrai pas. Sans faire de... Donc je sais que mon avenir est un peu... Question vie professionnelle j'ai un grand grand grand nuage là. J'ai fait bilan de compétences, tout... Les médecins du travail que j'ai eus : « Votre cas est particulier. Il est très très difficile. » Donc après ça joue dans le moral. Tous les soirs j'ai des antidépresseurs. J'ai du *Xanax*. Ils disent que ça porte sur le moral.

Q2 : Les médecins-conseils ?

R : Ouais. Ils ont qu'à prendre ma place. » (entretien n°36, ouvrier dans l'agroalimentaire, classe 2)

À la colère de l'assuré s'ajoute l'incompréhension du système de suivi. Outre les effets sur la motivation des personnes à maintenir un intérêt d'autant plus qu'il ne trouve pas de réponse adéquate malgré ces multiples sollicitations. Ainsi le retour au travail est d'autant plus difficile que nous avons affaire à des personnes peu qualifiées. Finalement, les arrêts de travail montrent le caractère parfois limité du traitement face aux situations, pourtant courantes, des salariés à faible qualification professionnelle.

Doit-on conclure que les assurés sociaux ce sont les seuls à tenter de négocier le type d'arrêt et la durée ? En réalité, l'analyse fine des entretiens nous permet de montrer également

qu'il n'est pas rare que les médecins se heurtent à des assurés qui souhaitent reprendre au détriment du respect du traitement.

2.5 Des patients qui questionnent et contrôlent le traitement et la forme de l'arrêt du travail ?

Pour comprendre ce type de situation, il est important de la circonscrire plus précisément dans l'évolution de l'autonomie et la place de la profession médicale dans nos sociétés. Depuis les travaux de Freidson (Freidson 1984), on sait que les médecins sont moins impliqués dans la maladie que les patients. En effet, l'assuré ici est directement touché et s'occupe de son sort alors que le médecin doit se soucier de tous ses patients. Certes, les médecins tentent de conserver un contrôle de leurs pratiques et maintenir leur autonomie au travail. Mais celle-ci fait l'objet de transformations notamment sous l'influence de cinq grands mouvements selon Florent Champy dans « une tendance générale au déclin de l'autorité des professionnels, une offensive pour accroître le contrôle managérial sur les professions, un éloignement croissant des lieux de régulation formelle des pratiques professionnelles, qui de nationaux deviennent supranationaux, et une tendance à la normalisation de ces pratiques » (Champy 2012, 193). Dans ces circonstances, il n'est pas rare d'observer de relations moins asymétriques entre assurés et médecins. Cela passe par exemple, par un questionnement de la durée de l'arrêt de travail alors que le médecin a respecté les recommandations en la matière.

« Donc finalement c'était vers fin octobre, fin novembre que vous lui avez dit, ça faisait déjà deux mois...

R : Au bout de deux mois je lui ai demandé de reprendre et là il me disait que c'était trop tôt, qu'il ne fallait pas reprendre trop tôt. C'est là que mon moral en a pris un coup.

Q : Quand elle vous a dit non ?

R : Quand elle m'a dit non.

Q : Parce qu'elle disait quoi ?

R : Elle me disait que non, que je risquais de me faire plus de mal que prévu et qu'après ce serait encore plus long. Donc il fallait que je prenne le temps, chose que je ne sais pas trop faire. Je ne suis pas très patiente. Donc là je suis restée un mois à la maison et elle m'avait promis que j'allais reprendre la fois d'après, elle m'avait dit : « vous allez reprendre ». » (entretien n°37, employée de la grande distribution, classe 1)

L'assurée dans l'extrait d'entretien illustre bien à nos yeux l'idée suivante laquelle, les patients s'occupent de leurs sorts. La durée de l'arrêt joue sur le « moral » et peut mettre en doute le retour. Le médecin reste ferme mais il a dû « concéder » pour la prochaine fois une reprise du travail. Par ailleurs, les médecins peuvent se trouver confrontés à des assurés ayant pris à l'avance toutes les mesures nécessaires pour organiser leur arrêt. En effet, les médecins dans ce cas de figure ne se trouvent pas face à une situation où le diagnostic pose question mais devant un assuré « imposant » les modalités de l'arrêt.

« Q : Votre médecin traitant vous l'avez choisi comment ?

R : Par facilité parce que c'était compliqué de trouver un médecin référent aujourd'hui. Doc j'ai trouvé un cabinet médical à Quimper parce que j'habite Quimper, et puis les choses se sont faites comme ça.

Q : À côté de chez vous ?

R : Non pas forcément. En centre-ville. Mais dès que j'ai besoin de voir autre chose je vous avouerai que je vais taper aux portes sans passer forcément par le médecin...

Q : Par le médecin traitant ?

R : Ouais.

Q : Vous allez le voir plutôt pour quel genre de situation ?

R : Il m'est arrivé, c'était en quoi ? En 2000 je me suis fait opérer de la sphère ORL. Donc j'ai été voir en fait des praticiens que je connaissais parce qu'avant de travailler au siège j'étais

dans le réseau. Et j'avais beaucoup de médecins libéraux en portefeuille. Après c'est facile de savoir qui fait quoi et comment.

Q : Ah oui ? Donc vous vous êtes renseigné et vous pouviez un peu choisir qui vous vouliez aller voir ?

R : Voilà. Tout à fait. Donc ça c'était sur Brest. C'est aussi pour ça que j'ai continué à me faire opérer sur Brest même si j'habite Quimper. Et puis en fait j'ai pas eu forcément de bons retours parce que les praticiens à Quimper... »

Il poursuit :

« Q : D'accord. Donc c'était des massages et puis renforcer le muscle ?

R : Oui tout à fait. Et puis de toute façon la décision d'opérer avait été prise en septembre, parce que j'ai dû voir le chir' en septembre. Et puis... Ou octobre. Et puis j'avais un calendrier qui ne me permettait pas d'effectuer l'opération.

Q : À cause de...

R : Bah parce que j'avais un plan de travail assez serré et en plus de ça je m'étais inscrit sur un site de formation de vingt-cinq jours qui démarrait de septembre jusqu'à juin. Donc impossible de caler. Parce que moi innocemment je pensais que j'en avais pour trois semaines et quand je lui avais posé la question, un large sourire... « Écoutez, même en étant très optimistes vous savez que ça va prendre beaucoup plus de temps que ça. » Bon. J'ai dit : « Hors de question que je fasse ça pendant cette année de formation que j'avais pas la possibilité de reporter ni quoi que ce soit. J'avais une année pour la faire, c'était juste... » (entretien n°31, cadre du secteur bancaire, classe 1)

La position sociale de l'assuré peut permettre dans une certaine mesure de programmer plus facilement l'arrêt et de conserver un certain contrôle sur l'ensemble de celui-ci. Cela suppose d'avoir une certaine connaissance des modes d'exercice des spécialistes. En l'espèce, cet assuré dans son activité professionnelle a pu identifier les praticiens plus facilement. Il a dû combiner les contraintes de son activité de travail avec celles résultant de l'arrêt. Si un tel scénario n'est pas très commun, il possède la particularité de montrer l'effet de la position sociale des assurés et comment cette dernière peut affecter la durée et le vécu de l'arrêt.

« Je m'occupe ici. En parlant plus sérieusement, je ne me sens pas en état de travailler à cent pour cent. Ce n'est pas possible. Quand je vois ce que je faisais avant, je suis retourné sur des bateaux, et encore là c'étaient des petits... [Mi] novembre je vais sur le Queen Elizabeth 2 qui vient en arrêt technique à Brest où il y a dix-neuf étages, nous toute la journée on fait ça, parce qu'effectivement la sécu on est les seuls qui sont interdits d'ascenseur. » (entretien n°27, ouvrier de la construction, classe 3)

La réalité des contraintes du travail s'impose à l'assuré et ne permet pas d'envisager une éventuelle reprise. Or, ces contraintes de travail sont socialement distribuées et ne touchent pas les assurés de la même manière. Dans ces circonstances, les médecins ont moins de difficultés à maintenir leurs prescriptions. En effet, l'assuré peut essayer de trouver de solutions pour continuer à espérer une reprise du travail. Seulement, l'usure du travail marque profondément certains assurés (poly-accidentés) et joue comme un facteur prépondérant que les médecins vont lui opposer pour éviter une reprise trop rapide.

« Pour moi au début j'avais en tête que j'allais reprendre quoi. Mon espoir c'est... Parce que si je repars le médecin du travail de Morlaix m'a dit : « Si j'étais vous j'évitais de repartir parce que là déjà vous êtes mal alors si c'est pour encore aggraver votre cas... » J'ai dit : « Ouais je sais. » Parce qu'il y en a ils sont têtus, ils vont reprendre le boulot alors qu'ils sont déjà cassés. Le médecin du travail a dit : « C'est à vos risques et périls. » Moi je sais que là c'est l'accident de trop. Mon accident du travail... Faudrait pas que j'en aie un troisième parce que là je crois que je serais hyper mal. » (entretien n°36, ouvrier dans l'agroalimentaire, classe 2)

Le questionnement de l'arrêt de travail apparaît également au fur et à mesure que l'arrêt se prolonge et s'inscrit dans la durée. L'activité de travail pouvait rythmer et structurer les journées des assurés. Ainsi au départ, l'arrêt peut être perçu comme un moment propice pour faire d'autres choses. Toutefois, la durée peut introduire une certaine monotonie d'autant plus forte que le diagnostic a tardé et a été erroné au départ.

« Q : Et de manière générale un peu l'arrêt ? De rester chez soi, tout ça, vous vous l'avez vécu comment ?

R : Ah c'est long quoi. C'est long parce qu'il y a rien de... Au départ on se dit : « On va se reposer, ça fait du bien. » On est content. On dit : « Ouais ça y est, je vais pouvoir me remettre, je vais pouvoir me refaire », mais honnêtement au bout de dix jours déjà quand on a vu tous les films qu'il y avait, les films sur *Netflix* et tout ça y est. Y a un moment t'es là, du coup tu fais rien, tu fais plus de sport, donc tu... Tu manges, tu restes dans ton canapé. Ça se passe comme ça, y a rien de spécial. Au bout de... Moi j'aime pas rester à rien faire en fait donc au bout d'un quart d'heure déjà ça me saoule, donc je dis pas là un mois et demi. J'étais content quand je pouvais aller au kiné et marcher juste pour aller au bourg là. J'étais tout content. Si on peut bouger après c'est sûr. Mais c'est long. C'est long pour au final... Moi si j'avais su qu'au final ça allait se passer comme ça j'aurais repris au bout de vingt-et-un jours. Ça sert à rien d'être un mois et demi en arrêt si c'est pour en plus au final attendre de reprendre pour avoir des résultats. Sachant que si j'avais su j'aurais été le voir plus tôt ce monsieur-là. Mais bon on peut pas savoir, j'ai pas causé avec la bonne personne au début et puis voilà. Mais la prochaine fois je saurai. Pour dire aux autres que bah... Après chaque cas est particulier. Moi ce que j'ai c'est peut-être pas grand-chose, y en a ils ont peut-être des choses plus graves que moi et ça se compare pas en fait. » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

Durant l'arrêt de travail se joue également un apprentissage du statut de « malade » « *mais la prochaine fois je saurai* ». Le temps que l'assuré considère comme « trop long », notamment lorsque celui-ci résulte d'une attente de résultats, entretient une attitude de méfiance à l'égard de la durée et de sa pertinence pour traiter la pathologie dont il est affecté.

« Q : Vous disiez que vous en aviez marre ?

R : Oui, le moral surtout. Je n'acceptais pas d'être diminuée, de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant et ça, ça m'agaçait. Et puis avec les horaires, je n'avais pas d'horaires de sorties libres. Donc j'étais coincée à la maison. Moi la télé c'est pas trop mon truc. Le ménage je ne pouvais pas faire puisque j'étais bloquée. Je tournais en rond. Et puis le fait de travailler dans une grande surface, je voyais beaucoup de monde. Et le fait de ne plus voir personne, que mon mari ou les enfants... » (entretien n°37, employée de la grande distribution, classe 1)

Enfin, le questionnement de la durée peut provenir des effets que celle-ci peut avoir sur la couverture sociale de la personne. En effet, l'assuré peut envisager avec le médecin une reprise progressive du travail. Tel est le cas, de cette assurée devant bénéficier d'un mi-temps thérapeutique mais les conditions pour bénéficier de ce mi-temps sont fonctions de règles du contrat de la complémentaire de santé. Médecin et assuré ont dû « inventer » une autre forme de reprise « progressive » pour éviter que cela apparaisse comme un arrêt de travail...

« R : De toute façon je devais aller la voir parce que tous les ans on va la voir et là la visite périodique elle arrivait donc ça tombait bien. On a fait les deux en même temps. Reprise du travail... À la base ma médecin traitante voulait me mettre en mi-temps thérapeutique mais étant donné que... En fait ce qui était compliqué pour moi avec le mi-temps thérapeutique c'est que moi j'avais un souci au niveau de la mutuelle en fait. La prévoyance. Alors c'est un peu complexe mais en fait arrivé à quatre-vingt-dix jours et un jour d'arrêt on revient en arrière sur l'année antérieure et on regarde si on a déjà eu un arrêt de travail. Et si c'est le cas ils nous le retirent de notre salaire. C'est-à-dire que si j'ai eu une semaine d'arrêt, et c'était le cas, j'ai eu neuf jours d'arrêt dans l'année antérieure, j'aurais perdu dans mon salaire prochain neuf jours. Donc du coup je pouvais pas en fait accepter un mi-temps thérapeutique sachant que du coup j'allais passer au-delà des quatre-vingt-dix jours. Ça allait arriver vite. Et j'ai

décidé aussi de reprendre le travail à cause de ça parce que j'avais plus trop le choix. Donc ce que j'ai fait, j'ai repris en disant, en regardant mon planning, est-ce que j'ai réussi à gérer ce qui a bien été fait avec mon boulot, c'est qu'en fin de compte au départ j'ai quasiment bossé un jour sur deux en fait. Parce que j'avais des jours à récupérer. Donc j'ai bossé un jour sur deux et ça m'a fait une reprise un petit peu comme un mi-temps mais sans être officiel parce que du coup on a refusé le mi-temps thérapeutique parce que ça faisait comme une prolongation d'arrêt de travail. Et si je prenais ça je passais du coup à la trappe de neuf jours et ça c'était hors de question. Sachant que j'ai perdu neuf jours déjà en étant en arrêt de travail. Donc c'est mort. » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

Le type de couverture peut ainsi avoir un rôle dans la manière dont médecins et assurés vont négocier la durée, le traitement ou le retour à l'activité professionnelle. Dans notre échantillon d'assurés, nous avons trouvé une autre situation assez emblématique des difficultés à tenter de favoriser un retour progressif des assurés au travail. En effet, selon les accords des entreprises, les assurés peuvent se trouver plus entièrement couverts par leurs complémentaires à partir du troisième mois. Le système de calcul des jours d'arrêts ayant été modifié, cela incite à avoir des arrêts de travail sans interruptions.

« R : Ben c'est possible. Au bout de trois mois, on n'est plus couvert par l'entreprise, mais par une prévoyance qui s'appelle Malakoff Médéric, et là elle décompte déjà ce que l'on a eu pendant l'année comme arrêts maladie. Et moi j'avais eu dix jours. Donc on m'a enlevé dix jours de salaire. Tac ! Plus trois jours de carence. Treize jours sans salaire. Et après c'est eux qui prennent en charge. Mais il ne faut pas avoir de trou d'arrêt, il faut être en arrêt continu. Et après, pendant un an, je ne dois plus être en arrêt maladie. Donc c'est un système très... Voilà. Je veux dire... je ne sais pas quel mot mais qui pousse à rester à la maison et quand on veut, on se dit attention, si je n'arrive pas à prendre le dessus, qu'est-ce qui va m'arriver. Ça me fait très peur. C'est vraiment une très mauvaise idée. Alors qu'avant, on était malade, on s'arrêtait deux jours et puis hop ! on retournait, mais là on y réfléchit à deux fois.

Q : Ben oui. Parce que financièrement ?

R : Financièrement je suis retombée sur mes pieds maintenant. On m'a enlevé mes quinze jours et après c'est bon.

Q : Mais le premier mois ça n'a pas dû être facile ?

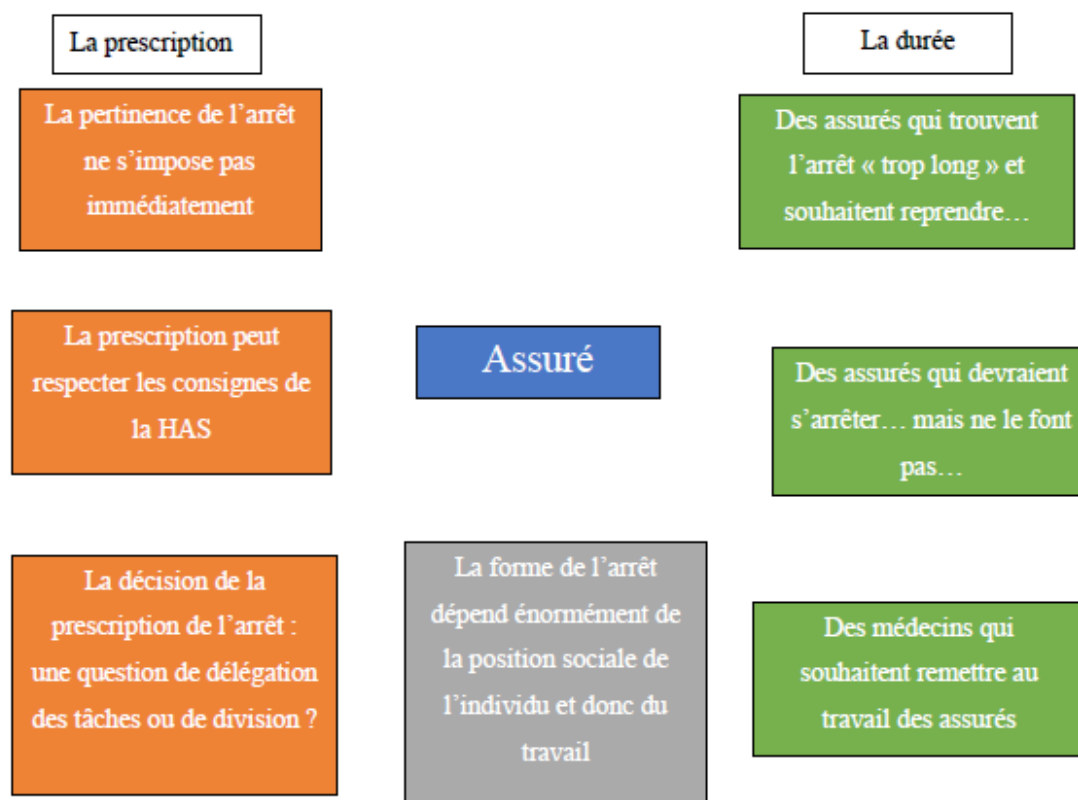
R : Ben oui. (Rires) Surtout que je ne m'y attendais pas. C'est là que j'ai remué ciel et terre pour comprendre et là j'ai compris. Et c'est comme ça pour mes autres collègues aussi. Et la dame qui m'a renseignée, la secrétaire du DRH, elle m'a dit : « je les avais prévenus que c'était un système qui pousse les gens à rester en arrêt, parce que s'ils reviennent et qu'ils retombent malades, ils ne peuvent plus remonter la pente financièrement ». Donc là il y a quelque chose qui ne va pas du tout. Donc on comprend que les arrêts soient longs, parce que quand les gens ont perdu leur salaire, ils se disent que quelque part il faut qu'ils le récupèrent. C'est bête à dire mais quelque part c'est ça. » (entretien n°28, profession médicale, classe 3)

Au terme de cette première partie des expériences que les assurés et les médecins nous font part quant à la négociation de l'arrêt de travail et sa prescription, nous pouvons retenir quelques idées qui nous semblent importantes :

- La prescription de l'arrêt de travail résulte d'un processus de construction au cours duquel divers éléments seront pris en compte pour décider de l'arrêt ;
- À travers la discussion de l'arrêt et du traitement transparait la question du travail pour les assurés. Celui-ci peut apparaitre comme l'une des sources de l'arrêt mais également comme un élément contraignant assuré et médecin à repenser la question de la reprise de l'activité ;
- La division des tâches entre médecins nous apparait assez clairement à travers les propos des assurés et jouant un rôle sur l'arrêt du diagnostic et par conséquent, sur la durée ;

- Cette division s'inscrit dans un territoire et peut avoir un impact sur l'attente des résultats pour les assurés pour pouvoir entamer un traitement ;
- Enfin, la négociation de l'arrêt est fonction de la position sociale des assurés et des ressources dont ils disposent pour pouvoir y faire face.

Figure 3. Les expériences de prescriptions des assurés



3 *Composer avec l'incertitude*

Selon Philippe Masson qui étudie la prescription des médecins généralistes à partir des données de l'Assurance maladie, « dans l'écrasante majorité des cas, la prescription des généralistes concerne des maladies bénignes et banales, dont la symptomatologie est largement connue, parfaitement balisée, et pour lesquelles les remèdes sont clairement établis (rhume, rhinopharyngite, gastro-entérite, reflux gastro-œsophagien, grippe saisonnière, par exemple). Bref, des maladies ordinaires et courantes qui ne se présentent pas comme des cas complexes et pour lesquels l'incertitude est faible. » (Masson 2011, 38-39).

Si en effet les médecins généralistes prennent en charge des maladies banales, très largement partagées, nous avons au contraire observé que leur jugement se confronte à des formes d'incertitudes avec lesquelles ils doivent composer et qui influent sur leurs pratiques professionnelles (Bloy 2008a). Ces éléments ressortent à la fois de l'analyse générale des entretiens semi-directifs avec les médecins et les assurés portant sur la prescription et le vécu des arrêts de travail mais aussi des réponses des médecins généralistes aux cas cliniques portant sur les principales pathologies pour lesquels ils prescrivent ces arrêts, à savoir les troubles musculo-squelettiques et anxio-dépressifs. Il s'agit là le plus souvent de pathologies chroniques pour lesquelles l'incertitude est particulièrement forte.

À partir de cette analyse, nous allons étudier comment les médecins et les assurés composent avec l'incertitude que représente l'arrêt de travail. Que l'incertitude soit considérée comme une part irréductible de la pratique médicale (Fox 1988) ou que les médecins composent avec elle pour obtenir la coopération des patients et des familles (Davis 1960), nous nous intéressons pour notre part à ces situations en ce qu'elles mettent à l'épreuve les individus (Boltanski et Thévenot 1991) et pointent les enjeux « problématiques » des arrêts de travail. Cette analyse sera présentée au cours des différentes étapes de prise en charge des patients au cours de l'arrêt de travail (diagnostic, traitement, recours aux spécialistes, etc.) et de son articulation avec les enjeux professionnels, notamment lorsqu'il s'agit d'envisager la reprise du travail.

3.1 L'arrêt de travail : un acte central mais déconsidéré

Les médecins généralistes ont une position centrale dans le suivi thérapeutique de leurs patients et dans les relations entretenues à ce sujet avec leurs confrères et les professionnels de santé (Bournot, Goupil, et Tuffreau 2008). Médecin de confiance, c'est lui qui a une vision d'ensemble du parcours du patient, qui connaît son histoire et qui l'oriente en fonction des nécessités du suivi.

La prescription des arrêts de travail est pour les médecins généralistes un acte médical qui fait partie intégrante de leur pratique :

« Un arrêt de travail c'est une prescription médicale. On oublie un peu ça. C'est une prescription médicale ; optique une ordonnance, des médicaments, un traitement, un examen, une radio. Il faut qu'il y ait une motivation médicale à l'arrêt de travail. Ça fait partie entre guillemets de l'ordonnance au sens large. Si quelqu'un a un lumbago je prescris des médicaments. Bref, s'il y a besoin d'un examen, de voir un rhumato, d'avoir un arrêt de travail, ça fait partie de la prise en charge médicale. » (entretien n°19, médecin généraliste, classe 2)

Si cette médecin valorise la prescription de l'arrêt de travail comme un acte médical à part entière, c'est qu'il est par ailleurs déconsidéré dans d'autres spécialités jugées plus prestigieuses (Bloy 2008b). Les spécialistes ou médecins hospitaliers délèguent ce qu'ils considèrent comme un « sale boulot » aux médecins généralistes libéraux :

« Il y a beaucoup de patients qui viennent à leur sortie d'hôpital ou qui m'appellent en disant : « on m'a dit de vous appeler, que c'était à vous de faire l'arrêt de travail, parce qu'eux ils n'en font pas ». C'est super énervant. En plus parfois c'est par téléphone. Je ne vais pas les faire revenir juste pour ça. Mais non c'est à nous de faire la paperasse. [...] Il faut le demander au petit personnel. Je le prends comme ça moi. « Demandez donc au petit personnel. » Ce qui me paraîtrait un peu plus intelligent, c'est de leur faire un arrêt, après la durée dépend de la pathologie, de machin, mais de leur faire un arrêt de huit jours et après de voir s'il y a besoin de prolonger ou pas. [...] Ça, ça peut être bien parce que c'est le délai... Normalement on reçoit le compte-rendu d'hospitalisation donc ça permet d'avoir... S'ils ont besoin d'avoir un arrêt, ils ont leur arrêt et nous quand on les revoit, on sait ce qui s'est passé, s'il y a des trucs à vérifier, des prises de sang à refaire. Là ça a du sens quoi. Quelqu'un qui de toute façon a besoin d'un arrêt et qu'ils ne soient pas foutus de le faire, je trouve ça... Je ne comprends pas du coup. Je n'arrive même pas à comprendre si c'est juste la flemme de faire la paperasse, si c'est pour faire baisser les stats de prescriptions d'arrêt de travail à l'hôpital. » (entretien n°19, médecin généraliste, classe 2)

Pour cette médecin généraliste, la prescription de l'arrêt de travail ne relève pas d'un acte purement administratif mais s'inscrit dans une prise en charge et un traitement médical ajustés au cas des patients.

Pourtant, ce n'est pas à l'Université que les médecins apprennent à prescrire les arrêts de travail où cet acte, relevant moins d'un « geste technique » que d'une prise en charge médico-sociale, est là aussi déconsidéré et pas enseigné en tant que tel. C'est plutôt par la pratique et l'expérience, au cours de leurs stages d'internats chez différents praticiens puis surtout au cours de leur propre exercice (« *après c'est à la pratique. On voit ce qui passe, ce qui ne passe pas* ») que ces médecins forgent leurs habitudes.

3.2 Diagnostiquer et prescrire des arrêts de travail aux durées plus ou moins certaines

Lorsqu'ils diagnostiquent et prescrivent des arrêts de travail les médecins généralistes fondent leur jugement sur l'expression d'une souffrance, entre autres signes cliniques, par leurs patients. Mais la douleur étant « une sensation privée irréductible à quelque objectivation que ce soit » (Baszanger 1991), il est souvent difficile pour ces médecins de juger, notamment dans le cas des pathologies chroniques, qu'elles soient liées au travail ou non.

3.2.1 L'incertitude du jugement en médecine générale

Du fait de sa position dans le système de soin français, le médecin généraliste est placé face à plusieurs sources d'incertitude. Tout d'abord, il est l'un des professionnels de santé que les patients consultent en premier lieu pour une multitude de motifs. Comme le souligne Géraldine Bloy, ces profanes expriment leur souffrance d'une manière « brute » au sein d'un discours qui y mêle souvent des considérations non-strictement biomédicales (motif de consultation, manifestations d'humeur, difficultés de leur environnement, idées de prise en charge). Ainsi « comme les plaintes et la demande profanes s'expriment davantage au cabinet de médecine générale que dans d'autres lieux de consultation, l'incertitude sur le statut médical des personnes dont il faut pourtant prendre soin y est grande » (Bloy 2008a, 72).

Cette incertitude est également renforcée par la « dépendance au patient » (Freidson 1984, 75) de ces médecins. Comme le souligne Géraldine Bloy, « la demande et l'opinion du patient sont des sources d'incertitude d'autant plus importantes que ce dernier est libre à chaque consultation de consulter ailleurs » (Bloy 2008a, 75).

« Et puis on a un sentiment d'impuissance clairement. Parce que l'évaluation qu'on peut faire de la pathologie elle est très subjective. Si le patient nous dit qu'il a mal quand on appuie il a mal quand on appuie, on ne remet pas en question ce qu'il nous dit. » (entretien n°4, médecin généraliste, entretien exploratoire)

Par ailleurs il y a souvent une faible adéquation entre les demandes des patients, leurs symptômes et les savoirs bio-médicaux enseignés à la faculté (Baszanger 1981), ce qui rend parfois difficile d'établir un diagnostic. D'autant plus que les médecins généralistes, par définition, sont confrontés à un champ de connaissances médicales extrêmement étendu qu'ils ne peuvent maîtriser dans son ensemble. Pour réduire cette incertitude, ils peuvent néanmoins adresser les patients à des spécialistes. Et souvent dans ces recherches d'interprétation complémentaire, c'est justement le généraliste qui fait le travail de mise en forme de la demande du patient initialement peu définie.

Bien que la pratique de la médecine générale soit essentiellement solitaire, les médecins les plus insérés dans des réseaux professionnels peuvent solliciter leurs confrères et consœurs dans l'établissement du diagnostic. Une médecin exerçant en maison de santé explique ainsi : « *après on échange sur le médical. Si on fait un examen de plus ou si on le montre à un spécialiste* » mais ces médecins échangent relativement peu sur leurs pratiques de prescription d'arrêts de travail.

En revanche, ils peuvent se référer aux « référentiels de durées d'arrêts de travail » proposés par l'Assurance maladie pour évaluer la durée des arrêts de travail à prescrire. Mais la plupart d'entre eux soulignent leur indépendance professionnelle au cours des entretiens et se tiennent à distance de cet outil bien que certains le consultent à titre indicatif, soulignant malgré tout la « force faible » des recommandations (Trépos et Laure 2010, 280).

3.2.2 *Des durées plus ou moins certaines*

En discutant avec les médecins généralistes il est intéressant de noter qu'ils catégorisent de manière proche les « types » d'arrêts de travail qu'ils sont amenés à délivrer. Ils distinguent les pathologies « infectieuses » pour lesquelles ils prescriront quelques jours d'arrêts de travail des troubles musculo-squelettiques ou autres « lombalgies » et de la « souffrance mentale » pour lesquels les durées sont plus imprévisibles et donc potentiellement longues. Certains mentionnent également les cancers provoquant de manière certaine des arrêts longs.

Il existe un relatif consensus chez les médecins généralistes pour prescrire quelques jours d'arrêt de travail en cas de pathologie aiguë et/ou infectieuse. Ces arrêts de travail concernent « *des gens qui n'ont pas de problème de santé et qui viennent parce qu'ils ont simplement quelque chose d'aigu, ce ne sera pas très long* ». Comme le souligne cette citation, l'incertitude est généralement faible pour ce type de pathologie dont les médecins établissent rapidement le diagnostic. Ces prescriptions ne posent pas vraiment questions aux médecins. Par exemple dans l'une des maisons médicales visitées, bien que les patients aient leur médecin attitré, ils peuvent consulter en urgence l'un de ses associés en cas de pathologie aiguë. Par contre le suivi des pathologies chroniques se fait avec le médecin habituel.

Si l'incertitude en matière de prescription d'arrêts de travail est limitée pour ces pathologies aiguës, elle l'est également pour des pathologies plus graves et chroniques comme les cancers par exemple. Une fois l'incertitude du diagnostic levée, la prescription de l'arrêt de travail ne pose pas question. Cette médecin qui prescrit peu d'arrêts de travail qui lui semblent injustifiés, ne discute pas ce type de prescription :

« Pas mal de cancers du sein donc mes pauvres dames c'est six mois à un an d'arrêt. C'est moi qui fais les arrêts souvent. Donc c'est des arrêts légitimes bien sûr et qui sont longs. » (entretien n°3, médecin généraliste, classe 2)

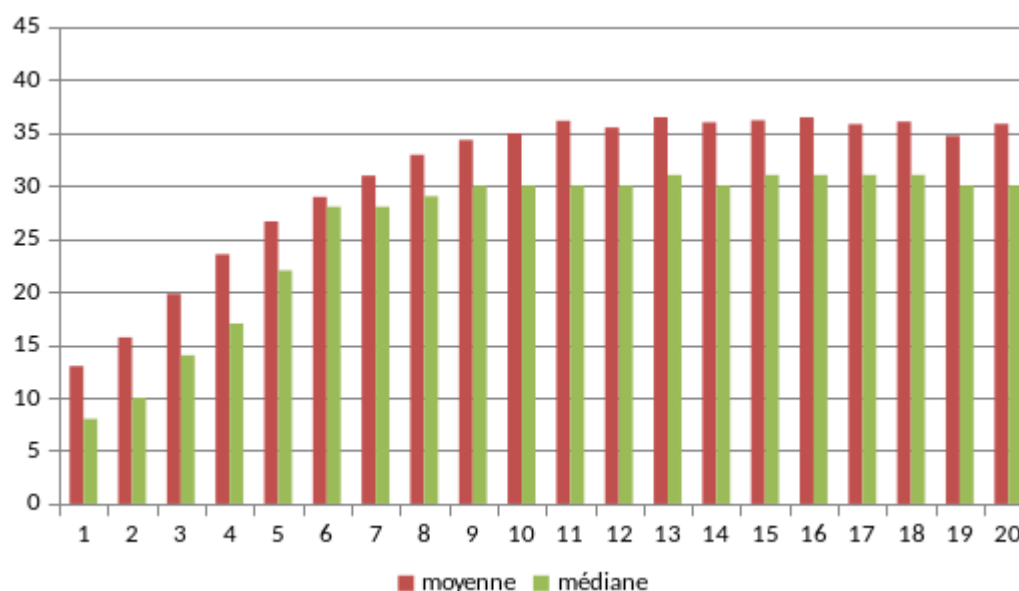
Les médecins savent d'emblée que les arrêts de travail qu'ils prescrivent pour ces pathologies vont se prolonger en fonction de l'évolution de la maladie. Mais l'incertitude liée au diagnostic se réduit car le traitement est pris en charge par des spécialistes. Ces arrêts sont considérés comme « légitimes » au sens où il est communément jugé qu'ils concernent, plus que pour d'autres pathologies, des « *maladies pour lesquelles il y a vraiment une impossibilité de reprendre le travail* ».

Pour d'autres types de pathologies l'incertitude est en revanche plus forte car la durée des arrêts de travail varie selon les individus. Si des patients reprennent le travail suite au premier arrêt, à l'inverse d'autres reviennent régulièrement consulter pour une pathologie qui devient chronique. Les médecins généralistes les mentionnent tous comme étant les principales causes d'arrêts de travail, plus incertaines, qui les préoccupent :

« Et puis il y a ceux qui viennent pour un phénomène aigu et qui n'arrivent pas à reprendre le travail. Ça va être le cas notamment de tout ce qui va être rhumatologique, tout ce qui est lumbago, sciatique, des choses comme ça. C'est imprévisible, ça peut aussi bien être quinze jours d'arrêt comme deux ans. Pareil pour dépression. Il y a des gens qui viennent nous dire : « je ne me sens pas capable de reprendre, ce n'est pas possible au boulot », parce que parfois ils sont en dépression avec des problèmes en lien avec le travail. » (entretien n°20, médecin généraliste, classe 2)

Face à ces situations incertaines, les médecins ont tendance à prescrire des arrêts de courte durée en début de prise en charge afin de pouvoir réévaluer la situation du patient (ajuster le traitement, rediriger vers divers professionnels de santé, etc.) en fonction de l'évolution du diagnostic et du rapport entretenu avec lui. Comme l'explique un médecin « *pour médicaliser, il faut revoir les gens* ». À l'inverse plus un patient est en arrêt longtemps, moins les prescriptions sont rapprochées (cf. Nombre de jours de prescription selon le rang de l'arrêt maladie en 2017 en Bretagne, p. 106).

Graphique 46. Nombre de jours de prescription selon le rang de l'arrêt maladie en 2017 en Bretagne



Parmi les arrêts de travail pour des pathologies pouvant devenir chroniques, le diagnostic est plus ou moins simple à poser et la répétition des rencontres peut permettre de l'affiner. Si la prise en charge des problèmes physiques est relativement balisée et que le médecin généraliste adresse dans ce cas le patient à d'autres professionnels de santé, elle est plus complexe pour les troubles psychiques pour lesquels les prescriptions sont encore plus courtes (d'une semaine à quinze jours) :

« Déjà on écoute. Après on voit ce qui est vraiment objectif. Souvent c'est quand même des choses faciles, enfin je veux dire un arrêt pour une intervention ou un accident de travail avec une blessure. Le plus souvent c'est quand même des choses comme ça. Là c'est même pas nous qui décidons. Après il y a des suivis d'orthopédistes, ça ne pose pas trop de questions. Après c'est pour les... Les difficultés c'est tout ce qui est psy et souffrances, souffrance psychique et souffrance au travail. À évaluer c'est compliqué. Il y a beaucoup de critères à prendre en compte. En général je les arrête un peu et je les revois pas longtemps après derrière. Pour certains ça suffit. Juste le fait d'être venu discuter et d'en parler, ils ressortent et finalement ça va mieux. Pour d'autres ça ne suffit pas, je re-prolonge. » (entretien n°14, médecin généraliste, classe 2)

Le diagnostic est d'autant plus difficile à établir quand il est corrélé à l'expression d'une souffrance que les médecins ne peuvent appréhender par des signes physiques, c'est alors en plusieurs consultations que les médecins affinent leur jugement et le font valoir aux patients :

« Si quelqu'un nous dit qu'il a mal... Par exemple sur une lombalgie... Qu'il a mal alors qu'il est parfaitement mobile, il bouge dans tous les sens, il arrive en courant. Il nous dit que c'est

horrible et que c'est absolument impossible qu'il reprenne le travail... On peut forcer. Parfois on arrive au bout de plusieurs consultations à les remettre au travail pour ça. Mais c'est difficile. » (entretien n°4, médecin généraliste, entretien exploratoire)

Concernant les troubles anxio-dépressifs et pathologies psychiques, le diagnostic est souvent compliqué à établir car « les significations des symptômes sont brouillées par la souffrance psychosociale » (Haxaire, Genest, et Bail 2010, 135). « *A part peut-être les états dépressifs* », il est rare pour le psychiatre rencontré que les médecins généralistes aient établi un diagnostic pour les patients qu'ils lui adressent :

« Sur ce, il a continué de m'embêter, [problèmes de santé] ou pas. Mon patron aussi. Par exemple, il m'a fallu cinq mois pour pouvoir me garer plus près de la porte d'entrée de mon lieu de travail. Il ne faut peut-être pas exagérer quoi. Bon plein de petites choses qui font qu'on en a ras-le-bol. Et puis le gros déclenchement en plus des douleurs, je ne dors pas et tout ça qui me fatigue énormément. C'est cette fatigue. Les douleurs et la fatigue c'est épuisant. Mais on arrive à tenir le coup si on est soutenu, sauf que là je ne l'ai plus du tout été. Mon patron m'avait promis une augmentation en janvier. En avril, toujours pas d'augmentation. Je vais le voir. Et là retournement de situation, il est parti dans les tours et je me suis fait insulter de toute sorte. Là j'ai réussi à garder mon calme mais... En fait je n'ai rien dit du tout, parce que sinon ça allait... Je suis partie et le surlendemain je n'ai pas pu me lever. Terminé, plus rien, je ne pouvais plus me lever du tout. Donc j'ai appelé la médecine du travail, qui m'a dit que ça suffisait ces harcèlements, parce qu'il n'en était pas à son premier coup d'essai. [...] Après avoir vu la médecine du travail, je suis allée voir mon médecin traitant qui m'a arrêtée. On ne savait pas trop ce qui allait se passer. De fait [les problèmes de santé]. Les douleurs ont empiré. La fatigue a empiré. Je ne pouvais plus rien faire. Voilà pourquoi je suis en arrêt. C'est un global. C'est vraiment l'histoire de ma vie qui fait que ça... que je ne peux plus. » (entretien n°28, profession médicale, classe 3)

Les médecins se fondent sur l'expression de la souffrance de leurs patients pour établir leur jugement comme l'explique cette assurée insultée par ses supérieurs hiérarchiques depuis trois ans. Son médecin la suit régulièrement et renouvelle l'arrêt de travail tous les quinze jours, tout comme son traitement anti-dépresseur :

« Je lui explique en fait que je suis complètement épuisée, que je ne me sens même pas capable d'aller au travail, de faire une demi-heure de route. Et lui il identifie tout de suite le problème et il m'arrête quinze jours en disant : « un petit peu de repos et... »

Q : [Le médecin] vous pose des questions ?

R : Il ne pose pas forcément de questions parce que je parle beaucoup et puis je pleure en fait. » (entretien n°33, informaticienne, classe 2)

La décision d'arrêter le patient peut-être rapide, il s'agit alors de voir si le repos dû à l'arrêt de travail permet au patient de se rétablir, notamment quand la source de la souffrance est le travail lui-même :

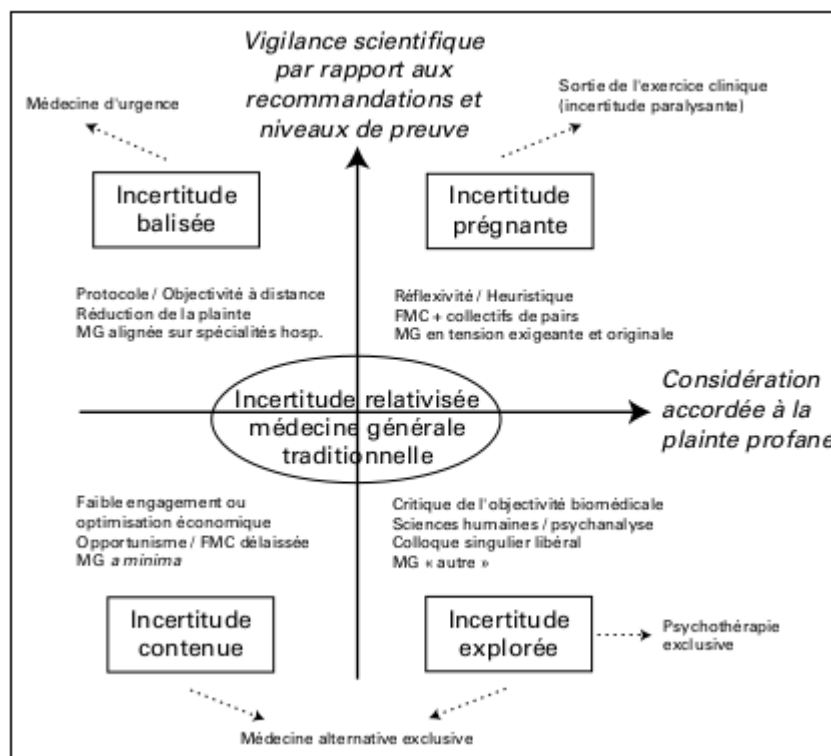
« Les épuisements, enfin les conflits au travail. Ils en peuvent plus, ils le disent clairement : « Je ne peux plus retourner au travail demain, sinon... » Là c'est un peu difficile de leur dire : « Ah bah si, vous allez retourner au travail demain. » Voilà, on fait un arrêt temporaire de quelques jours pour que les choses se décantent aussi. » (entretien n°16, médecin généraliste, classe 1)

La difficulté de l'incertitude du diagnostic est renforcée quand les médecins craignent que le patient se suicide. Ils prennent alors toutes les précautions en revoyant le patient régulièrement, « *si les patients vont vraiment mal, à revoir la semaine suivante* ».

Selon Géraldine Bloy dans les situations d'incertitudes, les médecins généralistes sont confrontés à une épreuve cognitive de discordance entre deux principes d'action : celui de la considération de l'expérience du trouble exprimée par le patient et celui de son objectivation

biomédicale (Bloy 2008a, 82). Elle propose une typologie des positionnements des médecins pour réduire cette incertitude⁴⁶ :

Tableau 15. Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale



Source : (Bloy 2008a, 79)

Face à l'expression d'une souffrance psychique, comme pour d'autres pathologies mais peut-être d'une manière plus marquée car l'incertitude y est plus forte, les médecins généralistes ont des positionnements et des réponses différenciés. Nous prenons ici l'exemple de deux médecins appartenant à la classe 2.

Le positionnement de l'une d'entre elles correspond à une **incertitude balisée**. Cette médecin (entretien n°3), membre d'un groupe qualité, dit ne travailler "*que par reco*" [recommandations de bonnes pratiques fondées sur des mises à jour régulières des données de la recherche scientifique (Trépos et Laure 2010)] une pratique qui lui est venue des internes qu'elle encadre. Elle commente : « *c'est fabuleux* ». Au début de l'entretien, elle évoque rapidement les risques psycho-sociaux qui l'agacent et « *les états d'âme et tout ça, la fatigue des femmes enceintes, ça c'est insupportable* ». Si elle prescrit de courts arrêts de travail dans ce type de situation (« *C'est vrai qu'on refuse pas. On réévalue* »), elle a une attitude très critique face à ce type de demandes. Estimant s'être fait une réputation, elle ne « *propose pas trop d'arrêts de travail, je trouve qu'on a aussi mal à la maison qu'au travail* » et fait attention à ce que sa prescription reste dans la norme.

46 **L'incertitude balisée** « correspond à une « stratégie » de réduction de la plainte profane sur des choses connues et donc a priori maîtrisables, confortées par l'appui sur les standards scientifiques dominants. ». **L'incertitude prégnante** : « Le régime d'incertitude est ici maximal, d'une part, parce que ces praticiens entendent pousser assez loin la prise en charge de leurs patients, même atteints de pathologies lourdes, avec de réelles ambitions en matière de compétence technique et, d'autre part, parce qu'ils s'efforcent d'accueillir et considérer sans réduction a priori l'expression de la plainte du patient, toutes dimensions confondues (organique, social, psychique...), les deux choses faisant également partie du rôle tel qu'ils le conçoivent. ». **L'incertitude explorée** « correspond à une prise de distance vis-à-vis des standards de la biomédecine qui a pour principe [entre autres] le caractère peu opératoire de ces standards face aux plaintes entendues qu'elles ne permettent pas de décrypter, ni de soulager. ». **L'incertitude contenue** « correspond à un standard d'effort plus faible et/ou à une pratique dans laquelle domine un opportunisme économique qui ne s'encombre pas de scrupules ».

La médecin dans une position **d'incertitude prégnante** estime avoir « énormément de souffrances au travail ». Elle est très impliquée dans un exercice collectif et de « bonne volonté » professionnelle tout en étant très à l'écoute de ses patients dont elle contextualise la plainte : « c'est des gens que je connais bien. Je connais leur contexte. Alors des fois on sait qu'ils ne sont pas bien ou qu'ils ont mal au dos. Bon oui ils ont mal au dos mais on sait qu'il y a eu un divorce, un décès ». Bien qu'ayant déjà été rappelée à l'ordre l'Assurance maladie pour une prescription d'arrêts de travail jugée trop importante, elle donne la priorité à l'expression de la souffrance de ses patients :

« J'ai réglé mon problème en disant que j'allais d'abord écouter la plainte de mon patient. Après je pense que si on me dit : « j'ai mal, ça ne va pas », je ne me vois pas aller dire : « ben oui mais là il est temps de reprendre ». S'ils ont mal, s'ils ne sont pas bien... Je dis qu'après je ne veux pas être un gendarme. Je ne fais pas mon métier pour ça. » (entretien n°14, médecin généraliste, classe 2)

Bien qu'étant critique des référentiels de durée d'arrêts de travail, « c'est bien gentil de nous donner des échelles qu'on n'est pas dans le même monde » qui occultent les singularités des contextes de vie des patients (Bloy et Rigal 2012, 440) cette médecin ne rejette pas pour autant les standards de la biomédecine. Ainsi face à l'expression de la souffrance, notamment quand les patients expriment des idées suicidaires, elle réalise des consultations longues d'évaluation pour syndrome dépressif et emploie l'échelle Hamilton.

3.2.3 Une prise en compte fluctuante des conditions de travail

Beaucoup de médecins généralistes rencontrés constatent les conséquences sanitaires néfastes de mauvaises conditions de travail. Les médecins généralistes les plus âgés soulignent dans les entretiens que les conditions de travail se sont aggravées depuis quelques décennies du fait de l'intensification du travail⁴⁷. L'un d'entre eux évoque la réduction du temps de travail qui y a contribué et un autre mentionne la « mode des burn-out », ses patients exprimant davantage une souffrance mentale liée au travail. Les médecins du centre du Finistère, où sont localisées les principales entreprises agro-alimentaires, évoquent « l'horreur de certaines chaînes d'abattoir ». Mais les mauvaises conditions de travail concernent tous les secteurs d'activité.

Les patients eux-mêmes ont souvent conscience des risques professionnels qu'ils encourent, comme l'explique ce chauffeur de bus (par ailleurs délégué du personnel siégeant au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de son entreprise) :

« Q : Parce que vos collègues, ils ont un peu les mêmes problèmes de santé ?

R : Hernie discale, tout ça ouais. Donc c'est connu. Et le dos. C'est comme les routiers. Nous les bus c'est ça, les tendinites et les canaux carpiens. C'est ce qui nous tue.

Q : Avec le volant ?

R : Ouais. C'est nos maladies pro à nous. » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

Les médecins généralistes prennent en compte le travail exercé par leurs patients pour juger de la durée de l'arrêt de travail :

« Quelqu'un qui s'est bloqué d'un coup, qui n'a jamais mal d'habitude, on se dit qu'un à trois jours ça suffit, le temps qu'il voie le kiné, que le médicament agisse. C'est souvent un à trois jours. Après, celui qui a un travail un peu plus difficile, admettons qui est aide-soignante ou qui travaille dans les travaux publics, souvent celui-là a mal au dos de base et là il s'est fait plus mal ou si la douleur part dans les jambes. Si c'est plus compliqué que juste un lumbago, celui-là ça va être plus facilement sept à dix jours parce qu'on sait que ça ne passera pas en deux jours et il faut qu'il soit bien guéri pour reprendre. Ceux-là, je fais plutôt sept à dix jours initialement pour évaluer, puis voir si ça va durer ou pas. » (entretien n°25, médecin généraliste, classe 2)

47 C'est également ce que notent (Gollac et Volkoff 2007)

Ils ne sont cependant pas formés sur ces questions et les pratiques en la matière sont peu formalisées (hormis dans les « référentiels de durée » de l'Assurance maladie auxquels ils se réfèrent peu). Certains conviennent qu'il est parfois « *difficile de juger* » de la pertinence d'une durée d'arrêt de travail alors qu'ils ne se font d'une représentation vague des conditions de travail des patients et que celles-ci ne sont pas forcément leurs priorités :

« C'est super compliqué. C'est difficile... Je trouve ça très difficile. C'est difficile aussi de juger de la... Enfin on a des patients avec des métiers tellement divers et variés que de se mettre à leur place, dans leur cadre de travail, ce n'est pas non plus évident. Après je ne connais pas forcément... enfin précisément... Je ne vais pas passer non plus cinq minutes à ce qu'ils me décrivent leur activité professionnelle précisément. » (entretien n°19, médecin généraliste, classe 2)

Les généralistes se fondent alors sur leurs représentations et l'expérience pour évaluer ces durées. Un médecin convient qu'il juge « *Au pif. On a des habitudes, on sait juger les gens* ». Les conditions de travail étant incluses dans la prise en compte d'un contexte social plus large :

« Et puis ça dépend aussi du contexte. Très souvent ça dépend du contexte social et familial. C'est sûr qu'une femme seule qui bosse à l'usine avec trois gamins et qui a des tendinites des épaules elle va se prolonger plus facilement que si elle peut avoir du relai à la maison. C'est global, c'est pas que le travail. » (entretien n°17, médecin généraliste, classe 2)

Le diagnostic pour des pathologies psychiques d'origine professionnelle est particulièrement difficile à établir⁴⁸, que les mauvaises conditions de travail soient la cause directe de la souffrance ou le déclencheur d'une pathologie, comme l'explique ce psychiatre (qui suit surtout des patients pour des pathologies « lourdes » telles que des troubles bipolaires, schizophrénie, troubles anxieux graves) :

« C'est difficile de dire si c'est fréquent ou pas. On en voit beaucoup. Parfois en lien avec le travail ou les conditions de travail et d'autres fois en fait c'est plutôt une pathologie psychiatrique qui s'exprime à travers des difficultés au travail. On parle beaucoup des burn-out, etc. Q : Vous voyez une évolution dans ce sens-là ? Est-ce qu'il y en aurait plus ou pas forcément ?

R : Alors je pense que ça dépend beaucoup des... Je pense qu'il y en a plus dans certains domaines, clairement. Je pense au milieu hospitalier. » (entretien n°18, psychiatre, classe 1)

3.3 Traiter les pathologies chroniques

L'arrêt de travail fait souvent partie intégrante du traitement de la maladie :

« je traite de la pathologie fonctionnelle et pour récupérer d'un problème traumatique ou inflammatoire le repos fait partie... dans le cadre de ma pathologie l'arrêt fait partie du traitement. Après arrivé un certain degré c'est là qu'on rentre entre traitement et confort. » (entretien n°15, chirurgien orthopédique, classe 3)

Pour les pathologies aiguës, au-delà du repos nécessaire au rétablissement, il s'agit également d'isoler le malade de son environnement de travail pour éviter toute contamination. Une médecin qui ne propose jamais d'elle-même un arrêt de travail si le patient n'en fait pas la demande, convient qu'elle en délivre quelques jours pour ce type de pathologie. Les médecins prévoient également que ces arrêts ne vont pas durer longtemps et il leur arrive de « *lâcher un peu* » et d'être moins regardant à la prescription pour ce type d'arrêts de travail.

48 Les risques psychosociaux sont eux-mêmes considérés comme des risques professionnels particulièrement incertains. Le projet de recherche SURveillance des RISques Professionnels Incertains (SURIPPI) les étudie par exemple.

Si l'arrêt de travail tient le salarié à l'écart d'une activité de travail éventuellement délétère pour la santé (un médecin estime qu'« *il faut mettre les gens à l'abri* » quand les conditions de travail sont particulièrement dégradées), il s'accompagne de traitements ou d'un suivi sur plusieurs consultations tout aussi essentiels au rétablissement, qui seront réévalués en fonction de l'évolution de l'état du patient :

« L'arrêt n'est pas la solution non plus. C'est l'accompagnement après qui est important. L'arrêt c'est une chose, mais s'il n'y a pas d'accompagnement derrière, ça ne sert à rien. » (entretien n°21, médecin généraliste, classe 3)

Dans les situations d'usures, par exemple pour des troubles musculo-squelettiques, le médecin n'a pas toujours de traitement efficace à proposer au patient si ce n'est d'atténuer la douleur ressentie. À la présentation du premier cas (syndrome du canal carpien droit), les médecins proposent généralement la prescription du port d'attelles la nuit, d'antalgiques et éventuellement d'infiltrations pour soulager la douleur. Pour le deuxième (rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche) ils évoquent également les antalgiques, la rééducation avec un kinésithérapeute et pour certains une opération chirurgicale car le patient est jeune. L'incertitude est alors corrélée à la manière dont les patients vont supporter la douleur :

« Pathologies musculo-squelettiques, c'est tout ou rien. Soit ça passe rapidement soit... Parfois les gens ne sont pas demandeurs d'arrêt, même supportent, et on arrive à passer le cap. Sachant que d'un point de vue médical de toute façon on n'a pas grand-chose à proposer. On peut faire de la kinésithérapie éventuellement pour les tendinites la plupart du temps. Et puis voilà. En médicamenteux il y a pas grand-chose qui fonctionne. » (entretien n°4, médecin généraliste, entretien exploratoire)

Pour ces pathologies chroniques, souvent liées à des situations d'usure professionnelle conséquence d'années d'exposition, commence alors pour les patients un parcours de suivi par divers spécialistes, ponctués d'arrêts de travail et où il y a finalement peu à faire malgré la douleur :

« Au bout de deux semaines... Donc [les médecins de l'hôpital] ont vu que mon hernie discale antécédente avait bougé et que je me plaignais de la fesse droite depuis. Là j'ai toujours mal. En sachant qu'avant j'avais mal à la fesse gauche. Qui était déjà antérieur à l'accident. Du coup j'ai été faire des... J'ai eu des réunions, j'ai fait infiltrations, que j'avais déjà eues avant. Deux ans avant mon arrêt, j'avais eu des infiltrations qui m'avaient soulagé. Ils m'ont fait deux infiltrations au bout d'un mois et demi d'écart. Sans résultat concluant. [...] Et le mec m'a dit : « Là je peux plus. Je peux plus rien faire pour vous. J'ai fait ce qu'il fallait. » Après j'ai été voir un chirurgien. Après IRM. Il a vu la radio. Il a dit : « Je suis désolé pour vous, je peux rien faire non plus. Je peux pas vous opérer. C'est mal placé. » Et puis comme j'ai trois hernies s'ils m'opéraient... Déjà elle est mal située et j'ai trois hernies, alors s'ils m'opéraient il me disait qu'au bout de six mois... « C'est même pas la peine parce que vous allez revenir sur le bas... Déjà c'est dangereux et en plus entre parenthèses si ça marche ça va percuter sur le haut. » (entretien n°36, ouvrier dans l'agroalimentaire, classe 2)

Alors de l'expression de souffrances psychiques est importante dans les cabinets des médecins généralistes, ceux-ci sont plutôt démunis pour y faire face, souvent par manque de formation :

« En tant que médecin généraliste j'ai beaucoup appris à la faculté on va dire sur tout ce qui est uniquement du corps. Par contre j'ai très peu appris sur ce qui est de l'esprit et ce qu'on constate au quotidien c'est que malheureusement soigner le corps ne suffit pas souvent et qu'il faut aussi soigner l'esprit. » (entretien n°10, médecin généraliste, classe 3)

Pourtant au vu de la pénurie de spécialistes (psychologues et psychiatres) à laquelle s'ajoute le tabou pour certains patients de les consulter, ce sont eux qui prennent avant tout en charge cette souffrance. Un médecin concède : « *Souvent moi je fais office de psychologue aussi mais c'est pas notre job* ». Si la plupart des médecins généralistes « écoutent » leurs patients, « *on fait du soutien* », d'autres, et notamment les plus jeunes, « bricolent » des outils pour palier aux lacunes de leur formation et répondre à cette demande. Les médecins rencontrés emploient par exemple l'homéopathie, l'hypnose ou les thérapies brèves :

« L'hypnose c'est un grand mot pour dire des techniques de relaxation, éventuellement plus poussées. Thérapies brèves c'est des thérapies d'inspiration comportementale plutôt. [...] L'objectif des thérapies brèves c'est, justement en opposition aux thérapies analytiques, d'avoir non pas des thérapies qui durent pendant des années mais juste quelques séances, quatre-cinq séances, pour essayer d'un point de vue comportemental que ça aille mieux. Pragmatique en fait. » (entretien n°4, médecin généraliste, entretien exploratoire)

Le fait de revoir régulièrement les patients permet de réévaluer leur situation et d'ajuster la prise en charge au cas par cas : « *pour certains ça suffit [l'arrêt de travail] et pour d'autres ça ne suffit pas* ». En fonction de cette évaluation, et selon la gravité de la situation, les médecins peuvent prescrire des anxiolytiques ou anti-dépresseurs. Cette prescription se fait notamment s'ils estiment leur patient en danger de mort, ainsi un médecin répond à la présentation du quatrième cas (troubles anxio-dépressifs majeurs, secondaires à un stress chronique) : « *je mettrais vraiment le paquet, parce que le passage à l'acte est possible* ». Mais ils préfèrent souvent ne pas prescrire de traitement et revoir rapidement le patient :

« J'essaie de ne pas accompagner avec un traitement parce que le traitement va pas changer la chose. Si je les vois très stressés ou qu'il y a plus de sommeil parce que ça tourne en boucle dans leur cerveau, on met soit un somnifère soit un anxiolytique. Mais déjà je leur dis que le break doit faire un peu de bien et puis se poser les questions de l'avenir. Mais j'arrête minimum quinze jours tout de suite. » (entretien n°8, médecin généraliste, classe 3)

Les médecins sont également confrontés à l'incertitude de ce qui peut se passer en aval de la consultation. Si les patients sont libres de changer de médecin, ils n'observent pas non plus toujours leur traitement comme l'explique cette assurée à qui des anti-dépresseurs ont été prescrits au cours de trois arrêts de travail, suite à une tentative de suicide, mais dont elle ne perçoit pas d'effets positifs sur son état :

« Je suis encore là sous anti-dépresseur, mais surtout sous anti-stress.[...] [Le médecin] m'a dit : « *là on va les arrêter* ». On attend que je quitte l'entreprise, que je commence un nouveau boulot et puis on les arrêtera. Mais à chaque fois je les ai arrêtés contre avis médical, les anti-dépresseurs, parce que je leur dis que ça ne me fait rien, que je ne vais pas continuer à me shooter inutilement. Ils me disent : « *non, il ne faut pas, il faut continuer* » et puis jamais ils ne me donnent une procédure pour arrêter progressivement donc je finis par les arrêter moi-même complètement. Les deux fois je l'ai fait, les deux fois j'ai des étourdissements pendant une semaine et après c'est bon et mon état ne se détériore pas. Donc je pense que... Après on ne sait pas. Peut-être que dans la période où je les ai pris, mon état se serait détérioré si je ne les avais pas pris. J'en sais rien. » (entretien n°33, informaticienne, classe 2)

3.4 Réduire l'incertitude par le recours aux spécialistes

La prise en charge d'un patient en arrêt de travail n'est souvent pas une activité solitaire du médecin généraliste mais plutôt une pratique collective entre divers professionnels de santé. S'ils exercent en maison de santé, les médecins peuvent plus facilement solliciter leurs confrères (pour une infiltration qu'ils ne pratiquent pas eux-mêmes par exemple) ou d'autres professionnels pour diagnostiquer ou traiter les pathologies :

« Il y a les staffs tous les mardis. On fait des protocoles de soins sur des sujets... Justement, on a fait un protocole de soins sur la lombalgie l'année dernière [...] Pour voir comment améliorer nos prises en charge. Du coup avec une des kinés qui a été moteur pour ça, on fait des consultations conjointes. C'est-à-dire qu'on organise des consultations pour les patients compliqués avec par exemple un médecin, un infirmier, un kiné. Ça marche pas mal pour les plaies chroniques chez les personnes âgées, pour les rééducations complexes pour les kinés. » (entretien n°4, médecin généraliste, entretien exploratoire)

Mais le plus souvent, pour faire face à l'incertitude du diagnostic en étayant leur jugement au moyen d'examen complémentaires ou en le déléguant, les médecins généralistes adressent les patients à des médecins spécialistes. Par exemple, une médecin a recours au médecin du travail pour mieux évaluer et contextualiser la plainte de ses patients⁴⁹. Répondant au cas 3 (épisode dépressif avec des idées suicidaires non scénarisées), elle avance :

« On a besoin du médecin du travail pour ça. Qui peut venir aussi mener une enquête dans les locaux, voir est-ce qu'elle est en plein délire. Peut-être qu'elle raconte une histoire qui n'existe pas. Voilà, donc on aura l'autre version des choses. Est-ce que les collègues vont aussi mal qu'elle et est-ce qu'il est très particulier... Savoir aussi le ressenti des autres personnes. Souvent les gens ne se plaignent pas entre eux parce qu'il y a une certaine discrétion et une peur de la sanction, tout ça, mais il a peut-être embêté tous les autres et auquel cas elles seraient plusieurs à vivre la même chose et ça a une certaine force aussi. Donc je pense que le médecin du travail il recueille toutes les plaintes. C'est quand même intéressant. » (entretien n°3, médecin généraliste, classe 2)

S'instaure alors un travail conjoint de prise en charge, le plus souvent à distance, les échanges se faisant par courrier ou éventuellement par téléphone. Les spécialistes « prennent la main » et c'est alors leur jugement et leur intervention qui prime, comme l'explique cette assurée que son médecin généraliste a adressée à un rhumatologue pour une capsulite à l'épaule :

« [Le rhumatologue] prend le temps d'expliquer. La première fois j'ai été trois quarts d'heure avec lui. Et puis il dit pas brutalement... Il dit : « Il y a une bonne et une mauvaise nouvelle. » J'ai trouvé qu'il avait vraiment du tact et qu'il était très bien. [...] Et là je l'ai revu du coup pour l'infiltration pour la douleur.

Q : Ok. Donc finalement c'est plus lui avec qui...

R : C'est lui qui décide. [...]

Q : Et qui prescrit les arrêts ?

R : Mon médecin. » (entretien n°26, aide à domicile, classe 3)

Face aux difficultés de diagnostic certains patients sollicitent d'eux-mêmes d'autres médecins. C'est ce qu'explique ce chauffeur de bus ayant une hernie discale qui, sur les conseils de ses collègues, consulte un chiropracteur pour trouver des réponses à l'incertitude de son cas. D'autant plus que le traitement approprié est difficile à trouver quand le diagnostic est incertain :

« Voilà, on sait pas. Si, j'ai de l'aide avec mon chiro. Il me dit : « Faut pas mettre des baskets plates, faut mettre des baskets un peu rehaussées, il faut se mettre comme ça dans le bus. » Ouais ok mais y a rien de concret. Y a pas un truc... Après je sais que c'est comme ça, faut attendre, faut être patient. Mais au moins je sais qu'il y a quelqu'un qui se prend la tête sur mon cas parce que c'est vrai que, sans nommer, il y a quelques médecins ou autres qui en fait se prennent pas trop la tête. C'est ça, c'est ce schéma-là... Ouais sciatique, bon bah tant de jours d'arrêt, machin. Mais on fait quoi ? C'est ça le truc. Kiné mais kiné des fois c'est même pas approprié. J'ai fait une radio là... La première radio que j'ai faite à côté... J'ai fait une radio et tout le constat du radiologue est erroné. Tout est faux. En fait le chiro il a posé la feuille, il a dit : « Voilà, il vous a décelé ça, c'est pas ça, c'est ça. » Et c'était choquant en fait. Parce qu'en fait c'est un médecin, il est radiologue, et il donne un résultat qui est faux. Et après le kiné me manipule en fonction de ça, en sachant que c'est faux. Et comme disait le

49 Ce spécialiste peut également prendre en charge le patient et « gérer » les situations au sein des entreprises en dialoguant avec l'employeur ou faisant aménager le poste de travail.

chiro ils auraient pu me mettre en fauteuil roulant sans le savoir en fait. Donc... » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

Les médecins spécialistes assurent le suivi du patient pour l'affection spécifique pour laquelle ils ont été sollicités. Comme l'explique ce chirurgien orthopédique qui considère son intervention moins « médicale » en ce qu'elle relève d'une prise en charge « opératoire » :

« Donc le parcours type on va dire sur l'arthrose par exemple ça va être une consultation sur demande de son médecin-traitant. Je vais évaluer s'il y a une indication opératoire ou pas. S'il y a un traitement qui est plus médical j'ai tendance à donner un peu des conseils au médecin qui va gérer le suivi médical. Si j'ai une indication opératoire à ce moment-là le parcours c'est qu'on programme l'opération. Soit à la première consultation quand tout est clair, soit après des examens complémentaires. Dans ce cas-là je l'opère et je le revois régulièrement après l'opération en visite de contrôle. » (entretien n°15, chirurgien orthopédique, classe 3)

Comme l'explique cette rhumatologue, les spécialistes prennent en charge l'incertitude qui relève de leur domaine d'intervention. Le médecin spécialiste « prend la main » et suit le patient, s'occupe du traitement et de l'adresser à d'éventuels autres professionnels de santé :

« On les ré adresse après. Une fois qu'on a fait des infiltrations, qu'on leur a dit la kiné, machin et tout, qu'on a vu... Alors des fois quand même quand ça se passe pas bien et qu'il faut demander un avis chirurgical c'est nous qui les reprenons en charge à ce moment-là. » (entretien n°23, rhumatologue, classe 1)

Lorsque la prise en charge est déléguée à des spécialistes, les généralistes voient moins les patients : « *quand il y a un bloc, une chirurgie, je ne vais pas aller les faire revenir* », notamment lorsque l'affection est grave comme l'explique cette assurée :

« Q : Et ça se passe comment avec lui ? Avec votre médecin traitant ?

R : Bah c'est vrai que les soucis que j'ai, je suis souvent suivie à Brest. Mon médecin traitant c'est plus pour des petits... Quand je vais le voir... À part là parce que j'avais pas le choix mais sinon je le consulte pas très souvent. » (entretien n°35, profession para-médicale, classe 1)

Pourtant les médecins généralistes ont un rôle de suivi, de soutien moral (par exemple dans les cas de cancer) et éventuellement de « traduction » des explications et conseils qu'ont délivrés les spécialistes (à partir des compte-rendus) :

« En général le rhumato, chirurgien auront utilisé un vocabulaire plus compliqué que le nôtre, et donc on va traduire, on va expliquer, on va voir aussi ce qu'il souhaite faire. C'est pas parce que le chirurgien dit : « Il faut vous opérer » que le patient va dire : « Oui, je suis d'accord ». Aujourd'hui non. Voilà, donc on discute, on voit ensemble. » (entretien n°3, médecin généraliste, classe 2)

Les généralistes assurent également un suivi plus « administratif », prescrivant les arrêts de travail notamment :

« Le médecin fait les arrêts pour l'instant. Et puis il lit les bilans des spécialistes. Ce n'est plus de son ressort, enfin c'est de son ressort en dernier lieu. Lui il a les comptes-rendus et puis voilà. Tout ce qui est administratif, suivi. » (entretien n°30, ouvrier espaces verts, classe 3)

Certains patients qui consultent des psychiatres préfèrent par ailleurs que les arrêts de travail soient prescrits par le généraliste afin que le nom du spécialiste n'apparaisse pas sur le document remis à l'employeur (et ce bien que la spécialité ne soit pas précisée).

L'incertitude sur la durée de l'arrêt de travail est également corrélée à la pénurie de spécialistes et aux délais d'attente plus ou moins longs pour obtenir des rendez-vous, que ce soit pour des examens complémentaires, des suivis psychologiques ou des opérations. Ce sont notamment des médecins de la classe 3 qui contactent eux-mêmes les spécialistes pour obtenir des rendez-vous plus rapidement ou qui conseillent aux patients de bien anticiper ceux-ci. Les rhumatologues et les psychiatres étant particulièrement difficiles à joindre :

« Quand je me suis installé je vois il y avait au maximum quinze jours de délai. Maintenant il y a deux-trois mois. Donc ils vont pas rester deux-trois mois à attendre avec leur sciatique. Enfin on prend des gens... Quand le généraliste nous appelle on rajoute. Mais autrement souvent c'est deux-trois mois. Donc évidemment qu'ils ont déjà vu leur généraliste et qu'ils sont déjà en arrêt, c'est évident. » (entretien n°23, rhumatologue, classe 1)

Les kinésithérapeutes sont également surchargés de travail ce qui contribue à ralentir la prise en charge et le rétablissement des patients comme l'explique une rhumatologue mi-octobre 2018 :

« Ils ont des délais comme c'est pas possible. Moi j'en ai vu une ce matin, là depuis août elle a eu une séance avec son kiné habituel. Parce qu'il y a eu les vacances, après il était trop chargé, et puis il peut pas... Enfin bon, comment voulez-vous que ça avance avec une séance depuis août ? » (entretien n°23, rhumatologue, classe 1)

3.5 Des arrêts longs et très incertains : l'usure professionnelle

Les arrêts de travail les plus « incertains » (cf. Des durées plus ou moins certaines p. 105) sont souvent corrélés à une usure professionnelle. Si les assurés concernés acceptent plus ou moins cette situation avec fatalité (« *la santé pour moi c'est complètement accepté. Je sais qu'arrivé à un certain âge il y a des dégradations qui se produisent. C'est plus ou moins compliqué ou pas* »), le contraste est saisissant pour ce cadre du secteur bancaire qui en prend conscience en les côtoyant en centre de rééducation :

« C'est un constat que j'ai fait au centre de rééducation. C'était hyper flagrant de voir en fait en fonction de la pathologie des patients, de faire le lien en fait avec le travail pénible qu'ils avaient effectué toute leur vie, et puis là c'était l'heure de l'addition quoi. Y avait pas photo. C'est là qu'on se dit : « Wow. » Il serait bon parfois de faire visiter malheureusement ce genre d'établissement à des jeunes pour montrer que tout ce qui est fait péniblement ou dans la pénibilité avérée ou dans des conditions très compliquées ils paieront l'addition tôt ou tard. Et ça je pense qu'on n'en a pas conscience [...] Wow, l'addition elle est lourde. » (entretien n°31, cadre du secteur bancaire, classe 1)

Les parcours d'assurés subissant une usure professionnelle sont souvent ponctués d'arrêts de travail courts qui se répètent avant que les pathologies ne s'aggravent et les arrêts s'allongent. Cette aide à domicile ne s'attendait pas à être en arrêt aussi longtemps (plus de 6 mois) alors que jusqu'à présents elle avait vécu des arrêts de travail plutôt courts. Bien que l'arrêt de travail lui pèse et qu'elle souhaiterait reprendre, elle est alors confrontée à l'incertitude de la reprise :

« Q : Vous disiez que vous ne vous étiez jamais mise en arrêt dans l'entreprise... Est-ce que ça vous était déjà arrivé avant ou pas ?

R : J'avais eu une semaine... En général, même [dans l'entreprise] j'avais une semaine d'arrêt de temps en temps mais c'était plus pour des lombagos mais jamais pour l'épaule.

Q : Oui puisque vous aviez mal au dos ?

R : Voilà. En général quand j'étais arrêtée c'était pour ça. J'avais une semaine, dix jours d'arrêt, mais c'est tout quoi. Mais c'était plus des lombagos que je faisais. Bah c'est pareil, à force de porter les personnes. [...] J'ai un monsieur dont je m'occupe, ça fait neuf ans que je vais chez eux, bah c'est comme un légume, un poids mort. [...] Il peut pas nous aider du

tout. Donc il fait maintenant autour de cent kilos. Il a pris beaucoup de poids en neuf ans. [...] Mais même avec le lève-malade, on le pousse quand même vers le haut et on fait des efforts quand même. Même pour le maintenir, pour la toilette. » (entretien n°26, aide à domicile, classe 3)

Les médecins généralistes eux-mêmes sont confrontés à l'incertitude quand il s'agit d'évaluer la capacité du patient à reprendre son travail. Ils se trouvent souvent démunis face à ce type de situations :

« Par exemple le coup du mal de dos, pour peu que ce soit quelqu'un qui ait bien abîmé son dos pendant des années, s'arrêter c'est l'occasion que tout se relâche aussi. Donc oui parfois on va se retrouver avec trois mois d'arrêt pour ce genre de situation. Et c'est un peu compliqué parce que cette situation-là c'est une situation de douleur et c'est subjectif donc c'est là que ça devient compliqué. [...] À savoir si le fait d'être arrêté c'est bon pour eux ou si au contraire il faut reprendre. En même temps, celui qui travaille dans le BTP, c'est compliqué d'aller lui faire porter les choses quand il a encore mal. » (entretien n°25, médecin généraliste, classe 2)

Les médecins ont d'autant plus de mal à évaluer ces situations qu'ils en sont eux-mêmes éloignés comme l'explique cette rhumatologue qui fait beaucoup appel aux médecins du travail pour palier cette méconnaissance :

« Nous on a des postes privilégiés, moi j'ai pas un poste fatiguant hein. Enfin physiquement en tout cas. Donc des fois on a un petit peu de mal à évaluer ce qu'ils font aussi, c'est pas toujours facile. [...] Ils nous disent des fois : « Vous vous rendez pas compte du métier que j'ai ! » Non, pas toujours. » (entretien n°23, rhumatologue, classe 1)

3.6 Méconnaissance et sous déclaration de l'origine professionnelle des pathologies

Nous l'avons vu, les médecins généralistes ont un rôle de conseil et de suivi des patients. Un aspect de leur métier relève davantage de la médecine légale quand ils établissent les certificats médicaux initiaux pour des déclarations d'accidents du travail et de reconnaissances de maladies professionnelles ou à caractère professionnel qui contribuent à faire reconnaître (et indemniser) l'origine professionnelle des pathologies. Ce sont parfois eux qui le conseille aux patients, selon une médecin « *quand ça existe il faut que ça serve* » et qui anticipent la prescription d'examen complémentaires nécessaires. Généralement ces déclarations coïncident avec la prescription d'un arrêt de travail justifié par la pathologie déclarée.

Mais comme pour la prescription d'arrêts de travail, ils sont peu formés pour ces tâches considérées comme moins médicales. En début de carrière, ils sollicitent des confrères plus âgés et apprennent « sur le tas » cette partie du métier. L'existence du dispositif et la possibilité de prise en charge conditionnent les recours des médecins généralistes qui mobilisent les procédures ayant le plus de chance d'aboutir, réduisant ainsi l'incertitude d'une éventuelle réponse négative :

« Parce que pour les problèmes psy c'est dur de mettre en maladie pro donc ils ne sont pas en maladie professionnelle. Mais pour les maladies professionnelles ou accidents du travail c'est TMS à cent pour cent. » (entretien n°8, médecin généraliste, classe 3)

Le système d'indemnisation des maladies professionnelles en favorisant la reconnaissance de l'usure physique plutôt que mentale provoque par effet d'entraînement des sollicitations plus fréquentes de la reconnaissance de ces pathologies. En Bretagne en 2016, 46 % des arrêts de travail de six mois et plus reconnus en AT-MP concernent des pathologies ostéo-articulaires alors que 3 % d'entre eux relèvent de troubles mentaux. Dans leurs réponses aux cas cliniques présentés, les médecins enquêtés conseillent de faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle uniquement pour les TMS (cas 1 et 2) et pas pour les TPS (cas 3 et 4).

Les médecins généralistes inscrivent leurs pratiques dans le cadre existant. S'ils connaissent les possibilités de reconnaissance de l'exposition professionnelle moins « conventionnelles » comme l'alinéa 4 de l'article 461-1 pour la reconnaissance des maladies professionnelles « hors tableau », ils renvoient la décision aux spécialistes (en l'occurrence le CRRMP). D'autant qu'ils ne connaissent souvent que partiellement la procédure :

« ça c'est fréquent. Canal carpien, épaule, rachis. Il y a des tableaux de toute façon, il faut se référer aux tableaux.

Q : Oui, vous regardez en fonction du tableau et puis si ça correspond vous proposez ?

R : Oui. Sinon c'est hors tableau, ça existe hors tableau. Pour le harcèlement, c'est les médecins-conseils qui vont décider » (entretien n°21, médecin généraliste, classe 3)

Mais lié à une méconnaissance des risques professionnels, les médecins ignorent certaines procédures de reconnaissance, comme le fait de déclarer une situation de « souffrance au travail » comme accident du travail par exemple. Cette assurée plusieurs fois arrêtée depuis trois ans pour troubles anxio-dépressifs, n'est que depuis récemment dans une procédure de reconnaissance d'accident du travail après avoir été insultée une fois de plus par ses supérieurs hiérarchiques sur son lieu de travail, s'être retrouvée en larme et arrêtée. Après s'être rapprochée des représentants du personnel au CHSCT, c'est elle qui informe son médecin généraliste de cette possibilité qu'il méconnaît. Elle a par ailleurs d'elle-même sollicité la médecin du travail (« *elle ne dit pas grand-chose, c'est pour ça que je suis allée chez la psychologue après. Et c'est elle qui m'a dit : « mais ça s'apparente à du harcèlement »* ») avant d'être en arrêt de travail :

« Je trouve que les médecins traitants ne sont pas assez au courant des pratiques des accidents du travail, des choses comme ça. [...] Après je n'en ai pas parlé avec mon médecin traitant. Quand je lui ai dit que ça pouvait être mis en accident du travail, il m'a dit : « je n'ai jamais vu ça ». Du coup après je lui ai amené la déclaration d'entreprise et donc il a fait sans problème. Au contraire. Il est super compréhensif et il ne met pas en doute ce que je dis, mais voilà le premier réflexe quand je suis allée le voir la première fois, c'était peut-être de se dire : ça s'est passé sur ton lieu de travail donc c'est un accident du travail. On peut peut-être les sensibiliser à ça. Alors après ce n'est pas leur rôle peut-être, mais ils ne sont pas sensibilisés à tout ça, à tout ce qui est le monde de l'entreprise, aux accidents du travail, au CHSCT. Ils ne connaissent pas alors que ça touche à la santé. » (entretien n°33, informaticienne, classe 2)

Il s'agit pour cette assurée de faire reconnaître l'origine professionnelle d'une pathologie pour laquelle les procédures sont plus difficiles. Ce type de démarches, lorsqu'elles aboutissent, contribue à améliorer le regard que portent les travailleurs sur leur itinéraire professionnel. « La prise en charge institutionnelle semble agir comme un révélateur de l'attention que l'employeur, les collègues, et plus largement la société portent aux drames individuels que constituent les atteintes à la santé d'origine professionnelle » (Amossé et al. 2012). Aussi la reconnaissance du lien entre une atteinte à la santé et le travail comporte des dimensions allant bien au-delà d'une réparation financière.

Mais la reconnaissance est d'autant plus difficile quand l'assuré souffre de multiples pathologies (et n'est pas en arrêt de travail pour la bonne « raison ») et que tant l'encadrement que le personnel soignant de l'entreprise est de mauvaise volonté :

« Non non ils ont pas demandé comment j'allais ou comment était mon poste. Même le médecin ou l'infirmier. Les infirmiers là-bas c'est vraiment du grand n'importe quoi. Parce qu'il y a peu de temps avant que je sois en arrêt je m'étais plaint de mon épaule à un moment. Parce qu'il y a des boutons, il faut appuyer sur les boutons, machin. Et pendant un moment je sentais mon épaule vachement... J'avais mal quoi, j'avais des châtaignes. Et depuis que je suis en arrêt j'essaie de m'en sortir donc je fais des exercices, des étirements pour assouplir, pour avoir un peu de souplesse. [...] Et j'ai fait des radios et échographies là et ils ont vu que j'avais une décalcification osseuse. Ils m'ont dit que c'était « gestes répétés ». Du coup j'ai fait une demande de maladie professionnelle à la MSA. J'ai fait une main courante on appelle,

enfin j'ai fait un descriptif de mon poste où je suis. Du coup j'avais signalé ça au chef de la sécurité. J'ai dit que j'avais signalé mais il l'a jamais marqué sur le carnet de liaison de l'infirmierie donc aucune trace. Mais il aurait fallu que je sois en arrêt pour l'épaule et c'était pas le cas. » (entretien n°36, ouvrier dans l'agroalimentaire, classe 2)

Il arrive par ailleurs que les médecins considèrent la reconnaissance de l'origine professionnelle des pathologies comme un problème :

« Ça ça nous pollue un petit peu la demande parce que du coup maladie professionnelle il y a pas de perte de salaire, il y a une reconnaissance, une sorte d'étiquette maladie professionnelle qui modifie un peu la demande du patient. [...] Il y a encore plus d'arrêt. Ils mettent du temps avant de reprendre. Ils sont bien protégés donc ils ont le temps quoi. » (entretien n°3, médecin généraliste, classe 2)

Cette médecin dénie l'origine professionnelle des pathologies considérant que les TMS, c'est « *pas toujours professionnel. Il y a plein de gens qui ont mal à l'épaule et qui n'ont pas un métier physique. C'est le vieillissement des tendons. Des mauvaises habitudes* » et qu'en cas de trouble anxio-dépressif, elle aurait tendance à « *voir un petit peu si on peut pas trouver des causes plus graves à cette souffrance. Est-ce que c'est pas le couple, la famille, les enfants ?* ». Cette médecin a une approche très centrée sur l'individu et par conséquent minimise les dimensions collectives, comme nous l'avons précédemment et plus généralement montré, car si en effet l'usure physique est corrélée à l'âge des personnes, elle est renforcée par certaines expositions professionnelles (cadences, etc.).

Plusieurs médecins nous font remarquer que les assurés dont l'origine professionnelle de la pathologie est reconnue reprennent moins vite le travail que les autres. La demande de reconnaissance peut concerner des pathologies « avancées » dont le rétablissement est délicat en cas d'usure professionnelle. Mais les médecins l'expliquent davantage par « *un sentiment de dû par la société, si c'est arrivé au travail* » et d'autres par des facteurs financiers, l'indemnisation complète liée à la reconnaissance de l'origine professionnelle de la pathologie prévenant la précarité économique dans laquelle l'arrêt de travail place nombre d'assurés :

« On se rend compte aussi que quelqu'un qui est en arrêt maladie rapidement il va être en difficulté. Parce que les indemnités sont dégressives. Il y a un moment c'est un facteur qui va aussi peser, certainement. C'est un facteur que moi je vous cite avec un peu de mauvaise foi de médecin conseil. Mais voilà, en tout cas c'est une réalité qu'un arrêt de travail est en général plus long en AT-MP. » (entretien n°1, médecin conseil)

Mais bien qu'ils ne soient pas forcément ignorants de l'existence de la possibilité de reconnaissance, tous les assurés ne souhaitent pas faire la demande :

« Q : Vous avez fait une demande de reconnaissance en maladie professionnelle ?

R : Non parce que je peux pas dire que ça vient de mon travail, j'ai rien qui le prouve. En fait ça peut venir du foot, ça peut venir de mon travail, ça peut venir de mon bassin, ça peut être dans des antécédents. Je vais pas aller dire... Mais je sais que c'est reconnu comme maladie professionnelle et tout ce qui est hernie discale, sciatique... Tous les problèmes de dos pour les conducteurs de bus de toute façon il suffit d'aller sur un site de la sécu c'est le premier truc qu'ils mettent. Donc oui c'est reconnu mais moi j'ai pas fait de demande particulière parce que non, je peux pas aujourd'hui dire que... Si je faisais rien à côté, que je faisais que travailler, ouais... Mais non, je fais quinze mille trucs. Donc non, ce serait pas honnête. » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

Être dans le déni est aussi une manière de ne pas aborder ce qui fait souffrir et de parler de sa condition. C'est notamment le cas dans les métiers à « risque » où les travailleurs vont développer des « défenses » collectives pour entre autres, diminuer ou dénier l'exposition au risque. La défense se développe d'autant plus facilement, qu'elle permet « d'occulter » le caractère

vulnérable de leurs positions et expositions (Dejours 2015). Cet assuré à qui le lien direct avec le travail ne semble pas si clair est particulièrement jeune (il a moins de 30 ans) et ne semble pas prêt à envisager une reconversion professionnelle.

3.7 *Des « reprises » incertaines*

À l'incertitude du diagnostic et de la prise en charge, se conjugue l'incertitude de l'avenir pour les assurés. Selon que le rétablissement soit plus ou moins rapide, voir qu'il soit impossible (de manière complète), la question de la reprise du travail est plus ou moins simple à envisager. Comme l'explique une assurée souffrant de troubles anxio-dépressifs, elle est d'autant moins stressée que son arrêt de travail ne soit pas renouvelé par son médecin généraliste, qu'elle commence à faire des démarches pour changer de travail :

« Parce qu'il y a un phénomène qui se greffe inmanquablement sur un arrêt de travail qui se prolonge, c'est ce qu'on appelle la sinistrose. C'est les patients qui finalement déconnecte un peu du monde professionnel, souvent du monde social, rentrent dans des espèces d'états... on parle pas de dépression mais un état un petit peu où ils se recroquevillent sur eux-mêmes. Rapidement ils n'ont plus trop de perspectives, ni médicales ni professionnelles, ni même des fois de vie. Et ça on voit ça très couramment. » (entretien n°1, médecin conseil)

Mais le plus souvent les assurés subissent les situations où lorsque se pose la question de reprendre le travail, les incertitudes se cumulent. Rentrent alors en jeu différents acteurs (médecin conseil, médecin du travail, service social de l'Assurance maladie, etc.) qui coordonnent plus ou moins leurs actions pour maintenir l'assuré à son (ou en) emploi.

3.7.1 *Les dimensions du contrôle médical*

Le médecin conseil convoque les assurés en arrêt de travail, notamment les plus longs (souvent à partir de trois mois). Il peut mettre fin au remboursement des indemnités journalières quand il estime que l'état de santé de l'assuré est stabilisé, qu'il n'y a plus de soins actifs (« *un soin dont on attend un résultat, une amélioration de l'état* »), même si l'assuré n'est pas forcément guéri. Ce qui provoque nombre d'incompréhensions pour les assurés.

Généralement les assurés appréhendent cette convocation, particulièrement incertaine pour eux, au cours de laquelle ils estiment devoir justifier leur état de santé :

« D'ailleurs c'est ce que disent les médecins à chaque fois : « il faut être serein, il faut vous couper du monde du travail. Si dans votre famille il y a trop de pression, vous coupez. » En fait dans la réalité on vous ramène sans arrêt à vous dire « attention vous avez dépassé la date, il va falloir faire quelque chose ». Du coup c'est dur de récupérer, d'avoir l'esprit serein pour affronter des maladies comme ça.

Sa femme : C'est vrai que moi par rapport à mes pathologies, ça va parce qu'il n'y a pas de contestation possible. C'est prise de sang, on voit. J'imagine bien quelqu'un qui a un problème psychique, il faut justifier tout ça à chaque fois, c'est dur. » (entretien n°30, ouvrier espaces verts, classe 3)

Renforçant ce sentiment, les critères de jugement des médecins conseils paraissent particulièrement opaques aux assurés (« *on ne connaît pas la classification de la Sécu [...] tu rentres dans le bureau, tu ressors et en fait tu ne sais pas du tout ce qu'ils vont faire, comment ils vont interpréter ça, classifier ça.* ») qui généralement comprennent peu leur rôle :

« Pffff ! [La médecin conseil] a regardé tous les documents que j'ai amenés, elle m'a dit « c'est bon », terminé. [...] Dix minutes à tout casser. « Comment ça va ? – J'ai mal. Mais le pire c'est du côté fatigue. » Ça n'a pas eu l'air de l'intéresser. Elle m'a dit : « je note ok » et voilà.

C'est tout. L'échange a été très bref. Le médecin conseil... c'est pas du conseil pour moi. Elle approuve l'arrêt maladie ou non. » (entretien n°28, profession médicale, classe 3)

Les médecins généralistes qui méconnaissent le plus souvent les attributions du Service médical de la Sécurité sociale (Matou 2017) ont très peu de relations avec les médecins conseil de l'Assurance maladie. Certains les sollicitent pour « défendre » la cause de leur patient et voir si d'éventuels recours sont possibles (« *Je me renseigne de savoir si c'est possible ou si en effet la conclusion du médecin de la Sécu peut changer, en lui réexpliquant bien* »).

Mais en tant que libéraux, les médecins généralistes peuvent avoir des difficultés à entrer en conflit avec leurs patients (« *et comme nous notre rôle c'est d'aider les gens... Le rôle de censeur il est difficile à tenir* »). Certains vont parfois déléguer aux médecins-conseil, sur recommandation de ceux-ci, le « sale boulot » (Hughes 1996) de juger la reprise du travail d'un patient pour lequel aucune solution n'a été trouvée :

« Et du coup ce n'est pas facile pour nous, je trouve aussi, parce qu'on n'a pas de... On est jugé. Est-ce que c'est à nous de faire le gendarme aussi ? Il y a certains cas où on aimerait bien pouvoir s'appuyer aussi sur un médecin conseil pour qu'il dise « bon là il ne faut pas pousser » ou « pour la prolongation vous ferez demander un rendez-vous avec le médecin conseil pour voir s'il accepte cette prolongation ou pas. » (entretien n°19, médecin généraliste, classe 2)

3.7.2 Des visites de pré-reprise pour conjurer l'incertitude

Si la visite médicale de reprise organisée par l'employeur à l'issue de l'arrêt de travail est obligatoire, de plus en plus fréquemment, les médecins généralistes et de médecins conseil sollicitent le médecin du travail en amont pour des visites de pré-reprise lorsque celle-ci s'annonce difficile. Si quelques médecins généralistes gardent une image dépréciée des médecins du travail, considérant qu'ils sont « *sur la touche* » et que leurs marges de manœuvre pour trouver des solutions d'amélioration des conditions de travail dans l'entreprise sont limitées du fait de leur double casquette de conseillers des employeurs et des salariés, les représentations de cette spécialité chez les médecins généralistes se sont améliorées. Les échanges entre médecins généralistes et médecins du travail sont par ailleurs plus fréquents en Bretagne que dans d'autres régions (Bournot, Goupil, et Tuffreau 2008).

Certains salariés du secteur privé ne sont cependant pas suivi par ces spécialistes comme l'expliquent ces assurés travaillant en « chèque emploi service » :

« Justement en chèque emploi service il n'y a pas de médecine du travail. Alors comment est-ce qu'on fait pour devenir inapte ? Ça je sais pas. Enfin apte ou inapte d'ailleurs. Donc mon médecin traitant ne veut pas se substituer à la médecine du travail. Donc il faut qu'on arrive à persuader nos employeurs que ce serait bien qu'ils aillent payer un médecin du travail pour qu'on puisse. Y en a pas un qui veut. Comment on fait ? Il y a plein d'incohérences dans le système. » (entretien n°30, ouvrier espaces verts, classe 3)

Les médecins généralistes font appel aux médecins du travail quand les situations que connaissent leurs patients deviennent particulièrement difficiles. En l'absence de formation et d'une connaissance approfondie de leurs conditions de travail, ils se sentent démunis dans l'évaluation de l'aptitude des salariés au travail et face aux difficultés de reclassement des salariés. Ils les sollicitent le plus souvent pour des situations dégradées, en dernier recours quand les traitements curatifs ne permettent pas de remettre le patient au travail. Les pratiques préventives étant historiquement délaissées dans les normes de l'exercice libéral (Faure 1990), ils mobilisent finalement peu le rôle préventif de ces spécialistes :

« Une fois qu'on a fait le parcours de tous les spécialistes, qu'on voit que la lésion est là, qu'on ne peut pas faire de soins et que ça n'évolue plus, il faut penser à quelque chose. S'ils

ne peuvent vraiment plus occuper leur poste, là je commence à leur dire : « on va aller voir le médecin du travail ». » (entretien n°21, médecin généraliste, classe 3)

Le travail de « maintien en emploi » est ainsi délégué aux médecins du travail qui ont accès à l'entreprise pour appréhender les conditions effectives de travail et éventuellement tenter d'aménager le poste de travail. Ce recours, qui s'apprend par la pratique, leur permet de solliciter l'avis d'un spécialiste de l'évaluation de l'aptitude au travail qui par ailleurs rédige les pièces administratives contribuant à la prise en charge des patients par divers dispositifs de sortie ou de maintien en emploi (Dodier 1991, 1993).

Les médecins généralistes opèrent un tri avant d'orienter leurs patients vers le médecin du travail et lui adressent plutôt les patients pour lesquels une solution va pouvoir être trouvée dans l'entreprise : « *Mais aussi à force de voir trois quatre situations où il n'y a pas de retour au travail possible, j'arrive à comprendre aussi dans quel sens ça va la médecine du travail* ».

Le développement du recours aux médecins du travail, que les médecins généralistes les sollicitent directement ou qu'ils conseillent à leurs patients de le faire, est visible dans l'augmentation depuis les années 2000 du nombre de visites de pré-reprise qui ont lieu pendant l'arrêt de travail quand une inaptitude est envisagée. Ce qui contribue d'ailleurs à la concentration de l'activité des médecins du travail sur le suivi des salariés en difficulté (Lecomte-Ménahès 2014).

3.7.3 *Aménager le poste de travail pour faciliter la reprise*

Le médecin du travail peut contribuer à faire aménager le poste de travail de l'assuré au moment de la reprise en indiquant des restrictions sur la fiche d'aptitude. Mais au-delà de l'arrêt de travail, en amont ou en aval, des préventeurs des services de santé au travail (internes à l'entreprise ou interentreprises) peuvent également proposer des solutions d'aménagements de postes. Les salariés ont plus ou moins de marges de manœuvre dans ce domaine. Voici la situation d'un cadre du secteur bancaire qui bien qu'estimant que ses problèmes d'épaules sont plus liés à sa pratique sportive intensive qu'au travail a fait aménager son poste :

« J'avais déjà aménagé mon poste de travail avant pour me faciliter la vie, avec les claviers qui vont bien, pour éviter un maximum de tensions, entre guillemets. [...] Je suis passé par quelqu'un qui est en charge de centraliser les demandes via le service médical et qui permet après d'aménager... Donc j'avais récupéré un micro portable allégé, plus petit, des claviers, [un grand écran], etc.

Q : Et ça, c'est vous qui l'avez fait ?

R : Oui j'ai demandé.

Q : Vous saviez que c'était possible ?

R : Oui je savais. On m'avait fait part que certaines personnes avaient bénéficié de telles choses donc je me suis renseigné et les choses ont été réglées de cette manière-là. » (entretien n°31, cadre du secteur bancaire, classe 1)

Tous les salariés n'ont cependant autant de possibilités d'aménagement de poste. Les prescriptions du médecin du travail en la matière n'étant pas toujours respectées et leur application dépendant le plus souvent de la plus ou moins « bonne volonté » des employeurs ou des membres de l'encadrement. Le respect des conditions d'aménagement du poste de travail devenant de plus en plus incertain à mesure que le temps passe et que le travail est réorganisé dans l'entreprise⁵⁰ comme l'explique cet ouvrier de l'agroalimentaire bénéficiant d'une RQTH qui bénéficiait d'un poste lui permettant de tourner qui a été supprimé :

« Ça se passait très bien [avec le médecin du travail]. À l'époque c'était celui de X. Et le seul poste qu'ils pouvaient me proposer au boulot c'était ce poste là où je suis. J'ai fait un essai et avec mon corset, c'était stable. Et ça me correspondait. Mais vu que l'état du boulot s'est un

50 Les médecins du travail remarquent que le recours massif à la sous-traitance diminue fortement les possibilités d'aménagements de postes au sein de chaque entreprise.

peu... Le boulot a été racheté deux fois entre-temps. Donc restructuration du personnel, de postes. Donc au début ça allait très très bien, à part que quelques fois il fallait faire des modules, tout ça. Et c'était toujours moi qui allais. J'avais beau dire mais bon tout le monde s'en fout. J'ai même été en atelier de conditionnement, j'ai dit : « Mais j'ai pas le droit d'aller en atelier de conditionnement. »

Q : atelier de conditionnement c'est quoi ?

R : C'est là où je me suis fait... C'est comment on appelle ça ? On met les barquettes dans les cartons et ce que je faisais, mettre les cartons sur palette. Filmer... Donc c'est fin de ligne. Quand les barquettes de jambon sont...

Q2 : Conditionnement.

R : Ouais c'est ça. Et du coup j'étais obligé d'y aller, j'avais pas le choix. Donc pareil, on force les gens, t'as pas le choix. » (entretien n°36, ouvrier dans l'agroalimentaire, classe 2)

Bien que les échanges soient limités avec les médecins conseil et médecins du travail, les médecins généralistes et assurés évoquent le recours au temps partiel thérapeutique, souvent accepté par le service médical des caisses d'Assurance maladie pour faciliter la reprise du travail :

« Je réfléchis, ce n'est pas le médecin du travail, c'est bien le médecin conseil. Je pensais aux reprises de mi-temps thérapeutique. Là de temps en temps ça arrive d'échanger à trois, de se mettre d'accord. Ce n'est pas forcément super fréquent en fait. » (entretien n°19, médecin généraliste, classe 2)

Mais là encore les possibilités dépendent beaucoup des marges de manœuvres et de la bonne volonté des employeurs et varient selon les secteurs d'activité. Les possibilités d'adaptations des postes de travail restent limitées :

« Non, il y a pas souvent [de possibilités d'adaptation de postes]. Alors parce que peut-être qu'il y a pas vraiment et puis il y a pas toujours la volonté non plus. Donc on a du mal. Non non, il y a pas souvent des adaptations.

Q : Et pas la volonté de la part de qui ?

R : Des boîtes sans doute. » (entretien n°23, rhumatologue, classe 1)

En cas d'impossibilité de reclassement dans l'entreprise, la déclaration d'inaptitude par le médecin du travail conduit à un licenciement.

3.8 Quand la perspective de l'inaptitude place dans l'incertitude de l'avenir professionnel

La déclaration d'inaptitude au travail est d'autant plus difficile à accepter pour les assurés qu'ils sont jeunes, aiment leur métier et ne se sentent pas encore « usés » par celui-ci. C'est le cas de ce chauffeur de bus que la médecin du travail prépare à cette éventualité et qui envisage d'autres alternatives (prise en compte des avis médicaux divergents, possibilités de reclassement) :

« [La médecin du travail] a trouvé que mon cas quand même préoccupant entre guillemets par rapport au travail que j'occupais, mais elle dans l'optique c'était plus de me dire : « Faudrait peut-être penser à changer de métier, peut-être penser à se réorienter ou trouver un poste plus adapté à vous dans l'entreprise. » Tout ça quoi. Après moi j'ai eu un entretien avec mon sous-directeur qui m'a dit qu'effectivement lui il disait que peut-être aussi c'était une bonne chose mais qu'il fallait savoir que si à un moment donné j'étais inapte à un poste, s'il y avait aucun poste dans l'entreprise disponible pour moi, je pouvais jarter. Eux ils avaient rien à me devoir même si je suis en CDI. Si je suis inapte au poste je suis licencié et ça s'arrête là. Et moi j'ai vingt-neuf ans, licencié non quoi. Sachant que je pense que je peux faire encore largement le temps et j'ai plein d'étiquettes entre guillemets, donc je peux aller bosser dans les bureaux et tout ça chez nous. Donc je pense qu'il suffit juste d'être patient et ça viendra. Mais c'est vrai que ça fait peur. » (entretien n°34, chauffeur de bus, classe 2)

L'annonce par le médecin d'une impossibilité de reprendre à l'identique leur travail et la nécessité d'une reconversion est généralement plus acceptée par les patients d'autant plus confrontés à une usure professionnelle qu'elle n'a pas été compensée : « *de toute façon dans les métiers de force non reconnus spécifiquement comme difficiles [et qui ne bénéficient pas d'une retraite anticipée] il y a un moment ils peuvent plus* ». Pour autant les médecins se démènent parfois plus pour les patients plus jeunes que pour les plus âgés dont ils anticipent les difficultés à retrouver du travail sachant que les employeurs feront peu d'efforts pour adapter leur poste ou pour les recruter en cas de licenciement :

« Mais les jeunes qui ont déjà des problèmes de dos, qui ont déjà... Ceux-là il faut bien qu'on trouve une solution, on va pas les mettre en invalidité à trente-cinq ans. [...] Un jeune on va se battre, celui de cinquante-cinq ans on sait très bien que de toute façon il retrouvera pas » (entretien n°23, rhumatologue, classe 1)

Face à ces incertitudes, il est difficile pour les médecins généralistes d'annoncer à leurs patients qu'ils doivent envisager une éventuelle reconversion professionnelle en cas d'inadéquation entre leur état de santé et le poste de travail qu'ils occupent. Non seulement, nous l'avons vu, ils connaissent peu les conditions effectives de travail de leurs patients, mais de plus, ils préfèrent privilégier le soin et le traitement et n'abordent ces questions, après plusieurs consultations, que lorsque l'arrêt de travail se prolonge et que les conditions de la reprise sont plus hasardeuses :

« Q : Vous amenez cette idée de reconversion professionnelle auprès des patients ?

R : Je l'amène rarement immédiatement. Ça arrive hein, il y a des pathologies où on sait qu'il refera pas le boulot. Mais la plupart du temps je propose au malade une reconversion quand il y a une durée d'évolution suffisante pour penser qu'il y aura plus de progrès si vous voulez. C'est rare que ce soit au premier contact que je parle de reconversion. » (entretien n°15, chirurgien orthopédique, classe 3)

Les médecins, bien que moins directement que les assurés, craignent le licenciement pour inaptitude. Prolonger l'arrêt de travail, laisse alors le temps de trouver des solutions à des situations compliquées, notamment quand elles concernent des troubles anxio-dépressifs. C'est ainsi qu'un médecin généraliste répond au cas 3 (épisode dépressif avec des idées suicidaires non scénarisées) :

« Généralement ces situations-là c'est le temps qu'elle s'organise pour mettre en place. Soit démissionner, soit faire une rupture conventionnelle, en fonction de comment elle s'arrange avec ses employeurs. » (entretien n°4, médecin généraliste, entretien exploratoire)

C'est ainsi particulièrement dans les cas d'usure professionnelle, lorsque la perspective de reprise est très incertaine que les médecins généralistes délèguent aux médecins conseil l'annonce de la nécessité d'une reconversion professionnelle. Mais cette annonce reste compliquée, certains patients reprochant à leur médecin généraliste de ne pas les avoir eux-mêmes prévenus lorsqu'ils reviennent du rendez-vous avec le médecin conseil, notamment quand la reconversion est impossible :

« ça devient compliqué quand on a des arrêts très longs. J'ai un ou deux patients auxquels je pense, ils ne maîtrisent plus trop, c'est-à-dire qu'ils sont en arrêt, mais ils ont mal, ils ont le dos tout pourri, mais ils ne vont pas forcément être opérés parce qu'il n'y a pas forcément mieux à faire, il y a juste de l'arthrose partout. On n'a pas de ressources médicales à part marcher, faire de la kiné. Et il y en a qui n'ont pas envie de marcher, la kiné ça les barbe, ils disent que ça ne sert à rien. Et puis on se retrouve avec un patient qui est en arrêt mais qui ne fait rien et la Sécu qui dit qu'il faut se bouger. Il ne peut pas reprendre parce qu'il a mal partout et pourtant il ne fait rien pour que ça aille mieux, à part ne pas travailler parce que

pour lui c'était le travail qui le rendait malade [...] Dans ces cas-là on est bien content de voir le médecin de la Sécu qui dit « vous ne pouvez plus être en arrêt comme ça ». » (entretien n°25, médecin généraliste, classe 2)

Mais les critères de jugement des différentes spécialités médicales (médecins généralistes, conseil ou du travail) et des institutions dans lesquelles elles s'exercent diffèrent en la matière et leurs conflits d'interprétation peuvent placer les assurés dans une grande précarité quand bien que le médecin conseil estime leur état stabilisé, ils sont licenciés pour inaptitude :

« J'ai eu quelques situations où le médecin n'était pas d'accord et estimait que le patient pouvait reprendre le travail. Je me souviens de deux situations. Ça a mis deux personnes en situation sociale très compliquée parce que le médecin du travail derrière les a mis inaptés. Ils se sont retrouvés en fait au chômage, les deux. Les deux situations où le médecin conseil a jugé mon arrêt de travail non adapté, le médecin du travail a refusé de les faire reprendre et ils ont été mis finalement inaptés. C'est dommage. » (entretien n°18, psychiatre, classe 1)

Face à ces situations, les actions de « prévention de la désinsertion professionnelle », dont les médecins conseil sont le plus souvent à l'initiative, se développent :

« Avant on voyait des dossiers où les gens finalement étaient pris en charge médicalement de façon irréprochable, et chirurgicalement. Mais ce pan socioprofessionnel n'intéressait personne, à part le médecin-conseil. Parce que le médecin du travail il ne le voyait pas. Le médecin traitant lui, il faisait son boulot, lui, il rédigeait les arrêts de travail, il donnait les médicaments qu'il fallait bien, il ordonnait vers le chirurgien, il demandait des examens. Il faisait son boulot hein. Mais par contre le devenir professionnel n'était jamais évoqué » (entretien n°1, médecin conseil)

Ce rôle de suivi des assurés en arrêt de travail particulièrement « incertains » est le plus valorisé par les médecins conseil (Begue et al. 2016) au contraire de contrôles souvent mal perçus par les assurés comme nous l'avons vu. Non seulement le service médical de l'Assurance maladie cherche ainsi à diminuer la durée des arrêts de travail mais il s'agit également pour ces médecins d'un rôle « social » d'aide des assurés qui est plus valorisant.

Les médecins conseil convoquent les assurés lorsque le médecin indique qu'il n'y a « pas de perspective de reprise » sur l'arrêt de travail, voir les « identifient » lorsque leur profil correspond à des « requêtes » effectuées sur les bases de données de l'Assurance maladie. Comme l'explique un médecin conseil rencontré, pour les TMS, « on va quand même cibler évidemment tous les métiers à risque » alors que pour les RPS « alors là c'est vraiment du cas par cas », selon le contexte de travail et la plainte de l'assuré (ce qui souligne là encore l'incertitude plus grande dans la prise en charge de ce type de pathologies).

Lors de ces convocations, ils conseillent aux assurés de prendre rendez-vous avec le médecin du travail en visite de pré-reprise ou de faire une demande de RQTH (« s'il y a une reconversion à envisager ça va quand même beaucoup les aider. Parce qu'automatiquement du coup la reconversion va se faire par le biais d'un organisme de soutien aux personnes handicapées »).

Se met alors en place un travail collectif mais « à distance » de suivi de la reconversion de l'assuré, par le médecin conseil, le médecin du travail et le médecin généraliste, à qui l'accompagnement du patient est délégué par le spécialiste s'il est intervenu (« malgré tout c'est le médecin référent » selon un chirurgien orthopédiste).

Ils conseillent également aux assurés qui ne peuvent bénéficier de formations pendant leur arrêt de travail, de faire des bilans de compétence pour faciliter leur reconversion au moment du licenciement. Mais les reconversions sont plus ou moins simples selon l'état de santé et la qualification des assurés, ce que soulignent d'autant plus des outils d'aide au reclassement défaillants :

« Après elle me dit : « Courage, j'espère que ça va vous machiner. » Je dis : « Mettez-vous à ma place. » J'ai quarante-huit ans, c'est vrai que ça fait trente-deux ans que je bosse, mais bon après j'ai quarante-huit, j'ai encore à bosser. Mais bon je sais pas dans quoi. J'ai fait un bilan de compétences aussi entre-temps. Mais qui n'a rien abouti parce que les métiers qu'ils m'ont sortis dans leur algorithme... Le logiciel il est pas à jour. Il sort des métiers qui n'ont ni queue ni tête quoi. [...] Directeur d'école, directeur d'hôpital, avocat. Non mais faut arrêter. » (entretien n°36, ouvrier dans l'agroalimentaire, classe 2)

Les médecins conseil peuvent également « signaler » les assurés au service social de la CARSAT (que les médecins généralistes évoquent peu) qui les invite également. Les assurés préfèrent ce type de réunions, moins intimidantes que la convocation du médecin conseil (« *j'ai bien préféré avec les assistantes sociales de la CARSAT où là il y a vraiment de l'humain* »). Mais la plus ou moins bonne « volonté » des assurés est également influencée par l'appréhension de possibilités de reconversions limitées :

« Au bout de trois mois ou quatre mois, je ne sais plus, on a une réunion avec la Sécu, quand on est en arrêt longue durée. Où là on est plein de gens à être en arrêt depuis un certain temps. Et là on me dit : « attention, il va bien falloir penser à votre reconversion, si vous ne pouvez pas recommencer votre travail. Vous n'allez pas rester comme ça ad vitam æternam ». Alors là, quand déjà on n'est pas bien, on se dit qu'on y pense, mais comment savoir si on va être capable de faire tel ou tel travail. Moi je sais pas. Je sais pas si demain je pourrai retravailler même dans un bureau. Au niveau de la concentration, tout ça, ça ne marche plus. Enfin il y a plein de trucs qui marchent moins bien. C'est assez... » (entretien n°30, ouvrier espaces verts, classe 3)

Il s'agit ici de véritables parcours de soin et de prise en charge pour les assurés, suivis le plus souvent par leur médecin généraliste, variant selon le degré d'incertitudes auquel ces acteurs sont confrontés. Cette incertitude étant d'autant plus forte en cas de pathologie chronique due à une usure professionnelle, notamment lorsqu'il s'agit de reprendre le travail.

Synthèse : analyse des entretiens

Trois profils d'assurés en arrêt de travail et autant de profils de médecins prescripteurs ont été dressés à partir de l'analyse statistique. L'analyse des entretiens semi-directifs réalisés avec des individus issus de ces classes montre une variété de situations derrière les profils statistiques, bien qu'à chaque fois des personnes proches de l'idéal-type de la classe ont été rencontrées. Chez les assurés, le premier profil englobe pour l'essentiel des femmes qui ne sont pas en ALD. Elles sont plutôt en arrêt maladie et travaillent dans le secteur de l'action sociale et de la santé humaine ainsi que la restauration. Âgées entre 30 à 49 ans et elles sont situées dans des zones où l'indice de défavorisation est à 3. Le deuxième profil à l'opposé ce sont des hommes travaillant dans le secteur de la construction ou de l'industrie. Ils sont plutôt en arrêt accident du travail ou maladie professionnelle. Enfin le troisième profil concerne majoritairement des femmes en ALD plutôt âgées entre 50 à 64 ans, les secteurs les plus représentés étant l'administratif et santé humaine et action sociale.

Chez les médecins, ceux de la classe 1 ont été les plus réticents à l'enquête pour laquelle ils se rendent peu disponibles. Mise à part une jeune médecin qui vient de s'installer, les médecins de cette classe sont les plus âgés, exerçant souvent depuis plus de 30 ans, et majoritairement des hommes. Plusieurs se préparent à la retraite en réduisant leur temps de travail et suivent moins de patients. Ils exercent dans les zones les plus favorisées et certains décrivent leurs patientèles comme semi-rurales. Les médecins de la deuxième classe sont plus jeunes et davantage des femmes, ces deux caractéristiques étant en fait corrélées. Elles exercent davantage en ville. En conséquence, leur patientèle semble plus

jeune et plus féminisée que pour les médecins des autres classes, bien que de nombreux médecins insistent sur la variété de leur patientèle. Bien qu'un peu plus jeunes que ceux de la classe 1, les médecins de la classe 3, essentiellement des hommes eux aussi, sont relativement âgés. S'ils sont tous proches du milieu agricole, ils sont par contre plus distants du milieu médical. Exerçant dans des zones plus défavorisées que l'ensemble de leurs confrères, ils sont plus éloignés des grandes villes, des réseaux de soins et des spécialistes. Les patients qu'ils suivent ont plus de difficultés à y accéder et doivent composer avec des délais d'attente importants.

Pour parvenir à l'arrêt les assurés et les médecins passent par une série de négociations, des ajustements et des désaccords qui mettent en lumière les spécificités de la pratique de la médecine sur certains territoires. La prescription de l'arrêt de travail résulte d'un processus de construction au cours duquel divers éléments seront pris en compte pour décider de l'arrêt. À travers la discussion de l'arrêt et du traitement transparait la question du travail pour les assurés. Celui-ci peut apparaître comme l'une des sources de l'arrêt mais également comme un élément contraignant assuré et médecin à repenser la question de la reprise de l'activité. La division des tâches entre médecins nous apparaît assez clairement à travers les propos des assurés et jouant un rôle sur l'arrêt du diagnostic et par conséquent, sur la durée ; Cette division s'inscrit dans un territoire et peut avoir un impact sur l'attente des résultats pour les assurés pour pouvoir entamer un traitement. Enfin, la négociation de l'arrêt est fonction de la position sociale des assurés et des ressources dont ils disposent pour pouvoir y faire face.

Par ailleurs le jugement des médecins généralistes se confronte à des formes d'incertitudes avec lesquelles ils doivent composer et qui influent leurs pratiques professionnelles. Lorsqu'ils diagnostiquent et prescrivent des arrêts de travail ces médecins fondent leur jugement sur l'expression d'une souffrance par leurs patients. Mais la douleur étant « une sensation privée irréductible à quelque objectivation que ce soit » (Baszanger 1991), il est souvent difficile pour ces médecins de juger, notamment dans le cas des pathologies chroniques, qu'elles soient liées au travail ou non, d'autant plus que cette incertitude est renforcée par la « dépendance au patient ». Ils ne sont également pas formés sur ces questions et les pratiques en la matière sont peu formalisées (hormis dans les « référentiels de durée » de l'Assurance maladie auxquels ils se réfèrent peu). Les médecins traitants catégorisent de manière proche les « types » d'arrêts de travail qu'ils sont amenés à délivrer. Ils distinguent les pathologies « infectieuses » pour lesquelles ils prescriront quelques jours d'arrêts de travail des troubles musculo-squelettiques ou autres « lombalgies » et de la « souffrance mentale » pour lesquels les durées sont plus imprévisibles et donc potentiellement longues. Certains mentionnent également les cancers provoquant de manière certaine des arrêts longs. Si l'arrêt de travail tient le salarié à l'écart d'une activité de travail éventuellement délétère pour la santé, il s'accompagne de traitements ou d'un suivi sur plusieurs consultations tout aussi essentiels au rétablissement, qui seront réévalués en fonction de l'évolution de l'état du patient. Mais dans les situations d'usures, par exemple pour des troubles musculo-squelettiques, le médecin n'a pas toujours de traitement efficace à proposer au patient si ce n'est d'atténuer la douleur ressentie. La prise en charge d'un patient en arrêt de travail n'est souvent pas une activité solitaire du médecin généraliste mais plutôt une pratique collective entre divers professionnels de santé. Le plus souvent, pour faire face à l'incertitude du diagnostic en étayant leur jugement au moyen d'examen complémentaires ou en le déléguant, les médecins généralistes adressent les patients à des médecins spécialistes.

Les arrêts de travail les plus « incertains » sont souvent corrélés à une usure professionnelle. Les parcours d'assurés la subissant sont souvent ponctués d'arrêts de travail courts qui se répètent avant que les pathologies ne s'aggravent et les arrêts s'allongent. Les généralistes ont alors un rôle de médecine légale quand ils établissent les certificats médicaux initiaux pour des déclarations d'accidents du travail et de reconnaissances de maladies professionnelles ou à caractère professionnel qui contribuent à faire reconnaître (et indemniser) l'origine professionnelle des pathologies. Mais comme pour la prescription d'arrêts de travail, ils sont peu formés pour ces tâches considérées comme moins médicales et connaissent peu ces règles médico-légales. À l'incertitude du diagnostic et de la prise en charge, se conjugue l'incertitude de l'avenir pour les assurés. Selon que le rétablissement soit plus ou moins rapide, voir qu'il soit impossible (de manière complète), la question de la reprise du travail est plus ou moins simple à envisager. Rentrent alors en jeu différents acteurs (médecin conseil, médecin du travail, service social de l'Assurance maladie, etc.) qui coordonnent plus ou moins leurs actions pour maintenir l'assuré à son (ou en) emploi. Mais la déclaration d'inaptitude au travail est d'autant plus

difficile à accepter pour les assurés qu'ils sont jeunes, aiment leur métier et ne se sentent pas encore « usés » par celui-ci. L'annonce par le médecin d'une impossibilité de reprendre à l'identique leur travail et la nécessité d'une reconversion est généralement plus acceptée par les patients d'autant plus confrontés à une usure professionnelle qu'elle n'a pas été compensée.

Conclusion générale

Le départ de l'étude sur les arrêts de travail dans le Finistère avait comme principale exigence de tenter d'expliquer le nombre plus important d'arrêts de travail. À la lumière de nos résultats, nous pouvons avancer quelques grandes explications, que naturellement, n'épuise pas tout le phénomène. Nous tenons à rappeler que notre étude porte sur les arrêts de travail longs, certes ce phénomène n'est pas spécifique au Finistère, mais représente une part importante du phénomène départemental.

Premièrement, l'analyse statistique a mis en exergue des pratiques médicales spécifiques dans le département du Finistère. Celles-ci s'expliquent essentiellement par les effets de l'âge des médecins. En effet, plus le médecin est âgé, plus le nombre d'arrêt de travail sera important. Toutefois, cette incidence prise isolément a un impact statistique mais faible. En revanche, lorsque l'on combine cette donnée à la zone d'exercice du médecin, on observe une augmentation plus importante. Or, notre analyse par ACP nous a permis de montrer que les médecins forts prescripteurs se situaient essentiellement dans les zones les plus défavorisées, où la densité médicale est plus faible et où l'exercice du médecin se fait plus souvent en cabinet individuel.

L'analyse lexicographique à l'aide d'Alceste vient confirmer l'existence d'un univers social singulier chez ces médecins comme chez les assurés. En effet, cette première exploitation a montré une certaine correspondance entre les propos des médecins et les profils des classes statistiques. C'est un élément important car il nous permet d'appuyer l'idée suivant laquelle il existe plusieurs configurations, à l'intérieur desquelles, s'inscrivent les relations entre médecins et assurés. Or ces configurations se caractérisent par une certaine hétérogénéité entre d'une part, les protagonistes d'une telle situation et, d'autre part, entre les configurations elles-mêmes. C'est pourquoi, cela nous a conduits à examiner plus particulièrement l'ancrage territorial d'exercice.

Par ailleurs, l'étude approfondie des pratiques de la prescription à travers les entretiens réalisés peaufine ce premier constat. Les médecins dans ces zones sont confrontés, plus qu'ailleurs, à une demande importante de la patientèle, à un tissu économique local composé pour une bonne partie d'entreprises de l'agroalimentaire et à un éloignement des services de spécialités médicales. Il existe dans le Finistère des zones où l'exercice de la médecine est fortement influencé par le contexte socio-économique et la réalité de l'offre de soins.

Toutefois, ce premier élément de conclusion ne doit pas occulter une problématique transversale à notre étude. La question du travail est particulièrement présente et met en lumière l'usure professionnelle, le maintien dans l'emploi, l'accompagnement et la formation des médecins traitants sur ces questions. Autrement dit, si des zones sont caractéristiques d'arrêts de travail plus longs, elles vont également amplifier les effets signalés ci-dessus. La relation avec les médecins-conseils sera plus lointaine et davantage sous le mode du contrôle, et la sollicitation des médecins du travail peut s'en trouver affectée.

Tout ceci nous conduit à souligner un autre résultat, certes attendu, que nous avons pu identifier clairement dans l'analyse des pratiques de médecins rencontrés. Le manque d'information et de connaissances dans le domaine médico-légal. Comme nous le montrions dans l'analyse de cas, les médecins se montrent prolixes lorsqu'il s'agit de parler de traitement médical. En revanche, ils sont moins à l'aise lorsqu'il s'agit d'aborder les différentes facettes de l'accompagnement médico-social. Les assurés et parfois aussi les médecins méconnaissent la fonction et les missions des médecins-conseils. Pour les assurés sociaux le rôle de ces derniers semble même opaque. Cette méconnaissance est travaillée localement par la CPAM et au sein des groupes qualités des médecins. Toutefois, ceux-ci concernent davantage des médecins plus jeunes et plus urbains.

L'arrêt de travail s'inscrit dans un univers social balisé par ses règles propres (légal et administratives) mais aussi sociales. L'analyse fine de nos entretiens a pu mettre en lumière le processus de négociation à l'œuvre dans la prescription de l'arrêt de travail. Cette négociation obéit à des règles mettant en lien la situation sociale de l'assuré et celle du médecin. Ainsi, il est important de noter que les ressources sociales dont disposent les assurés sociaux sont inégalement distribuées. À ce titre, l'analyse bibliographique que nous avons effectuée, souligne la présence de multiples facteurs (biomédicaux, contextuels, négociation et relation médecin-patient) contribuant à cette prescription notamment en cas de désaccord d'indication ou de durée (**Khiari 2014**). Comme nous le soulignons, ces travaux portent une réflexion en termes de variables influençant la prescription de l'arrêt. Dans notre étude, les configurations précises dans lesquelles les acteurs émettent leurs jugements sont analysées et restituées en tant que telles à travers les profils et l'ancrage territorial. C'est un élément important car cela nous permet de montrer le caractère singulier, d'une part, des conditions de pratiques médicales et d'autre part, des conditions de vie sociale et professionnelle des assurés.

Par conséquent, certains assurés ne seront pas en positions confortables pour faire face aux conséquences que l'arrêt de travail peut revêtir. Nous avons pu montrer que certains arrêts sont entièrement « organisés » par certains assurés et restent dans la « norme » d'autant plus que l'assuré a la souplesse de cette organisation (conditions de travail, connaissances du suivi, accès aux spécialistes, etc.). Finalement, l'arrêt de travail se révèle un bon indicateur d'inégalités sociales.

L'étude que nous avons réalisée devait également s'intéresser à la prépondérance de deux affections à savoir les TMS et TPS. Ces deux affections ressortent dans l'analyse statistique tant dans le risque maladie et que le risque professionnel. Le Finistère apparaît avec un nombre d'arrêts plus important pour ces deux affections. Par ailleurs, la caisse du Finistère par l'intermédiaire de ses instances représentatives et de dialogue avec le corps médical avait des remontées sur ces deux affections. C'est la raison pour laquelle, nous avons bâti des cas afin d'analyser la manière dont les médecins se positionnent face à ces situations. Il ressort de nos analyses une nette différence dans le traitement de cas lorsque les médecins sont face à une situation correspondant aux TMS ou TPS. Naturellement, les réponses et le traitement d'une affection dépendent du diagnostic et par conséquent, du type de pathologie. Nous voudrions insister sur le fait que les TMS bénéficient d'un plus grand cadrage en termes de prise en charge. Il existe des recommandations qui formalisent les prescriptions, à cela s'ajoutent l'existence de tableaux de reconnaissance en maladie professionnelle et une publicité médiatique également. Il en va de même pour le cancer, quand bien même, selon le type de cancers, le traitement et les aléas peuvent être importants. Or, tel n'est pas le cas des TPS. Il plane pour ce type d'affections une incertitude plus importante sur le traitement à suivre, sur les résultats, sur l'évolution, sur la maîtrise sur les causes d'un tel trouble et l'inexistence de recommandations et de tableau de maladie professionnelle accroît ce sentiment de « débrouille ».

Nous partions au commencement de nos analyses sur un postulat implicite à savoir de considérer le colloque singulier non pas comme un espace fermé, mais comme une situation mettant à l'épreuve les acteurs en présence. Cette mise à l'épreuve illustre pour nous le caractère perméable de la prescription de l'arrêt du travail aux contraintes sociales. Pour le dire autrement, il se révèle être un bon indicateur des enjeux à l'œuvre. Enjeux pour l'assurance maladie en termes de maîtrise des dépenses mais également d'accès aux soins, enjeux pour les professionnels de santé pour conserver une part d'autonomie, enjeux pour les assurés sociaux pour atténuer les effets sur leur état de santé. Néanmoins, il transparaît dans nos analyses une limite et une frontière difficilement infranchissables. En effet, en arrière-plan du nombre de situations évoquées par les assurés sociaux et par les médecins rencontrés jaillissent l'entreprise et ses conditions de travail. Notre étude était commanditée par l'assurance maladie du Finistère, et par conséquent, elle devait se délimiter aux seules compétences de celle-ci. Il nous paraît important de souligner l'interdépendance existante dans l'analyse des prescriptions des arrêts de travail entre le risque maladie et le risque professionnel.

Dans notre démarche, nous avons émis une série de questionnements pour examiner nos données tant quantitatives que qualitatives. Ainsi concernant le cadre politico-administratif de la prise en charge. Nous partions de l'idée que les médecins pouvaient avoir une représentation différente et variée de ce cadre. Dans nos résultats, tant sur le plan lexicographique que thématique nous avons cerné certaines de ces représentations et les variations des pratiques. Il en va de même pour le rapport entretenu par les médecins vis-à-vis du contrôle des pratiques. Ces deux facettes fluctuent particulièrement selon les zones d'exercice, le mode d'installation et l'âge des praticiens et des assurés. En outre, nous avons émis l'hypothèse d'un effet provenant de la division du travail entre médecins qui conditionne les pratiques professionnels en créant des segments parfois assez étanches. Quant aux assurés sociaux, nous considérons que le parcours de vie de l'assuré pouvait jouer un rôle dans la décision de l'arrêt. À travers l'analyse de cas « type » des assurés correspondant aux classes statistiques, nous avons montré qu'il y a un certain « déterminisme » dans ce parcours lié aux conditions de travail et de vie de la personne. Par ailleurs, pour compléter ce premier résultat, nous avons montré qu'une telle décision – prendre un arrêt – peut être fortement influencée par le type de couverture sociale, le rapport que l'individu entretient avec son univers professionnel et spécialement la position sociale que l'individu occupe.

Recommandations

À la lumière de nos conclusions, nous présentons une série de recommandations. Celles-ci doivent faire l'objet d'une discussion et d'une participation des principaux acteurs concernés. En effet, quelle que soit l'orientation que la caisse prendra en matière d'expérimentation sur la thématique des arrêts de travail, elle doit se faire dans la concertation. Il conviendra également d'inscrire ces recommandations dans la lignée des réformes éventuelles du dispositif à la suite du rapport Berard, Oustric et Seiller. En effet, comme nous le signalons en introduction à ce rapport, une partie des constats effectués par ces auteurs, font écho à nos résultats.

1 La concentration territoriale des inconvénients

Nous le soulignons dans nos conclusions et analyses, le département du Finistère se caractérise par des pratiques médicales fort dépendantes de zones d'exercices. Toute mise en place d'une politique doit tenter de tenir compte de ces spécificités. L'installation des médecins prend la forme d'une pratique plus souvent solitaire. Ces médecins se trouvent dans territoires touchés par d'autres problématiques et par la présence d'un tissu industriel pourvoyeur d'arrêts de travail. Les conditions de vie d'une partie des assurés sociaux sont par conséquent, plus précaire et vulnérables. L'approche doit se faire idéalement de manière interinstitutionnelle et pluridisciplinaire.

La démarche doit idéalement pouvoir tenir compte des compétences et des missions convergentes de la CARSAT, l'URPS (Union régionale des professionnels de santé), de l'ARS (Agence régionale de santé) et de la faculté de médecine de Brest. La zone prioritaire peut varier sensiblement si l'on retient seulement le risque maladie ou seulement le risque professionnel. Pour le premier, la zone autour de Carhaix-Plouguer, Scaer, le Faou, Pleyben, et Pont de Buis. Il s'agit d'une zone dont l'étendue peut varier si l'on ajoute le risque professionnel. En effet, si l'on additionne le risque professionnel, nous avons une zone centrale dans le département du Finistère présentant une concentration d'inconvénients.

Le travail doit se faire en priorité à destination de ces zones. La CPAM possède quelques relais (Quimperlé, Carhaix, Landivisiau ou encore Douarnenez) sur lesquels elle peut appuyer son action. Mais cette action doit pouvoir se faire avec la collaboration et coopération des médecins praticiens du secteur.

Comme nous le soulignons également le tissu économique et la présence dans ces zones d'entreprises de l'agroalimentaire mais également la place dans le département du secteur de l'action sociale et médico-social nécessite une action conjointe de l'ARS et la CARSAT. Actuellement, le département du Finistère participe à l'expérimentation ciblée d'entreprises concentrant de forts taux de maladies professionnelles et accidents du travail. Un tel dispositif peut servir d'inspiration pour élaborer une campagne d'information et sensibilisation.

Les délégués de l'assurance maladie peuvent également un relais intéressant pour diffuser, accompagner et sensibiliser sur des territoires spécifiques.

Les groupes qualité en médecine générale en Bretagne et le Finistère possèdent une expérience d'organisation intéressante sur laquelle la CPAM peut s'appuyer pour optimiser les actions. L'enjeu majeur étant que les zones, comme nous l'avions expliqué, se définissent par une pratique médicale assez solitaire. Les caractéristiques démographiques de cette population des médecins se conjuguent avec une réflexion sur les « déserts » médicaux. Au lieu de réaliser des actions disjointes, il serait judicieux de combiner ces différentes problématiques afin de mieux

répondre aux problématiques territoriales. Dans cette perspective l'ARS à travers le PAPS (Portail d'accompagnement des professionnels de santé) peut également avoir son rôle à jouer.

Dans cette perspective, l'URPS a une place centrale comme acteur de proximité pour contribuer à l'amélioration de l'action. À titre d'exemple, la récente action à laquelle la URPS du Finistère a participé sur les BPCO dans le nord Finistère sur le renforcement du parcours de prise en charge, peut servir également comme expérience pour favoriser les actions mises en place.

Le Finistère bénéficie de la présence d'une faculté de médecine à proximité localisée à Brest. Il nous paraît important de pouvoir intégrer davantage la faculté de médecine sur ces problématiques.

2 *L'importance des conditions de travail*

Comme nous l'avons vu, la région Bretagne connaît une situation dégradée en termes de risques professionnels. Les taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles, problèmes qui provoquent des arrêts de travail plus longs que ceux pour maladie, y sont plus élevés que nationalement, particulièrement dans le département du Finistère. Naturellement, la situation actuelle peut connaître des évolutions. C'est la raison pour laquelle, il faut tenir compte du caractère contingent éventuel d'une telle situation.

Le rapport « Berard, Oustric, Seiller » avance que la part des arrêts liés directement ou indirectement aux conditions de travail est minoritaire (Berard, Oustric, et Seiller 2019, 58). Les données de seconde main mobilisées soulignent que la première cause d'arrêt de travail déclarée est non professionnelle⁵¹. En effet, sur l'ensemble des arrêts de travail pris, une très grande majorité dure quelques jours et semble peu corrélée aux conditions de travail. En revanche si l'on s'intéresse aux arrêts de plus longue durée, ils résultent souvent d'une usure professionnelle qui rend justement la reprise du travail difficile. Ces arrêts de travail sont alors doublement liés aux conditions de travail de l'assuré, en amont et en aval.

Ces arrêts de travail de longue durée bien que numériquement minoritaires sont au cœur de la problématique actuelle. Ce sont à la fois les arrêts de travail qui coûtent le plus cher (en Bretagne en 2017, les arrêts maladie de plus de 6 mois représentent 5 % du volume et 41 % du montant et les arrêts « AT-MP » de cette durée 8 % du volume et 52 % du montant) et, étant des arrêts « incertains », ils préoccupent davantage médecins et assurés. Nous l'avons vu dans l'analyse des entretiens, les effets en termes de désinsertion professionnelle sont importants pour les assurés et les médecins généralistes savent peu comment appréhender les problématiques professionnelles. Le rapport. Berard, Oustric et Seiller insiste sur le même phénomène à savoir que ce sont les arrêts les plus longs qui entraînent les coûts les plus importants. Or, parmi les arrêts ceux au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont particulièrement longs comme nous l'avons mis en exergue.

Notons par ailleurs que la reconnaissance du risque professionnel est minimisée par une sous déclaration. C'est notamment le cas dans les secteurs d'activité féminins et tertiaires caractérisés par des emplois précaires et des temps de travail morcelés que l'on peut trouver dans le champ médico-social par exemple (Amossé et al. 2012, 102). Comme nous l'avons vu dans les profils des assurés enquêtés les hommes des secteurs tels que la construction ou le transport bénéficient davantage de reconnaissance en AT-MP. Si l'origine professionnelle des pathologies est davantage reconnue dans ces secteurs, elle n'en est pas moins également présente ailleurs.

À la lumière de ces constats et ces résultats les actions à mettre en place doivent comporter un volet sur les questions liées aux risques professionnels :

51 Les auteurs du rapport se fondent sur l'enquête réalisée par la compagnie d'assurance Malakoff Médéric en 2018 or la même étude souligne la part importante des salariés se déclarant malade alors qu'ils continuent à travailler.

- Dans le cadre des actions de formations
- Dans le cadre de relations plus étroites avec la CARSAT ;
- Dans les relations développées avec la faculté de médecine ;
- Dans les actions menées conjointement avec la médecine du travail et les services de santé au travail

3 La formation médicale et l'information de l'assuré·e

La plupart des médecins généralistes rencontrés constatent les conséquences sanitaires néfastes de mauvaises conditions de travail. Pourtant n'étant pas formés sur ces questions qu'ils apprennent « sur le tas » au cours de leurs stages d'internat ou en sollicitant informellement des confrères, ils méconnaissent le plus souvent les dispositifs de reconnaissance et de prise en charge des pathologies d'origine professionnelle et n'ont recours qu'aux plus connus (le « tableau 57 » par exemple). Par ailleurs, ils méconnaissent ou apprennent tardivement l'existence d'autres dispositifs (MDPH) ou acteurs (médecin-conseil, médecin du travail, assistante sociale, etc.) pouvant être utiles dans l'accompagnement et la prévention.

La formation médicale doit distinguer les actions dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue.

La proximité de la faculté de médecine de Brest peut permettre d'envisager, dans le cadre de la réforme des études médicales, l'introduction plus importante d'enseignements sur les connaissances en matière médico-légale. Il peut être aussi l'opportunité d'introduire d'enseignements en matière de santé au travail et notamment par rapport aux fonctions et aux missions de la médecine du travail.

Dans le cadre de la formation continue, il faudrait tenir compte de l'éloignement de certains médecins afin de ne pas rendre la formation inaccessible. Par ailleurs, la formation en direction des médecins déjà installés doit certes comporter une présentation des différentes ressources, dispositifs et acteurs incontournables en la matière, mais également une aide à la prise de contact. Cela peut prendre la forme des « parcours » types permettant de bien orienter l'assuré.

Nous retenons également de notre enquête l'importance de l'information des droites auprès des assurés. Ces derniers apprécient les rencontres organisées par le service social de la CARSAT pour connaître leurs droits. Simplement, ces rencontres doivent dans la mesure du possible s'inscrire au moment propice. En effet, pour certains assurés ces informations peuvent arriver trop tardivement. Par ailleurs, une telle démarche pose la question du « non-recours » car certains assurés sont informés et pour diverses raisons renoncent à participer. La CPAM dans le cadre des dispositifs par exemple de non-recours ou dans les fonctions du conciliateur peut être d'autres moyens de déploiement des actions.

Le dispositif déjà éprouvé par la CPAM PRADO peut également se prêter assez bien pour développer les actions sur les territoires prioritaires.

4 Les échanges avec l'Assurance maladie

Si les pratiques de contrôle de l'Assurance maladie ne sont pas bien vécues parfois tant des médecins que des assurés, pour autant les échanges avec l'institution sont valorisés quand ils « soutiennent » les médecins dans leurs pratiques et les assurés dans leur parcours.

Plusieurs médecins trouvent les échanges avec l'Assurance maladie compliqués. Ils ont très peu d'échanges avec les médecins-conseils et la plateforme que ne répond pas à leurs attentes. Ils privilégient pourtant les échanges confraternels notamment pour les questions qui relèvent du secret médical. Cependant, la plupart des médecins rencontrés, notamment ceux qui se trouvent plus isolés, apprécient les échanges avec les délégués de l'Assurance maladie à qui ils peuvent poser des questions, leur apportent un éclairage sur leur pratique. De leur côté les assurés et notamment ceux qui sont en arrêt longue durée, s'ils appréhendent les convocations des médecins-conseils, apprécient les réunions organisées par le service social de la CARSAT.

Ce qu'il ressort de ces remarques c'est la nette différenciation que les médecins et les assurés font entre la fonction d'information et d'ouverture des droits de l'assurance maladie avec celle du contrôle. C'est la raison pour laquelle, les recommandations qui suivent doivent s'inscrire dans cette perspective pour favoriser les échanges entre l'assurance maladie, les médecins et les assurés sociaux.

— Accompagnement et orientation des médecins dans les situations concernant notamment les arrêts longs à travers la mise en place des réseaux des médecins : médecins-conseils, médecins du travail ;

— Rendre l'assurance maladie plus accessible passe par une réflexion concertée sur la manière dont l'assurance maladie peut répondre de manière plus adaptée sur les thématiques liées au maintien dans l'emploi. Il existe de permanences téléphoniques dans les services du contrôle médical, il conviendrait de faire un bilan avant même de lancer une action ;

— Créer des espaces de concertation particulièrement avec les médecins les plus en retrait pour faciliter les échanges

5 La mise en place d'une évaluation des actions menées

L'ensemble de ces recommandations exige de penser en amont à une évaluation des actions qui seront mises en place. L'enjeu de l'évaluation n'est pas purement méthodologique, il se mesure par la crédibilité de celle-ci auprès des acteurs. La crédibilité ne résulte pas de la technique, mais de la légitimité que la démarche a pu créer. La démarche évaluative ne doit dans cette perspective se limiter à simplement fixer des objectifs et d'en mesurer l'écart. On sait que la mise en œuvre d'un projet, d'une action s'écarte des dispositifs prévus initialement quand elle rencontre des aléas. Ce genre de démarche suppose que les objectifs soient clairement définis, mesurables et partagés par l'ensemble des acteurs. Par conséquent, pour ne pas rester uniquement sur une démarche d'évaluation strictement à la mesure des impacts et des effets, il convient d'ouvrir la démarche d'évaluation à d'autres dimensions. Parmi celles-ci, on peut s'intéresser aux moyens mis en œuvre, souvent très disparates pour effectuer l'évaluation. Dans ce cas de figure, la question serait la suivante : « les choix et la mise en œuvre des moyens ont-ils permis d'atteindre les résultats escomptés ? » La question subsidiaire serait « Les moyens ont-ils été mis en œuvre conformément aux projets et aux objectifs initiaux ? ».

On recherche par-là à maximiser les moyens réellement mobilisés pour atteindre les objectifs et non simplement mesurer un écart. Pour notre part, nous adhérons à la démarche « d'évaluation pluraliste » que permet la reconnaissance des acteurs (Monnier 1992). L'auteur définit cette forme d'évaluation de la manière suivante : « Son point de départ est la reconnaissance d'une pluralité de systèmes de valeurs qui coexistent au sein de la société. Le programme est appréhendé comme un processus jamais achevé d'apprentissage collectif et de recherche pluraliste de solutions aux problèmes sociaux » (Monnier 1992, 106). Dans ce cas, on s'intéresse particulièrement aux informations minimales aux acteurs pour faire évoluer un système, pour comprendre son fonctionnement et produire des effets. « La première tâche de

l'évaluation est donc d'identifier les décideurs et les utilisateurs des résultats de l'analyse, la deuxième étant d'explicitier les systèmes de valeurs qui orienteront les objectifs de l'évaluation et de ses caractéristiques (méthode, critères). L'ensemble est donc conçu comme un système ouvert dans lequel l'évaluation se trouve intégrée, les objectifs de cette dernière évoluant eux aussi au fur et à mesure de son déroulement » (Monnier 1992, 106).

Il s'agit de recherche non pas le résultat le plus optimal, mais la solution la plus satisfaisante pour l'ensemble des acteurs.

Cette évaluation doit avoir comme mission principale :

- De comprendre les éventuels écarts aux objectifs dans un objectif d'amélioration ;
- D'élaborer des indicateurs pour pouvoir suivre la progression ;
- L'évaluation dans la mesure du possible doit être qualitative et quantitative ;
- La démarche d'évaluation doit être partagée et nécessite la participation des principaux acteurs ;
- L'élaboration d'indicateur de suivi doit se faire dans le cadre d'une concertation partagée notamment avec les acteurs de territoires concernés.
- Elle doit permettre d'introduire des ajustements et alimenter une réflexion partagée.
- Constituer un comité de suivi pluraliste pour englober les différents savoir-faire et dimensions de l'action en cours.

Bibliographie

- Adeline-Duflot, Florence. 2012. « Les facteurs décisionnels intervenants dans la prescription d'un arrêt de travail en médecine générale: une approche exploratoire par focus groupe ». Thèse d'exercice, France: UPEC. Faculté de médecine.
- Amossé, Thomas, Véronique Daubas-Letourneux, Fabienne Le Roy, Karine Meslin, et Katia Barragan. 2012. « Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP. (In)visibilités et inscriptions dans les trajectoires professionnelles ». Rapport de recherche 76. CEE.
- Anact, et Aract. 2015. « 10 questions sur l'absentéisme ».
- ANAES. 2004. « Arrêts maladie: état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques ». Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
- Andrea, Hélène. 2003. « Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 60: 295-300.
- Arrelöv, Britt. 2007. « [Health services can influence sick leave. Physicians feel that they should be more restrictive when it comes to sick listing] ». *Lakartidningen* 104 (39): 2788-91.
- Ayming, et Kantar TNS. 2018. « 10ème Baromètre de l'Absentéisme et de l'Engagement ».
- Barmby, Tim, et John Treble. 1991. « Absenteeism in a medium-sized manufacturing plant ». *Applied Economics* 23 (1): 161-66.
- Baszanger, Isabelle. 1981. « Socialisation professionnelle et contrôle social. La cas des étudiants en médecine futurs spécialistes ». *Revue française de sociologie* 22 (2).
- . 1986. « Les maladies chroniques et leur ordre négocié ». *Revue française de sociologie* 27 (1): 3-27.
- . 1991. « Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale. » *Sciences Sociales et Santé* 9 (2): 31-78.
- Bédague, Patricia, Daniel Peirone, Philippe Clappier, et Juliette Chatelot. 2017. « Les maladies à caractère professionnel. Résultats des Quinzaines 2016 en région Bretagne ».
- Bédague, Patricia, Léna Pennognon, et Marion Gaudel. 2014. « Tableau de bord Santé au travail en Bretagne ». Direccte Bretagne, Comité régional de prévention des risques professionnels,ORS Bretagne.
- Begue, Cyril, Antoine Delaborde, Jean-François Huez, Christine Tessier-Cazeneuve, Éric Mener, Yves Roquelaure, et Sandrine Hugé. 2016. « Troubles musculo-squelettiques: rôles des médecins-conseils et relations interprofessionnelles ». *Santé Publique* 28 (2): 197-206.
- Ben Halima, Mohamed Ali, Thierry Debrand, et Camille Regaert. 2011. « Comprendre les disparités des arrêts maladie selon les départements ». *Revue française d'économie* XXVI (4): 121-59.

- Berard, Jean Luc, Stéphane Oustric, et Stéphane Seiller. 2019. « Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Neuf constats, vingt propositions ».
- Betsch-Perros, Anne-Laure. 2010. « Problématique de la prescription des AT en médecine générale: revue de la littérature et élaboration d'un guide d'entretien collectif ». Thèse de médecine, Université Paris XII Créteil.
- Bloy, Géraldine. 2008a. « L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles ». *Sciences Sociales et Santé* 26 (1): 67-91.
- . 2008b. « Une médecine générale durablement dépréciée? Enquête sur une évidence ». In *Rapport annuel 2006-2007 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)*, La Documentation française, 137-74. Paris.
- Bloy, Géraldine, et Laurent Rigal. 2012. « Avec tact et mesure? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique ». *Sociologie du travail*, n° 4 (décembre): 433-56.
- Bloy, Géraldine, François-Xavier Schweyer, et Claudine Herzlich. 2010. *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*. Métiers Santé Social. Rennes: Presses de l'EHESP.
- Boltanski, Luc, et Laurent Thévenot. 1991. *De la justification: les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Bourbonnais, R, et A Vinet. 1989. « L'absence du travail comme indicateur de santé: signification, mesures et conditions d'utilisation ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 37 (2): 173-82.
- Bournot, Marie-Christine, Marie-Cécile Goupil, et François Tuffreau. 2008. « Les médecins généralistes: un réseau professionnel étendu et varié ». *Etudes et résultats, DREES*, n° 649 (août).
- Caisse primaire d'Assurance maladie du Finistère. 2017. « État des lieux au 16/07/2017 sur la déclaration du médecin traitant dans le Finistère pour les assurés du Régime Général ».
- Cazenave, Muriel. 2017. « Finistère: une activité économique étroitement liée à son environnement ». *Insee Analyses Bretagne*, n° 53 (mars).
- Champy, Florent. 2012. *La sociologie des professions*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Chaupain-Guillot, Sabine, et Olivier Guillot. 2009. « Les absences au travail en Europe ». *Travail et emploi*, n° 120: 17-31.
- Chevalier, Anne, et Marcel Goldberg. 1992. « L'absence au travail: indicateur social ou indicateur de santé? » *Sciences Sociales et Santé* 10 (3): 47-65.
- Conseil national de l'Ordre des médecins. 2017. « Atlas de la démographie médicale de France ». CNOM.
- Cour des comptes. 2012. « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie ».
- Dassa, Sami. 1992. « Absentéisme au travail: phénomène socio-professionnel en situation ou expression d'événements de santé diffus? » *Sciences Sociales et Santé* 10 (3): 67-73.
- Davis, Fred. 1960. « Uncertainty in medical prognosis clinical and functional ». *American Journal of Sociology* 66 (1): 41-47.

- Deguire, Suzanne, et Karen Messing. 1995. « L'étude de l'absence au travail a-t-elle un sexe? » *Recherches féministes* 8 (2): 9-30.
- Dejours, Christophe. 2015. *Travail, usure mentale: essai de psychopathologie du travail*. Paris: Bayard.
- Depersin, Claire. 2017. « Enquête régionale sur la prescription des arrêts de travail par les médecins généralistes ». Thèse d'exercice, Lille, France: Université du droit et de la santé.
- Déplaud, Marc-Olivier. 2015. *La hantise du nombre: une histoire des numerus clausus de médecine*. Paris: les Belles Lettres.
- Derbez, Benjamin, et Zoé Rollin. 2016. *Sociologie du cancer*. Paris, France: la Découverte.
- Divay, Sophie. 2010. « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'«absentéisme» dans un hôpital local ». *Sociétés contemporaines*, n° 77: 87-109.
- Dodier, Nicolas. 1982. *L'absentéisme en France: évolution statistique globale depuis 1945*. Paris: PUF.
- . 1983. « La maladie et le lieu de travail ». *Revue française de sociologie* 24 (2): 255-70.
- . 1991. « Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail ». *Sciences sociales et santé* 2 (9): 79-122.
- . 1993. *L'expertise médicale: essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Leçons de choses. Paris: Métailié.
- Dupont, Christophe. 1994. *La négociation: conduite, théorie, applications*. Paris, France: Dalloz.
- Durand-Moreau, Quentin, Jorge Muñoz, C. Briec, et Jean-Dominique Dewitte. 2017. « Souffrance au travail dans les structures médico-sociales associatives : regards croisés entre cliniques du travail sur un pan de l'économie sociale et solidaire ». *Psychologie Française*.
- Englund, Lars, et Kurt Svardsudd. 2000. « Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county ». *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 18 (81-86).
- Escofier, Brigitte, et Jérôme Pagès. 2016. *Analyses factorielles simples et multiples: cours et études de cas*. Paris: Dunod.
- Estryn-Behar, Madeleine, Émile Amar, et Dominique Choudat. 2013. « Les arrêts maladie ordinaire pendant la grossesse: une analyse à l'AP-HP de 2005 à 2008 montre leur importance majeure pour les métiers pénibles ». *Recherche en soins infirmiers*, n° 113: 51-60.
- Faure, Olivier. 1990. « Les logiques contradictoires de la gestion sociale de la maladie (1850-1940) ». *Sciences Sociales et Santé* 8 (1): 5-13.
- Fourré, Benjamin. 2006. « Critères décisionnels de prescription des arrêts de travail: une enquête transversale en médecine générale ». Thèse de médecine, Université Claude Bernard Lyon I.
- Fox, Renée C. 1988. *L'incertitude médicale*. Paris, France, Belgique: L'Harmattan.
- Freidson, Eliot. 1984. *La profession médicale*. Médecine et sociétés. Paris: Payot.
- Gautron, Virginie, et Jean-Noël Retière. 2014. « Le traitement pénal aujourd'hui: juger ou gérer? » *Droit et société* 3 (88): 579-90.

- Glaser, Barney G, et Anselm Leonard Strauss. 2010. *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*. Traduit par Kerralie Oeuvray et Marc-Henry Soulet. 1 vol. Collection Individu et société. Paris: A. Colin.
- Gollac, Michel, et Serge Volkoff. 2007. *Les conditions de travail*. Repères. Paris: La Découverte.
- Gottely, Jacqueline, et Annick Vilain. 1999. « Les perspectives démographiques dans les professions médicales ». *Dossiers solidarité et santé*. « Les médecins : Démographie et revenus », n° 1: 7-22.
- Grandsire, Alice. 2011. « Le médecin généraliste et son patient en arrêt de travail prolongé pour maladie: quels services et outils pour prévenir la désinsertion professionnelle dans le Calvados? » Thèse d'exercice, France: Université de Caen. UFR de médecine.
- Hardy-Dubernet, Anne-Chantal. 2003. « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence ». In *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, par Geneviève Cresson, Marcel Drulhe, et François-Xavier Schweyer, 75-87. Rennes: Editions de l'École nationale de la santé publique.
- . 2005. « Femmes en médecine: vers un nouveau partage des professions? » *Revue française des affaires sociales* 1 (1): 35-58.
- Hassenteufel, Patrick, et Frédéric Pierru. 2003. « De la crise de la représentation à la crise de la régulation de l'assurance maladie? » In *La crise des professions de santé*, par Jean de Kervasdoué, 77-120. Paris: Dunod.
- Haxaire, Claudie, Philippe Genest, et Philippe Bail. 2010. « Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique ». In *Singuliers généralistes*, 133-46. Presses de l'EHESP.
- Hirschman, Albert O. 1995. *Défection et prise de parole: théorie et applications*. L'Espace du politique. Paris: Fayard.
- Hughes, Everett. 1996. *Le Regard sociologique*. Recherches d'histoire et de sciences sociales. Paris: EHESS.
- Irdes. s. d. « Donnée de cadrage: les indemnités journalières ». Consulté le 31 mai 2018. <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndemniteJournalieres/IndemniteJournalieresComptesSante.htm>.
- Jeantet, Aurélie. 2018. *Les émotions au travail*. Paris, France: CNRS Éditions.
- Jutel, Annemarie. 2009. « Sociology of Diagnosis: A Preliminary Review ». *Sociology of Health & Illness* 31 (2): 278-99.
- Khiari, Samira. 2014. « Analyse des comportements des médecins généralistes face à la prescription d'arrêt de travail en cas d'incident critique portant sur l'indication ou la durée: étude compréhensive observatoire: volet quantitatif (Etude ATAC) ». Thèse d'exercice, France: UPEC. Faculté de médecine.
- Knecht, David, Thierry Bert, Camille Freppel, Paul Dolléans, et Carole Lépine. 2017. « Revue des dépenses. L'évolution des dépenses d'indemnités journalières ». Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales.
- Lapeyre, Nathalie, et Nathalie Le Feuvre. 2005. « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé ». *Revue française des affaires sociales* 1 (1): 59-81.

- Lecomte-Ménahès, Gabrielle. 2014. « Santé précaire et transformation de la médecine du travail ». *Travail et Emploi* 140 (4): 35-47.
- Malakoff Médéric, Comptoir MM de la nouvelle entreprise, et IFOP. 2018. « Les salariés face à l'arrêt de travail ».
- Masson, Philippe. 2011. « La prescription des médecins généralistes: conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie ». *Sociétés contemporaines* n° 83 (3): 33-57.
- Matou, Jérôme. 2017. « Les représentations des médecins généralistes vis à vis des médecins conseils dans la région Hauts-de-France ». Thèse d'exercice, Lille, France: Université du droit et de la santé.
- Mayo, Elton. 1945. *The social problems of an industrial civilization*. Édité par Harvard university. Graduate school of business administration. Division of research. Boston: Harvard University.
- Missègue, Nathalie. 2007. « Les arrêts de travail des séniors en emploi ». *Solidarité Santé*, n° 2: 1-23.
- Monneuse, Denis. 2015. « Une négociation qui ne dit pas son nom. La prescription des arrêts de travail par les médecins... et certains patients! » *Négociations*, n° 23: 151-67.
- Monnier, Éric. 1992. *Évaluations de l'action des pouvoirs publics*. Paris, France: Economica.
- Paicheler, Geneviève. 2001. « Carrières et pratiques de femmes médecins en France (1930-1980): portes ouvertes ou fermées? » In *Femmes et hommes dans le champ de la santé approches sociologiques*, par Pierre Aïach, Dominique Cèbe, Geneviève Cresson, et C. Philippe, 179-96. Rennes: Éd. de l'ENSP.
- Parsons, Talcott. 1955. *Éléments pour une sociologie de l'action*. Traduit par François Bourricaud. 1 vol. Recherches en sciences humaines 6. Paris: Plon.
- Pennognon, Léna. 2012. « Diagnostic Santé-Travail en Bretagne. Approche par zones d'emploi - régime général ». Direccte Bretagne, ORS Bretagne.
- Ramos, Elsa. 2015. *L'entretien compréhensif en sociologie: usages, pratiques, analyses*. Coursus. Paris: Armand Colin.
- Régnaud, Océane. 2012. « Les certificats de l'Assurance Maladie: de l'utilisation pratique à la rédaction des certificats: enquête auprès des internes de dernière année du diplôme d'étude spécialisées (DES) de médecine générale ». Thèse d'exercice, France: Université de Picardie.
- Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p). 2016. « Rapport d'activité ». Anses.
- Rey, Grégoire, Eric Jouglà, Anne Fouillet, et Denis Hémon. 2009. « Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 – 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death ». *BMC Public Health* 9 (janvier): 33.
- Rousseau, Thierry. 2012. *Absentéisme et conditions de travail: l'énigme de la présence*. Lyon: ANACT.
- Ruello, Noémie. 2014. « De l'arrêt de travail de longue durée vers la reprise du travail: difficultés et pratiques: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine ». Thèse d'exercice, France: Université européenne de Bretagne.

- Sarradon-Eck, Aline. 2010. « “Qui mieux que nous ?” Les ambivalences du “généraliste-pivot” du système de soins ». In *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*, par Géraldine Bloy, François-Xavier Schweyer, et Claudine Herzlich, 253-70. Rennes: Presses de l'EHESP.
- Schweyer, François-Xavier. 2010. « Activités et pratiques des médecins généralistes ». In *Singuliers généralistes*, 55-74. Presses de l'EHESP.
- Shiels, Christopher, et Mark Gabbay. 2006. « The Influence of GP and Patient Gender Interaction on the Duration of Certified Sickness Absence ». *Family Practice* 23 (2): 246-52.
- Sicart, Daniel. 2000. « Les médecins: estimations au 1er janvier 2000 ». Série Statistiques. Drees.
- Sifer-Rivière, Lynda. 2016. « Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes ». In *Les recherches qualitatives en santé*, par Joëlle Kivits, Frédéric Balard, Cécile Fournier, et Myriam Winance, 85-100. U. Malakoff: Armand Colin.
- Simon, Henri. 1978. « Les motivations de l'absentéisme ». *Sociologie du travail* 20 (3): 322-33.
- Soderberg, Elsy, et Kristina Alexanderson. 2003. « Sickness certification practices of physicians: a review of the literature ». *Scandinavian Journal of Public Health* 31: 460-74.
- Strauss, Anselm Leonard. 1992. *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Édité par Isabelle Baszanger. Logiques sociales. Paris: L'Harmattan.
- Thai, Line. 2009. « Analyse et recueil des données de l'étude pilote ATAC sur les arrêts de travail ». Thèse d'exercice, UPEC, France: Université Paris-Est Créteil Val de Marne.
- Thébaud-Mony, Annie, et France Lert. 1983. « Absentéisme et santé. Une revue critique de la littérature ». *Sciences Sociales et Santé* 1 (2): 7-24.
- Trépos, Jean-Yves, et Patrick Laure. 2010. « Les recommandations médicales en médecine générale: le travail de réception des normes professionnelles ». In *Singuliers généralistes*, 271-82. Presses de l'EHESP.
- Vandenbergh, Christian, Sabine Stordeur, et William d'Hoore. 2009. « Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers ». *Le travail humain* 72 (3): 209-28.

Table des tableaux

Tableau 1. Nombre et montant des indemnités journalières versées par caisse en 2017 en Bretagne (pour les arrêts maladie et AT-MP).....	11
Tableau 2. Nombre de patients ayant perçu des indemnités journalières selon la spécialité du médecin prescripteur en Bretagne en 2017.....	23
Tableau 3. Principe de l'étude des individus assurés.....	25
Tableau 4. Nombre d'arrêts de travail et d'assurés selon le département en Bretagne en 2017.....	34
Tableau 5. Proportions de médecins ayant prescrit des indemnités journalières à au moins dix patients en Bretagne en 2017.....	54
Tableau 6. Proportions de médecins ayant prescrit des indemnités journalières à au moins dix patients dans le Finistère en 2017.....	54
Tableau 7. Nombre d'IJ prescrites par les médecins en ayant prescrit à au moins 10 patients en 2017 en Bretagne.....	55
Tableau 8. Effectif de médecins spécialistes et part des prescripteurs d'arrêts de travail en Bretagne en 2017.....	55
Tableau 9. Effectif des médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier (MEP) et part des prescripteurs d'arrêts de travail en Bretagne en 2017.....	58
Tableau 10. Médianes des prescriptions d'IJ des médecins généralistes en 2017.....	60
Tableau 11. Trois classes de médecins prescripteurs dans le Finistère.....	64
Tableau 12. Entretiens semi-directifs avec les médecins généralistes.....	69
Tableau 13. Entretiens semi-directifs avec les médecins spécialistes.....	70
Tableau 14. Entretiens semi-directifs avec les assurés.....	73
Tableau 15. Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale.....	108
Tableau 16. Coefficients de corrélation entre l'indice de défavorisation et les quatre variables d'origine.....	147
Tableau 17. Libellés des secteurs d'activité.....	148
Tableau 18. Analyse de la durée selon l'âge.....	153
Tableau 19. Analyse de la durée selon le risque.....	153
Tableau 20. Analyse de la durée selon le sexe.....	154
Tableau 21. Analyse de la durée selon l'indice de défavorisation.....	154
Tableau 22. Analyse de la durée selon le département.....	155
Tableau 23. Analyse du nombre de jours indemnisés prescrits par patient selon l'âge et le sexe du médecin.....	156
Tableau 24. Analyse du nombre de jours indemnisés prescrits par patient selon l'âge et le département d'exercice du médecin.....	156
Tableau 25. Analyse du nombre de jours indemnisés prescrits par patient selon l'âge et l'indice de défavorisation du médecin.....	156

Table des figures

Figure 1. Pyramide des âges des médecins généralistes en Bretagne en 2017.....	52
Figure 2. Pyramide des âges des médecins spécialistes en Bretagne en 2017.....	53
Figure 3. Les expériences de prescriptions des assurés.....	102
Figure 4. Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux du Finistère en 2017.....	152
Figure 5. Pyramide des âges des médecins spécialistes libéraux du Finistère en 2017.....	152

Table des graphiques

Graphique 1. Évolution du nombre de journées et du montant indemnisés (2009-2017).....	9
Graphique 2. Part de chaque « risque » parmi les arrêts maladies en 2016.....	12
Graphique 3. Répartition des arrêts de travail selon le « risque » en Bretagne en 2017.....	28
Graphique 4. Répartition du nombre d'arrêts maladie selon leur durée en Bretagne en 2017.....	29
Graphique 5. Répartition du nombre d'arrêts de travail pour « risque professionnel » selon leur durée en Bretagne en 2017.....	29
Graphique 6. Répartition du nombre d'arrêts maladie selon le sexe de l'assuré en Bretagne en 2017.....	30
Graphique 7. Répartition du nombre d'arrêts de travail « professionnels » selon le sexe de l'assuré en Bretagne en 2017.....	30
Graphique 8. Age médian des assurés bretons selon le type de « risque » en 2017.....	30
Graphique 9. Répartition du nombre d'arrêts de travail selon l'âge de l'assuré en Bretagne en 2017.....	31
Graphique 10. Durée moyenne de l'arrêt de travail selon l'âge de l'assuré en Bretagne en 2017.....	31
Graphique 11. Nombre d'arrêts maladie selon le secteur d'activité en Bretagne en 2017.....	32
Graphique 12. Nombre d'arrêts de travail d'origine professionnelle selon le secteur d'activité en Bretagne en 2017.....	32
Graphique 13. Durée moyenne de l'arrêt de travail selon le secteur d'activité en Bretagne en 2017.....	33
Graphique 14. Répartition du nombre d'arrêts en Bretagne en 2017.....	34
Graphique 15. Répartition du nombre d'assurés susceptibles de percevoir des indemnités journalières en Bretagne en 2017.....	34
Graphique 16. Répartition des arrêts maladie par secteur d'activité en Bretagne en 2017.....	35
Graphique 17. Répartition des arrêts de travail d'origine professionnelle en Bretagne en 2017.....	35
Graphique 18. Répartition du nombre et des dépenses d'arrêts de travail selon leur durée en Bretagne en 2017.....	38
Graphique 19. Répartition des arrêts de travail d'origine professionnelle selon le type de risque en Bretagne en 2017.....	38
Graphique 20. Répartition du nombre d'arrêts de travail d'origine professionnelle selon le sexe des assurés en Bretagne en 2017.....	38
Graphique 21. Durée moyenne des arrêts par sexe et par risque en Bretagne en 2017.....	39
Graphique 22. Durée moyenne et médiane des arrêts de travail en Bretagne en 2017.....	39
Graphique 23. Durée moyenne des arrêts de travail selon le type de risque en Bretagne en 2017.....	40
Graphique 24. Durée moyenne de l'arrêt de travail d'origine professionnelle selon le sexe et le département de l'assuré en 2017.....	40
Graphique 25. Nombre d'accidents du travail avec arrêt et indices de fréquence en Bretagne de 2014 à 2016.....	41

Graphique 26. Nombre de maladies professionnelles et indices de fréquence en Bretagne de 2014 à 2016.....	42
Graphique 27. Répartition des arrêts par pathologie selon le risque.....	44
Graphique 28. Répartition des arrêts « maladie » de plus de 6 mois selon la pathologie.....	44
Graphique 29. Répartition des arrêts pour « risque professionnel » de plus de 6 mois selon la pathologie.....	45
Graphique 30. Durée moyenne des arrêts maladie de plus de 6 mois terminés en 2017 selon les pathologies les plus fréquentes.....	45
Graphique 31. Durée médiane des arrêts maladie de plus de 6 mois terminés en 2017 selon les pathologies les plus fréquentes.....	46
Graphique 32. Durée moyenne des arrêts de travail de plus de 6 mois terminés en 2017 selon les pathologies d'origine professionnelle les plus fréquentes.....	46
Graphique 33. Durée médiane des arrêts de travail de plus de 6 mois terminés en 2017 selon les pathologies d'origine professionnelle les plus fréquentes.....	46
Graphique 34. Trois classes d'assurés en arrêt de travail dans le Finistère.....	47
Graphique 35. Répartition des dépenses d'indemnités journalières par catégorie de prescripteur en Bretagne en 2017.....	49
Graphique 36. Répartition des médecins généralistes et spécialistes libéraux par département en Bretagne en 2017.....	50
Graphique 37. Densité des médecins libéraux exerçant en Bretagne au 31 décembre 2017 (pour 10 000 habitants).....	50
Graphique 38. Part de médecins de plus de 55 ans chez les généralistes et spécialistes bretons en 2017.....	52
Graphique 39. Proportion de médecins prescripteurs selon leur spécialité.....	57
Graphique 40. Médiane par département et par classe d'âge du médecin généraliste du nombre d'IJ prescrites par patient susceptible d'en percevoir en Bretagne en 2017.....	59
Graphique 41. Médiane par sexe et par département du médecin, du nombre d'IJ prescrites par patient susceptible d'en percevoir en Bretagne en 2017.....	60
Graphique 42. Part de patient ayant perçu des indemnités journalières en Bretagne en 2017.....	61
Graphique 43. Médiane par département du nombre d'IJ par patient susceptible d'en percevoir en Bretagne en 2017.....	61
Graphique 44. Médiane du nombre d'indemnités journalières par patient susceptible d'en percevoir selon l'indice de défavorisation de la commune d'exercice du médecin généraliste en 2017.....	63
Graphique 45. Répartition des médecins généralistes selon l'indice de défavorisation de leur commune d'exercice.....	63
Graphique 46. Nombre de jours de prescription selon le rang de l'arrêt maladie en 2017 en Bretagne.....	106
Graphique 47. Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1000 salariés du régime général en 2012 et taux de variation entre 2008 et 2012 (%). .	148
Graphique 48. Indice de fréquence des maladies professionnelles (hors compte spécial) pour 1 000 salariés du régime général en 2012 et taux de variation entre 2008 et 2012 (%).	148

Table des cartes

Carte 1. Poids des dépenses d'IJ dans le total des dépenses de soins exécutés en ville en 2017 en France métropolitaine.....	10
Carte 2. Nombre d'IJ versées par assuré de 15 à 64 ans en 2017 en France métropolitaine (hors maternité).....	11
Carte 3. Part d'assurés du régime général ayant perçu des indemnités journalières parmi ceux susceptible d'en recevoir en 2017 en Bretagne.....	36
Carte 4. Indices de défavorisation des communes bretonnes en 2013.....	37
Carte 5. Nombre d'indemnités journalières versées par assuré en ayant reçues en 2017 en Bretagne.....	43
Carte 6. Nombre d'indemnités journalières versées pour le risque « professionnel » par assuré en ayant reçues en 2017 en Bretagne.....	43
Carte 7. Densité de médecins généralistes libéraux en Bretagne en 2017 par bassin de vie.....	51
Carte 8. Médiane par bassin de vie du nombre d'IJ prescrites (par patient susceptible d'en percevoir) par médecin généraliste en Bretagne en 2017.....	62
Carte 9. Part de patients du régime général ayant perçu des indemnités journalières pour un arrêt maladie parmi ceux susceptible d'en recevoir en 2017 en Bretagne.....	149
Carte 10. Part de patients du régime général ayant perçu des indemnités journalières pour un arrêt de travail d'origine professionnelle parmi ceux susceptible d'en recevoir en 2017 en Bretagne.....	149
Carte 11. Nombre d'indemnités journalières versées pour le risque maladie par assuré en ayant reçues en 2017 en Bretagne.....	150

Annexe 1. Calcul de l'indice de défavorisation

Objectif : Calculer un indice de défavorisation au niveau communal à partir de données socio-économiques issues du recensement de 2013

Champ : Communes de France métropolitaine (données manquantes pour les DOM), découpage au 01/01/2015

Méthode : L'indice de défavorisation (FDEP13) est défini comme l'opposé⁵² de la première composante d'une analyse en composantes principales sur les quatre variables centrées et réduites suivantes (2013) :

- revenu fiscal médian par unité de consommation (rev_meduc)
- part des diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée (tx_bac)
- part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans (tx_ouvr)
- part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans (tx_chom)

Les revenus médians n'étant pas diffusés pour les communes de moins de 50 ménages, le revenu médian du canton auquel appartient la commune lui a été affecté (N=3 658). La même méthode a été utilisée pour la part des ouvriers (N=58) et le taux de chômage (N=2).

L'ACP a été pondérée sur le nombre d'habitants de la commune en 2013 pour être représentatif de la population et non de la commune. Les 6 communes sans aucun habitant ont été exclues.

Résultats : L'indice est donc disponible pour les 36 565 communes de France métropolitaine. Il représente 68,5 % de l'inertie totale et est très corrélé aux variables d'origine :

Tableau 16. Coefficients de corrélation entre l'indice de défavorisation et les quatre variables d'origine

	rev_med uc	tx _bac	tx_c hom	tx_o uvr
F DEP13	-0.71	0.80	—	0.52
				0.77

52 Afin d'avoir un score de défavorisation

Annexe 2. Libellés des secteurs d'activité recodés

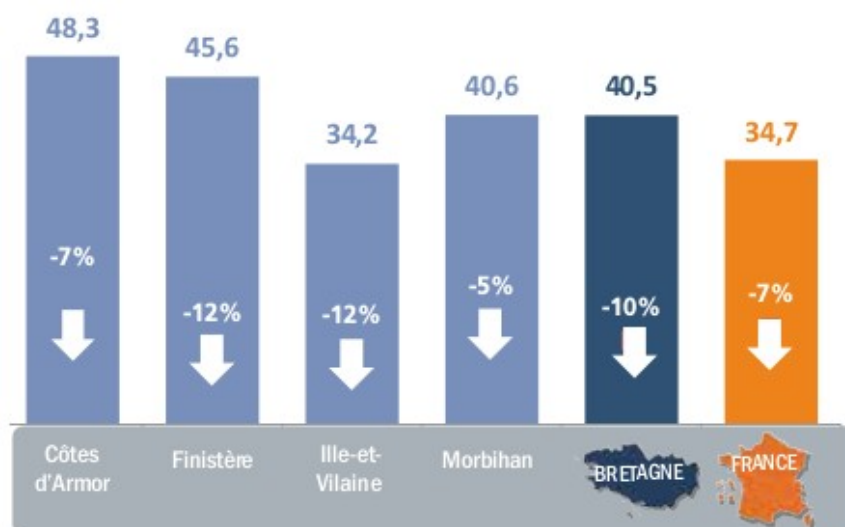
Tableau 17. Libellés des secteurs d'activité

Section NAF	Libellé des sections NAF	Recodage	Libellé des activités recodées
A	Agriculture, sylviculture et pêche	3	Industrie, production
B	Industries extractives	3	Industrie, production
C	Industrie manufacturière	3	Industrie, production
D	Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	3	Industrie, production
E	Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution	3	Industrie, production
F	Construction	5	Construction, transport
G	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	4	Distribution, restauration
H	Transports et entreposage	5	Construction, transport
I	Hébergement et restauration	4	Distribution, restauration
J	Information et communication	9	Information, communication, spectacle
K	Activités financières et d'assurance	7	Finance, assurance, immobilier
L	Activités immobilières	7	Finance, assurance, immobilier
M	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	8	Enseignement, activité scientifique
N	Activités de services administratifs et de soutien	6	Administratif
O	Administration publique	6	Administratif
P	Enseignement	8	Enseignement, activité scientifique
Q	Santé humaine et action sociale	1	Santé humaine, action sociale
R	Arts, spectacles et activités récréatives	9	Information, communication, spectacle
S	Autres activités de services	6	Administratif
		2	Non connu (hors région) ou multi-employeur

Note : Code NAF, révision 2, 2008 – Niveau 1 – Liste des sections

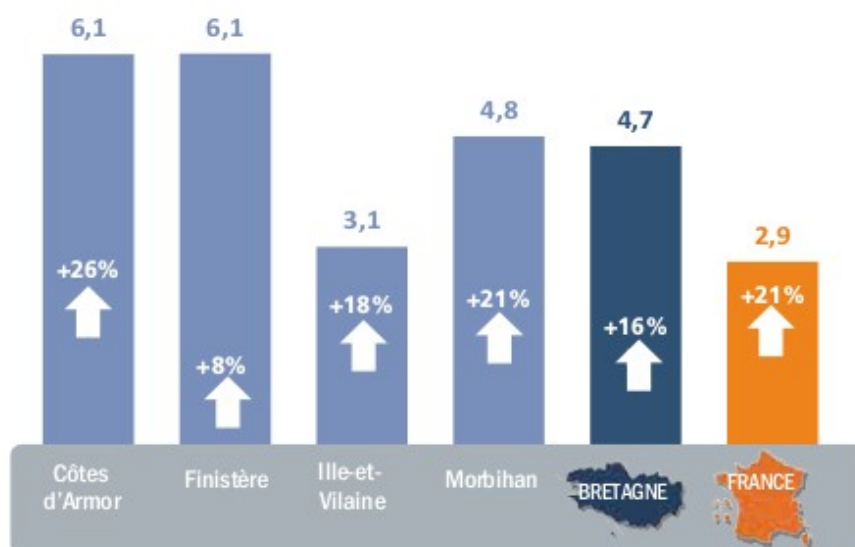
Annexe 3. Indices de fréquence des AT-MP en Bretagne en 2012

Graphique 47. Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1000 salariés du régime général en 2012 et taux de variation entre 2008 et 2012 (%)



Source : Carsat Bretagne, exploitation ORS Bretagne (Bédague et al, 2014, p. 9)

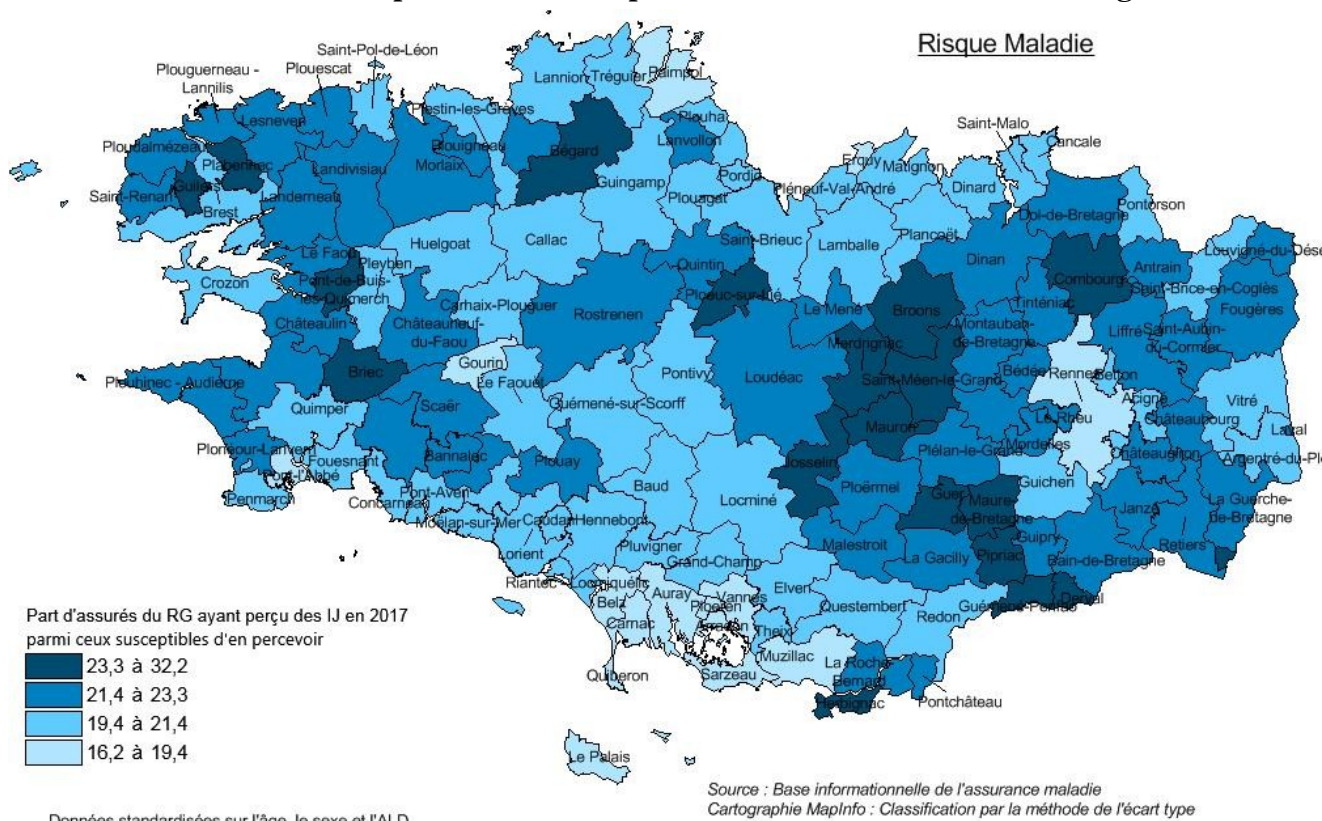
Graphique 48. Indice de fréquence des maladies professionnelles (hors compte spécial) pour 1 000 salariés du régime général en 2012 et taux de variation entre 2008 et 2012 (%)



Source : Carsat Bretagne, exploitation ORS Bretagne (Bédague et al, 2014, p. 22)

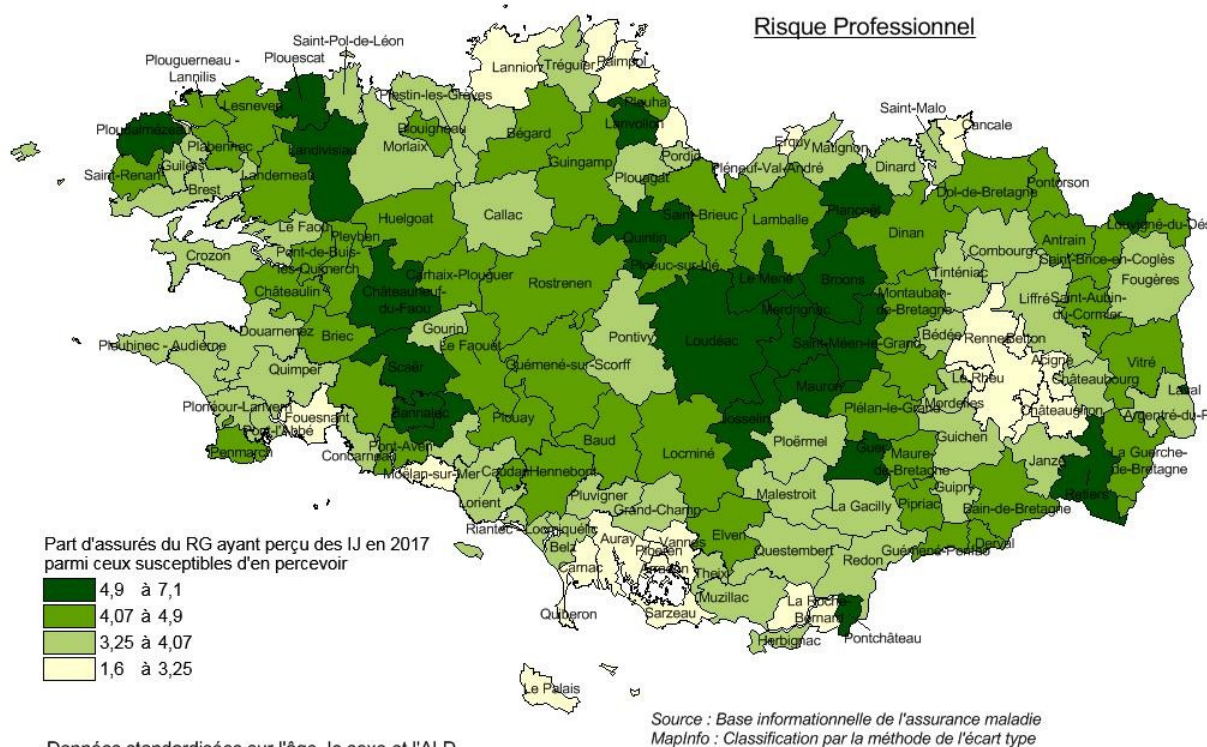
Annexe 4. Cartes sur les indemnités journalières

Carte 9. Part de patients du régime général ayant perçu des indemnités journalières pour un arrêt maladie parmi ceux susceptible d'en recevoir en 2017 en Bretagne



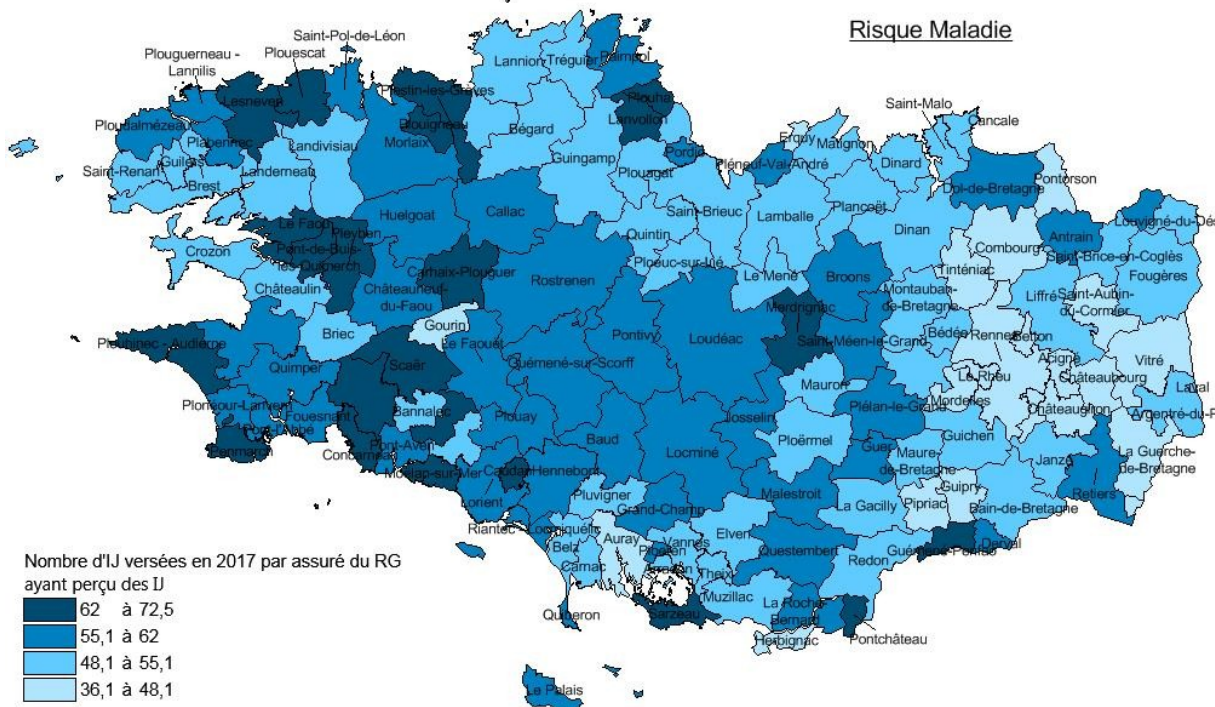
Données standardisées sur l'âge, le sexe et l'ALD

Carte 10. Part de patients du régime général ayant perçu des indemnités journalières pour un arrêt de travail d'origine professionnelle parmi ceux susceptible d'en recevoir en 2017 en Bretagne



Données standardisées sur l'âge, le sexe et l'ALD

Carte 11. Nombre d'indemnités journalières versées pour le risque maladie par assuré en ayant reçues en 2017 en Bretagne



Données standardisées sur l'âge, le sexe et l'ALD

Source : Base informationnelle de l'assurance maladie
Cartographie MapInfo : Classification par la méthode de l'écart type

Annexe 5. Pyramides des âges des médecins finistériens

Figure 4. Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux du Finistère en 2017

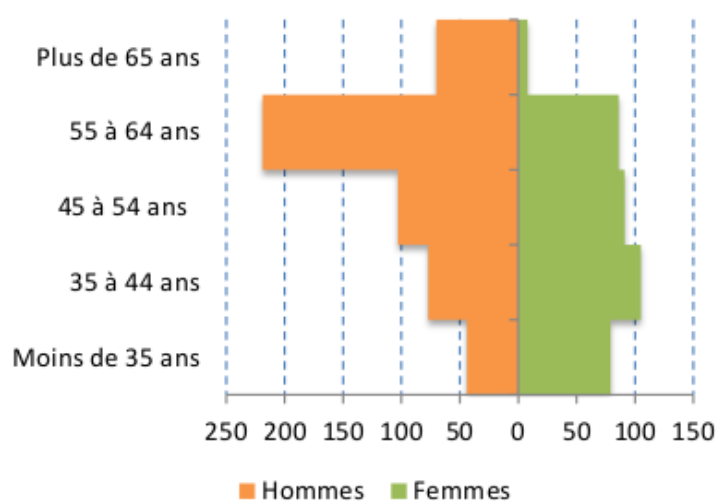
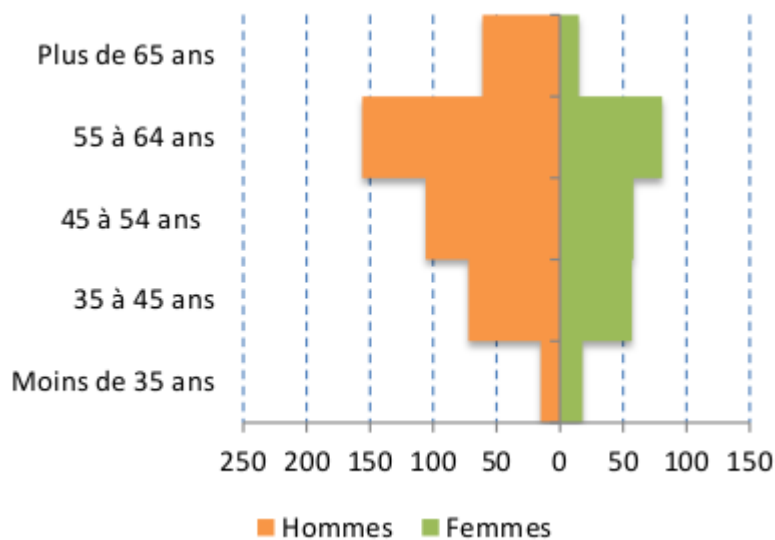


Figure 5. Pyramide des âges des médecins spécialistes libéraux du Finistère en 2017



Annexe 6. Tests statistiques

Des analyses de variances à un et deux facteurs ont été réalisées dans le but de tester les différences significatives entre les moyennes des groupes. L'hypothèse nulle H0 postule qu'il n'y a pas de différence entre les moyennes et l'hypothèse H1 postule qu'il existe une différence entre les moyennes.

Base assurés

Tableau 18. Analyse de la durée selon l'âge

Analysis of Variance Table

Response: duree

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
Classe_age	3	62569362	20856454	1750.4	< 2.2e-16 ***
Residuals	337307	4019058135	11915		

Classe_5_Age		moins30j	1a6mois	6a1an	plus1an	Total
1	Count	26618	5729	224.0	66.00	32637
	% within row	81.6 %	17.6 %	0.7 %	0.2 %	100.0 %
2	Count	65339	20187	1347.0	652.00	87525
	% within row	74.7 %	23.1 %	1.5 %	0.7 %	100.0 %
3	Count	64757	17368	1995.0	1580.00	85700
	% within row	75.6 %	20.3 %	2.3 %	1.8 %	100.0 %
4	Count	60522	17157	2858.0	2720.00	83257
	% within row	72.7 %	20.6 %	3.4 %	3.3 %	100.0 %
5	Count	32367	10920	2234.0	2671.00	48192
	% within row	67.2 %	22.7 %	4.6 %	5.5 %	100.0 %
Total	Count	249603	71361	8658.0	7689.00	337311
1	% within row	74.0 %	21.2 %	2.6 %	2.3 %	100.0 %
	Count	26618	5729	224.0	66.00	32637
	% within row	81.6 %	17.6 %	0.7 %	0.2 %	100.0 %

Tableau 19. Analyse de la durée selon le risque

Analysis of Variance Table

Response: duree

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
Risque	1	17524360	17524360	1454.5	< 2.2e-16 ***
Residuals	337309	4064103137	12049		

Risque						
Maladie		moins30j	1a6mois	6a1an	plus1an	Total
	Count	217320	58968	6689	5906	288883
Pro	% within row	75.2 %	20.4 %	2.3 %	2.0 %	100.0 %
	Count	32283	12393	1969	1783	48428
Total	% within row	66.7 %	25.6 %	4.1 %	3.7 %	100.0 %
	Count	249603	71361	8658	7689	337311
	% within row	74.0 %	21.2 %	2.6 %	2.3 %	100.0 %

Tableau 20. Analyse de la durée selon le sexe

Analysis of Variance Table

Response: duree

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
SEXE	1	443041	443041	36.617	1.439e-09 ***
Residuals	337309	4081184456	12099		

SEXE						
Femme	Count	moins30j	1a6mois	6a1an	plus1an	Total
	% within row	132337	40368	4574	4211	181490
Homme	Count	72.9 %	22.2 %	2.5 %	2.3 %	100.0 %
	% within row	117266	30993	4084	3478	155821
Total	Count	75.3 %	19.9 %	2.6 %	2.2 %	100.0 %
	% within row	249603	71361	8658	7689	337311

Tableau 21. Analyse de la durée selon l'indice de défavorisation

Analysis of Variance Table

Response: duree

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
QUINTILE_POP	5	1693927	338785	28.009	< 2.2e-16 ***
Residuals	337305	4079933570	12096		

Indice de défavorisation		moins30j	1a6mois	6a1an	plus1an	Total
1	Count	24457	6467.0	737.00	604.00	32265
	% within row	75.8 %	20.0 %	2.3 %	1.9 %	100.0 %
2	Count	68881	18743.0	2180.00	1976.00	91780
	% within row	75.1 %	20.4 %	2.4 %	2.2 %	100.0 %
3	Count	66199	18984.0	2214.00	2116.00	89513
	% within row	74.0 %	21.2 %	2.5 %	2.4 %	100.0 %
4	Count	66179	19917.0	2609.00	2205.00	90910
	% within row	72.8 %	21.9 %	2.9 %	2.4 %	100.0 %
5	Count	21343	6439.0	821.00	694.00	29297
	% within row	72.9 %	22.0 %	2.8 %	2.4 %	100.0 %
?	Count	2544	811.0	97.00	94.00	3546
	% within row	71.7 %	22.9 %	2.7 %	2.7 %	100.0 %
Total	Count	249603	71361.0	8658.00	7689.00	337311
	% within row	74.0 %	21.2 %	2.6 %	2.3 %	100.0 %

Tableau 22. Analyse de la durée selon le département

Analysis of Variance Table

Response: duree

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
dpt	1	289288	289288	23.909	1.011e-06 ***
Residuals	337309	4081338209	12100		

Département		Moins 30 jours	1 à 6mois	6 à 1an	plus1an	Total
22	Count	41223	12628	1456	1176	56483
	% within row	73.0 %	22.4 %	2.6 %	2.1 %	100.0 %
29	Count	66905	19477	2500	2527	91409
	% within row	73.2 %	21.3 %	2.7 %	2.8 %	100.0 %
35	Count	90332	23500	2618	2157	118607
	% within row	76.2 %	19.8 %	2.2 %	1.8 %	100.0 %
56	Count	51143	15756	2084	1829	70812

	% within row	72.2 %	22.3 %	2.9 %	2.6 %	100.0 %
Total	Count	249603	71361	8658	7689	337311
dpt	% within row	moins30j	1a6mois	6a1an	plus1an	Total

Base médecins

Tableau 23. Analyse du nombre de jours indemnisés prescrits par patient selon l'âge et le sexe du médecin

Contingency Tables

SEXE_PS	CLASSE_AGE					Total
	1-Moins35	2-35a45	3-45a54	4-55a64	5-Plus65	
F	224	332	282	257	14	1109
H	105	219	342	712	209	1587
Total	329	551	624	969	223	2696



ANOVA - STD_NBIJ

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2
SEXE_PS	2.097	1	2.097	0.221	0.638	0.000
CLASSE_AGE	1174.963	4	293.741	30.992	< .001	0.044
SEXE_PS * CLASSE_AGE	58.211	4	14.553	1.535	0.189	0.002
Residual	25457.897	2686	9.478			

Note. Type III Sum of Squares



Tableau 24. Analyse du nombre de jours indemnisés prescrits par patient selon l'âge et le département d'exercice du médecin

ANOVA - STD_NBIJ

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2
CLASSE_AGE	1173.83	4	293.458	33.352	< .001	0.045
dpt	1560.84	3	520.280	59.131	< .001	0.059
CLASSE_AGE * dpt	85.68	12	7.140	0.812	0.639	0.003
Residual	23545.35	2676	8.799			

Note. Type III Sum of Squares



Tableau 25. Analyse du nombre de jours indemnisés prescrits par patient selon l'âge et l'indice de défavorisation du médecin

Contingency Tables

CLASSE_AGE	QUINTILE_POP					Total
	def 1	def 2	def 3	def 4	def 5	
1-Moins35	33	90	88	91	27	329
2-35a45	74	171	170	116	20	551
3-45a54	74	194	169	139	48	624
4-55a64	89	269	262	274	75	969
5-Plus65	10	59	70	60	24	223
Total	280	783	759	680	194	2696

ANOVA - STD_NBIJ

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2
QUINTILE_POP	919.8	4	229.952	25.387	< .001	0.035
CLASSE_AGE	924.0	4	230.997	25.503	< .001	0.035
QUINTILE_POP * CLASSE_AGE	174.8	16	10.923	1.206	0.255	0.007
Residual	24193.1	2671	9.058			

Annexe 7. Décision CNIL

Date : 07/08/2018

Décision

ArFi : Etude sur les arrêts de travail en Finistère

Le Directeur Général de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Finistère,

Vu le règlement général relatif à la protection des données 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) ;

Vu la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée ;

VU les avis de la CNIL en date du 22 avril 1988 (délibération n°88-31) et suivants relatifs au Système Informationnel de l'Assurance Maladie (SIAM) ;

Vu l'article L1460-1 et suivants du code de la santé publique relatif au Système National des Données de Santé (SNDS), ainsi que les articles 161-28 et suivants du code de la sécurité sociale relatifs à la maîtrise de l'évolution des dépenses ;

VU les L211-2-1, L221-1 du Code de la Sécurité Sociale relatifs à la gestion du risque ;

Vu l'ordonnance N°2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives (...) et le Référentiel Général de Sécurité.

DECIDE

Article 1 Finalité

La CPAM du Finistère est confrontée à un niveau d'arrêts de travail plus élevé que d'autres départements et régions, que les actions entreprises ne parviennent pas à réduire de façon suffisamment significative. Afin de cerner les mécanismes en place dans le processus aboutissant à l'arrêt de travail (tissu économique, place des prescripteurs, attitude et parcours des assurés,...), la CPAM a conduit un contrat de recherche en sociologie avec l'Université de Bretagne Occidentale.

Cette étude comporte une analyse documentaire des publications sur le sujet, précédemment produites par l'assurance maladie ou d'autres auteurs.

Selon les facteurs identifiés dans ce corpus documentaire, la vérification des hypothèses envisagées est réalisée par la statisticienne de la CPAM affectée à l'étude ; les données statistiques sont communiquées au laboratoire de sociologie, afin de déterminer les pistes d'investigations complémentaires.

Ensuite, des entretiens sont menés directement par le laboratoire de sociologie sur trois types de publics, afin d'affiner la compréhension des phénomènes en jeu.

Les médecins conseil (N=2)

Personnels de l'assurance maladie, les médecins conseils sont sollicités pour apporter leur éclairage, selon leur pratique des échanges confraternels, sur la pratique de la prescription d'arrêt de travail.

Les médecins libéraux (N=17)

Les médecins libéraux généralistes (N=12) et spécialistes (N=5) sont sollicités par courrier conjoint du LABERS et de la CPAM puis par téléphone par les sociologues. Les coordonnées postales publiques du cabinet des médecins sollicités sont confiées par l'assurance maladie à l'UBO. Les sociologues recueillent au moment de l'entretien le consentement daté et signé des médecins participants à l'étude.

Les assurés (N=12)

Les assurés sont sollicités par téléphone par une sociologue de l'UBO. Le service médical se charge en amont d'exclure les assurés atteints de certaines affections de longue durée. Les patients sous tutelle sont également exclus de l'étude.

Les coordonnées téléphoniques des assurés sont transmises à l'UBO. Un avenant relatif à la confidentialité et à la destruction des données transmises à l'UBO est signé. Les assurés qui accepteront lors de l'entretien téléphonique de participer à l'étude donneront expressément leur accord lors de l'entretien, afin de garantir leur consentement.

A partir d'une analyse bibliographique, des échanges avec les médecins du travail et d'une liste de thèmes identifiés grâce à l'analyse statistique, les entretiens visent à comprendre comment les situations aboutissent ou non à un arrêt de travail.

Article 2 Personnes concernées

Les personnes concernées sont :

- Les assurés de la CPAM ainsi que les médecins prescripteurs, s'agissant des études statistiques menées sur le Système d'Information de l'Assurance Maladie,
- Les assurés et médecins sollicités par la CPAM et éventuellement interviewés par l'équipe de recherche de l'UBO, ainsi que les médecins conseils de l'assurance maladie.
- Les personnels de la CPAM chargés des études statistiques, titulaires des habilitations nécessaires à l'accès aux bases de données utilisées :
 - SIAM (Système Informationnel de l'Assurance Maladie), autorisation conjointe Directeur/Médecin Chef, sur un périmètre local et régional ;
 - SNDS (Système National des Données de Santé), habilitations selon profils réservés au personnel CPAM.
- Les personnels du laboratoire de recherche de l'UBO (LABERS), placés sous la responsabilité du Maître de recherche.

Article 3 Données concernées

Les données sont détaillées ci-après :

Pour les études conduites en interne à la CPAM

- Une base « médecins prescripteurs » : Nom, Prénom, Adresse postale, spécialité, Structure de la patientèle (âge, sexe, ALD), caractéristique du médecin (genre, âge), Nombre de jours d'arrêts indemnisés prescrits, Part des patients en arrêt de travail, Nature d'assurance des arrêts prescrits (Risque maladie ou professionnel),...
Source : SIAM - Indemnités journalières versées en 2017 et prescrites par les médecins exerçant en 2017
- Une base « Assurés » : Nom, Prénom, adresse postale, tranche d'âge, Nombre d'arrêt de travail, Nombre moyen de jours indemnisés, risque concerné, prescripteur(s) et spécialités(s), secteur d'activité de l'employeur
Source : SIAM – arrêts se terminant en 2017 (les arrêts commençant en 2017 et avant sont pris en compte)

Pour les entretiens conduits par le Labers

Identité, consentement signé et réponses fournies lors des entretiens (enregistrement, transcription, analyse lexicographique,...) ;
De façon facultative, coordonnées de contact pour communication des résultats.

Article 4 Modalités pratiques et sécurité

Sécurité des organisations

La CPAM du Finistère applique la politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI) établie par la CNAM.

L'Université de Bretagne Occidentale met en œuvre la sécurité définie par ses organismes de tutelle et la réglementation en matière de recherche.

En tant que sous-traitant, le Labers s'engage à utiliser les dispositifs de chiffrement en vigueur à l'Université de Bretagne Occidentale.

Sécurité des transmissions

Les échanges de données sont réalisés selon les dispositifs de transmission sécurisée fournis par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Serveur PETRA avec mot de passe).

Article 5 Destinataire des données

Les données statistiques agrégées issues des traitements réalisés par la CPAM sont adressés à l'équipe recherche de l'Université de Bretagne Occidentale.

L'ensemble des publications est réalisé selon les règles du secret statistique et ne fait pas apparaître de données identifiantes.

Article 6 **Durée de conservation**

Les données utilisées dans le cadre de l'étude sont conservées par la CPAM pour une durée permettant de finaliser les études : elles sont anonymisées à l'issue de la production des données consolidées.

Les coordonnées téléphoniques des assurés sont détruites par l'UBO après l'appel téléphonique pour les personnes ne souhaitant pas contribuer à l'étude

Les données recueillies par l'UBO à l'occasion des entretiens individuels (coordonnées, enregistrement, retranscription ;...), sont conservés pendant une durée d'un an.

Article 7 **Droit d'opposition – Recueil du consentement**

Le droit d'opposition n'est pas applicable aux investigations opérées par les services de la CPAM, dans les conditions réglementaires relatives à SIAM et au SNDS.

Par contre, la participation à la recherche par la réponse aux entretiens est facultative.

Un consentement express à participer à l'étude est demandé lors de l'entretien, par le personnel de l'UBO affecté à cette recherche ; ce document est conservé par l'UBO exclusivement à des fins de traçabilité.

Article 8 **Droit d'accès et de rectification**

Les droits d'accès et de rectification conférés par la loi dite Informatique et Libertés s'exercent par écrit auprès du Directeur ou du Délégué à la protection des données de la CPAM, sur justification de l'identité.

Les mêmes droits s'exercent sur les données détenues par l'UBO, auprès du responsable de la recherche ou du Délégué à la protection des données.

Article 9 **Droit à l'information**

Les personnes concernées sont informées par affichage dans les locaux d'accueil du public ainsi que sur le site internet de la CPAM ameli (Finistère).

Les assurés sollicités sont informés par téléphone, lors de l'invitation à participer, de leur droit d'opposition et du caractère facultatif de leur participation. Le recueil de leur consentement est formalisé par l'UBO au moment de l'entretien.

De même, les entretiens envisagés avec les médecins sont soumis à leur entière adhésion. Par ailleurs, la Commission Paritaire professionnelle concernée a été informée des finalités de cette étude.

La présente décision figure au registre des traitements de l'organisme et peut être transmise sur demande.

Brest, le 07 aout 2018

Le Directeur Général de la CPAM du Finistère

Joël Quiniou

Annexe 8. Courrier adressé aux médecins



Université
de Bretagne
Occidentale

Brest, le 26 juin 2018

Docteur,

L'université de Brest et plus spécifiquement le Laboratoire d'Études et de Recherches en Sociologie (Labers, EA 3149) mène une étude sur les arrêts de travail dans le Finistère. L'équipe de chercheurs est composée de sociologues spécialistes de la santé au travail et de la médecine et d'un professeur de médecine du travail. Cette étude est soutenue financièrement par l'Assurance maladie.

Parmi les objectifs du projet de recherche portant sur les arrêts de travail dans le Finistère, nous avons arrêté le principe de réaliser des entretiens avec les médecins généralistes. Il s'agit non seulement de cerner le type de patientèle prise en charge (types de pathologie, contexte géographique spécifique...) mais aussi de comprendre comment sont abordées les questions liées à l'arrêt maladie dans les pratiques de travail.

Ces informations feront l'objet d'un traitement qualitatif et respecteront les règles de l'anonymat en la matière. Le traitement des données produites dans le cadre de l'étude poursuivent uniquement un objectif de connaissance sociologique des caractéristiques des arrêts de travail en Finistère et ne servent en aucun cas une démarche de contrôle de l'activité médicale.

Une analyse statistique a permis d'identifier une variété de profils de médecins. À ce titre, nous souhaiterions vous rencontrer. Une enquêtrice va prochainement vous contacter par téléphone pour fixer un rendez-vous avec vous afin de réaliser l'entretien précédemment décrit.

Pour toutes questions sur l'étude en elle-même ou le déroulement des entretiens, vous pouvez contacter :

Gabrielle Lecomte (ingénieure de recherche) au

Tel : XXXXX

Courriel : contact.arfi@univ-brest.fr

Avant la réalisation de l'entretien, l'enquêtrice va vous proposer de signer une lettre de consentement (jointe à ce courrier) pour recueillir votre accord. Les résultats de l'étude feront l'objet de publications scientifiques et d'une restitution publique dont vous serez informé-e.

Dès à présent, nous tenons à vous remercier de tout l'intérêt et l'aide que vous apporterez à notre projet. Naturellement, nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous prions de recevoir, Docteur, l'expression de nos salutations les plus respectueuses.

Joël QUINIOU
Directeur de la
CPAM DU FINISTÈRE

Jorge Muñoz
Maître de conférences au
LABERS

**Objet : Étude
ArFi**

**Affaire suivie
par
G. Lecomte**

**Téléphone
XXXXX**

**Mél.
contact.arfi@u
niv-brest.fr**

Annexe 9. Recueil de consentement

Étude ArFi : Étude sociologique sur les arrêts de travail dans le Finistère

Recueil du consentement – Protection des données personnelles*

Les données recueillies sur ce formulaire ainsi qu'au cours de l'entretien avec l'équipe d'enquête sur le thème indiqué ci-dessus sont destinées au LABERS sous la responsabilité de son Directeur, monsieur A. Penven, agissant au nom du président de l'Université de Bretagne Occidentale, dans le but de réaliser une étude sociologique par entretiens qualitatifs sur les arrêts de travail.

Elles sont traitées dans le cadre de l'étude confiée par la CPAM du Finistère afin d'identifier les spécificités des assurés et médecins Finistériens à l'égard des arrêts de travail, dans sa démarche de gestion du risque en tant qu'organisme de sécurité sociale.

L'ensemble des informations est conservé par le LABERS. Les destinataires des résultats statistiques – globaux et anonymisés—sont les membres du projet de recherche, dont la CPAM, commanditaire ; les analyses obtenues pourront alimenter des publications scientifiques ultérieures.

Le droit d'opposition s'applique et peut porter sur toute question. Le droit de rectification peut être exercé à tout moment au cours de l'entretien et pendant une durée de 3 mois. Le droit d'accès s'exerce sur ces données (y compris enregistrement) pendant leur durée de conservation fixée à 1 an. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès.

Ces droits s'exercent en contactant le LABERS (contact.arfi@univ-brest.fr) – Labers EA 3149, UFR Lettres et Sciences Humaines, 20 rue Duquesne, CS 93 837, 29 238 BREST Cedex 3 (projet suivi par J. Muñoz, maître de conférences en sociologie), ou le Délégué à la Protection des Données de l'UBO.

Je soussigné·e, Docteur

NOM Prénom _____

- Ai pris connaissance des informations ci-dessus, et accepte de participer à l'étude.
- Souhaite être convié·e à la présentation des résultats de l'étude et précise ci-dessous mes coordonnées postales et électroniques à cette fin.

Fait à _____ @ _____

le _____

Signature

* articles 70-18 et suivants de la loi 78-17 dite Informatique et Libertés modifiée le 21 juin 2018

Les réclamations concernant les traitements de données personnelles peuvent être introduites auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07)

Annexe 10. Guide d'entretien – médecin généraliste

Présentation des objectifs de l'entretien

Nous menons actuellement une étude sur les arrêts de travail dans le Finistère. L'objectif de cet entretien est que vous m'expliquiez votre pratique afin de mieux comprendre votre exercice quotidien, de percevoir comment vous abordez les questions liées à la prescription d'arrêts de travail mais aussi quel type de patientèle vous devez prendre en charge.

Thèmes et questions

Conditions d'exercice

Pour commencer, nous pouvons revenir sur vos conditions d'exercice...

- Depuis quand êtes-vous installé ?
- Comment s'est passée votre installation ? Comment avez-vous choisi cet endroit ? Avez-vous changé de cabinet au cours du temps ?
- Exercez-vous seul ou en groupe ? Qu'en pensez-vous ?
- Quels sont vos horaires (vous dépassez souvent ?) ? À quel moment le cabinet est-il fermé ou prenez-vous un remplaçant ?
- Combien de personnes voyez-vous dans une journée ?
- Êtes-vous fréquemment amené à faire des « visites » (vous déplacer à domicile) ?
- Avez-vous un exercice exclusivement libéral ou effectuez-vous également des vacations salariées (par exemple à l'hôpital) ?

Description de la patientèle

- Comment décririez-vous la patientèle que vous recevez dans votre cabinet (relance : âge, part de maladies chroniques...) ?
- Quelles sont les pathologies que vous devez régulièrement prendre en charge ?
- Devez-vous faire face à des demandes spécifiques ?
- Vous les connaissez la plupart de vos patients depuis longtemps ? Quel type de relations entretenez-vous avec eux ?
- Quelle est l'offre de soin, localement ?

Pratiques de travail et prescription des arrêts de travail

- Quelles sont les situations les plus courantes qui vous amènent à prescrire un arrêt de travail ? Pouvez-vous me donner des exemples de patients en arrêt dont vous vous occupez actuellement ?
- Comment se déroulent les consultations ? De quoi discutez-vous avec le patient ? L'examinez-vous systématiquement ?

Présentation des cas (cf. annexe 2)

- Comment déterminez-vous la durée de l'arrêt de travail (quels aspects prenez-vous en compte) ? Devez-vous régulièrement prolonger l'arrêt de vos patients ? Pour quelles raisons ?
- Comment se passent les consultations pour les patients régulièrement en arrêt ?
- Relance : Aidez-vous vos patients dans leurs démarches « administratives » (conseil visite de pré-reprise avec le médecin du travail, reconnaissance de maladie professionnelle, dossier RQTH...) ?
- Êtes-vous confronté à des demandes particulières ? Comment les examinez-vous les considérez-vous ?
- Arrive-t-il aux patients de refuser de s'arrêter ? Est-ce fréquent ? Quelle est votre attitude dans ce cas ?
- Et inversement vous arrive-t-il de refuser de prescrire un arrêt ?
- Votre prescription d'arrêts de travail évolue-t-elle dans le temps ?
- Relance : vous référez-vous aux référentiels de durée des arrêts de travail proposés par l'assurance maladie ?

Relations confraternelles

- Vous arrive-t-il de discuter de ces questions (arrêts de travail) avec des confrères ? Vous arrive-t-il de faire appel à leur avis pour une prescription d'arrêt de travail ? Eux-mêmes vous sollicitent-ils ?
- Comment faites-vous lorsque vous avez besoin d'avis, d'exams complémentaires pour étayer votre diagnostic ?
- Relance : Êtes-vous en relations avec les médecins du travail de vos patients ? Vous arrive-t-il d'échanger sur certains « cas » ? comment se font les échanges ? Pour quels motifs le plus souvent ?
- Relance : Y a-t-il d'autres médecins spécialistes que vous sollicitez ?
- Accueillez-vous des internes ? Discutez-vous de ces questions ? Quelles sont leurs pratiques de prescription des arrêts de travail ?
- Êtes-vous enseignant clinicien ambulatoire (maître de stage, tuteur, chargé d'enseignement...) ?
- Comment se passe le suivi des patients lorsque vous vous faites remplacer ?
- Échangez-vous sur ces questions avec d'autres professionnels de santé ? Avec votre secrétaire ?

Relations avec l'Assurance maladie

- Dans quel cadre êtes-vous amené à rencontrer les médecins-conseil ? Quelles sont vos relations ?
- Avez-vous des retours quand vos patients rencontrent les médecins-conseils ?
- Comment se passent les rencontres avec les délégués de l'assurance maladie ?
- Que pensez-vous des politiques de l'assurance maladie pour la prise en charge des arrêts de travail ? Comment évoluent-elles selon vous (depuis 2004) ?

- Avez-vous déjà été convoqué à un entretien avec le service médical pour votre prescription d'arrêts de travail (ou autre) ?

Parcours professionnel et personnel

- Comment êtes-vous devenu médecin ? médecin généraliste ?
- Où avez-vous fait vos études ? En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?
- Avez-vous passé d'autres diplômes de 3^e cycle (CES, DU...) ?
- Vous souvenez-vous d'éléments sur la prescription d'arrêts de travail au cours de votre formation ?
- Avez-vous fait beaucoup de remplacements avant de vous installer ?
- Est-ce que la pratique de certains de vos professeurs/confrères vous a marquée ?
- Comment assurez-vous votre formation continue ? Quelles sont les thématiques qui vous intéressent particulièrement ?
- Lisez-vous de la documentation en dehors de vos consultations (laquelle) ?
- Qu'est ce qui vous plaît dans votre pratique, qu'est-ce que vous préférez ? qu'est-ce qu'à l'inverse vous trouvez le plus difficile ?
- Que pensez-vous de vos propres conditions de travail ? Comment ont-elles évolué dans le temps ?

Talon sociologique (caractéristiques sociales)

- Êtes-vous adhérent d'une association professionnelle et/ou d'un syndicat ?
- Siégez-vous dans des instances particulières en tant que médecin ?
- Êtes-vous impliqué dans des groupes de travail ? Des activités extra-professionnelles ?
- Est-ce que vous venez d'une famille de médecins ? Que faisaient ou font vos parents ?
- Quelle est votre situation familiale ? Relances : quelle est la profession de votre conjoint·e ? Que font vos enfants ?
- Habitez-vous loin de votre cabinet (commune : rural/urbain, agglomération, métropole) ? Vous arrive-t-il de croiser des patients hors de votre temps de travail ?

Annexe 11. Guide scénarisé des cas soumis aux médecins

Cas 1 : syndrome du canal carpien droit

Sexe : une femme

Age : 40 ans

Activité professionnelle : secrétaire comptable

Situation familiale : divorcée, 2 enfants

Loisirs : très peu de jardinage et de bricolage, sport en salle

Antécédents personnels : pas d'antécédents particuliers

Mme R travaille comme secrétaire comptable dans une entreprise de vente et de réparation de matériel agricole depuis 1995 en CDI. Elle travaille à temps plein, 39 h par semaine. Elle reste assise 90 % du temps et a une utilisation intensive du clavier (pianote) et de la souris pour la saisie informatique.

Mme R (qui est droitère) décrit une situation de paresthésies de la main droite en 1999 avec à cette époque une infiltration du canal carpien droit amenant un soulagement relatif. Après une phase d'amélioration, elle déclare que depuis 2009/2010, elle a des sensations croissantes de fourmillements et d'engourdissement devenant de plus en plus gênantes au niveau de la main droite.

En 2013, la symptomatologie touche également la main gauche. Mme R se réveille fréquemment la nuit et se soulage en mettant ses mains dans le froid. Le canal carpien droit est sensible à la pression, mais il n'y a pas de retentissement dans sa vie professionnelle et pas de déficit moteur. Le test de Tinel et le test de Phalen sont positifs à D.

Cas 2 : Rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche

Sexe : un homme

Age : 47 ans

Activité professionnelle : chauffeur manutentionnaire

M. D est chauffeur manutentionnaire depuis 1995 dans une entreprise de levage, manutention et transport, en CDI. Il travaille à temps plein, 39 h par semaine. Il conduit un camion poids lourds et fait de la manutention lourde lorsqu'il livre et met en place les machines-outils chez les clients et transfère le matériel de chantier.

Depuis décembre 2016, M. D, qui est droitier, ressent des douleurs à l'épaule gauche. En mars 2017, l'IRM montre une rupture du long biceps et sous épineux et une bursite. En juin 2017, M. D continue d'éprouver des douleurs pour les mouvements de rotation externe. Bien qu'il se réveille la nuit, son bras n'est pas raide au matin. Si aucune amyotrophie n'est visible et que ses mouvements actifs, il est gêné pour se déshabiller.

Cas 3 : épisode dépressif avec des idées suicidaires non scénarisées

Sexe : une femme

Age : 29 ans

Activité professionnelle : infirmière dans trois foyers de vie d'une association qui gère des EHPAD, ESAT et IME

Situation familiale : célibataire

Mme P intègre l'association en **juillet 2013**. Elle travaille sur trois foyers (B1, B2 et B3). Il y a un directeur local commun aux foyers B1 et B2, un autre pour B3. Ces deux directeurs locaux sont eux-mêmes sous la responsabilité d'un directeur commun. Mme P. travaille au foyer B1 trois après-midi par semaine et à B2 tous les matins. Elle doit remplacer sa collègue infirmière lorsqu'elle est absente. Les foyers accueillent des personnes adultes handicapées mentales (porteuses de trisomie 21 ou atteintes d'autisme par exemple).

Mme P estimait que son directeur des foyers B1 et B2 était un peu trop familier avec elle. Celui-ci lui aurait demandé périodiquement de prendre des rendez-vous avec un hypnothérapeute pour des résidents du foyer, sans l'aval de leur médecin généraliste. Il lui aurait également remis de la documentation d'une structure américaine promouvant des concepts tels la théorie polyvagale.

Pendant un temps, Mme P gère cette situation par l'expectative : elle ne prend pas les rendez-vous demandés jusqu'au jour où elle manifeste clairement son refus de prendre un rendez-vous avec un hypnothérapeute pour un résident, **mi-octobre 2013**. Ses relations avec son directeur local se dégradent.

Mme P développe un épisode dépressif, avec des idées suicidaires non scénarisées. **Début janvier 2014**, Mme P a repris un tabagisme qu'elle avait interrompu pendant un an et demi. Elle fumait à ce moment environ 10 cigarettes par jour. Mme P s'est par ailleurs mise à chercher du travail dans une autre structure.

Cas 4 : troubles anxio-dépressifs majeurs, secondaires à un stress chronique

Sexe : un homme

Age : 51 ans

Activité professionnelle : Directeur de pôle économique

Situation familiale : marié, un fils de 17 ans. Son propre père est un ancien militaire ayant une propension à l'alcoolisme chronique qui le rend violent.

Antécédents personnels : diabète non insulino-dépendant, hypertension artérielle et dyslipidémie ; pas de syndrome dépressif antérieur

M. T travaille depuis 1988 dans une entreprise « distributrice de solutions de maîtrise de l'énergie ». Il gravit progressivement les échelons de la hiérarchie jusqu'à sa nomination comme directeur économique en 2006. Pour M. T les problèmes dans l'entreprise ont commencé lorsque son dernier responsable (directeur des ventes) est arrivé en 2008. Globalement après une « phase d'observation » de son responsable, il est de moins en moins reconnu dans son travail, subi du harcèlement et une progressive mise à l'écart. Lors du 1^{er} comité de direction avec celui-ci, il « fusille ses directeurs du pôle économique ». Le lendemain de cette réunion l'un des collègues de M. T décède d'un AVC puis progressivement un certain nombre de ses collègues démissionne, demande des mutations ou quitte l'entreprise. M. T parle d'objectifs inatteignables, d'écoute nulle. Rapidement il ne reste plus que deux directeurs du pôle économique et M. T devient une cible directe de son responsable (les problèmes s'intensifient en 2012). Il subit des propos discriminants sur son état de santé « vous n'avez pas le profil » en parlant de son poids ou son responsable dit « qu'il ne veut pas de malade en particulier de diabétiques au travail ». En septembre 2012 l'un de ses collègues se suicide du fait de la pression professionnelle.

M. T, qui a par ailleurs bon appétit, marche entre 25 et 40 min par jour et essaie de bricoler, a des troubles de la mémoire et du sommeil (nombreux réveils nocturnes), il décrit des troubles

de la mémoire et des idées noires (idéations suicidaires intermittentes). Il lui arrive de pleurer. Il ne parvient pas à lire ses mails et a des angoisses quand il se projette dans le milieu professionnel. Il a pourtant fait une demande de bilan de compétences en juin 2014. Il En plus de ces difficultés, il souffre de « conjugopathie ».

Questions associées aux cas

- Qu'en pensez-vous ?
- Proposeriez-vous à ce patient un traitement ? De quel type ?
- Proposeriez-vous à ce patient de le mettre en arrêt de travail ?
- Proposeriez-vous à ce patient de faire des examens complémentaires ? d'aller voir un spécialiste ?

Question supplémentaire cas 3 :

- Que faites-vous si elle refuse de prendre un traitement antidépresseur du fait du caractère réactionnel de cet épisode dépressif ?

Question supplémentaire cas 4 :

- Que faites-vous s'il demande à reprendre son travail car il culpabilise d'un arrêt de travail prolongé ?

Annexe 12. Guide d'entretien – assuré

Présentation des objectifs de l'entretien

Nous menons actuellement une étude sur les arrêts maladie dans le Finistère. Pendant l'entretien, j'aimerais que vous m'expliquiez votre situation : comment se passe votre arrêt, les raisons pour lesquelles vous êtes arrêté, revenir sur votre prise en charge médicale et lien avec votre travail...

Thèmes et questions

L'arrêt de travail

- Qu'est-ce qui vous a amené à vous arrêter de travailler (maladie, accident, difficultés liées au travail...) ?
- Depuis combien de temps êtes-vous en arrêt ? Cet arrêt de travail a-t-il été renouvelé ?
- Est-ce que ça a été difficile de vous mettre en arrêt ou au contraire ça s'est fait facilement ? (est-ce que la personne a hésité, voulait ou pas l'obtenir ; est-ce que le médecin l'a prescrit facilement ou pas ; quel rapport au travail : envie d'y retourner ou pas du tout)
- Saviez-vous comment faire pour vous arrêter ? Vous a-t-on donné des conseils, mis en garde (des collègues, connaissance des jours de carence) ?

État de santé et suivi médical

- Depuis quand les problèmes de santé pour lesquels vous êtes en arrêt se sont déclarés ? Comment votre état de santé a-t-il évolué ?
- Êtes-vous tout de suite allé voir le médecin ou avez-vous essayé de concilier votre état de santé et le travail ? Comment avez-vous fait (prendre des congés, s'arranger avec les collègues...) ?

Prescription de l'arrêt de travail

- Comment s'est passée la consultation ?
- Est-ce vous qui avez demandé un arrêt de travail ou le médecin qui vous l'a proposé ?
- Qu'est-ce que le médecin vous a dit ? Vous a-t-il donné des conseils ? Lesquels ? Vous a-t-il prescrit un traitement, des examens complémentaires, des soins particuliers ?
- Ses explications étaient-elles claires ?
- Le médecin vous a-t-il tout de suite arrêté ou vous a-t-il proposé autre chose (traitement, une demande d'examen complémentaire...) ?
- Avez-vous revu plusieurs fois votre médecin ? À quelle fréquence ?
- Comment a évolué la prescription (prolongement de l'arrêt, traitement, examens complémentaires) ?

Relations avec le médecin généraliste

- Comment avez-vous « choisi » votre médecin traitant ? Vous le connaissez depuis longtemps ? Comment vous entendez-vous avec lui/elle ? Vous sentez-vous soutenu ?

- Consultez-vous parfois d'autres médecins ? Avez-vous déjà changé de médecin traitant ? Pourquoi ?
- Le cabinet médical est loin de chez vous ? Comment vous rendez-vous au cabinet ? Le médecin vient-il parfois chez vous en visite ? Vous arrive-t-il de le croiser en dehors du cabinet ?
- Avez-vous des difficultés à obtenir un rendez-vous ?
- Comment se passent les échanges avec la secrétaire médicale s'il y en a une ?
- Quel est le rôle du médecin généraliste pour vous ?

Suivi par des spécialistes, d'autres professionnels de santé

- Avez-vous dû aller voir un ou plusieurs médecins spécialistes ? Sur quoi portaient les consultations ? Comment les avez-vous trouvés ?
- Êtes-vous suivi par d'autres professionnels de santé (kinésithérapeute, infirmiers...) ? Comment se passent les échanges avec eux ? Viennent-ils à domicile, est-ce loin de chez-vous, comment y allez-vous ?
- Vous êtes-vous fait opérer ? Comment s'est passée l'opération ? Des soins étaient nécessaires ? Qui les effectuaient ?
- Votre arrêt a été prolongé ou avez-vous dû reprendre le travail ? Qui a prescrit le prolongement de l'arrêt ? L'avez-vous demandé ?
- Comment recevez-vous les informations médicales (courriers, appels des médecins) ? Comment les médecins s'échangent les informations entre eux (téléphone, courriers) ? Est-ce vous qui assurez la transmission ?
- Êtes-vous allé voir votre médecin du travail ? Dans quelles circonstances (visite systématique, à sa demande, celle de l'employeur, sur les conseils du médecin généraliste) ?
- Comment s'est passée la consultation ? Que vous a dit le médecin du travail ? Est-il allé visiter l'entreprise ? A-t-il mis en place des actions (de prévention ou autre), échangé avec votre employeur ?

Reconnaitances administratives

- Avez-vous fait une demande de reconnaissance d'accident du travail, de maladie professionnelle, d'accident de trajet ?
- Avez-vous fait une demande de reconnaissance d'invalidité, de la qualité de travailleur handicapé ? Si vous avez été consolidé, un taux d'incapacité permanente a-t-il été reconnu par le médecin-conseil ?
- Comment cela s'est passé ?
- Qui vous l'a conseillé ? Comment se sont passées les démarches ?

Prise en charge par l'assurance maladie

- Comment se passe le suivi de l'arrêt sur un plan administratif ? Avec qui échangez-vous et comment ?
- Est-ce que vous avez reçu des courriers de l'Assurance maladie ? De quel type ?
- Devez-vous vous rendre à l'Assurance maladie ? À quelle fréquence ?

- Votre maladie est-elle reconnue comme une « affection de longue durée » (ALD) ? Quand en avez-vous fait la demande ? Qui vous l'a conseillé ?
- Recevez-vous rapidement vos indemnités journalières ? Y a-t-il un écart important avec votre salaire ? Avez-vous perdu des primes, d'autres « avantages » liés à votre travail ?
- Est-ce que vous avez déjà rencontré (avez été « convoqué » par) des médecins-conseil ?
- Comment cela s'est passé ? Est-ce que c'était différent de ce à quoi vous vous attendiez ?
- Vous a-t-on proposé d'assister à des réunions, des formations ?
- Avez-vous déjà été contrôlé à votre domicile ? Par un médecin contrôleur mandaté par l'entreprise ? Comment cela s'est passé ?
- Avez-vous une sécurité sociale complémentaire (mutuelle, prévoyance, assurance) ? Que prend-elle en charge ?

Vécu de l'arrêt

- Comment se passe votre quotidien depuis que vous êtes en arrêt ? Que faites-vous ? Relance éventuelle : vous ennuyez-vous/est-ce que ça vous fait du bien ?
- Comment vivez-vous cette situation (reposant ou difficile à supporter) ? Est-ce que ça a évolué dans le temps ?
- Pensez-vous au travail ? De quelle manière ?
- Comment vous organisez-vous avec l'obligation de présence à domicile ?
- Recevez-vous des visites ? De qui (famille, collègues...) ? Pour quels motifs ?

Environnement de travail

- Que faites-vous comme travail ? Quel est votre poste de travail ? Que faites-vous au quotidien, quelles sont vos principales tâches de travail ? (voir comment la personne parle de son travail, si elle l'apprécie, si elle le trouve valorisant ou au contraire de manière très contraignante)
- Au sein de quelle entreprise ? Depuis combien de temps ?
- Quel est votre « statut » (CDI, CDD, intérim...) ?
- Si vous avez plusieurs emplois ou plusieurs clients, est-ce qu'il vous est arrivé de vous arrêter dans un mais pas dans l'autre ? Seriez-vous tenté de le faire ? Dans quel cas ?

Temps de travail

- Combien de temps dure votre journée de travail ? Travaillez-vous à temps partiel ? Faites-vous du télé-travail ?
- Quels sont vos horaires ? Votre présence est-elle contrôlée (vous « pointez » par exemple) ? Quels sont vos temps de pause ?
- Comment allez-vous au travail ? Combien de temps mettez-vous ?

Relations avec les collègues, les supérieurs

- Combien y a-t-il de salariés dans l'entreprise ?
- Travaillez-vous en équipe ? Comment se répartit le travail avec vos collègues ? Quelle est l'ambiance ?
- Comment ça se passe avec vos responsables ?

- Est-ce qu'il y a des délégués du personnel dans l'entreprise ? Quels sont vos rapports avec eux ? Êtes-vous syndiqué ?

La gestion des arrêts de travail dans l'entreprise

- Est-ce que vous êtes soumis au délai de carence ? Est-ce que vous bénéficiez d'une indemnisation complémentaire à la charge de l'employeur (ou autre élément lié à la convention collective) ?
- Avez-vous déjà pris des RTT (ou autre arrangement) au lieu d'un arrêt de travail ?
- Est-ce que vous êtes déjà tombé malade pendant les vacances ?
- Est-ce que vous êtes remplacé pendant votre arrêt ? Est-ce que vos collègues gèrent une partie de votre travail en votre absence ?
- Avez-vous mis du temps à vous arrêter ? Qu'est-ce qui a participé de cette décision ?
- Êtes-vous la seule personne en arrêt ou c'est quelque chose de récurrent ? Depuis longtemps ?
- Qu'est-ce qui se dit sur votre lieu de travail sur la question ? Et chez vous, dans votre famille, avec vos amis ?
- Connaissez-vous des personnes qui se sont servi des arrêts parce que les choses se passaient mal, qu'il y avait un problème ? Et vous-mêmes, l'avez-vous fait, le feriez-vous ?
- Voyez si la question de l'abus arrive. Si oui demander si à eux c'est arrivé « d'abuser » ? À des collègues ? Des amis ?
- Quelles sont les réactions des collègues, responsables, clients à votre égard ? Est-ce que vous vous sentez jugé ou au contraire compris/soutenu ?

La reprise du travail

- Avez-vous été « consolidé » ? Étiez-vous d'accord avec cette décision ? Étiez-vous prêt à reprendre selon vous ?
- Comment s'est passée la reprise, le retour au travail ?
- Vous avez pu reprendre vos marques ? Comment vous ont accueillis vos collègues, responsables ? Est-ce quelque chose que vous appréhendiez ?
- Est-ce que vous êtes fatigué ? À quels moments ou périodes l'êtes-vous davantage ? Comment faites-vous pour concilier cet état et le travail ?

Trajectoire professionnelle

- Depuis combien de temps êtes-vous dans cette entreprise ? Qu'avez-vous fait avant ça ? Vous êtes-vous réorienté ?
- Quels emplois avez-vous occupé ? Quels types de contrats de travail (intérim, CDD, indépendance, autre...) ? Les conditions de travail (et influence sur la santé) étaient différentes/similaires ?
- Quelles études avez-vous suivies ? Quels sont vos diplômes ?
- Avez-vous déjà été au chômage ? Combien de temps ? Avez-vous retrouvé facilement un emploi ou au contraire est-ce que c'était difficile ?
- Avez-vous déjà été en arrêt auparavant (revenir sur éventuels antécédents médicaux) ? Combien de temps ? Comment s'est passée la reprise ?

- Le médecin vous délivrait facilement un arrêt ou pas ?
- Avez-vous déjà évité de vous arrêter ? Comment conciliez-vous votre état de santé/fatigue et le travail (voir les pratiques d'auto-médication) ?
- Est-ce que vous avez toujours eu la même attitude vis-à-vis des arrêts maladie ? Est-ce qu'à certains postes vous en prenez plus souvent, moins souvent, pourquoi ?

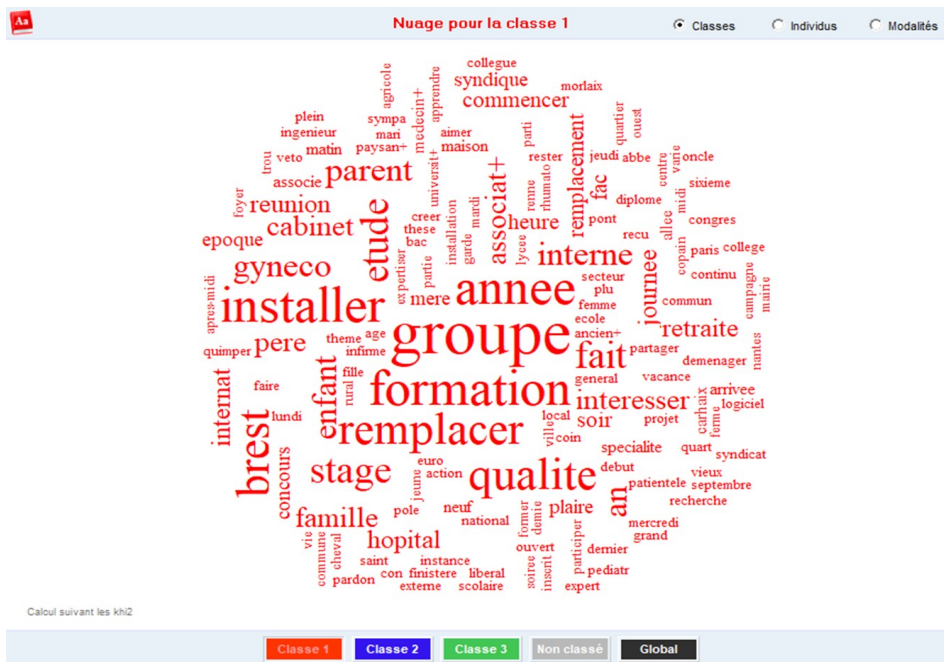
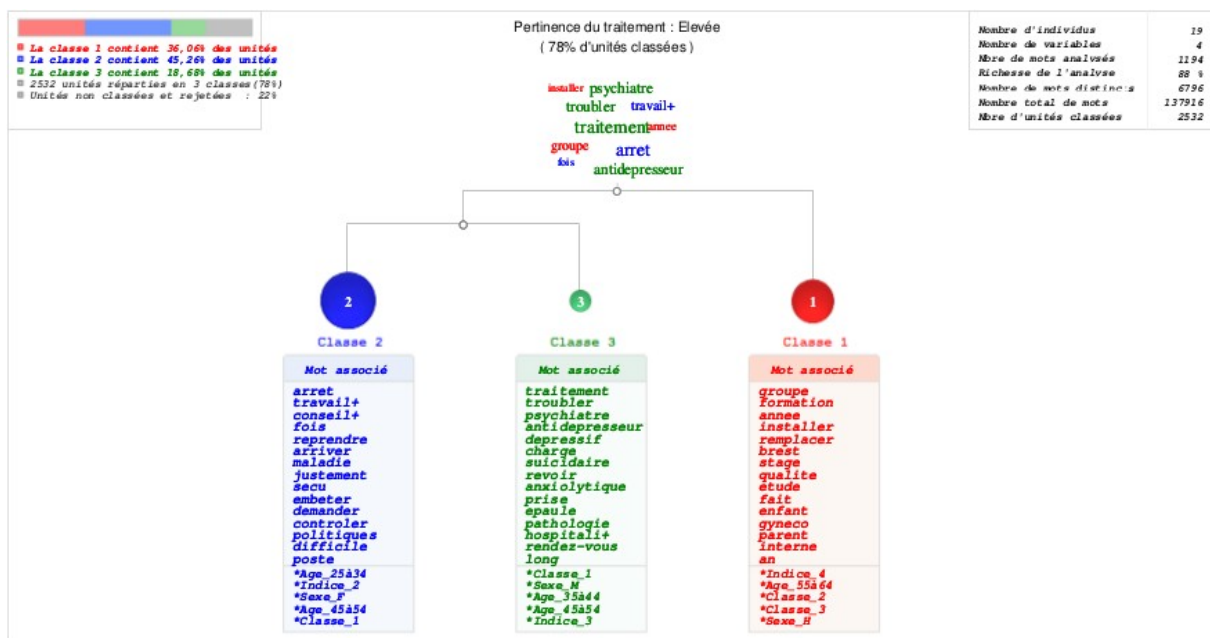
Talon sociologique (caractéristiques sociales)

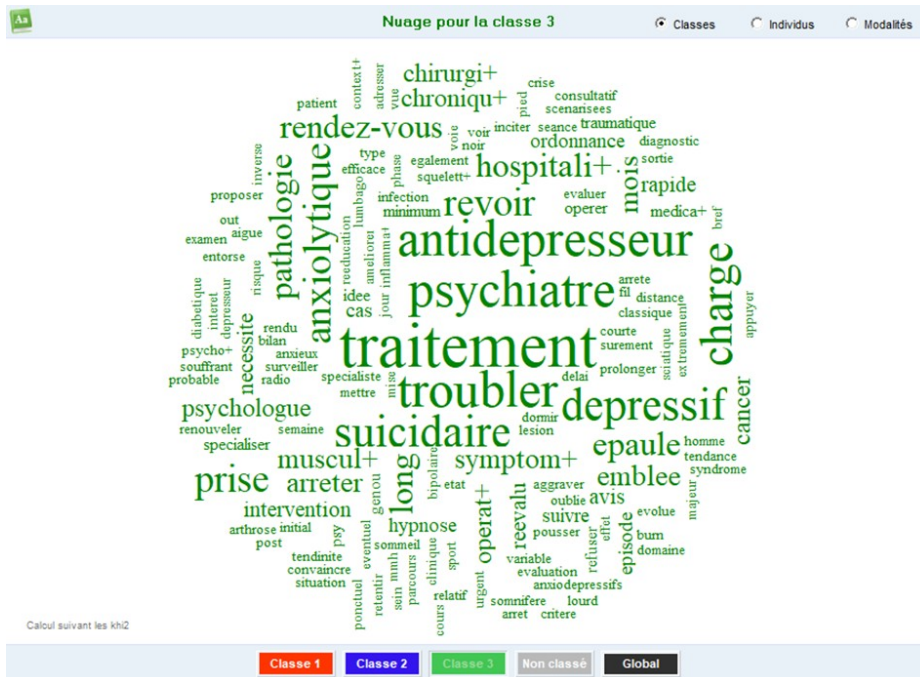
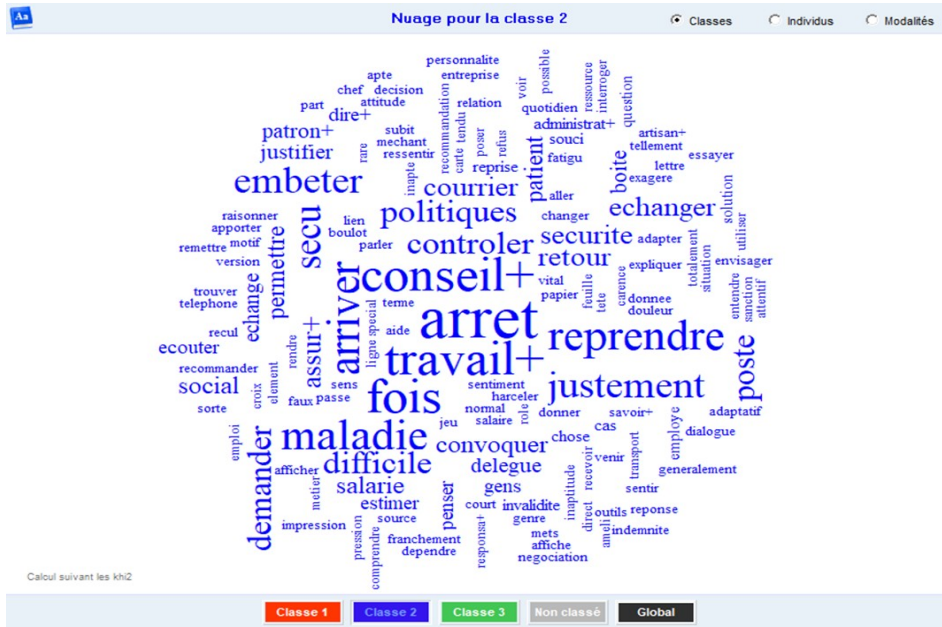
- Quelle est votre situation familiale (célibataire, en couple) ? Relance : quelle est la profession de votre conjoint·e ?
- Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ? Que font-ils ? Relance : comment les faites-vous garder ? *Quels conseils leur donneriez-vous sur les arrêts maladie ?*
- Avez-vous des personnes à charge ? Quelles sont ou étaient les professions de vos parents ?
- Vous avez des proches qui sont eux-mêmes en arrêt ? Qu'en pensez-vous ? Vous échangez ?
- Vous êtes né en quelle année ?
- Êtes-vous inscrit dans une association ? Faites-vous du sport, des activités ?
- Y a-t-il quelque chose que j'aurais oubliée, que vous voudriez ajouter ?

Annexe 13. Analyse des entretiens avec le logiciel Alceste®

Entretiens avec les médecins

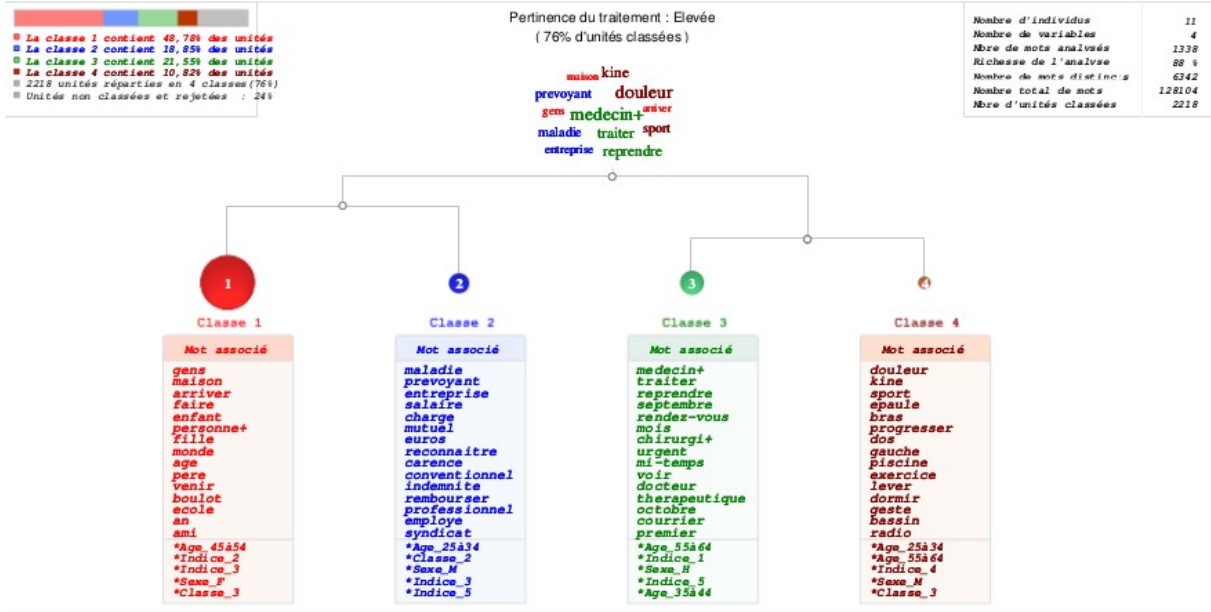
Représentation de 3 groupes d'après le traitement d'analyse Lexicographique des médecins





Entretiens avec les assurés

Représentation de 4 groupes d'après le traitement d'analyse Lexicographique



des assurés sociaux

