

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2014

N° 085

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de MEDECINE GENEALE

par

Clothilde MILLET épouse CHARPY

Née le 13/9/1983 à Paris

&

Luc DOUSSIN

Né le 03/10/1984 à Nantes

---

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2014

---

**Etude quantitative et qualitative sur la démarche diagnostique et la  
prescription d'arrêt de travail des médecins généralistes  
dans les plaintes subjectives et complexes en Pays de Loire.**

Résultats comparés avec la Norvège.

---

Président du jury: Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Paul CANEVET

*LA(666) D3 : «A marcher sans savoir où tu vas, tu arrives nulle part et tu t'en aperçois même pas »*

## COMPOSITION DU JURY

**Président du jury :** Monsieur le Professeur Senand, Professeur Universitaire de Médecine Générale, Directeur du Département de Médecine Générale Coordonnateur interrégional du DES de médecine générale. Université de Nantes.

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Canévet, Maître de Conférence Associé en Médecine Générale, Équipe de recherche Germes (Groupe d'études et de recherches : maladies et sociétés), Chercheur associé DCS-UMR 6297.

### Membres du jury :

Monsieur le Professeur Agard, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier, service de Médecine Interne, CHU de Nantes.

Monsieur le Professeur Vanelle, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier, Unité sismothérapie et psychiatrie de liaison, CHU de Nantes.

# REMERCIEMENTS

**Au Professeur Rémy Senand**, président du jury,

Merci d'avoir accepté de juger notre travail et de présider ce jury.

Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

**Au Docteur Jean-Paul Canévet**, directeur de thèse,

Merci pour votre disponibilité, votre rigueur et votre implication. Vous avez su nous accompagner à chaque étape de ce travail.

**Au Docteur Erik Werner**, pour avoir eu l'idée originale de cette étude.

**Au Docteur Maud Jourdain**, pour son aide, son enthousiasme et ses nombreuses bonnes idées.

**Au Professeur Christian Agard**,

Merci d'avoir accepté sans hésiter de juger notre travail. Recevez ici l'expression de nos remerciements et de notre profond respect.

**Au Professeur Jean-Marie Vanelle**,

Merci de vous être rendu disponible pour juger notre travail. Soyez assuré de nos remerciements et de notre profond respect.

Aux médecins qui m'ont inspirée et donnée envie d'être meilleure :  
Nicolas FARTHOUAT, Franck AMELINEAU et Rémy SENAND,

Aux équipes médicales et paramédicales qui m'ont entourée pendant mon internat, sans  
qui rien ne serait pareil,

A Luc, partenaire dans cette plaisante (grâce à toi;-) aventure, merci de ta patience,  
merci de ta bienveillance pour Erwan et merci pour ton amitié précieuse,

A Benoît pour ton aide et tes polissonneries,

A Vianney qui sait si bien m'accompagner et qui croit en moi,  
A Erwan pour tout le bonheur que tu nous donnes,

A mes parents, toujours présents,  
A Charles pour son exemple, depuis notre enfance, pour la force de ses valeurs,

A Sibylle pour sa présence discrète mais tellement importante  
A ma si "belle" famille Christian, Lysiane, Sarah, Sixtine, Bast et Aurèle, Samson et  
"Maïus", Vio et Nad, Nico et Manouche, Bilou et JM,

A nos amis: tous! Ils se reconnaîtront: Nono et Christophe, Ericka, Luc, Mickeu, maheu,  
Mat, Anne lise, Tannegoche, Anne et Alex, Marie et Clément... pour ne pas les citer... et  
les autres...

A Maheu avec qui je partage notre apprentissage de jeune médecin et tant d'autres  
choses,

A ma Leti pour tous les fous rires qu'on continuera d'avoir, pour ton cœur d'or,  
A Aurelia, on se comprend si bien,

Et surtout à toi Marius qui doit déjà affronter le monde médical, mes pensées et mon  
amour t'accompagnent,

Je dédie cette thèse,

Clothilde

Aux équipes médicales et paramédicales hospitalières qui m'ont accompagné pendant mon apprentissage,

Aux médecins qui m'ont donné goût à la Médecine Générale et qui ont suscité chez moi la volonté d'exercer une médecine de qualité : Dr DUMONT Peggy, Dr FOUNINI Abdou, Dr VAN WASSENHOVE Laure, Dr BOUILLOT Marion, Dr KAYSER Marie, Dr FARTHOUAT Nicolas,

A Clothilde pour avoir accepté de faire ce travail de thèse en ma compagnie, pour avoir toléré mes retards et mon côté « geek » et pour m'avoir toujours concocté de bons petits plats,

A Benoît pour ses conseils précieux, sa maîtrise des statistiques et sa disponibilité. Ton regard a su donner de la valeur à ce travail,

A mes parents pour leur soutien indéfectible, leurs conseils avisés. Rien n'aurait été possible sans vous,

A mes frères que j'aime,

A Vianney pour avoir eu la gentillesse de me « prêter » son épouse pendant un an,

A Erwan pour sa participation active au travail, pour ses sourires et le bonheur qu'il procure à ses parents et son entourage,

A tous mes amis, pour les bons moments partagés : Nicolas, Gab, Bagoose, Benoît, Tanneguy, Mickaël, Vianney, Clothilde, Ericka, Nolwenn, Camille, Yasmina....

Je dédie cette thèse,

Luc

# TABLE DES MATIERES

|                                                                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                                                                          | <b>12</b> |
| <b>PREAMBULE.....</b>                                                                                             | <b>14</b> |
| 1. Terminologie.....                                                                                              | 14        |
| 2. Epidémiologie.....                                                                                             | 19        |
| 3. Implication en économie de santé.....                                                                          | 20        |
| <b>MATERIEL ET METHODES.....</b>                                                                                  | <b>22</b> |
| 1. Type d'étude.....                                                                                              | 22        |
| 2. Echantillon de médecin.....                                                                                    | 22        |
| 3. Taille de l'échantillon.....                                                                                   | 23        |
| 4. Déroulement de l'étude.....                                                                                    | 23        |
| <b>RESULTATS QUANTITATIFS.....</b>                                                                                | <b>26</b> |
| 1. Description de la population des médecins généralistes inclus dans l'étude.....                                | 26        |
| 2. Résultats descriptifs des diagnostics principaux.....                                                          | 30        |
| 3. Résultats de la décision d'arrêt de travail.....                                                               | 37        |
| 4. Comparaison du nombre de diagnostics différents donnés avec l'attribution d'un arrêt de travail en France..... | 42        |
| 5. Multimorbidité et arrêt de travail en France.....                                                              | 43        |
| 6. Influence du patient sur la durée de l'arrêt de travail en France.....                                         | 43        |
| 7. Déterminants de la plainte et de la décision d'attribution d'un arrêt de travail en France.....                | 44        |
| 8. Estimation de l'impact négatif du travail sur la santé et décision d'arrêt de travail.....                     | 48        |
| 9. Estimation de l'état de santé du patient et décision d'arrêt de travail en France.....                         | 49        |
| 10. Estimation de la capacité de travail du patient et décision d'arrêt de travail en France.....                 | 50        |
| 11. Résultats de la question ouverte sur la prise en charge en France.....                                        | 51        |

|                                                                                 |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>RESULTATS QUALITATIFS.....</b>                                               | <b>54</b>  |
| 1. Echantillons.....                                                            | 54         |
| 1.1.Echantillon de médecins de Loire-Atlantique.....                            | 54         |
| 1.2.Echantillon de médecins de Vendée.....                                      | 54         |
| 2. Analyse de la situation : une approche globale par le médecin.....           | 54         |
| 2.1.Vie familiale.....                                                          | 55         |
| 2.2.Vie professionnelle.....                                                    | 56         |
| 2.3.Analyse dynamique .....                                                     | 57         |
| 2.4.Capacités réflexives et émotionnelles du patient.....                       | 59         |
| 2.5.Prise en compte de la demande du patient.....                               | 60         |
| 2.6.Explorer les éléments manquants .....                                       | 61         |
| 2.7.Diagnostic médicaux proposés.....                                           | 62         |
| 3. Le médecin : le stratège et ses outils.....                                  | 63         |
| 3.1.L'arrêt de travail.....                                                     | 63         |
| 3.2.Temps, réévaluation mise en observation.....                                | 71         |
| 3.3.Négociation.....                                                            | 72         |
| 3.4.Expériences passées.....                                                    | 72         |
| 3.5.Connaissance antérieure du patient.....                                     | 73         |
| 3.6.Outils d'évaluation de la plainte.....                                      | 74         |
| 3.7.Recours aux autres professionnels de santé.....                             | 74         |
| 4. Rôles du médecin.....                                                        | 80         |
| 4.1.Médecin protecteur : anticipation de problèmes et de la chronicisation..... | 80         |
| 4.2.Médecin moteur du changement.....                                           | 83         |
| 4.3.Médecin organisateur des soins.....                                         | 84         |
| 4.4.Médecin soignant.....                                                       | 86         |
| 4.5.Médecin partenaire d'un patient autonome.....                               | 89         |
| 4.6.Rôle du médecin dans l'économie de santé.....                               | 91         |
| 5. Difficultés /souffrance du médecin généraliste.....                          | 93         |
| 5.1.Incertitude.....                                                            | 93         |
| 5.2.Les plaintes inexplicables : un champ d'insatisfaction professionnelle..... | 96         |
| 5.3.Difficultés dans les relations avec leurs interlocuteurs.....               | 98         |
| 5.4.Chronicisation.....                                                         | 105        |
| <b>DISCUSSION.....</b>                                                          | <b>107</b> |
| 1. Discussion des résultats quantitatifs.....                                   | 107        |
| 1.1.Pertinence de l'étude.....                                                  | 107        |
| 1.2.Validité interne.....                                                       | 107        |
| 1.3.Validité externe .....                                                      | 109        |
| 2. Discussion des Résultats qualitatifs.....                                    | 113        |
| 2.1.Validité interne .....                                                      | 113        |
| 2.2.Validité externe.....                                                       | 114        |
| <b>CONCLUSION.....</b>                                                          | <b>132</b> |

|                                                                                   |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>                                                         | <b>135</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>                                                              | <b>140</b> |
| 1. Annexe 1 : Questionnaire de prise en charge.....                               | 140        |
| 2. Annexe 2 : Caractéristiques des patients des cas vidéo .....                   | 142        |
| 3. Annexe 3 : Questionnaire profil des médecins .....                             | 144        |
| 4. Annexe 4 : Profil des 46 médecins de l'étude.....                              | 145        |
| 5. Annexe 5 : Les différents systèmes de santé concernant les modalités d'AT..... | 146        |
| 6. Annexe 6 : Verbatim focus group Loire-Atlantique.....                          | 147        |
| 7. Annexe 7 : Verbatim focus group Vendée.....                                    | 165        |

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

- **LISTE DES TABLEAUX**

|                                                                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tableau 1</b> : Comparaison de la répartition géographique de l'échantillon avec la population source.....                                                            | 26 |
| <b>Tableau 2</b> : Comparaison de la répartition des genres entre l'échantillon et la population source.....                                                             | 27 |
| <b>Tableau 3</b> : Comparaison entre l'âge des participants et la population source.....                                                                                 | 27 |
| <b>Tableau 4</b> : Comparaison entre l'ancienneté des participants et celle de la population source.....                                                                 | 28 |
| <b>Tableau 5</b> : Profil démographique des médecins participants à l'étude en France et comparaison avec la Norvège et la Scandinavie.....                              | 29 |
| <b>Tableau 6</b> : Nombre de codes ICPC 2 dans les trois chapitres les plus représentés sur l'ensemble des diagnostics proposés.....                                     | 30 |
| <b>Tableau 7</b> : Proportion de codes diagnostiques correspondant à un état anxieux ou dépressif parmi l'ensemble des codes psychologiques du diagnostic principal..... | 31 |
| <b>Tableau 8</b> : Codes diagnostiques utilisés par l'échantillon français.....                                                                                          | 32 |
| <b>Tableau 9</b> : Nombre de codes diagnostiques ICPC 2 différents utilisés pour le diagnostic principal et évaluation de la multimorbidité observée par cas.....        | 33 |
| <b>Tableau 10</b> : Chapitres diagnostiques ICPC 2 les plus représentés en diagnostic principal, par cas, en France et en Norvège.....                                   | 35 |
| <b>Tableau 11</b> : Autres chapitres ICPC 2 cités en diagnostic principal en Norvège et en France.....                                                                   | 35 |
| <b>Tableau 12</b> : Prescription d'arrêt de travail en fonction du genre.....                                                                                            | 38 |
| <b>Tableau 13</b> : Prescription d'arrêt de travail en fonction de l'âge.....                                                                                            | 39 |
| <b>Tableau 14</b> : Prescription d'arrêt de travail en fonction du chapitre ICPC 2 du diagnostic principal.....                                                          | 39 |
| <b>Tableau 15</b> : Présence d'au minimum un code psychologique et prescription d'un arrêt de travail.....                                                               | 39 |
| <b>Tableau 16</b> : Comparaison des prescriptions d'arrêt de travail entre la France et la Norvège.....                                                                  | 40 |
| <b>Tableau 17</b> : Prescription d'arrêt de travail en fonction de la multimorbidité.....                                                                                | 43 |
| <b>Tableau 18</b> : Propositions spontanées de prise en charge des patients, par cas.....                                                                                | 51 |
| <b>Tableau 19</b> : Description de l'échantillon de médecins généralistes participant au focus group de Loire-Atlantique.....                                            | 54 |
| <b>Tableau 20</b> : Description de l'échantillon de médecins généralistes participant au focus group de Vendée.....                                                      | 54 |

• **LISTE DES FIGURES**

|                                                                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Figure 1</b> : Répartition des diagnostics principaux, par chapitre ICPC 2 pour les 9 cas .....                                                                       | 30  |
| <b>Figure 2</b> : Répartition de l'ensemble des diagnostics, par chapitre ICPC 2 pour les 9 cas .....                                                                    | 31  |
| <b>Figure 3</b> : Répartition des questionnaires par nombre de diagnostics .....                                                                                         | 34  |
| <b>Figure 4</b> : Répartition des diagnostics principaux par chapitre ICPC 2 pour les 9 cas en Scandinavie .....                                                         | 34  |
| <b>Figure 5</b> : Comparaison du nombre de codes ICPC 2 différents utilisés en diagnostic principal en France et en Norvège et en Scandinavie .....                      | 36  |
| <b>Figure 6</b> : Comparaison du pourcentage de codes de symptôme ICPC 2, parmi les différents codes utilisés en diagnostic principal, en France et en Scandinavie ..... | 37  |
| <b>Figure 7</b> : Prescriptions d'arrêt de travail et propositions de mise en invalidité en France .....                                                                 | 37  |
| <b>Figure 8</b> : Distribution des médecins par nombre d'arrêts de travail prescrits .....                                                                               | 38  |
| <b>Figure 9</b> : Comparaison des pourcentages de prescription d'arrêt de travail entre la France et la Norvège .....                                                    | 41  |
| <b>Figure 10</b> : Comparaison des pourcentages de prescription d'arrêt de travail entre la France et les pays scandinaves sur les 9 cas .....                           | 41  |
| <b>Figure 11</b> : Graphe de corrélation entre nombre de diagnostics différents pour chaque patient.....                                                                 | 42  |
| <b>Figure 12</b> : Influence du patient sur la durée de prescription de l'arrêt de travail.....                                                                          | 43  |
| <b>Figure 13</b> : Poids des déterminants médicaux et de santé dans la décision d'arrêt de travail.....                                                                  | 44  |
| <b>Figure 14</b> : Poids des conditions de travail dans la plainte du patient .....                                                                                      | 45  |
| <b>Figure 15</b> : Poids des circonstances de vie personnelle dans la plainte du patient .....                                                                           | 45  |
| <b>Figure 16</b> : Perception par les médecins du manque de motivation au travail du patient .....                                                                       | 46  |
| <b>Figure 17</b> : Poids des composantes de la plainte en fonction de la décision d'arrêt de travail dans le cas n° 2 .....                                              | 46  |
| <b>Figure 18</b> : Poids des composantes de la plainte en fonction de la décision d'arrêt de travail dans le cas n° 6.....                                               | 47  |
| <b>Figure 19</b> : Poids des composantes de la plainte en fonction de la décision d'arrêt de travail dans le cas n° 9.....                                               | 47  |
| <b>Figure 20</b> : Impact négatif du travail sur la santé du patient et prescription d'arrêt de travail.....                                                             | 48  |
| <b>Figure 21</b> : Estimation de l'état de santé des patients et décision d'arrêt de travail .....                                                                       | 49  |
| <b>Figure 22</b> : Estimation des capacités de travail des patients et décision d'arrêt de travail, par les médecins .....                                               | 50  |
| <b>Figure 23</b> : Répartition des médecins en fonction du nombre de prescriptions de médicaments.....                                                                   | 51  |
| <b>Figure 24</b> : Répartition des médecins en fonction du nombre de prescriptions de soins psychologiques .....                                                         | 52  |
| <b>Figure 25</b> : Répartition des médecins en fonction du nombre de prescriptions d'exams complémentaires .....                                                         | 52  |
| <b>Figure 26</b> : Propositions spontanées de prise en charge par médecin pour les 9 cas .....                                                                           | 53  |
| <b>Figure 27</b> : Modèle étiologique de la somatisation et des symptômes fonctionnels selon Cathebras .....                                                             | 116 |
| <b>Figure 28</b> : Questionnaire PHQ 15 .....                                                                                                                            | 122 |

## INTRODUCTION

Les plaintes somatiques motivent plus de 50% des consultations de premier recours chez le médecin généraliste. Parmi celles-ci, 75% sont améliorées ou disparaissent après la consultation médicale, mais 25% persistent (1,2). Parmi l'ensemble des plaintes somatiques, un tiers environ reste sans explication médicale au terme de leur exploration.

Les symptômes médicalement inexplicables (SMI) représentent donc une proportion conséquente des motifs de consultation de premier recours (5 à 39% selon les études) (3). Leur définition est complexe car ils ne répondent pas à des critères objectifs précis et ne peuvent être identifiés à un appareil organique. Les classifications utilisées sont multiples : CIM-10, DSM IV, DSM V... La prévalence de ces plaintes est donc très variable selon la classification utilisée dans les études. Leurs prises en charge motivent la prescription de nombreux examens complémentaires et arrêts maladie ce qui entraîne un coût important pour le système de soin et de protection sociale (2,4), ainsi qu'un risque iatrogénique pour le patient. Multiplier les explorations complémentaires peut envenimer la relation médecin-patient : d'une part la négativité des explorations donne l'impression au patient que l'on nie ses symptômes ; et d'autre part, cela renforce l'idée qu'il faut trouver absolument quelque chose, ce qui peut augmenter l'angoisse du patient (5).

L'absence de cause évidente à ces symptômes provoque une souffrance chez le médecin et le malade : le médecin ne trouvant pas de quoi son patient souffre est en échec et cela peut induire une frustration, des doutes sur la véracité et l'intensité du symptôme. Cette plainte, qui s'éloigne du modèle biomédical enseigné au cours de ses études universitaires, l'amène à se questionner sur sa compétence et sa crédibilité(6). Il semble nécessaire de repenser la façon de voir le patient en y intégrant des variables autres que les informations biomédicales : les données psychologiques, cognitives, sociales, culturelles, économiques.

Afin d'étudier les pratiques des médecins généralistes qui sont les praticiens les plus concernés par les SMI, une étude a été initiée en Norvège, en Suède et au Danemark, analysant la partie diagnostique ainsi que la prescription d'arrêt maladie et ses déterminants (médical, social, psychologique). La terminologie utilisée pour les SMI dans l'étude originale est « plaintes subjectives et complexes », nous la conserverons dans notre travail. Cette thèse est le résultat du volet français de ce projet de recherche comparatif international en médecine générale.

Elle cherche à étudier la perception des médecins généralistes français face aux situations de plaintes subjectives et complexes (SHC : Subjective Health Complaint) : recueillir les diagnostics posés, les processus décisionnels d'arrêt de travail et évaluer les composantes de la plainte. Ces résultats seront ensuite comparés avec ceux de l'étude norvégienne. Y a-t-il une homogénéité dans la prise en charge des SHC au niveau européen ?

Pour cela, une méthode mixte a été utilisée: quantitative (vignettes vidéo + questionnaires) et qualitative (focus-group). L'objectif des focus groups était de mieux comprendre le processus de réflexion des médecins généralistes face aux SHC, la place de l'arrêt de travail dans ces prises en charge, les stratégies mises en place et les difficultés rencontrées.

# PREAMBULE

## 1. Terminologie

Le cadre des symptômes médicalement inexpliqués regroupe différents termes utilisés par les praticiens afin de caractériser des troubles pour lesquels il n'y a pas de mécanisme physiopathologique scientifiquement prouvé.

Une étude menée en France auprès de médecins généralistes indique que ceux-ci utilisent pour 34 % le terme de troubles psychosomatiques, pour 30 % celui de troubles fonctionnels, pour 10 % celui de somatisation, pour 7 % celui de conversion, pour 5,5 % celui de troubles somatoformes et pour 3,5% celui de troubles psycho-sociaux. Pour eux, les symptômes ainsi étiquetés ne sont en aucun cas synonymes de troubles psychogènes: entre un pôle organique à 0 et un pôle psychiatrique à 10, ils ont situé les symptômes médicalement inexpliqués à 5,65 (7).

Une étude britannique s'est intéressée aux termes jugés insultants par les patients. Le terme de symptôme fonctionnel paraît le moins insultant (12 %), alors que le terme de symptôme médicalement inexpliqué ou de psychosomatique l'est davantage (35 % et 42 % respectivement), mais moins que celui de symptôme hystérique (52 %) ou la mention que le symptôme trouve son origine « dans la tête » (93 %) (8).

Ces concepts ne sont pas tous superposables et il convient d'en préciser les définitions et leurs sous-entendus plus ou moins explicites.

### ➤ Les troubles somatoformes

- La CIM 10

Selon la 10ème édition de la Classification Internationale des Maladies par l'Organisation Mondiale de la Santé, les troubles somatoformes ont pour caractéristique essentielle « l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale incessante, persistants en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquels les symptômes n'ont aucune base organique. D'autre part, s'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet pas de rendre compte ni de

la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet».

- Le DSM IV

Dans le DSM IV les troubles somatoformes sont des symptômes physiques qui font évoquer une affection médicale générale mais qui ne peut s'expliquer complètement ni par cette affection, ni par un trouble mental patent. Ces symptômes sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social et professionnel.

Ils sont différents des troubles factices et des simulations car ils ne sont pas volontaires. Cette classification américaine distingue 5 sous-groupes de troubles somatoformes :

- Le trouble de somatisation : il s'agit d'un trouble poly-symptomatique, survenant avant l'âge de 30 ans, persistant plusieurs années, et caractérisé par l'association de symptômes gastro-intestinaux, sexuels et pseudo-neurologiques. Ces symptômes s'accompagnent d'une perturbation du comportement et conduisent à une altération du fonctionnement social et familial.

- Le trouble somatoforme indifférencié : il est caractérisé par des plaintes somatiques multiples inexplicables, pendant au moins 6 mois, mais dont le nombre et la durée ne permettent pas de poser le diagnostic de trouble de somatisation.

- Le trouble de conversion: il est caractérisé par des symptômes ou des déficits neurologiques, touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles, faisant suggérer une affection neurologique ou une affection médicale générale. Des facteurs psychologiques sont considérés comme étant associés aux symptômes.

- Le trouble douloureux : la douleur est au centre de la symptomatologie et les facteurs psychologiques y contribuent fortement.

- L'hypochondrie : préoccupation centrée sur la crainte d'être atteint d'une affection grave du fait d'une interprétation erronée des symptômes physiques ou du fonctionnement corporel. Ce diagnostic ne requiert pas un nombre de symptômes ni une durée d'évolution précise, mais une préoccupation pathologique vis-à-vis de la santé.

Les entités sont purement descriptives, les seuils de définition sont arbitraires et variables (nombre de symptômes par exemple), certaines se recoupent. Ces troubles sont fréquemment associés avec d'autres troubles psychiatriques et avec des troubles de la personnalité. Enfin, certaines catégories pourraient être reclassées utilement dans d'autres groupes de troubles mentaux : l'hypocondrie comme un trouble anxieux centré sur la santé, la conversion comme un trouble dissociatif, le trouble douloureux comme un ensemble de facteurs psychologiques influençant une maladie organique.

- DSM V : le trouble de symptôme somatique (les modifications)

Cette définition supprime les différentes sous-catégories incluses dans le DSM IV. Elle n'implique plus de présenter un nombre défini de symptômes parmi 4 groupes de symptômes. Les symptômes somatiques doivent cependant entraîner une détresse ou avoir un impact sur la vie quotidienne et être accompagnés de sentiments, comportements, pensées excessives. Par ailleurs la plainte n'a plus besoin d'être médicalement inexpliquée pour rentrer dans le cadre de cette définition (9) .

➤ Symptôme fonctionnel ou « médicalement inexpliqué » (10)

On dit d'un symptôme qu'il est fonctionnel lorsqu'il n'est expliqué ni par une lésion tissulaire identifiable (exemple : infarctus du myocarde), ni par un mécanisme physiopathologique établi (exemple : asthme) ; il s'oppose donc au symptôme «organique». Il est «subjectif», au contraire des signes d'examen, des anomalies d'imagerie, et des résultats de laboratoire.

Les symptômes fonctionnels sont aussi dénommés de manière plus neutre par le terme «symptômes médicalement inexpliqués » proposé par les anglo-saxons, qui laisse moins préjuger une origine psychogène, implicitement sous-entendue dans le terme « fonctionnel ». Ils sont définis en négatif et résultent de l'élimination d'une cause organique ou médicale. Cela impliquerait que lorsque celle-ci n'est pas trouvée, le problème sort du champ de la médecine.

➤ Syndromes somatiques fonctionnels

C'est Wessely qui introduit le concept de « syndromes somatiques fonctionnels » défini comme un ensemble de symptômes sans explication physiopathologique communément admise. Chaque spécialité médicale en connaît au moins un type :

- Rhumatologie : fibromyalgie
- Gastro-entérologie : syndrome du côlon irritable, dyspepsie non ulcéreuse
- Gynécologie : syndrome prémenstruel, douleurs pelviennes chroniques
- Cardiologie : douleurs thoraciques atypiques non angineuses
- Pneumologie : syndrome d'hyperventilation
- Maladies infectieuses : syndrome de fatigue chronique (post-virale)
- ORL : SADAM, syndrome de sensibilisation multiple
- Neurologie : céphalées de tension

Ce découpage paraît répondre davantage à celui des disciplines médicales qu'à la cohérence clinique des syndromes eux-mêmes. Les syndromes somatiques fonctionnels sont fréquemment associés entre eux et sont significativement associés à la détresse psychologique, à la dépression, à l'anxiété, et à des facteurs de risque communs. Leurs physiopathologies, certes mal connues, ont de nombreux points communs, et les traitements efficaces ont des similarités (11).

➤ Somatisation

La somatisation est un concept complexe et polysémique qui recouvre différentes situations cliniques. Plusieurs définitions ont été proposées afin de mieux décrire ce concept (12) :

- Selon Bridges et Goldberg, la somatisation est définie comme l'expression atypique d'une maladie psychiatrique. Les critères de Bridges et Goldberg (1985) reposent sur quatre points :
  - le patient consulte auprès d'un médecin somaticien.
  - le patient attribue ses symptômes à une cause physique et non psychologique.

- le diagnostic de maladie psychiatrique peut être posé grâce à des outils diagnostiques appropriés.
  - le médecin considère qu'une intervention de nature psychologique est susceptible de faire disparaître le symptôme
- Lipowski définit en 1988 la somatisation comme un concept psychosociologique de « conduite de maladie » ; il s'agit d'une tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher pour eux une aide médicale (13).

Cette définition ne présuppose pas d'une pathologie psychiatrique identifiable et insiste sur trois points essentiels :

- les symptômes sont médicalement inexpliqués.
  - il y a conflit d'attribution entre le patient et le médecin.
  - le recours aux soins médicaux fait partie intégrante du problème.
- Richard Mayou assimile la somatisation au terme de «symptômes médicalement inexpliqués », lorsqu'ils sont prolongés et invalidants. Leur étiologie est souvent multifactorielle, et les troubles psychiatriques sont fréquemment mais non constamment présents (14).

➤ Les plaintes subjectives et complexes :

Il s'agit d'abord d'utiliser le terme « plainte » plutôt que « symptôme » car ce dernier oriente vers la possibilité d'une maladie sous-jacente. Par ailleurs le patient exprime une plainte dans le cadre des soins.

Cette terminologie a été développée par l'équipe Norvégienne pour rendre compte du caractère non objectivable des plaintes du patient ainsi que la nécessité de préciser le cadre global entourant celles-ci (social, familial, professionnel, culturel, histoire de vie).

Ce terme a été préféré à celui utilisé habituellement dans la littérature – Symptômes médicalement inexpliqués – qui fait référence au seul aspect biomédical et à une définition en négatif, semblant exclure le patient d'une prise en charge médicale.

✓ **On se retrouve donc devant un concept aux multiples définitions rendant le diagnostic d'autant plus difficile que la définition en est imprécise.**

## 2. Epidémiologie

La prévalence des symptômes médicalement inexpliqués est difficile à établir étant donné la pluralité des critères qui peuvent être pris en compte pour les définir. Ainsi les prévalences citées dans la littérature sont très dépendantes des classifications ou définitions utilisées, ainsi que de la culture et du niveau de soins du pays où elles sont mesurées.

Les études réalisées sur le sujet retrouvent une prévalence dans la population générale allant de 4 à 10% (1,15). Ces plaintes représentent entre 15 et 32% des consultations de médecine générale (16–18). En soins primaires la prévalence varie de 20 à 74% (1).

En milieu hospitalier, les symptômes médicalement inexpliqués ne sont pas exceptionnels : 20% des patients admis plus de 10 fois en 8 ans n'ont pas de maladie organique retrouvée (16).

Il semble exister une plus grande fréquence des symptômes médicalement inexpliqués chez les femmes et chez les jeunes (19,20). De plus, les douleurs chez la femme semblent être plus intenses, multifocales et ont tendance à durer plus longtemps que chez les hommes.

En médecine générale, les patients souffrant de SMI présentent 3,3 fois plus souvent de troubles anxieux et dépressifs que la population générale.

Parmi les patients atteints de troubles anxieux et dépressifs, 54% présentent des troubles somatoformes (17).

Dans une étude néerlandaise, sur des patients en arrêt de travail, 15.1% de ceux-ci présentaient des SMI sévères. Ils avaient 4 à 6 fois plus de troubles dépressifs et anxieux que les autres employés en arrêt de travail (21).

Il semble donc exister un lien fort entre SHC et troubles anxio-dépressifs. Cette association se renforce d'autant plus que la sévérité des symptômes somatiques inexpliqués est grande (15).

✓ **Les plaintes subjectives et complexes sont des motifs fréquents de consultation en médecine générale et en soins primaires. Les femmes semblent plus souvent atteintes que les hommes. Il existe une forte comorbidité avec des troubles anxieux et dépressifs, d'autant plus que l'atteinte somatique est importante.**

### **3. Implication en économie de santé**

Tous les auteurs s'accordent à dire que les coûts engendrés par les patients somatisants sont importants et représentent un vrai problème de santé publique. Cependant le problème de définition et donc les difficultés à établir une prévalence de la maladie rendent difficiles tous les calculs de coûts en santé de ces patients. Fink (1992) estime que les « somatisants persistants » utiliseraient 3% du budget des hospitalisations non-psychiatriques (22).

Dans une pratique de médecine générale, les patients souffrant d'un trouble de somatisation selon le DSM III (complet ou subclinique) consulteraient 50% plus et coûteraient 50% plus cher qu'une population contrôle (23).

Dans une étude sur l'utilisation des ressources de soins par les patients somatisants, Smith (1994) trouve que les coûts liés à la prise en charge de ce groupe de patients seraient neuf fois supérieurs à ceux de la population générale et cela sans compter les coûts indirects, liés à l'incapacité de travail et la perte de productivité (24).

Les études américaines menées entre 1980 et 2004 retrouvent une majoration de coût de santé par les patients porteurs de symptômes médicalement inexpliqués, évaluée entre 432 et 5353 USD par patient par an (25). Les coûts indirects n'étaient étudiés que dans une seule étude qui estimait la majoration à 18000 USD par an par patient. Ces

coûts de santé sont équivalents à ceux occasionnés par les troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété chronique. Ils pourraient être améliorés en formant davantage les praticiens et en ciblant mieux ces patients (25).

Dans une étude allemande, les patients avec des SMI ont un coût direct moyen sur 6 mois évalué à 1098 EUR et un coût indirect de 7645 EUR. Pour les coûts directs les consultations médicales ambulatoires étaient la catégorie la plus coûteuse (36%), suivis par les produits pharmaceutiques (25%) et l'hospitalisation (19%). Les coûts indirects ont été principalement causés par la réduction de la productivité du travail (56%), suivie par la retraite anticipée (29%) et l'arrêt de travail court (14%). Ces coûts étaient fortement majorés en fonction de la sévérité du symptôme médicalement inexpliqué (26).

En Pays de Loire les données récentes de la sécurité sociale sur les arrêts de travail de plus de 45 jours, en dehors des arrêts liés à la grossesse, retrouvent 15,7% d'arrêts pour des causes pouvant correspondre à des symptômes médicalement inexpliqués et 8,4% en lien avec des épisodes dépressifs.

# MATERIEL ET METHODES

## 1. Type de l'étude

Cette étude est le volet français d'une étude internationale comparative des pratiques des médecins généralistes européens face aux plaintes subjectives et complexes.

L'objectif est d'explorer et de mieux comprendre les pratiques d'un échantillon représentatif de 50 médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée, équivalent numérique de l'échantillon norvégien.

Il s'agit d'une enquête quantitative de pratique par questionnaire. L'originalité de la méthode consiste à mettre les praticiens volontaires face à 9 consultations réelles filmées, rejouées par des acteurs. Elles mettent en scène un généraliste et des patients présentant des plaintes subjectives et complexes.

A l'issue de chaque séquence, les médecins participants répondent à un questionnaire qui explore leurs propositions diagnostiques, leurs décisions d'arrêter ou non le patient, leurs évaluations du poids de certains déterminants de la plainte et leurs propositions spontanées de prise en charge (Annexe 1).

Cette enquête quantitative est complétée par une analyse qualitative des processus de réflexion des médecins généralistes face aux SHC, de la place de l'arrêt de travail dans ces prises en charges, des stratégies mises en place et des difficultés rencontrées. Cette analyse est réalisée au moyen de deux focus groups de praticiens: un en Loire atlantique et un en Vendée.

## 2. Echantillon de médecin

Le recrutement des médecins généralistes participants à l'étude s'est fait grâce à l'aide de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Pays de Loire. Un premier échantillonnage aléatoire à partir de l'ensemble de la population de généralistes de Loire atlantique (LA) et de Vendée (V) a permis de créer un échantillon aléatoire de 200

médecins généralistes en activité. Ceux-ci ont été contactés une première fois par téléphone pour leur présenter l'étude et connaître leur intention de participation puis secondairement par l'équipe de recherche pour confirmer leur présence. L'échantillon ainsi constitué étant insuffisant, il a été complété par le recrutement de médecins en dehors de la présélection aléatoire.

Les participants recevaient un dédommagement financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS), équivalent à une journée de Formation Médicale Continue (le prix de 15 consultations en libéral secteur 1).

### **3. Taille de l'échantillon**

Le nombre de participants était fixé à 50 pour obtenir un échantillon de taille comparable à celui obtenu en Norvège. Il ne s'agissait pas d'un critère statistique de puissance.

## **4. Déroulement de l'étude**

### **4.1. Les questionnaires**

9 consultations filmées avec des acteurs, établies à partir de consultations réelles réalisées en Norvège, ont été présentées aux médecins français répartis sur deux sites : Nantes et la Roche sur Yon. Les patients étudiés présentaient tous un cas de plaintes subjectives et complexes. Ces vidéos, qui duraient entre 5 et 20 minutes, avaient été sélectionnées en Norvège parmi 19 au total pour leur large panel d'âge, de patient, de genre et de plaintes différentes. Tous les patients filmés initialement avaient donné leur accord pour participer à cette recherche médicale.

Au début de chaque vidéo, nous avons présenté brièvement aux médecins généralistes interrogés, l'histoire personnelle et médicale du patient avec les examens complémentaires réalisés et leurs résultats. Il était établi qu'aucun autre examen complémentaire n'était nécessaire.

La langue utilisée dans les vidéos était le norvégien avec des sous titrages en français (validés lors d'une enquête pilote menée précédemment auprès d'enseignants en médecine générale, en présence du promoteur norvégien de l'enquête internationale). Les caractéristiques des cas vidéo sont résumées dans l'annexe 2.

Les mêmes questionnaires qu'en Norvège, Suède et Danemark ont été utilisés afin de pouvoir comparer les études, la traduction ayant été validée.

Le profil de chaque médecin était recueilli au moyen d'un questionnaire anonyme : âge, genre, année d'installation, année de thèse et formation(s) complémentaire(s) (Annexe3).

Ensuite pour chaque vidéo, les médecins remplissaient chacun un questionnaire identique leur demandant de poser un ou plusieurs diagnostics. On leur demandait également s'ils souhaitaient donner un arrêt de travail au patient, la durée envisagée de celui-ci, son rapport aux conditions de travail et l'estimation de l'état de santé du patient. Ils avaient également la possibilité d'écrire en texte libre des suggestions de prise en charge.

Les diagnostics proposés ont été retranscrits en classification CISP 2, en double lecture (thésards) avec avis de l'investigateur principal en cas de désaccord ; de manière à obtenir des diagnostics quantifiables et comparables aux résultats européens. Cette classification est utilisée en routine en Norvège pour l'attribution des arrêts de travail.

CISP (ICPC 2) est la Classification Internationale des Soins Primaires. Elle a été développée par la WONCA (Organisation Internationale des médecins généralistes). La dernière version a été éditée en 2000. Elle appartient à la famille des classifications de l'OMS tout comme la Classification Internationale des Maladies (CIM). Elle contient 17 chapitres désignant chacun un appareil corporel, pour un total de 687 rubriques sans les procédures. Son objectif est un recueil manuel et une analyse épidémiologique des données de consultations en médecine générale. Dans le cadre du dossier médical informatisé, elle peut être utilisée comme un système d'aide à la décision médicale, d'assurance qualité des soins, de surveillance épidémiologique, et de recherche scientifique en soins primaires. Il existe une correspondance entre de nombreux codes CISP et CIM 10 (Codage d'une plainte, pathologie, procédures...).

Deux journées de visionnage ont été organisées : une à la faculté de médecine de Nantes pour les médecins de Loire Atlantique et une au Centre Hospitalier Départemental de La Roche sur Yon pour les médecins de Vendée.

Les résultats des questionnaires ont été restitués dans un tableau Excel puis importés sur le logiciel de statistiques SPSS utilisé également dans l'étude Norvégienne..

#### **4.2. Focus group**

A l'issue de chacune des journées, un focus group a été organisé sur la base de la candidature volontaire des médecins présents et indemnisé 2 consultations de plus.

L'objectif des focus groups était de mieux comprendre le processus de réflexion des médecins généralistes face aux plaintes subjectives et complexes, la place de l'arrêt de travail dans ces prises en charges, les stratégies mises en place, ainsi que les difficultés rencontrées.

# RESULTATS QUANTITATIFS

## 1. Description de la population des médecins généralistes inclus dans l'étude

A l'issue du recrutement par la CPAM des Pays de la Loire, 30 médecins ont accepté de participer à l'étude (23 en LA et 7 en V), 20 étaient indécis (12 en LA et 8 en V) et 10 non joignables (3 en LA et 7 en V).

Tous ces médecins ont été recontactés par téléphone, mail ou courrier pour finalement obtenir 34 participants.

Il a fallu élargir la liste de phoning à des médecins ne faisant pas partie de la présélection aléatoire de la CPAM pour approcher au mieux des 50 participants. Au total 46 médecins ont validé leur participation dont 31 en Loire atlantique et 15 en Vendée soit 3% de la population de médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée. Il y a eu 5 recrutements non aléatoires en Vendée et 7 en Loire-Atlantique (Annexe 4).

### 1.1. Représentativité

- Structure par département

|               | Population totale |        | Echantillon |        | Ecart part | Ecart acceptable ? |
|---------------|-------------------|--------|-------------|--------|------------|--------------------|
|               | Nombre            | Part   | Nombre      | Part   |            |                    |
| <b>Dpt 44</b> | 1 012             | 68,0%  | 31          | 67,4%  | 0,6%       | Oui                |
| <b>Dpt 85</b> | 476               | 32,0%  | 15          | 32,6%  | 0,6%       | Oui                |
| <b>TOTAL</b>  | 1 488             | 100,0% | 46          | 100,0% |            |                    |

**Tableau 1** : Comparaison de la répartition géographique de l'échantillon avec la population source (*Ecart acceptable* ( $\leq 1\%$ )).

Notre échantillon a la même distribution entre Loire Atlantique et Vendée que la population totale des médecins généralistes de ces deux départements.

- Structure par sexe

|              | Population totale |        | Echantillon |        | Ecart part | Ecart acceptable ? |
|--------------|-------------------|--------|-------------|--------|------------|--------------------|
|              | Nombre            | Part   | Nombre      | Part   |            |                    |
| <b>Homme</b> | 953               | 64,0%  | 18          | 39,1%  | 24,9%      | Non                |
| <b>Femme</b> | 535               | 36,0%  | 28          | 60,9%  | 24,9%      | Non                |
| <b>TOTAL</b> | 1 488             | 100,0% | 46          | 100,0% |            |                    |

**Tableau 2** : Comparaison de la répartition des genres entre l'échantillon et la population source (*Ecart non acceptables (>1%)*).

Notre échantillon comporte plus de femmes (60.9% versus 36%) que dans la population totale.

- Structure par âge

|                    | Population totale |        | Echantillon |        | Ecart part | Ecart acceptable ? |
|--------------------|-------------------|--------|-------------|--------|------------|--------------------|
|                    | Nombre            | Part   | Nombre      | Part   |            |                    |
| <b>- 45 ans</b>    | 376               | 25,3%  | 19          | 41,3%  | 16,0%      | Non                |
| <b>45 à 60 ans</b> | 804               | 54,0%  | 21          | 45,7%  | 8,4%       | Non                |
| <b>+ 60 ans</b>    | 308               | 20,7%  | 6           | 13,0%  | 7,7%       | Non                |
| <b>TOTAL</b>       | 1 488             | 100,0% | 46          | 100,0% |            |                    |

**Tableau 3** : Comparaison entre l'âge des participants et la population source (*Ecart non acceptables (>1%)*).

On note une forte proportion de médecins jeunes dans notre échantillon (« - de 45 ans » 41.3% vs 25.3%) au détriment des médecins plus âgés.

- Structure par ancienneté

|                   | Population totale |        | Echantillon |        | Ecart part | Ecart acceptable ? |
|-------------------|-------------------|--------|-------------|--------|------------|--------------------|
|                   | Nombre            | Part   | Nombre      | Part   |            |                    |
| <b>- 5 ans</b>    | 285               | 19,2%  | 20          | 43,5%  | 24,3%      | Non                |
| <b>5 à 20 ans</b> | 536               | 36,0%  | 10          | 21,7%  | 14,3%      | Non                |
| <b>+ 20 ans</b>   | 667               | 44,8%  | 16          | 34,8%  | 10,0%      | Non                |
| <b>TOTAL</b>      | 1 488             | 100,0% | 46          | 100,0% |            |                    |

**Tableau 4** : Comparaison entre l'ancienneté des participants et celle de la population source (*Ecart non acceptables (>1%)*).

La participation des médecins installés depuis moins de 5 ans a été très forte dans notre étude (43.5% vs 19.2%).

- Structure par sexe et âge

En croisant les informations sur l'âge et le sexe, on remarque que les tranches de population sous représentées sont les hommes entre 45 à 60 ans (écart de -14%) et dans une moindre mesure les hommes de plus de 60 ans (écart -9.4%). Les femmes de moins de 45 ans (écart +17.3%) sont quant à elles surreprésentées.

On note de manière générale qu'il y a plus de jeunes et plus de femmes dans notre échantillon par rapport à la population source de médecins généralistes.

## 1.2. Comparabilité avec la Norvège et la Scandinavie

|                      | France  | Scandinavia | Norway  | Sweden  | Denmark | p value vs<br>norway | p value vs<br>scandinavia |
|----------------------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------------------|---------------------------|
|                      | 46      | 126         | 56      | 29      | 41      |                      |                           |
| <b>Female</b>        | 27 (59) | 63 (50)     | 20 (36) | 16 (55) | 27 (66) | 0,02                 | 0,31                      |
| <b>Age</b>           |         |             |         |         |         |                      |                           |
| <b>&lt; 40</b>       | 15 (33) | 25 (20)     | 15 (27) | 5 (17)  | 5 (12)  | 0,52                 | 0,08                      |
| <b>41-50</b>         | 12 (26) | 46 (37)     | 21 (37) | 6 (21)  | 19 (46) | 0,22                 | 0,2                       |
| <b>&gt; 51</b>       | 19 (41) | 54 (43)     | 20 (36) | 17 (59) | 17 (41) | 0,56                 | 0,85                      |
| <b>GP experience</b> |         |             |         |         |         |                      |                           |
| <b>&lt;10</b>        | 16 (35) | 53 (42)     | 21 (37) | 10 (34) | 22 (54) | 0,78                 | 0,39                      |
| <b>11-15</b>         | 6 (13)  | 25 (20)     | 12 (21) | 4 (14)  | 9 (22)  | 0,27                 | 0,3                       |
| <b>ans</b>           |         |             |         |         |         |                      |                           |
| <b>&gt; 16</b>       | 24 (52) | 47 (37)     | 23 (41) | 14 (48) | 10 (24) | 0,26                 | 0,08                      |

**Tableau 5** : Profil démographique des médecins participants à l'étude en France et comparaison avec la Norvège et la Scandinavie (Norvège, Suède, Danemark).

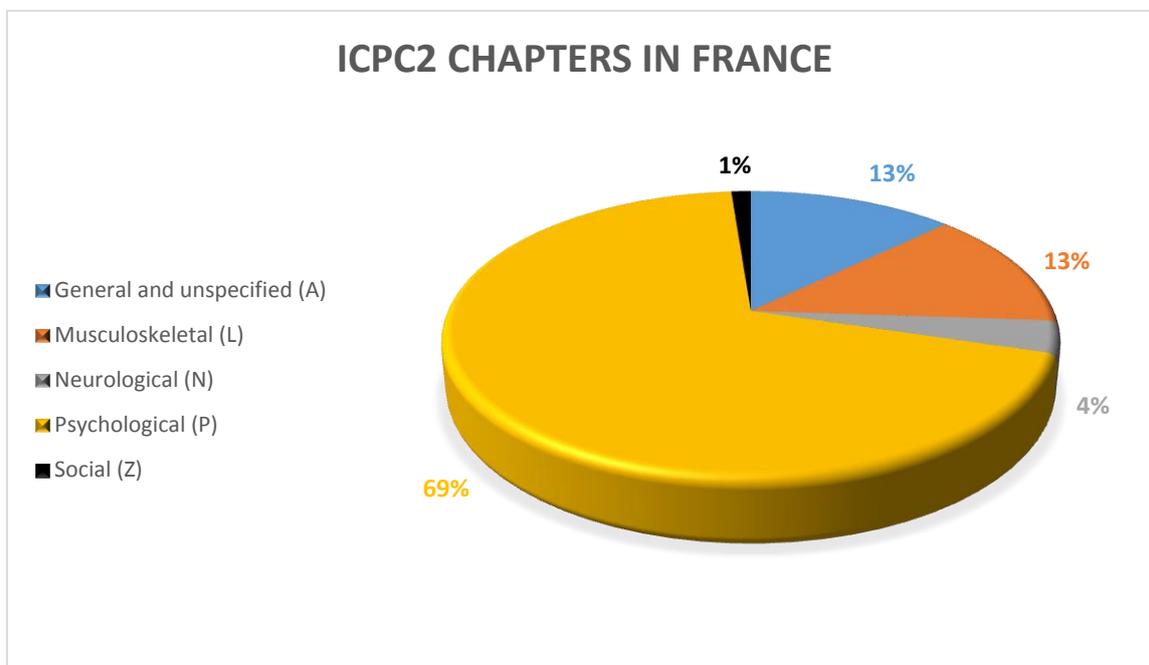
Il n'existe pas de différences significatives en ce qui concerne l'âge, le sexe et la durée d'exercice ( $\chi^2$  ;  $p > 0.05$ ) entre l'échantillon de médecins français et de médecins scandinaves.

En ce qui concerne l'échantillon norvégien en particulier, il existe une différence significative au niveau du genre : il y a plus de femmes dans l'échantillon français ( $p = 0.02$ ). Le reste des caractéristiques ne fait pas l'objet de différences significatives.

## 2. Résultats descriptifs des diagnostics principaux

### 2.1. résultats de l'échantillon français

#### 2.1.1. Répartition des codes diagnostiques par chapitre ICPC 2 correspondant



**Figure 1** : Répartition des diagnostics principaux, par chapitre ICPC 2 pour les 9 cas.

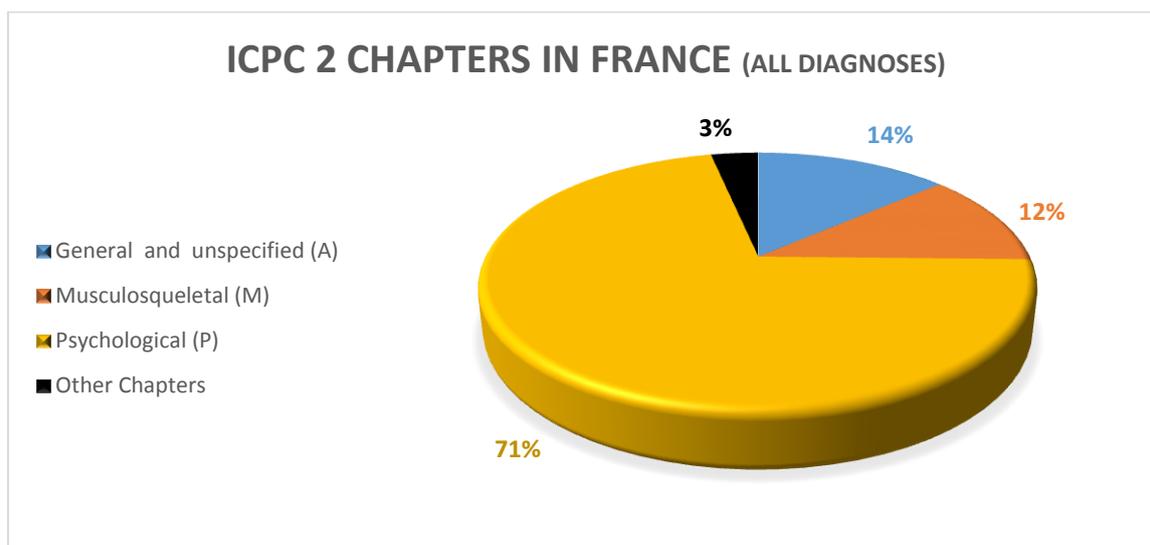
Le chapitre « Psychologique » est le plus représenté avec 69% des codes utilisés en diagnostic principal, suivi par les chapitres « Musculo-squelettique » (13%) et « Général et Non spécifique » (13%).

| Cas                           | 1   | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | Total |
|-------------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| <b>Psychologique</b>          | 101 | 30 | 76 | 33 | 58 | 37 | 66 | 86 | 71 | 558   |
| <b>Musculo-squelettique</b>   | 34  | 41 | 7  | 2  | 2  | 1  | 0  | 5  | 0  | 92    |
| <b>Général non spécifique</b> | 15  | 11 | 7  | 29 | 5  | 17 | 5  | 12 | 5  | 106   |

**Tableau 6** : Nombre de codes ICPC 2 dans les trois chapitres les plus représentés sur l'ensemble des diagnostics proposés.

97% des codes diagnostiques utilisés dans ces cas de plaintes subjectives et complexes, renvoient aux catégories « psychologique », « musculo-squelettique » et « général non spécifique ».

Des résultats similaires sont obtenus avec l'utilisation de l'ensemble des diagnostics utilisés par les médecins (782 diagnostics sur 414 questionnaires).



**Figure 2 :** Répartition de l'ensemble des diagnostics, par chapitre ICPC 2 pour les 9 cas.

Le chapitre ICPC2 le plus utilisé reste le chapitre psychologique.

Parmi les codes psychologiques :

| Codes "Psychologique" |     | %    |
|-----------------------|-----|------|
| <b>Total</b>          | 286 | 100  |
| <b>Anxiété</b>        | 90  | 31,5 |
| <b>Dépression</b>     | 82  | 28,7 |

**Tableau 7 :** Proportion de codes diagnostiques correspondant à un état anxieux ou dépressif parmi l'ensemble des codes psychologiques du diagnostic principal.

Sur l'ensemble des codes psychologiques du diagnostic principal, 60.2% renvoyaient à un état dépressif ou anxieux.

Sur la totalité des codes diagnostiques principaux, la présence d'un état anxieux ou dépressif était identifiée dans 41% des questionnaires.

82 % des questionnaires comportaient au minimum un code du chapitre « psychologique ».

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Général et non spécifique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| A01 – douleur générale/ de sites multiples ; A04 - fatigue/ faiblesse générale ; A23 - Facteur de risque NCA ; A27 - peur d'une autre maladie NCA ; A28 - limitation de la fonction /incapacité NCA ; A29 - autre S/P général ; A91 - résultat d'investigation anormale NCA ; A92 - allergie/ réaction allergique NCA ; A97 - pas de maladie ; A99 - maladie de nature/ site non précisé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Digestif                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| D93 - syndrome du côlon irritable ; D94 - entérite chronique/colite ulcéreuse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Musculo-squelettique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| L01 - S/P du cou ; L02 - S/P du dos ; L07 - S/P de la mâchoire ; L18 - douleur musculaire ; L19 - S/P musculaire NCA ; L20 - S/P d'une articulation NCA ; L29 - autre S/P ostéoarticulaire ; L84 - syndrome dorsolombaire sans irradiation ; L87 - bursite tendinite synovite NCA ; L88 - polyarthrite rhumatoïde séropositive ; L91 - autre arthrose ; L92 - syndrome de l'épaule                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Neurologique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| N01 - mal de tête ; N06 - autre perturbation de la sensibilité ; N18 - paralysie/ faiblesse ; N29 - autre S/P neurologique ; N86 - sclérose en plaque ; N89 – migraine ; N90 - algie vasculaire de la face ; N92 - névralgie du trijumeau ; N94 - névrite/ neuropathie périphérique ; N95 - céphalée de tension ; N99 - autre maladie neurologique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Psychologique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| P01 - sensation d'anxiété/ nervosité/ tension ; P02 - réaction de stress aigue ; P03 - sensation de dépression ; P04 - sentiment comportement irritable/colère ; P06 - perturbation du sommeil ; P09 - préoccupation sur identité sexuelle ; P15 - alcoolisme chronique ; P19 - usage abusif de drogue ; P25 - problèmes de phase de vie adulte ; P28 - limitation de la fonction/incapacité ; P29 - autre S/P psychologique ; P73 - psychose affective ; P74 - trouble anxieux/ état anxieux ; P75 - trouble somatoforme ; P76 – dépression ; P78 - neurasthénie/ surmenage ; P79 - phobie, trouble obsessionnel compulsif ; P80 - trouble de la personnalité ; P81 - trouble hyperkinétique ; P82 - syndrome de stress post traumatique ; P98 - autre psychose NCA ; P99 - autre trouble psychologique |
| Respiratoire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| R75 - sinusite aigue/chronique ; R80 – grippe ; R95 - maladie pulmonaire chronique obstructive ; R97 - rhinite allergique ; R99 - autre maladie respiratoire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Dermatologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| S88 - dermatite et allergie de contact                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Endocrinologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| T86 – hypothyroïdie / myxœdème ; T90 – diabète non insulino-dépendant                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Z05 - problème de travail ; Z11 - problème du fait d'être malade/compliance ; Z12 - problème de relation entre partenaire ; Z20 - problème de relation autre parent/famille ; Z22 - problème dû à la maladie autre parent/famille ; Z23 - perte/décès autre parent/famille ; Z25 - agression/ événement nocif NCA ; Z29 - problème social NCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**Tableau 8:** Codes diagnostiques utilisés par l'échantillon français

Les médecins français ont utilisé 73 codes différents pour définir les plaintes présentées par les patients des 9 cas vidéo. Cela correspond à 10 % de l'ensemble des codes de la classification ICPC 2. Pour le seul diagnostic principal, les participants ont utilisé 42 codes ICPC 2 différents dans les 9 cas. Les codes les plus cités sont : P76-dépression (81 fois) P74-trouble anxieux (73 fois) P78-neurasthénie/surmenage (65 fois), ce qui représente 52% des codes utilisés en diagnostic principal.

### 2.1.2. Observation des diagnostics par cas

| Cas                                     | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    |
|-----------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Nombre de diagnostics différents</b> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>Diagnostic principal</b>             | 9    | 17   | 8    | 10   | 10   | 20   | 5    | 9    | 12   |
| <b>Diagnostic de symptôme (%)</b>       | 22,2 | 52,9 | 50   | 30   | 60   | 50   | 40   | 44,4 | 58,3 |
| <b>Multimorbidité</b>                   | 67,4 | 50   | 30,4 | 26,1 | 28,3 | 39,1 | 17,4 | 15,2 | 8,7  |

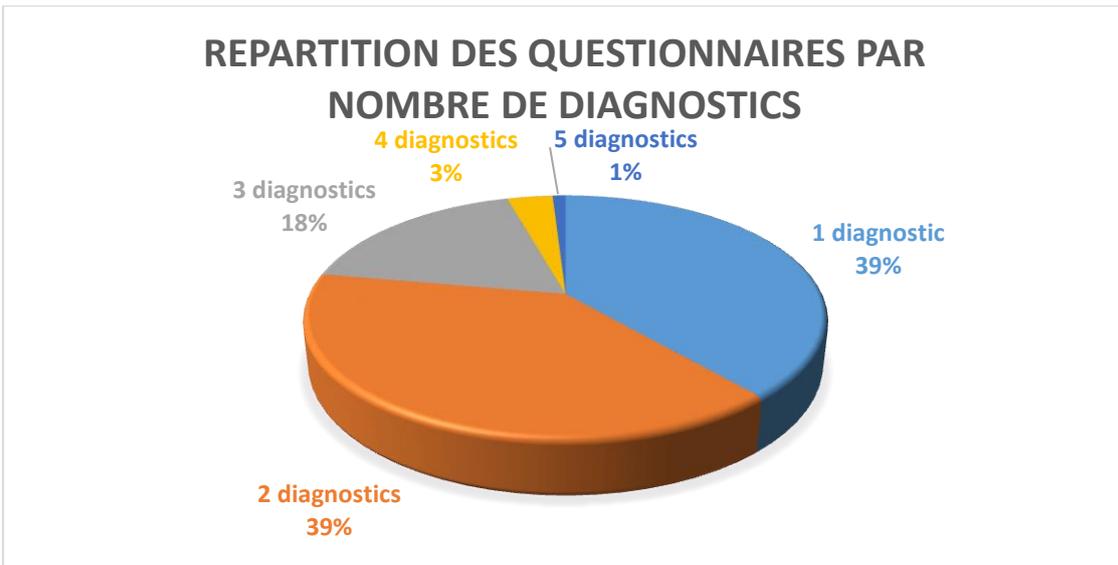
**Tableau 9** : Nombre de codes diagnostiques ICPC 2 différents utilisés pour le diagnostic principal et évaluation de la multimorbidité observée par cas.

Le nombre de codes différents pour le diagnostic principal varie de 5 à 20.

Les diagnostics principaux donnés par les médecins de notre échantillon sont des diagnostics de symptômes pour 10.8 à 54.4% des codes ICPC 2.

La multimorbidité était définie dans l'étude norvégienne, par un diagnostic secondaire codé dans un chapitre ICPC 2 différent du diagnostic principal pour un médecin.

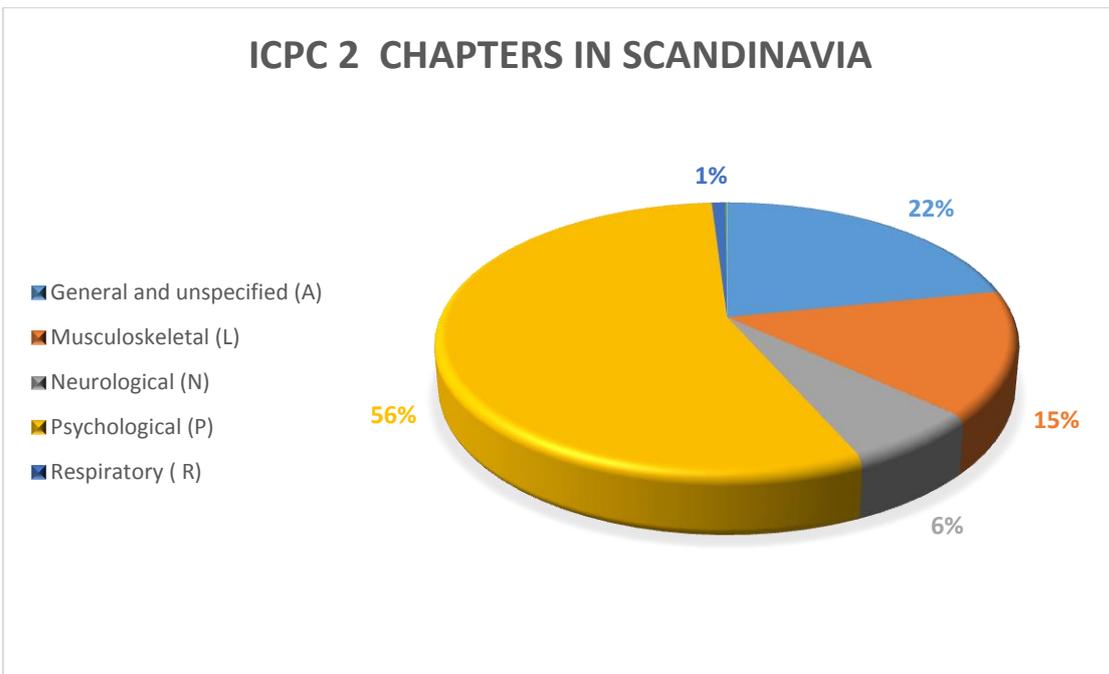
La multimorbidité est identifiée par les médecins dans 31.4% des questionnaires (de 8.7% à 67.4%) en utilisant la définition de l'étude norvégienne. Ce paramètre augmente à 39% des cas si l'on considère la multimorbidité comme « un patient ayant une plainte définie dans au moins 2 chapitres diagnostiques différents par un médecin en prenant l'ensemble des diagnostics donnés par celui-ci » (qu'il soit secondaire, tertiaire, quaternaire...).



**Figure 3 :** Répartition des questionnaires par nombre de diagnostics.

Les médecins français ont donné en moyenne 1.88 diagnostic par cas.

## 2.2. Comparaison avec la Norvège et Scandinavie



**Figure 4 :** Répartition des diagnostics principaux par chapitre ICPC 2 pour les 9 cas en Scandinavie.

Le chapitre le plus utilisé en Scandinavie est, comme en France, le chapitre « psychologique » avec 56 % des diagnostics principaux. Les deux autres chapitres les plus représentés sont également « général et non spécifique » et « musculo-squelettique ».

Les médecins scandinaves ont donné en moyenne 1.4 diagnostic par cas. (versus 1.88 pour les médecins français)

| case story | main ICPC 2 chapter Norway | main ICPC 2 chapter France |
|------------|----------------------------|----------------------------|
| n°1        | Musculoskeletal            | Psychological              |
| n°2        | Musculoskeletal            | Musculoskeletal            |
| n°3        | Psychological              | Psychological              |
| n°4        | general and unspecified    | general and unspecified    |
| n°5        | Psychological              | Psychological              |
| n°6        | Neurological               | Psychological              |
| n°7        | Psychological              | Psychological              |
| n°8        | Psychological              | Psychological              |
| n°9        | Psychological              | Psychological              |

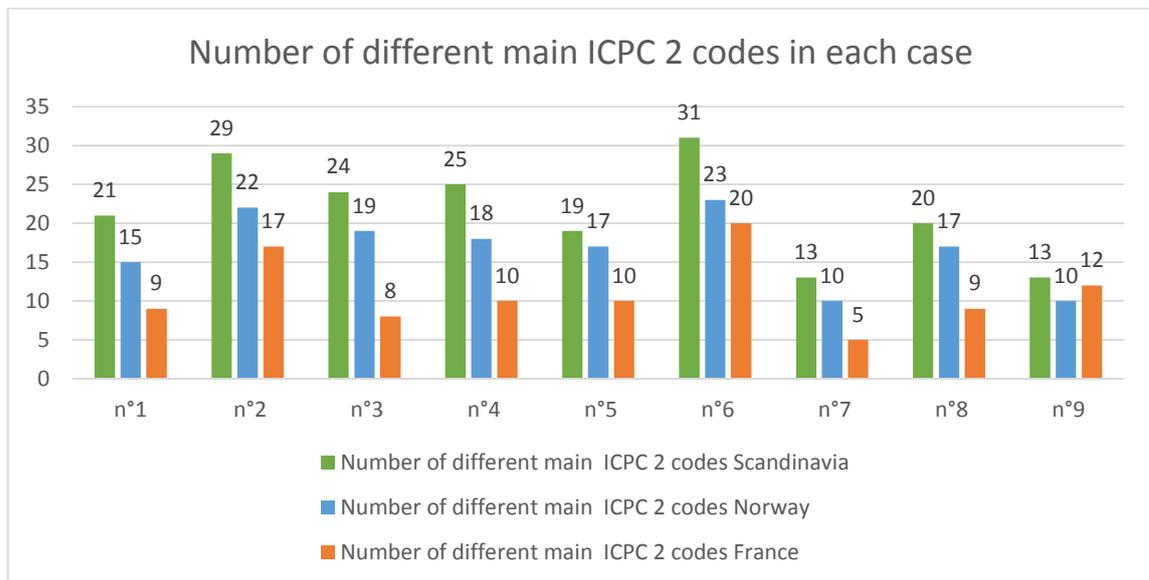
**Tableau 10:** Chapitres diagnostiques ICPC 2 les plus représentés en diagnostic principal, par cas, en France et en Norvège.

Sur les 9 cas, il y en a 7 (77.8%) pour lesquels les médecins français sont en accord avec les médecins norvégiens dans le choix du chapitre diagnostique ICPC 2 principal utilisé.

| case story | Other main ICPC2 chapters Norway                                         | Other main ICPC2 chapters France                             |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| n°1        | psychological. General and unspecified                                   | musculoskeletal. General and unspecified                     |
| n°2        | psychological. General and unspecified. Social problems. Respiratory     | psychological. General and unspecified. Social problems      |
| n°3        | musculoskeletal. General and unspecified. Social problems                | musculoskeletal. General and unspecified                     |
| n°4        | musculoskeletal. Psychological. General and unspecified. Neurological    | psychological.musculoskeletal. Neurological. Social problems |
| n°5        | musculoskeletal. General and unspecified. Social problems                | general and unspecified. Social problems                     |
| n°6        | musculoskeletal. psychological. General and unspecified. Social problems | neurological. General and unspecified. Musculoskeletal       |
| n°7        | general and unspecified                                                  | None                                                         |
| n°8        | musculoskeletal. general and unspecified                                 | general and unspecified                                      |
| n°9        | general and unspecified. Social problems                                 | general and unspecified                                      |

**Tableau 11:** Autres chapitres ICPC 2 cités en diagnostic principal en Norvège et en France.

Pour les cas n° 1 et 6, le diagnostic principal le plus représenté, attribué par les médecins norvégiens, est retrouvé dans les autres catégories diagnostiques attribuées par les médecins français et réciproquement.

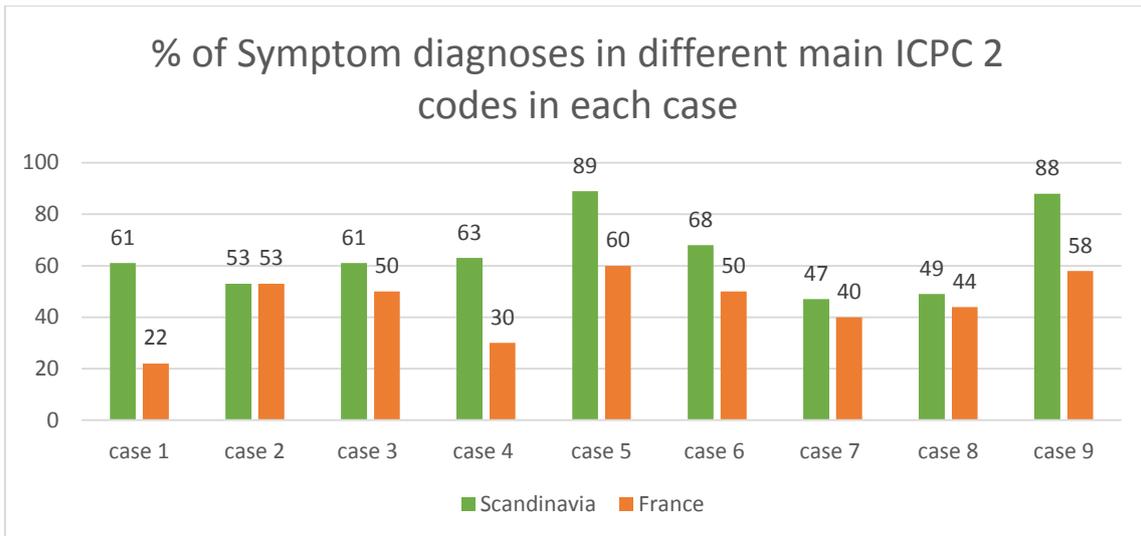


**Figure 5 :** Comparaison du nombre de codes ICPC 2 différents utilisés en diagnostic principal en France et en Norvège et Scandinavie.

Pour un patient donné, le nombre de diagnostics principaux varie de 5 à 20 en France, de 10 à 23 en Norvège et de 13 à 31 en Scandinavie.

Sur le diagnostic principal, les médecins français ont cité moins de codes différents ICPC2 que les médecins norvégiens (34% de moins en moyenne). (Test de Student ;  $p=0.01$ ) et moins que les médecins scandinaves (49% de moins en moyenne). (Test de Student ;  $p=0.001$ ).

Les médecins norvégiens ont utilisé 70 codes ICPC 2 différents pour définir les plaintes dans les 9 cas. 35 de ces codes sont identiques à ceux utilisés par les médecins français. Les médecins norvégiens et français ont utilisés 77 codes différents au cours de l'étude soit 11% de la classification ICPC 2.



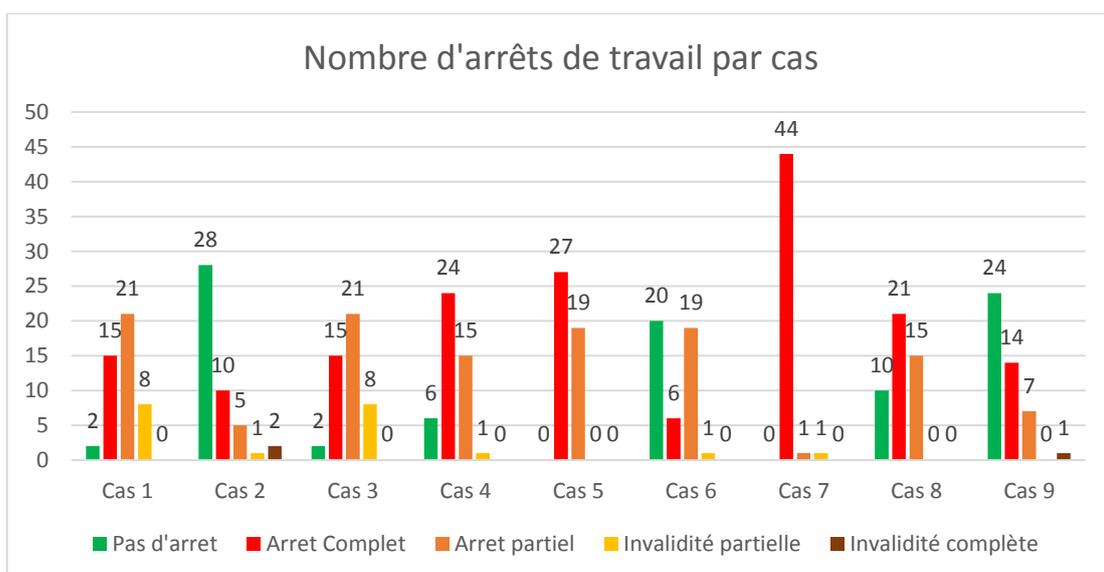
**Figure 6 :** Comparaison du pourcentage de codes de symptôme ICPC 2, parmi les différents codes utilisés en diagnostic principal, en France et en Scandinavie.

La proportion globale de codes diagnostiques de symptôme est significativement différente entre les deux groupes ( $\chi^2$  ;  $p=0.006$ ). Une multimorbidité était identifiée par les médecins scandinaves dans 36.5% des questionnaires, versus 31.4% en France. Il n'existe pas de différence significative sur ce point ( $\chi^2$  ;  $p=0.06$ ).

### 3. Résultats de la décision d'arrêt de travail

#### 3.1. Résultats de l'échantillon français

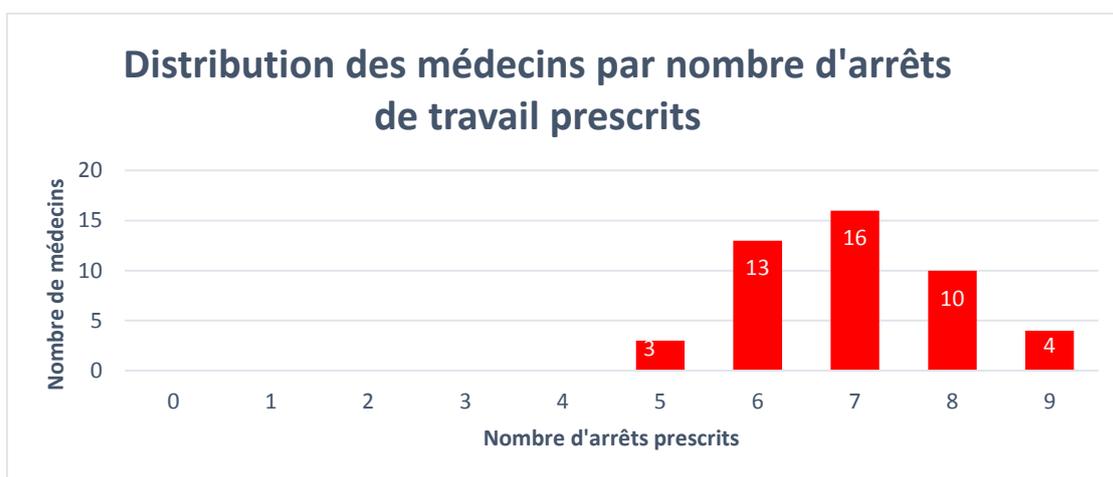
##### 3.1.1. Observation du nombre d'arrêts de travail par cas.



**Figure 7 :** Prescriptions d'arrêt de travail et propositions de mise en invalidité en France.

Sur l'ensemble des questionnaires, il y a eu 321 arrêts prescrits (arrêt complet, partiel, invalidité partielle et complète), soit 77% de prescription dans ces cas de plaintes subjectives et complexes.

### 3.1.2. Distribution des médecins par nombre d'arrêts de travail prescrits



**Figure 8 :** Distribution des médecins par nombre d'arrêts de travail prescrits.

39 médecins ont prescrit entre 6 et 8 arrêts sur les 9 cas, soit 85% des participants.

### 3.1.3. Statistique d'attribution d'un arrêt de travail en fonction du genre du médecin.

|              |       | pas d'arrêt de travail | arrêt de travail | Total | AT oui |
|--------------|-------|------------------------|------------------|-------|--------|
| <b>genre</b> | homme | 42                     | 129              | 171   | 75,43% |
|              | femme | 51                     | 192              | 243   | 79,00% |
| <b>Total</b> |       | 93                     | 321              | 414   | 77,50% |

**Tableau 12 :** Prescription d'arrêt de travail en fonction du genre.

Le genre et la prescription d'arrêt de travail sont indépendants ( $\chi^2 : p=0.39$ ).

### 3.1.4. Statistique d'attribution d'un arrêt de travail en fonction de l'âge du médecin.

|              |       | pas d'arrêt de travail | arrêt de travail | Total |
|--------------|-------|------------------------|------------------|-------|
| âge          | 20-30 | 9                      | 45               | 54    |
|              | 31-40 | 21                     | 60               | 81    |
|              | 41-50 | 27                     | 81               | 108   |
|              | 51-60 | 26                     | 100              | 126   |
|              | > 60  | 10                     | 35               | 45    |
| <b>Total</b> |       | 93                     | 321              | 414   |

**Tableau 13** : Prescription d'arrêt de travail en fonction de l'âge.

L'âge du médecin et la prescription d'arrêt de travail sont indépendants ( $\text{Khi}^2 : p=0.69$ ).

### 3.1.5. Arrêt de travail et chapitre ICPC-2

| Chapitre ICPC 2           | Pas d'arrêt de travail | Arrêt de travail (%) | Total |
|---------------------------|------------------------|----------------------|-------|
| Général et non spécifique | 13                     | 40 (75)              | 53    |
| Musculo-squelettique      | 18                     | 37 (67)              | 55    |
| Neurologique              | 4                      | 11 (73)              | 15    |
| Psychologique             | 57                     | 229 (80)             | 286   |
| Social                    | 1                      | 4 (80)               | 5     |
| <b>Total:</b>             | 93                     | 321                  | 414   |

**Tableau 14** : Prescription d'arrêt de travail en fonction du chapitre ICPC 2 du diagnostic principal.

Il n'existe pas de différence significative de prescription d'arrêt de travail en fonction de la catégorie ICPC 2 utilisée en diagnostic principal (pour les 3 catégories les plus représentées :  $n>5$ ,  $\text{khi}^2 : p = 0.10$ ).

|                                        |     | Arrêt de travail |     | Total |
|----------------------------------------|-----|------------------|-----|-------|
|                                        |     | Non              | Oui |       |
| Questionnaires avec au moins un code P | Non | 25               | 50  | 75    |
|                                        | Oui | 68               | 271 | 339   |
| <b>Total</b>                           |     | 93               | 321 | 414   |

**Tableau 15** : Présence d'au minimum un code psychologique et prescription d'un arrêt de travail.

La présence d'au moins un code diagnostique de la catégorie « psychologique » dans un questionnaire est déterminant dans la prescription d'arrêt de travail : 79% vs 66% ( $\text{K}\chi^2$  ;  $p= 0.012$ ).

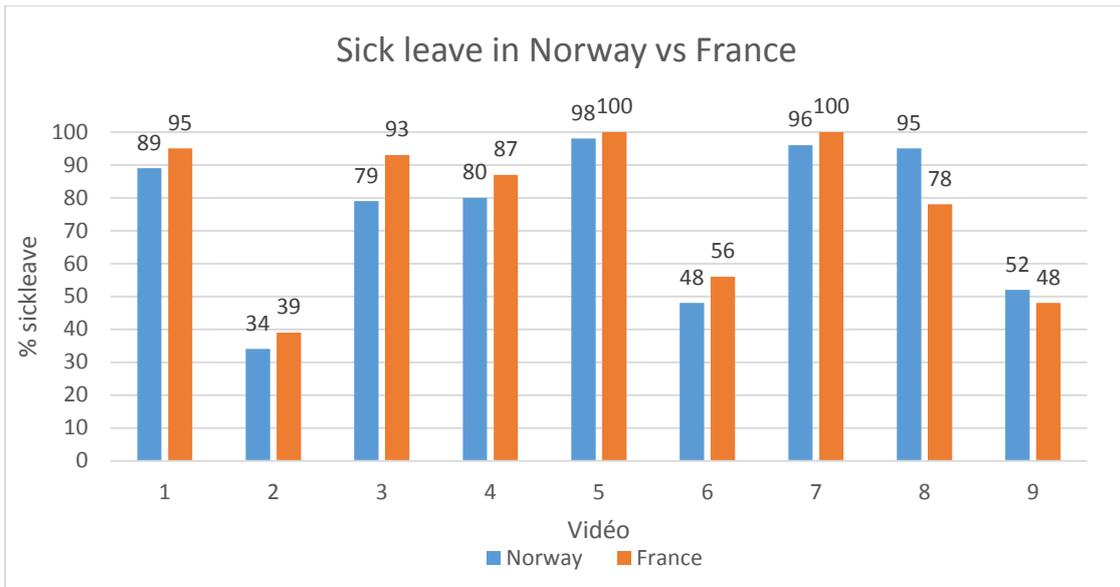
### 3.2. Comparaison avec la Norvège

| case story | sick leave yes Norway | sick leave yes France | No sick leave Norway | No sick leave France | <i>p-value (khi<sup>2</sup>)</i> |
|------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|
| case n°1   | 50                    | 44                    | 5                    | 2                    | 0,45                             |
| case n°2   | 19                    | 18                    | 37                   | 28                   | 0,68                             |
| case n°3   | 44                    | 43                    | 11                   | 3                    | 0,08                             |
| case n°4   | 45                    | 40                    | 10                   | 6                    | 1                                |
| case n°5   | 55                    | 46                    | 0                    | 0                    | 1                                |
| case n°6   | 27                    | 26                    | 27                   | 20                   | 0,55                             |
| case n°7   | 54                    | 46                    | 0                    | 0                    | 1                                |
| case n°8   | 53                    | 36                    | 2                    | 10                   | 0,01                             |
| case n°9   | 29                    | 22                    | 25                   | 24                   | 0,68                             |

**Tableau 16** : Comparaison des prescriptions d'arrêt de travail entre la France et la Norvège.

Un arrêt de travail a été prescrit dans 75.6% des questionnaires en Norvège (vs 77%).

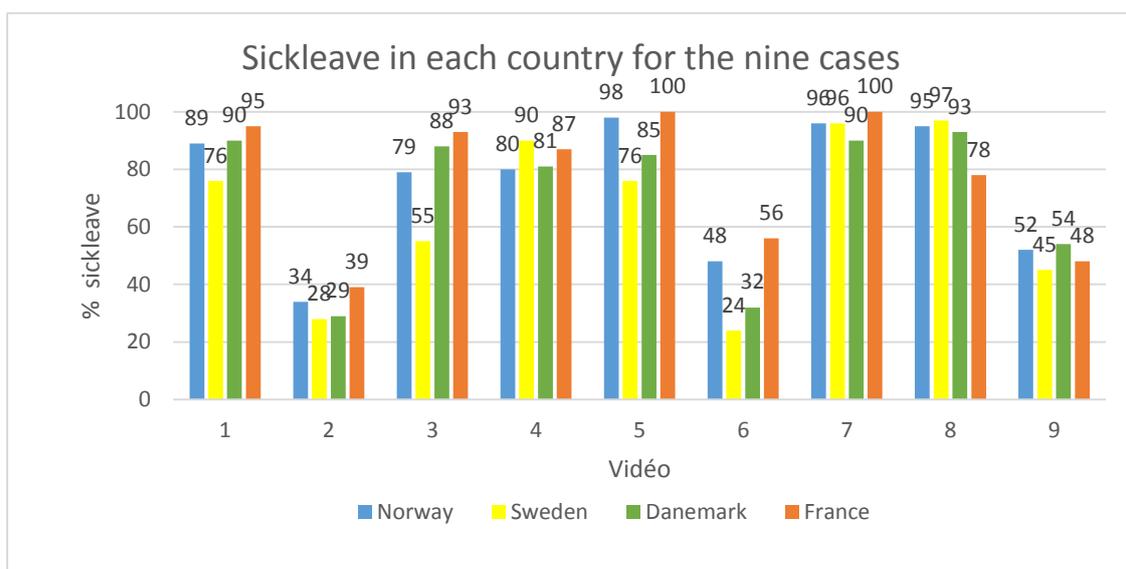
Dans 8 cas sur 9 (88.9%), les médecins français sont en accord avec les médecins norvégiens concernant la décision d'attribution d'un arrêt de travail. Il n'existe pas de différence significative de prescription d'arrêt de travail dans l'ensemble des questionnaires entre l'échantillon de médecins norvégiens et français ( $\text{K}\chi^2$  :  $p=0.65$ ).



**Figure 9 :** Comparaison des pourcentages de prescription d'arrêt de travail entre la France et la Norvège.

Dans les cas 5 et 7, les décisions sont consensuelles avec plus de 95% de prescription d'arrêt de travail pour les médecins des 2 nationalités.

Pour le cas numéro 8 il existe une différence significative de prescription d'arrêt de travail avec  $p = 0.01$  (moins d'arrêts prescrits en France). Dans ce cas, la même catégorie diagnostique ICPC2 a été proposée dans les deux pays (catégorie psychologique). Il s'agit du cas du patient de 36 ans, enseignant, inquiet d'être porteur d'une maladie sévère et en retrait sur le plan social.

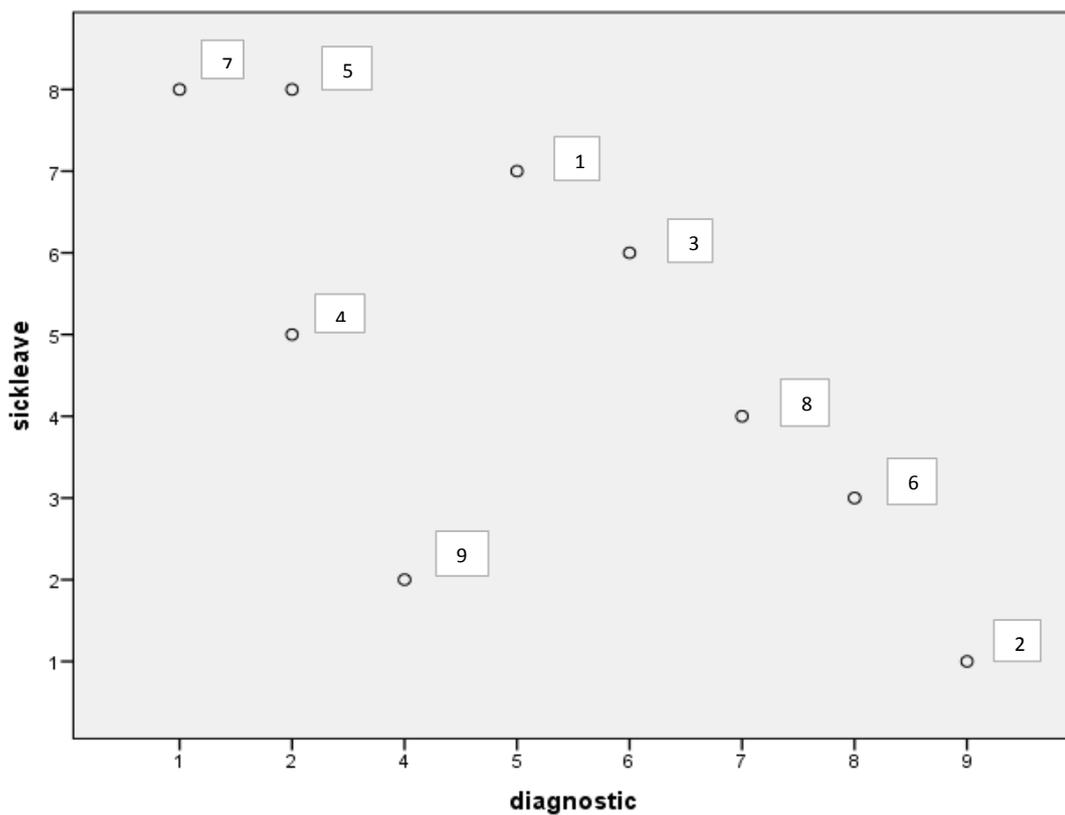


**Figure 10 :** Comparaison des pourcentages de prescription d'arrêt de travail entre la France et les pays scandinaves sur les 9 cas.

En moyenne, il y a eu 75% d'AT prescrits en Norvège, 65% en Suède, 71% au Danemark, 77% en France. Il existe des différences significatives dans l'attribution d'arrêt de travail entre l'échantillon français et les échantillons suédois et danois ( $\chi^2$ ; respectivement  $p=0.0005$  et  $p=0.0002$ ).

#### 4. Comparaison du nombre de diagnostics différents donnés avec l'attribution d'un arrêt de travail en France

La corrélation entre le nombre de diagnostics différents donnés (principal et autres) et l'attribution d'un arrêt de travail a été étudiée à l'aide d'un graphe de dispersion avec calcul du rho de Spearman.



**Figure 11** : Graphe de corrélation entre nombre de diagnostics différents pour chaque patient (rangés par rang : 1= peu de diagnostics différents 9= nombreux diagnostics différents) et prescription d'arrêt de travail (rangés par rang : 1= peu de médecins prescripteurs d'arrêt, 9 : nombreux médecins prescripteurs d'arrêt).

Il existe une corrélation : plus il y a de diagnostics différents pour un cas, moins il y a d'arrêts de travail prescrits ( $\rho = -0,71095$  ;  $p=0,029$ ).

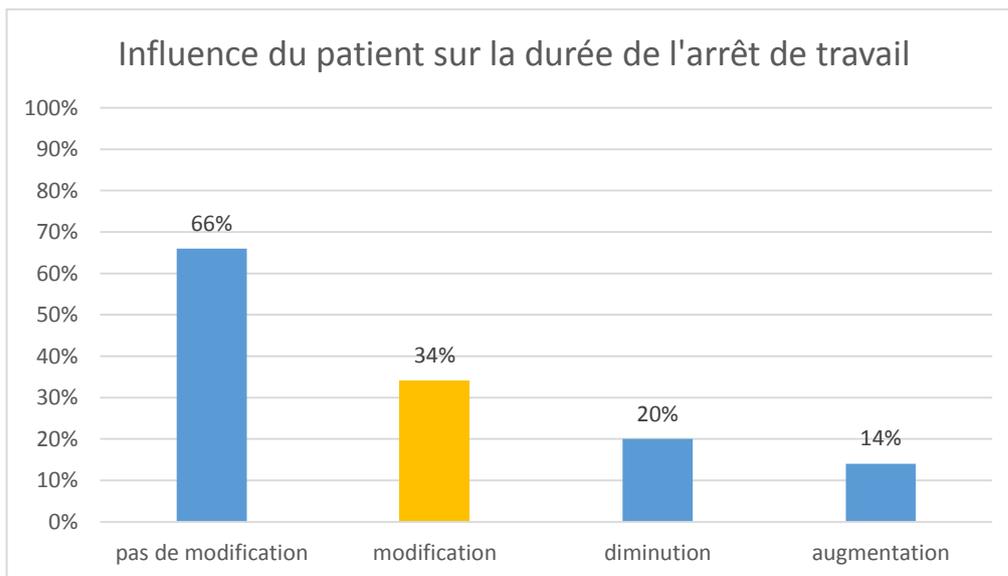
## 5. Multimorbidité et arrêt de travail en France

| Multimorbidité et arrêt de travail |     |       |     |       |
|------------------------------------|-----|-------|-----|-------|
|                                    |     | arrêt |     | Total |
|                                    |     | non   | oui |       |
| Multimorbidité                     | non | 65    | 221 | 286   |
|                                    | oui | 28    | 100 | 128   |
| Total                              |     | 93    | 321 | 414   |

**Tableau 17:** Prescription d'arrêt de travail en fonction de la multimorbidité.

Les variables prescription d'arrêt de travail et multimorbidité sont indépendantes ( $\text{K}\chi^2$  ;  $p= 0.85$ )..

## 6. Influence du patient sur la durée de l'arrêt de travail en France

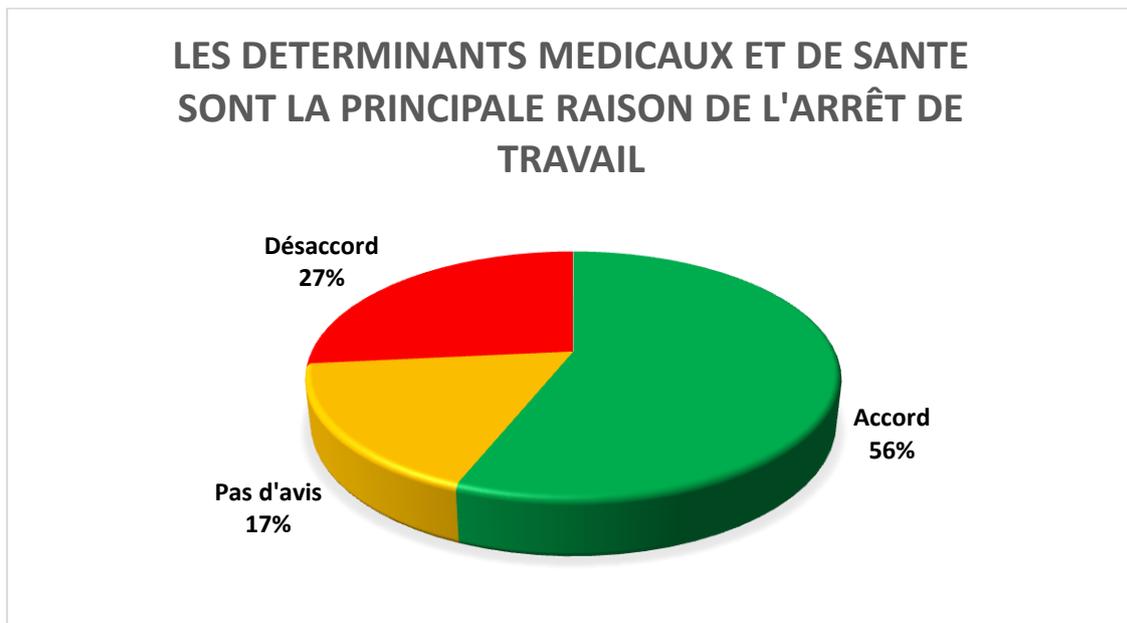


**Figure 12 :** Influence du patient sur la durée de prescription de l'arrêt de travail.

Le patient influe sur la durée d'arrêt de travail : 106 observations sur 312 arrêts prescrits (34%) ont été modifiées lorsque la demande du patient était prise en compte ; contre 206 observations qui n'ont pas évoluées (66%). (312 décisions d'AT après élimination des 9 médecins n'ayant pas répondu à Q3 ou Q4).

La prise en compte de la demande du patient par le médecin, allonge la durée d'AT dans 14% des questionnaires et la diminue dans 20% des questionnaires où il y avait décision d'arrêt de travail.

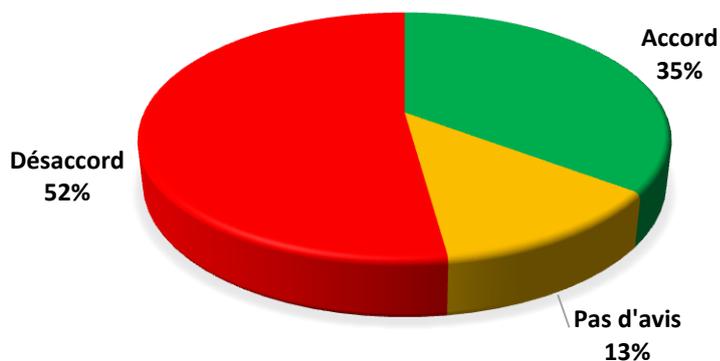
## 7. Déterminants de la plainte et de la décision d'attribution d'un arrêt de travail en France



**Figure 13** : Poids des déterminants médicaux et de santé dans la décision d'arrêt de travail.

Les déterminants médicaux et de santé sont la raison principale de l'arrêt de travail dans 56% des questionnaires.

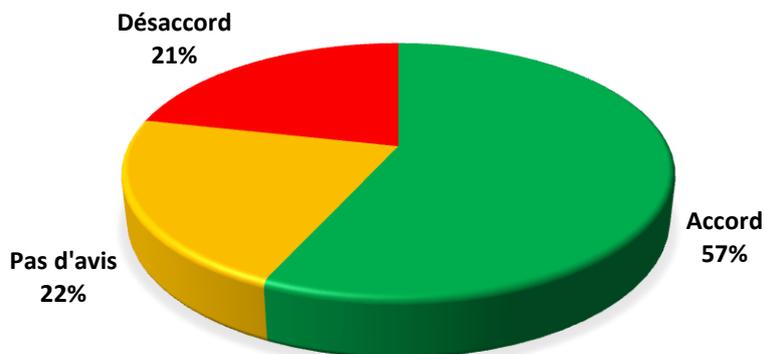
### LES CONDITIONS DE TRAVAIL SONT LA PRINCIPALE CAUSE DE LA PLAINTÉ



**Figure 14** : Poids des conditions de travail dans la plainte du patient

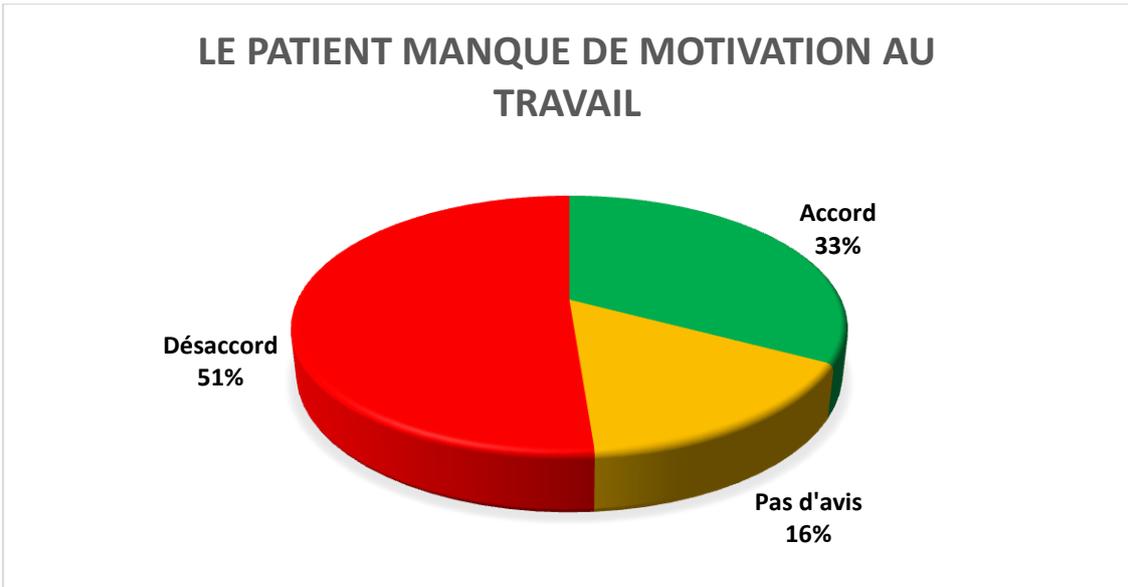
Les conditions de travail sont la principale cause des plaintes exprimées par les patients dans 35.2% des questionnaires.

### LES CIRCONSTANCES DE VIE PERSONNELLE SONT LA PRINCIPALE CAUSE DE LA PLAINTÉ



**Figure 15** : Poids des circonstances de vie personnelle dans la plainte du patient

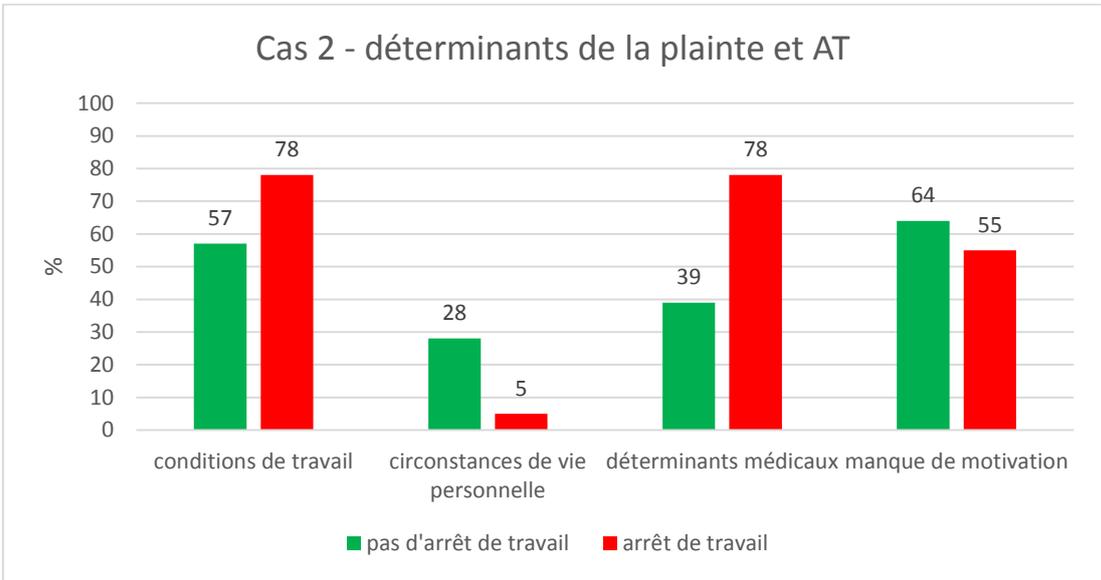
Les circonstances de vie personnelles sont la principale cause des plaintes exprimées par les patients dans 56.8% des questionnaires.



**Figure 16 :** Perception par les médecins du manque de motivation au travail du patient

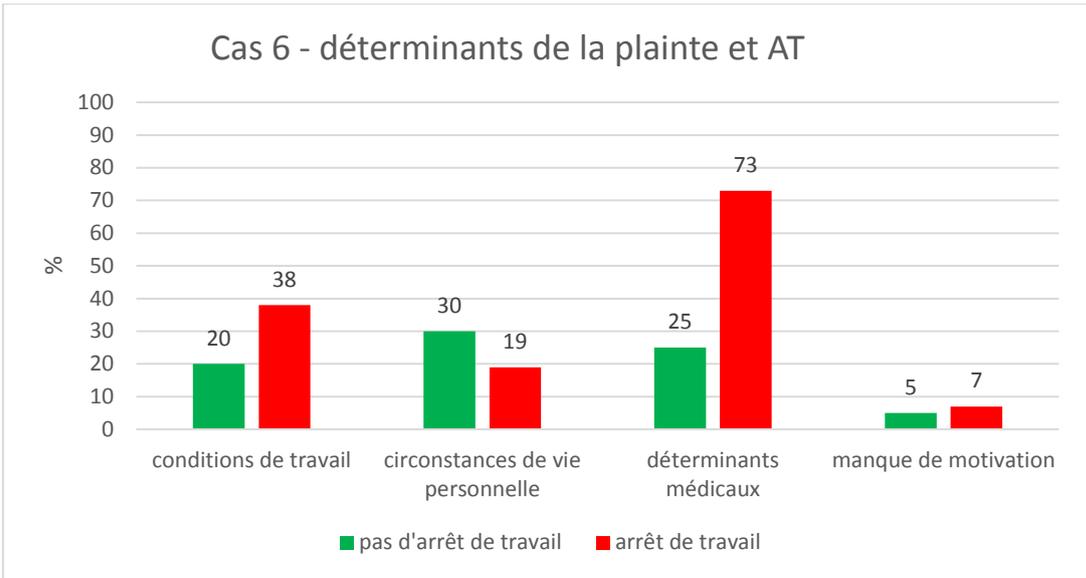
Les médecins estiment le patient comme peu motivé pour travailler dans 32.9% des questionnaires.

- Etude des déterminants de la plainte dans les cas sans consensus pour la décision d'AT : cas 2, 6, 9.



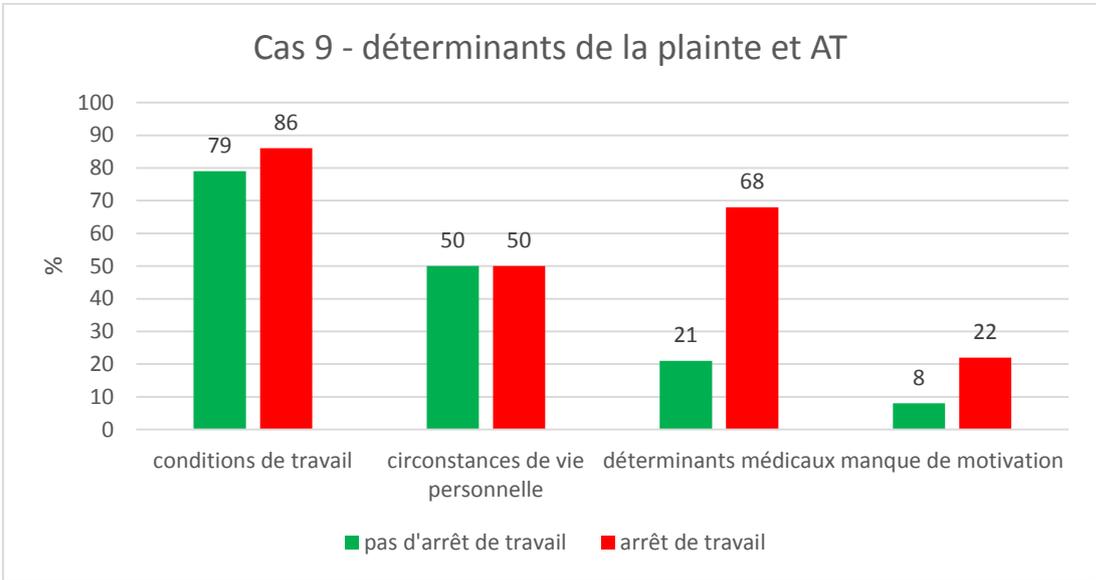
**Figure 17 :** Poids des composantes de la plainte en fonction de la décision d'arrêt de travail dans le cas n° 2

On retrouve une différence significative pour les déterminants médicaux et de santé avec  $p=0.001$  (Khi<sup>2</sup>) entre les médecins prescripteurs ou non d'arrêts de travail.



**Figure 18 :** Poids des composantes de la plainte en fonction de la décision d'arrêt de travail dans le cas n° 6

On retrouve une différence significative pour les déterminants médicaux et de santé avec  $p=0.001$  (Khi<sup>2</sup>) entre les médecins prescripteurs ou non d'arrêts de travail.

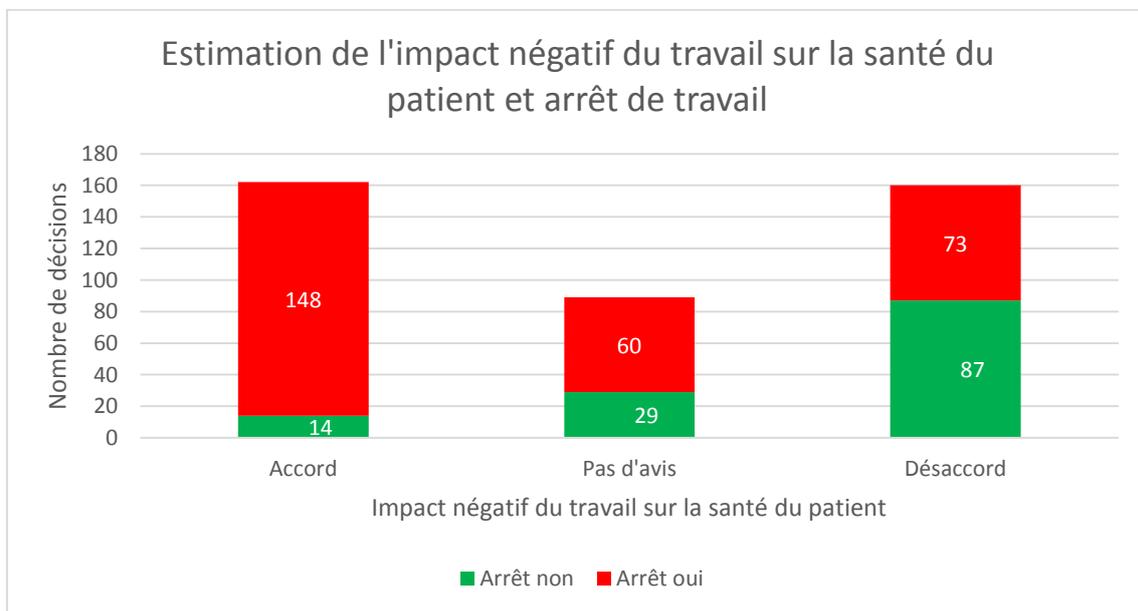


**Figure 19 :** Poids des composantes de la plainte en fonction de la décision d'arrêt de travail dans le cas n° 9

On retrouve une différence significative pour les déterminants médicaux et de santé avec  $p=0.001$  (Khi<sup>2</sup>) entre les médecins prescripteurs ou non d'arrêts de travail.

Dans les cas où il n’y a pas de consensus sur la prescription d’arrêt de travail entre les médecins, c’est la perception d’une importance des déterminants médicaux et de santé qui est différente. Il n’y a pas de différence statistiquement significative pour les autres déterminants, entre les médecins prescripteurs ou non d’AT.

## 8. Estimation de l'impact négatif du travail sur la santé et décision d'arrêt de travail

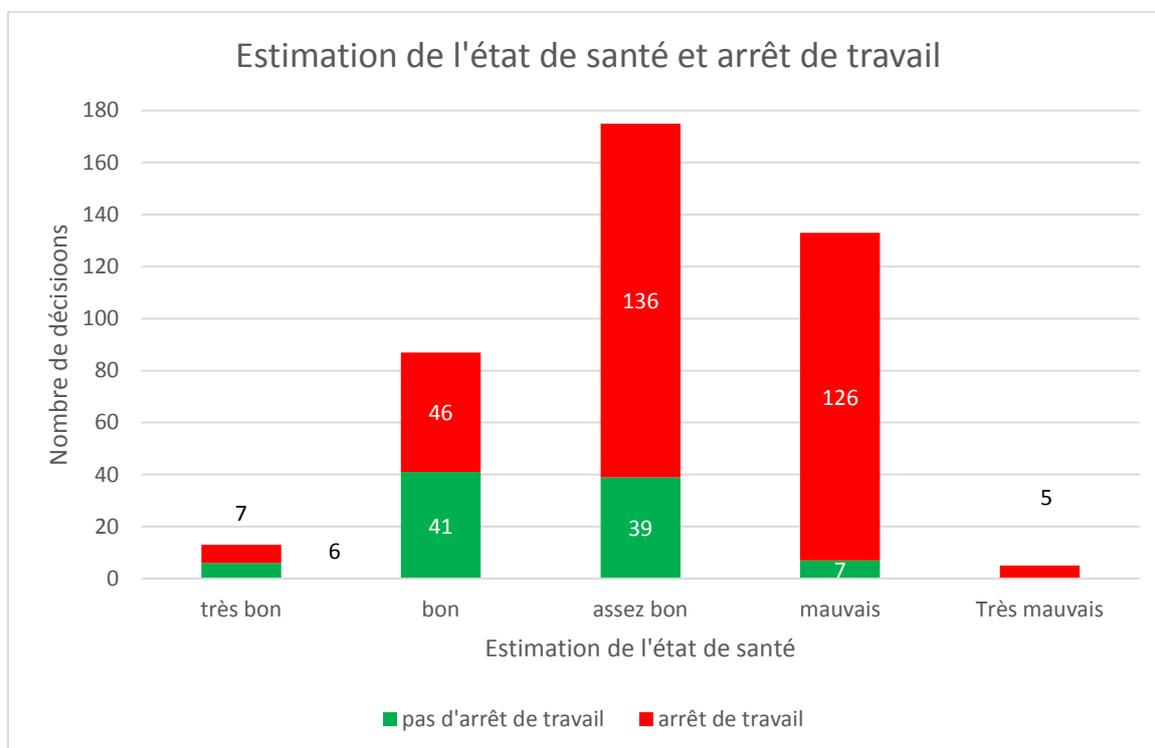


**Figure 20** : Impact négatif du travail sur la santé du patient et prescription d’arrêt de travail

Il existe lien entre l’estimation par le médecin du rôle néfaste du travail sur la santé du patient, et l’attribution d’un arrêt de travail ( $\text{Khi}^2$  ;  $p < 0.001$  ; entre accord et désaccord)

L’avis des médecins sur un impact négatif du travail sur la santé du patient est très controversé : 39% d’accord et 39% de désaccord.

## 9. Estimation de l'état de santé du patient et décision d'arrêt de travail



**Figure 21** : Estimation de l'état de santé des patients et décision d'arrêt de travail

En regroupant en 3 catégories d'état de santé : bon (très bon + bon), assez bon et mauvais (mauvais + très mauvais), il existe une différence statistiquement significative dans la prescription d'AT, en fonction de l'estimation de l'état de santé du patient ( $\chi^2$  ;  $p < 0.001$ ).

16% des arrêts de travail prescrits, le sont pour des patients estimés en bonne et très bonne santé.

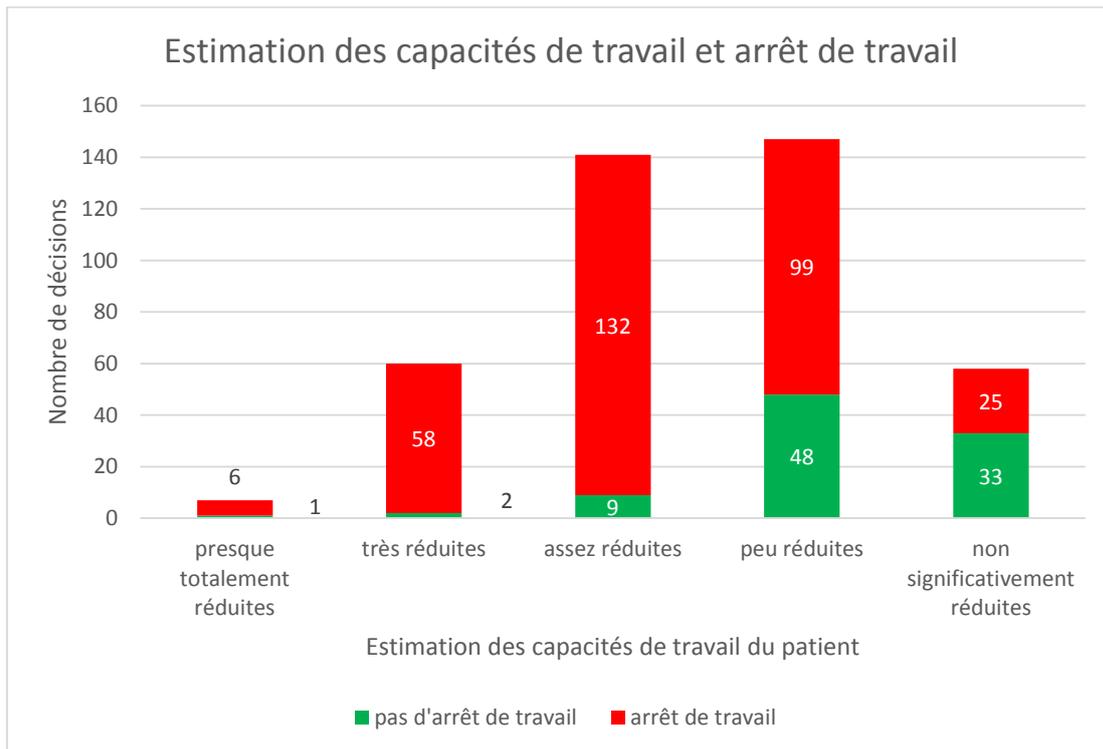
Dans 42,5% des questionnaires avec décision d'arrêt de travail, l'état de santé a été estimé comme assez bon.

Dans 41% des questionnaires avec décision d'arrêt de travail, l'état de santé a été estimé comme mauvais (mauvais et très mauvais).

Dans 53 % des questionnaires où l'état de santé est estimé comme correct (assez bon, bon et très bon), les médecins prescrivent un arrêt de travail.

Dans 95% des questionnaires où l'état de santé est estimé comme mauvais, les médecins prescrivent un arrêt de travail.

## 10. Estimation de la capacité de travail du patient et décision d'arrêt de travail



**Figure 22** : Estimation des capacités de travail des patients et décision d'arrêt de travail, par les médecins

En regroupant en 3 catégories les capacités de travail: réduites (presque totalement, très, assez réduites), peu réduites, non réduites; il existe une différence statistiquement significative dans la prescription d'AT en fonction de l'estimation de la capacité de travail et la prescription d'arrêt de travail ( $Khi^2$ ;  $p < 0.001$ ).

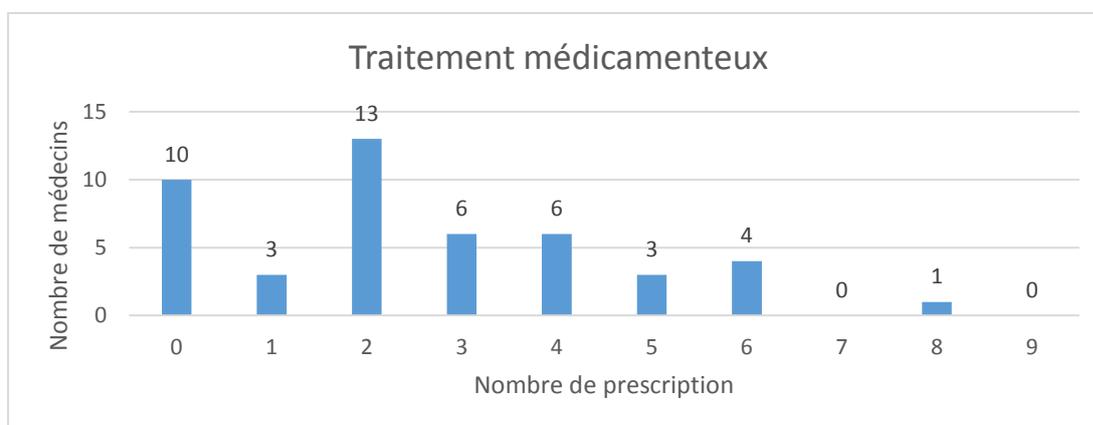
Un arrêt de travail est prescrit dans 94% des questionnaires où les capacités de travail du patient sont estimées réduites (presque totalement réduites, très réduites, assez réduites).

Un arrêt de travail est prescrit dans 60% des questionnaires où les capacités de travail du patient sont estimées peu ou non significativement réduites.

## 11. Résultats de la question ouverte sur la prise en charge en France

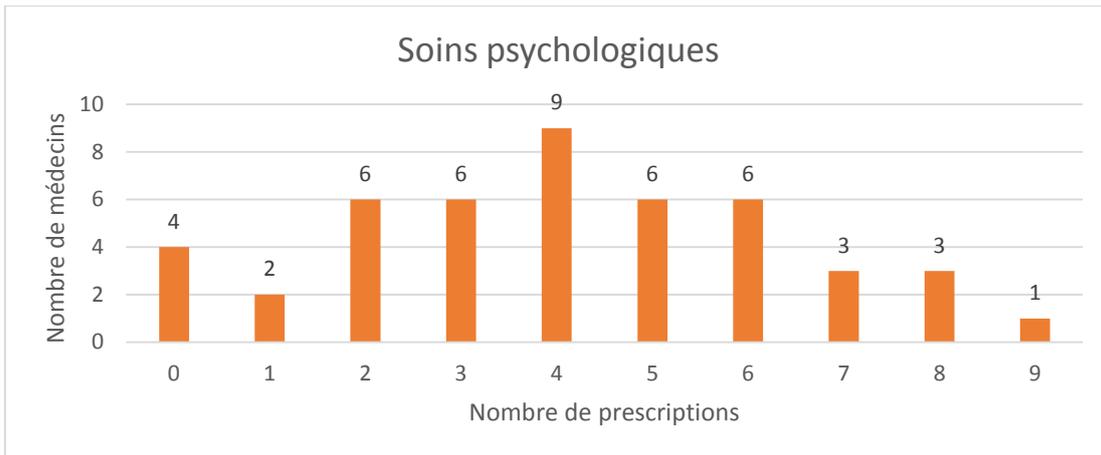
| Proposition de prise en charge           | 1         | 2         | 3         | 4         | 5        | 6         | 7         | 8         | 9         |
|------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Traitement médicamenteux (%)</b>      | 12 (26,1) | 14 (30,4) | 20 (43,5) | 6 (13)    | 6 (13)   | 9 (19,6)  | 30 (65,2) | 15 (32,6) | 6 (13)    |
| <b>Soins de psychothérapie (%)</b>       | 30 (65,2) | 9 (19,6)  | 31 (67,4) | 13 (28,3) | 23 (50)  | 9 (19,6)  | 29 (63)   | 29 (63)   | 15 (32,6) |
| <b>Soins paramédicaux (%)</b>            | 6 (13)    | 7 (15,2)  | 2 (4,3)   | 3 (6,5)   | 7 (15,2) | 3 (6,5)   | 0 (0)     | 3 (6,5)   | 0 (0)     |
| <b>Mesures socioprofessionnelles (%)</b> | 3 (6,5)   | 8 (17,4)  | 5 (10,9)  | 6 (13)    | 2 (4,3)  | 8 (17,4)  | 3 (6,5)   | 2 (4,3)   | 10 (21,7) |
| <b>Réadaptation physique (%)</b>         | 8 (17,4)  | 9 (19,6)  | 4 (8,7)   | 6 (13)    | 2 (4,3)  | 1 (2,2)   | 1 (2,2)   | 1 (2,2)   | 1 (2,2)   |
| <b>Examens complémentaires (%)</b>       | 8 (17,4)  | 13 (28,3) | 1 (2,2)   | 7 (15,2)  | 0 (0)    | 10 (21,7) | 5 (10,9)  | 2 (4,3)   | 0 (0)     |
| <b>Relaxation (%)</b>                    | 12 (26,1) | 1 (2,2)   | 4 (8,7)   | 4 (8,7)   | 1 (2,2)  | 6 (13)    | 2 (4,3)   | 3 (6,5)   | 0 (0)     |

**Tableau 18** : Propositions spontanées de prise en charge des patients, par cas



**Figure 23** : Répartition des médecins en fonction du nombre de prescriptions de médicaments.

Un traitement médicamenteux a été prescrit dans 28,5% des questionnaires. 10 médecins n'ont jamais prescrit de médicament sur les 9 cas (22%).



**Figure 24 :** Répartition des médecins en fonction du nombre de prescriptions de soins psychologiques

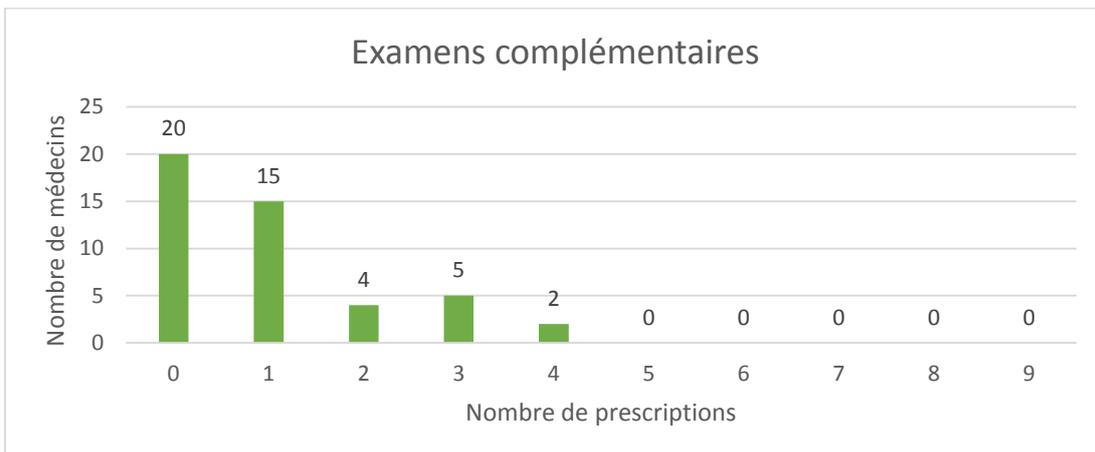
Des soins psychologiques ont été prescrits dans 45% des questionnaires. La répartition des prescriptions est homogène.

Des soins paramédicaux ont été prescrits dans 7 % des questionnaires.

Des mesures socio-professionnelles ont été proposées dans 11% des questionnaires.

La réadaptation physique a été prescrite dans 8% questionnaires.

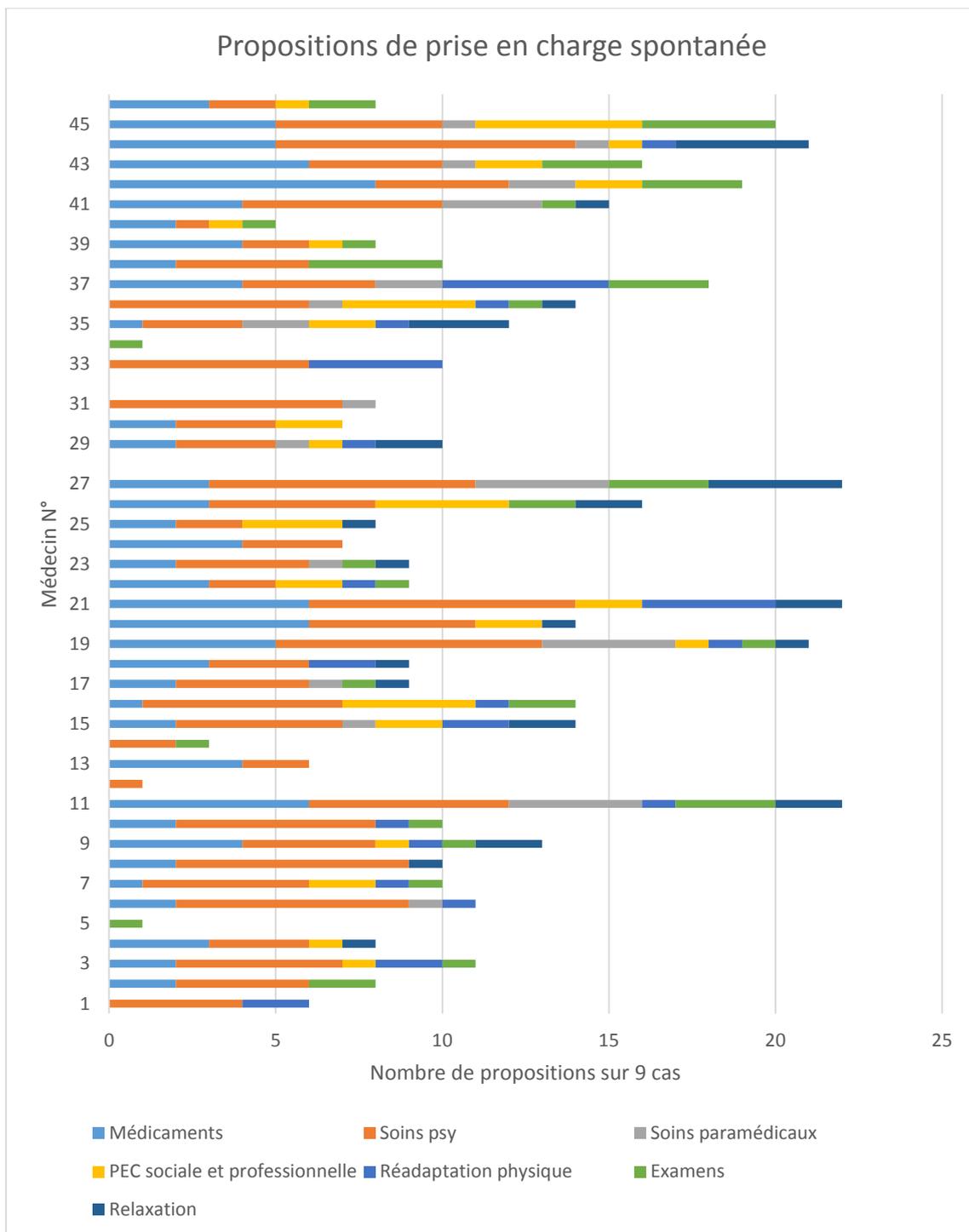
La relaxation a été prescrite dans 8% des questionnaires.



**Figure 25 :** Répartition des médecins en fonction du nombre de prescriptions d'examens complémentaires

Des examens complémentaires ont été prescrits dans 11% des questionnaires. 26 médecins ont prescrit des explorations complémentaires alors qu'il était spécifié que les examens nécessaires avaient déjà été réalisés.

Distribution par médecin de ces différentes propositions de prise en charge :



**Figure 26 :** Propositions spontanées de prise en charge par médecin pour les 9 cas

Diverses propositions spontanées de prise en charge ont été suggérées par les médecins de l'échantillon. Il s'agissait principalement de soins psychologiques et de traitements médicamenteux.

# RESULTATS QUALITATIFS

## 1. Analyse de l'échantillon

### 1.1. Echantillon de médecins de Loire-Atlantique

| Code | sexe  | âge       | ancienneté d'installation | lieu d'exercice | Maitre de stage |
|------|-------|-----------|---------------------------|-----------------|-----------------|
| M1   | homme | -45 ans   | -5 ans                    | rural           | oui             |
| M2   | homme | -45 ans   | -5 ans                    | urbain          |                 |
| M3   | homme | 45-60 ans | 5-20 ans                  | rural           | oui             |
| M4   | femme | 45-60 ans | +20 ans                   | urbain          |                 |
| M5   | homme | 45-60 ans | +20 ans                   | urbain          | oui             |
| M6   | femme | 45-60 ans | +20 ans                   | rural           |                 |
| M7   | homme | -45 ans   | 5-20 ans                  | urbain          | oui             |

**Tableau 19** : Description de l'échantillon de médecins généralistes participant au focus group de Loire-Atlantique

### 1.2. Echantillon de médecins de Vendée

| Code | sexe  | âge       | ancienneté d'installation | lieu d'exercice | Maitre de stage |
|------|-------|-----------|---------------------------|-----------------|-----------------|
| M1   | homme | 45-60 ans | +20 ans                   | rural           |                 |
| M2   | femme | + 60 ans  | +20 ans                   | rural           |                 |
| M3   | femme | 45-60 ans | -5 ans                    | rural           |                 |
| M4   | femme | 45-60 ans | 5-20 ans                  | rural           |                 |
| M5   | femme | 45-60 ans | +20 ans                   | urbain          | oui             |
| M6   | femme | -45 ans   | -5 ans                    | rural           |                 |
| M7   | femme | -45 ans   | -5 ans                    | rural           |                 |

**Tableau 20** : Description de l'échantillon de médecins généralistes participant au focus group de Vendée

## 2. Analyse de la situation : une approche globale par le médecin

L'analyse a porté sur les propos du patient mais aussi sur ce que le médecin a perçu, ressenti, interprété du discours au cours de l'entretien.

## 2.1. Vie familiale

Les médecins se sont intéressés à la vie familiale du patient et à son impact sur la plainte exprimée.

Pour certains, la plainte s'inscrivait dans un contexte familial compliqué.

*LA (94) D7 : « euh parce que je n'étais pas persuadé que la situation familial était effectivement optimale, parce qu'apparemment en rentrant le weekend, ça a pas l'air d'être merveilleux non plus. »*

D'autres allaient plus loin dans la réflexion, se demandant « qui est le malade ? » : le patient ou son épouse ?

Certains se sont demandés si la plainte du patient ne serait pas la maladie-symptôme d'un dysfonctionnement du couple.

*LA (89) D4 : « j'ai ptêtre interprété le fait que sa femme faisait des attaques de panique, mais j'ai l'impression que ptêtre ça doit pas être parce qu'elle voyait souvent son médecin alors c'est qu'elle doit en faire assez souvent, que ça doit pas être non plus... euh très drôle à la maison »*

*LA (71) D4 : « ... bah on a... ou peut être c est toi qui a dit au départ que sa femme faisait des attaques de paniques et qu' elle voyait souvent son médecin, donc euh ça doit pas être une situation super facile à vivre dans le couple. »*

Les participants ont souligné également le retentissement de la vie familiale sur l'état de santé du patient.

*LA (200) D1 : « exactement, c'est-à-dire que ... normalement si les soirées étaient satisfaisantes avec son épouse, ça voudrait dire qu'il serait content de rentrer chez lui le weekend. Il aurait peut-être un peu moins de conduite à risque, et de conduite automobile et autres... et voilà et je trouve aussi un peu étonnant, s' il avait une vie familiale épanouie, que il dise que régulièrement il va s'enivrer avec les copains. »*

## 2.2. Vie professionnelle

Le champ professionnel du patient a été analysé.

LA (39) D5 : « **Donc moi, l'analyse que j'ai fait de la situation de ce jeune homme par rapport au travail, c'est la suivante, c'est que...** »

L'arrêt de son ancien travail était assimilé à un deuil par certains participants.

LA (46) D5 : « **C'est-à-dire qu'il n'avait pas encore fait le deuil de son premier travail.** »

LA (52) D5 : « donc il y aurait la nécessité de faire ce travail de deuil, et euh le coté euh...« il vaudrait mieux que je reprenne le boulot c'est mieux pour tout le monde... » »

Certains médecins ont été attentifs à l'appréciation de la trajectoire professionnelle choisie par le patient.

LA (49) D5 : « c'est-à-dire :1/ abandonner un boulot qui lui plaisait, bien payé, pour euh... des mauvaises raisons professionnelles, même si il avait un conflit avec son chef il s'en est arrangé depuis longtemps, euh pour retrouver un boulot près de chez lui, près de chez sa compagne. »

V(44) D5 : « non car il verbalisait le fait qu'il est d'accord avec son employeur et lui-même. Il parlait sur quelque chose de bien. »

Ils ont relevé l'ambivalence du patient vis-à-vis du travail, notamment en cherchant à préciser son épanouissement au travail.

LA (73) D4 : « Donc euh y avait peut-être ça en plus, l'éloignement plus le travail parce qu'il faisait beaucoup d'heure, parce qu' il rentrait pas forcément tous les weekends, donc je pense qu'il avait un petit peu euh un ras-le-bol de tout ça, s'il voulait vraiment changer de travail ou si il le faisait sur un coup de tête, ou si il le faisait alors parce qu'il s'entendait pas bien avec son chef, mais apparemment c'était pas euh 'fin... mais ça pouvait aussi être un motif. Ou si il le faisait vraiment en ayant conscience qu'il allait vraiment changer sa vie, euh sa vie de maintenant quoi. **Est-ce qu'il avait réellement envie de changer sa vie de maintenant ?** »

LA (134) D3 : « ***j avais l impression qu' il avait plus un problème avec LE travail qu' avec SON travail... c était sa place à lui par rapport au travail, et quand on arrive à la conclusion qu' il va peut être changer de femme, effectivement je me suis posé la question aussi, est-ce que finalement il ne va pas au travail parce qu'il trouve rien autre part quoi...il prend la décision, un moment donné, d'habiter loin, d'habiter en campagne, pour changer de vie et il garde un travail qui l'oblige à vivre dans des conditions absolument catastrophiques, quoi, donc il y a un espèce de paradoxe complet dans son choix.*** »

LA (196) D6 : « *quand il est sur son lieu de travail, les soirées sont pas extraordinaires non plus puisqu'il sort avec les copains, ils boivent pas mal de bières, ça a pas l'air d'être pleinement satisfaisant non plus.* »

La notion de surmenage au travail a été identifiée dans le cas pris en exemple.

LA (71) D4 : « *parce qu'on avait l'impression qu' il était submergé par son travail* »

LA (87) D4 : « *oui oui voilà, parce que je oui on a l'impression qu'il prend ça parce qu'il en peut plus, il est au bord de la..., tous les kilomètres, les choses qui... les weekends où il rentre pas, j'sais pas j'ai pt'êtré psychoté fin voilà...* »

### **2.3. Analyse dynamique**

Un temps de réflexion a été consacré à l'analyse de la situation en reprenant le parcours de la plainte du patient et en prenant en compte l'évolution de celle-ci.

- Certains participants ont estimé la situation comme figée avec un patient passif :

LA(265) D5 : « ***voilà, c'est clairement maintenant, j'en peux plus, je bloque, le truc c'est sa femme qui le voit qu'il veut plus bouger, qu'il est à la maison qu'il fait plus rien, si j'ai bien compris pendant 3 semaines et bien c'est au bout de 3 semaines qu'il réagit, qu'il faut peut-être aller voir le toubib, j'ai trouvé ça... je sais pas ce qui c'est passé sur ces jours-là.*** »

Cette passivité du patient a été analysée de plusieurs manières par les médecins.

Certains ont eu une approche psychologisante de celle-ci.

LA (55) D5 : « **Ça me faisait penser qu'il n'était pas sujet de ce truc là, mais que finalement il répondait encore une fois au désir de l'autre.** [...] Je dois dire que la partie « se serait mieux pour les autres » ça m'a fait tiquer parce que c'est le seul moment qu'il a montré qu'il n'était pas toujours sujet de son affaire... »

D'autres ont relevé dans cette passivité un mécanisme de défense.

V(64) D6 : « j'avais l'impression qu'il ne verbalisait pas autant qu'il avait mal. Je ressentais que sa plainte, il ne la verbalisait pas tant que ça en fait. **Que son mal-être était plus profond que ce qu'il voulait en laisser paraître.** »

V(100) D3 : « il somatisait pas énormément par rapport à tous les autres diaporamas, en plainte. Il était agressif mais il se plaignait pas de douleur si ce n'est « je vais vite, je roule loin », il était pas très plaintif, il était pas très somatique. »

V(75) D6 : « Moi j'avais justement l'impression qu'il était dans la retenue, qu'il se contenait mais que c'était au final pas forcément, enfin que c'était plus profond son mal-être. »

LA (264) D3 : « Maintenant s'il fait pas l'autruche, c'est bien qu'il a décidé de se replier du truc sans rien demander à personne. »

Ou encore d'autres ont identifié une personnalité dépendante.

LA (274) D7 : « je crois qu'il a pas été revoir le médecin tout seul, ça a pas été présenté comme ça, c'est sa femme qui l'a amené en consultation... »

LA (276) D6 : « oui c'est ça, parce qu'il venait avec sa femme parce que c'est elle qui le lui avait demandé. »

LA (278) D7 : « il a fait ce qu'on lui a demandé de faire... fin je... »

LA (282) D1 : « Enfin c'est elle qui a l'air de l'y avoir entraîné... »

- Au contraire certains médecins ont estimé le patient comme ayant géré la situation, identifié les problèmes et capable de trouver les solutions :

V(55) D2 : « Et puis là dans l'ensemble, je trouve qu'il avait plutôt bien géré son histoire. »

#### 2.4. Capacités réflexives et émotionnelles du patient

La capacité de réflexion du patient est un élément qui a été pris en compte par les médecins.

Deux ressentis ont été exprimés concernant ses capacités réflexives.

- Pour un premier groupe de médecin, il a été noté l'indécision, l'ambivalence et l'apragmatisme du patient :

LA (229) D5 : « Dès le départ il dit quand même que ce problème de double vie, ça lui crée des problèmes de personnalisation... il dit qu'il sait plus où il en est, c'est-à-dire que au boulot, il sait pas si il doit être au boulot, quand il est à la maison, il sait pas s'il devrait pas être au boulot. Euh voilà c'est presque une expérience de psychotique. »

LA (48) D5 : « **parce que c'est un homme qui a du mal à penser, ça va toujours trop vite pour lui.** »

LA (254) D5 : « bah non, mais il le dit : c'est-à-dire qu'à partir du moment où un jour il va plus au boulot, il se met en grève, il arrête de penser, c'est sa femme qui l'amène chez le médecin. Et bien c'est un gars qui a un boulot, des responsabilités, il est cadre et du jour au lendemain... »

LA (269) D6 : « alors que 3 semaines avant il était dans : « je peux plus quoi, je peux plus penser, je peux plus rien, je peux plus aller bosser, je peux plus... » Voilà c'était le néant, il fallait qu'il arrive à sortir, il était dans une impasse, il savait plus quelle décision prendre, alors il en a pris une : c'est je fais plus rien. »

Cette passivité s'inscrit selon les médecins, dans un contexte de vulnérabilité du patient.

V(31) D6 : « **qu'il était encore très vulnérable** »

- Mais pour cette même situation, d'autres médecins ont estimé la capacité réflexive du patient comme adaptée et cohérente lui permettant de trouver ses propres solutions :

V(47) D2 : « **qu'il gérait assez bien et analysait bien les raisons de son échec, enfin de son problème et il avait trouvé la solution qu'il était prêt à mettre en œuvre. Il avait déjà bien préparé les choses.** »

LA (40) D5 : « c'est-à-dire qu'il avait identifié finalement **que travailler à Oslo c'était devenu quelque chose de pathogène, c'était devenu source de tension hein ...** »

Les médecins n'ont pas pris en compte les propos du patient au pied de la lettre, ils ont conscience de la subjectivité de leur interprétation.

LA (80) D4 : « parce **qu'on avait pas l'impression** que euh il nous disait qu'il voulait changer, qu'il avait retrouvé un travail, qu'il allait changer de travail, **mais on était pas convaincu que...** ; parce qu' il aimait bien son travail d'avant... que voilà euh ... qu' il allait super bien être bien dans son nouveau travail euh... »

LA (134) D3 : « **j'avais l'impression** qu' il avait plus un problème avec LE travail qu' avec SON travail... c'était sa place à lui par rapport au travail, et quand on arrive à la conclusion qu' il va peut-être changer de femme, **effectivement je me suis posé la question aussi**, est-ce que finalement il ne va pas au travail parce qu'il trouve rien autre part quoi...il prend la décision, un moment donné, d'habiter loin, d'habiter en campagne, pour changer de vie et il garde un travail qui l'oblige à vivre dans des conditions absolument catastrophiques, quoi, donc **il y a un espèce de paradoxe complet dans son choix.** »

## 2.5. Prise en compte de la demande du patient

Dans le discours, les médecins ont non seulement identifié les demandes manifestes mais également les demandes cachées.

V(654) D4 : « **Et là il ne le demande pas mais il le sous-entend.** »

Ils ont cherché à comprendre la démarche du patient :

LA (289) D3 : « *Est-ce qu'il vient voir le médecin pour avoir un avis médical ? Ou est-ce qu'il vient voir le médecin pour avoir un arrêt de travail ? C'est pas la même démarche... »*

## 2.6. Explorer les éléments manquants

Les participants se sont tous projetés dans la situation évoquée en exemple et ont tous exprimé la frustration de ne pas avoir la possibilité de poser leurs questions pour mieux comprendre le patient.

Celles-ci portaient notamment sur la situation conjugale.

LA (192) D1 : « ***mais c'est ça qui m'intéressait de...exactement, moi c'est la question que j'aurais aimé lui poser si j'avais été en face de lui : est-ce qu'il a échafaudé l'autre idée dans sa tête à un moment donné ? Est-ce que ça lui est passé par la tête de changer de femme ? Ou est-ce qu'il a été poussé dans sa décision par son épouse euh »***

Elles portaient également sur ses choix professionnels.

LA(121) D1 : « ***j'aurais eu envie de lui poser la question : pourquoi il travaillait à 4h30 de chez lui ? »***

Ainsi que sur sa demande.

LA (207) D3 : « *mais si on l'avait eu en face de nous on lui aurait posé la question très clairement. »*

A partir des éléments à leur disposition, les médecins ont formulé des hypothèses dont une est revenue de manière récurrente : les conduites à risque.

V(66) D6 : « ***Par ce qu'il avait quand même des conduites à risque, cette mise en danger par la vitesse, peut-être probablement l'alcool. Moi personnellement il m'a fait l'impression d'être un petit peu sous l'influence de l'alcool mais je sais pas c'est des couleurs de son visage. »***

Ils ont même été jusqu'à échafauder des explications à ces conduites à risque : solitude, ennui, appel à l'aide.

LA(117) D2 : « Je me disais aussi qu'il parle de ses excès de vitesse sur l'autoroute... où il passe plus de huit heures par semaine...euh déjà j'aurais bien aimé savoir quel trajet il faisait plus vite ? Est-ce que c'était pour rentrer chez lui ou pour partir ? [Rires] et puis savoir si c'est pas une manière de dire : « Docteur je me mets un peu en danger est-ce qu'on peut s'arrêter ? » quoi... »

V(97) D2 : « [...] picoler avec les copains et effectivement c'est un moyen d'échapper à la solitude dans une chambre où l'on est tout seul et on a envie d'être ailleurs. Mais c'est pas forcément une addiction à l'alcool. »

## 2.7. Diagnostics médicaux proposés

Dans le discours, très peu de diagnostics médicaux précis ont été évoqués.

V(34) D6 : « C'était encore dans sa dépression réactionnelle... enfin »

V(204) D3 : « On n'a pas étiqueté pareil : hystérie, fibromyalgie »

Face à ces patients sans diagnostic, les médecins ont tenté de se rapprocher d'une pathologie qu'ils connaissent : troubles et dépendance liés à l'alcool.

V(95) D2 : « parce qu'on peut penser que ces alcoolisations, d'après ce qu'il disait, c'était le soir quand il n'avait rien à faire. »

V(70) D7 : « je me suis également posé la question de l'alcool... »

V(71) D5 : « moi je me suis posé ma question également. »

V(73) D4 : « oui j'ai également parlé de cette alcoolisation »

V(84) D5 : « il allait picoler avec les copains donc moi aussi j'ai relevé la question de l'alcool. Aussi un peu la drogue, parce qu'il était dans un milieu un peu du spectacle et que peut être aussi il pouvait consommer par exemple du hachisch qui le rendait un peu fatigué. »

### 3. Le médecin : un stratège avec ses outils

#### 3.1. L'arrêt de travail

Dans ces situations de plaintes subjectives et complexes, il n'existe pas de critères objectifs ni de recommandations pour la prescription d'arrêt de travail. De ce fait, la décision d'attribution d'un arrêt de travail est soumise à une part importante d'interprétation par les médecins. Ils se servent donc de celui-ci comme outil de soin.

LA (747) D5 : « **y a quand même pas que du médical dans cette décision** »

V(24) D1 : « Médicalement à la limite, il n'avait pas besoin d'arrêt. »

V(140) D7 : « *s'il avait demandé un arrêt, j'aurais euh là j'aurais essayé effectivement de voir qu'est-ce qu'il en attend lui parce que là dans la consultation je sais pas ce que, ce qu'il en attend, s'il a à régler, je dirais, les problèmes administratifs* »

##### 3.1.1. Caractéristiques de l'arrêt de travail

###### 3.1.1.1. Motifs de l'arrêt de travail

Un prérequis à l'attribution d'un arrêt de travail était d'en comprendre la cause.

V(161) D2 : « **De toute façon quand les gens arrivent et disent je veux un arrêt de travail, on commence par analyser la situation et de poser la question pourquoi ?** »

Les déterminants médicaux ont été retrouvés comme motif de l'arrêt de travail.

LA(236) D4 : « **Et l'arrêt de travail c'était justement pour éviter la ...la conduite dangereuse où il allait super vite. Bon c'est vrai qu'on sait pas si c'est pour partir ou pour revenir, le fait qu'il boive un petit peu...** »

Des causes non-médicales d'arrêt de travail ont été également identifiées : une organisation de vie incompatible avec le travail (démarches administratives, déménagement, temps de repos).

V(22) D1 : « **C'était à la limite pas médical, c'était juste qu'il ait le temps de faire le lien entre ses 2 vies** »

V(36) D2 : « **voilà il avait décidé de changer de travail, donc il y avait le travail, le transport, donc pour l'aider, qu'il ait le temps de souffler, puisqu'il reprenait une activité**

professionnelle donc ce qui lui donnait un petit coup de pouce pour qu'il souffle avant de changer son activité. »

V(39) D2 : « Donc je .... **L'aider à se, à redémarrer.** »

Cependant d'autres médecins n'y voyaient pas un motif suffisant pour justifier d'un arrêt de travail.

V(45) D5 : « Moi j'estime qu'on peut déménager en un weekend. »

Ils ont relevé le paradoxe d'arrêter le patient à cause de son travail et non à cause de déterminants médicaux. Ils se sont posé la question de la légitimité de médicaliser un conflit professionnel.

LA (321) D2 : « Et ça me pose toujours question le fait qu'on ... d'arrêter les gens quand le problème c'est leur boulot, c'est pas un état de santé qui est en dehors de leur travail qu'il y a une souffrance et, euh qui est souvent réelle et je sais si vous me rejoignez là-dessus, je trouve pas facile d'être entre ces deux trucs-là. »

### 3.1.1.2. Durée de l'arrêt de travail

La négociation a essentiellement porté sur la durée. Dans ce cas, certains médecins ont opté pour un arrêt court.

LA(70) D4 : « moi je mettais un petit arrêt pour euh... »

LA (98) D7 : « Effectivement j'ai mis un arrêt court aussi. »

V(21) D1 : « L'arrêt de travail de courte durée »

V(22) D1 : « Une ou deux semaines, c'est tout. »

LA (306) D3 : « C'est une manière de dire : **je mets une limitation dans la durée, mais pas dans la notion.** Je n'ai pas refusé l'arrêt de travail, mais j'ai dit attention, on ne part pas sur une durée longue.»

Dans le discours, il a été noté la variabilité de la durée de l'arrêt de travail en fonction de la plainte :

V(199) D7 : « Après c'est du cas par cas. Ça va dépendre de la plainte... de la plainte du patient, il n'y a pas de... »

La souffrance psychique, notamment au travail, sort du cadre de la pathologie et a été prise en compte de manière spécifique par les médecins, avec une prescription d'arrêts plus longs. Les arrêts courts à répétition ont été reconnus comme inefficaces voire délétères dans ce type de plainte.

LA (325) D1 : « **Oui, moi aussi quand c'est pour une souffrance j'ai tendance à arrêter assez longtemps** »

LA (318) D2 : « euh quand les gens vont mal psychologiquement, que c'est pas des douleurs, euh j'ai tendance à mettre un peu plus long que ce qu'ils demandent, parce que c'est souvent qu'ils demandent quelques jours, enfin les 2 jours jusqu'au weekend alors que je sais qu'il va falloir un peu plus. Enfin on sait jamais à l'avance ces choses là, mais je m'imagine qu'il va falloir un peu plus de temps pour que les choses mûrissent et surtout quand c'est lié à la souffrance au travail. »

LA (462) D5 : « après dans la négociation, il y a, moi, une limite à ce que tu dis c'est pour les gens qui ont un problème de souffrance psychique quelconque. **C'est d'éviter les arrêts longs mais en période d'une semaine.** C'est-à-dire que quand il y a beaucoup de gens qui résistent en fait « je vais reprendre le boulot » bon on verra dans une semaine. Une semaine, une semaine, une semaine, au bout du compte ils se retrouvent arrêtés 3 mois, sauf qu'ils ont été pendant 3 mois tout le temps en permanence avec l'idée qu'ils vont reprendre la semaine prochaine. »

Certains médecins ont identifié un symptôme comme par exemple l'asthénie, permettant de justifier leur prescription.

LA (468) D5 : « Et jamais ils se reposent et ça il faut de temps en temps trancher en disant non : « **vous êtes crevés, il faut vous reposer, donc c'est tant de temps et après on voit comme ça, et pendant ce temps-là vous avez le temps de vous reposer et puis la dernière semaine, vous vous préparez à reprendre le boulot mais au moins les 15 jours d'avant, vous allez penser à autre chose et pouvoir vraiment vous reposer** » et c'est la seule et unique. Mais autrement ça se négocie tout le temps, ça c'est sûr. »

LA(332) D3 : « il y a quelques années on a vu apparaitre depuis une quinzaine d'années la souffrance au travail de manière de plus en plus explicite par le patient. Et au début j'avais un petit peu la même idée que toi de dire « il y a une souffrance donc j'arrête » et je continuerais à arrêter tant qu'il y aura une souffrance. »

### 3.1.2. Rôles et objectifs de l'arrêt de travail

Le deuxième élément dans l'attribution d'un arrêt de travail était d'en définir le rôle.

LA (342) D3 : « l'idée c'est qu'est-ce qu'on fait de cet arrêt de travail ? »

LA (476) D3 : « Non si on met 15 jours de plus, pourquoi on le fait, ça sert à quoi ? Et on est les deux liés »

#### 3.1.2.1. Temps de réflexion

Certains médecins ont estimé qu'un des rôles de l'arrêt de travail était de créer un temps donné pour le patient afin de réfléchir à la situation, comme s'il s'agissait d'une « prescription de réflexion »; ceci pour faire les bons choix, définir des objectifs ou introduire un changement.

LA (338) D1 : « **et je veux qu'à la fin de cette période de 15 jours on puisse échafauder un plan. C'est ce dire soit est-ce que après ces 15 jours de réflexion, est-ce que c'est véritablement ce travail, est-ce que ça va continuer dans ce travail et là réfléchir à soit une reconversion à changer de travail ou si on a vraiment pointé ça du doigt, soit bah repartir sur une reprise.** »

Dans d'autres situations où le patient est plus vulnérable, cela peut être un temps d'adaptation et d'acceptation d'une situation.

LA (47) D5 : « Et donc pour ces deux raisons je pensais qu'il lui fallait un certain temps, un sas pour essayer d'avoir le temps de penser... »

LA (48) D5 : « Donc qu'il ait un espèce de temps pour penser à ce qui lui était arrivé »

LA (56) D5 : et qu'il aurait peut-être besoin d'un temps pour accepter de s'adapter à tout ça. Euh donc voilà, c'était essentiellement ça les raisons... »

### 3.1.2.2. Protection du patient

Les médecins ont aussi évoqué le rôle protecteur de l'arrêt de travail dans le cadre d'une mise en danger, de souffrance au travail mais aussi d'une décision de vie trop hâtive. Dans ces cas particuliers, la décision revient de manière unilatérale au médecin.

LA (90) D4 : « donc euh... fin moi ça aurait été mon patient, j'aurais voulu qu'il prenne son temps pour prendre les choses **pour qu'il fasse pas une décision qu'il regretterait après.**»

LA (236) D4 : « Et **l'arrêt de travail c'était justement pour éviter la ...la conduite dangereuse** où il allait super vite. Bon c'est vrai qu'on sait pas si c'est pour partir ou pour revenir. Le fait qu'il boive un petit peu... enfin voilà. Et je me disais ça va calmer tout ça... Et peut-être que à la maison, comme il était énervé, le samedi matin, on parle que du samedi matin dans la vidéo, pas du dimanche »

LA(298) D7 : « **C'est quand même un moyen de le mettre à distance de son travail qui est quand même la source de son problème.** En le mettant à la maison, mais ça on sait pas si c'est un problème.»

LA(427) D1 : « Bah justement ils sont ostréiculteurs, ils sont pêcheurs, ils sont commerçants, donc ils ne peuvent pas s'arrêter, donc ils sont très peu dans la demande et ceux qui sont arrêtés, **c'est ceux que l'on force à s'arrêter...** « Bon là eu stop quoi. Stop. »

### 3.1.2.3. Objectif avoué : la productivité souhaitée

Un des prérequis à l'arrêt de travail souligné par les médecins, était un objectif défini impliquant une démarche active du patient, dans le but de faire évoluer la situation.

Cet objectif était une décision partagée entre le médecin et le patient.

LA (482) D3 : « par contre c'est le patient qui vient en disant : « voilà docteur j'ai réfléchi, finalement, j'ai réfléchi finalement ça signifie : « on va essayer d'arrêter ça » mais par contre j'ai décidé de travailler moins ou de changer de travail, de changer de mari, enfin. **L'idée c'est de montrer que l'arrêt de travail, c'est pas une finalité. C'est un moyen d'aboutir à un résultat** »

LA (245) D3 : « **Mais qu'il utilise l'arrêt de travail comme un moyen de progresser sur sa problématique et non pas je t'arrête pour que tu te reposes et on verra bien après**»

LA (505) D3 : « *c'est la notion de l'objectif quoi, si l'objectif n'est pas atteint, qu'est-ce qui fait que l'objectif est pas atteint ?* »

LA (471) D3 : « *Et je trouve que l'obligation quand ils reviennent, c'est dire «bon finalement on fait quoi aujourd'hui». [...] Non si on met 15 jours de plus, pourquoi on le fait, ça sert à quoi ? Et on est les deux liés* »

#### 3.1.2.4. Objectif caché : Instrumentalisation de l'arrêt de travail

Les médecins ont noté l'intérêt d'utiliser l'arrêt de travail comme moyen de créer un suivi. Dans ce cadre, les médecins prescrivent sciemment des arrêts de travail dont la durée correspond au temps de réévaluation nécessaire plutôt qu'à la durée totale estimée de l'arrêt de travail.

LA (107) D2 : « *peut-être que la durée d'un arrêt de travail c'est la durée... euh qu'on veut laisser avant de le revoir et de refaire le point ensemble. Et c'est peut-être pas euh le temps qu'on prenne une décision, qu'ils aient le temps de faire un bon choix...* »

Une approche particulière était d'utiliser l'arrêt de travail pour percevoir les initiatives du patient et que celui-ci constate l'inefficacité du repos seul sur la plainte.

LA (506) D3 : « *Donc le patient se retrouve quand même dans l'obligation à un moment donné de se dire : je peux pas quémander l'arrêt, c'est pas, il peut pas le quémander, c'est alors. On fait quoi ? Et souvent c'est le patient qui va venir « vous croyez docteur que je devrais aller voir quelqu'un d'autre ? », mais c'est lui qui demande. « On s'était donné quinze jours, ça a pas abouti, vous ne pouvez pas reprendre, qu'est-ce qu'on fait maintenant ?* »

Le même médecin a dit utiliser la non-prescription d'arrêt de travail comme « politique du pire ».

LA (147) D3 : « *Il pouvait continuer dans son travail actuel, quitte à se pourrir la vie, à dire : « est-ce que c'est vraiment ça mon choix de vie ? Ou est-ce que je voudrais faire autre chose [...] le travail devient thérapeutique. Le fait de se pourrir la vie, ça devenait thérapeutique* »

### 3.1.3. Limites de l'AT/ AT délétère

Dans certaines situations, les médecins ont exprimé l'idée que l'arrêt de travail pouvait être délétère car il peut chroniciser la plainte.

*LA(399) D5 : « Non mais le frein à l'arrêt de travail, c'est ça, c'est la chronicisation il y a un risque hein, on sait que un arrêt de travail qui dure plus de 6 mois, c'est des populations de gens dont plus de la moitié ne reprendront jamais le boulot... c'est... monstrueux quoi ! Quand c'est des gens qui ont encore dix, quinze ans de boulot, on ne peut pas prendre ce risque n'importe comment »*

Parfois la non-prescription d'arrêt de travail peut être une aide dans la prise en charge.

*V(78) D7 : « Moi je me suis aussi posé cette question de l'alcool et dans ces cas-là, je trouve que l'arrêt de travail, c'est pas forcément une aide parce que se retrouver inoccupé chez soi, ça peut être aussi un risque par rapport à la consommation. »*

### 3.1.4. Refuser un AT

*V(150) D1 : « Il y a des gens qui veulent un arrêt et nous on ne veut pas. »*

La question du refus d'attribution d'un arrêt de travail a été soulevée et le refus catégorique n'a pas semblé être la réponse envisagée par les médecins.

*LA (316) D2 : « ça ne m'arrive pas souvent de refuser des arrêts... »*

*V(145) D7 : « Enfin si la demande est plus claire, ça aurait pas été forcément un refus catégorique. »*

Cependant lorsqu'ils ont délivré un arrêt de travail, ils ont mis l'accent sur sa durée limitée. Ici, le médecin semble perdre son autonomie professionnelle puisqu'il accède à la demande du patient malgré son désaccord.

*V(170) D1 : « Et je pense que si c'est une demande d'arrêt et que nous on n'est pas d'accord, on va... enfin forcément c'est ce que je vais faire, je vais céder mais sur un arrêt de très courte durée, c'est-à-dire du style : pour finir la semaine, ou une semaine»*

LA (310) D3 : « Donc j'ai utilisé la notion du...non pas de refuser mais du « on sera limité dans le temps » qui est une manière de refuser avec une ... »

Cette concession fait partie d'une stratégie qui vise à préserver la relation de soins.

V(408) D1 : « : il faut toujours leur laisser une porte ouverte, je crois que justement il ne faut pas de refus catégorique, toujours leur laisser une possibilité d'avancer. Si on leur ferme la porte à clé en disant j'en ai marre de vous, je ne peux plus rien, je ne veux pas vous arrêter... moi j'ai plus de solution, tiens je vais vous donner votre dossier allez voir le collègue... là on fait du mal en pas longtemps.»

Le refus catégorique n'a pas semblé poser de problèmes à d'autres médecins.

V(161) D2 : « Oui, oui, ça arrive de refuser un arrêt de travail. »

Ces derniers tiennent à conserver leur autonomie, leur intégrité professionnelle, sans crainte d'un conflit.

V(177) D1 : « et puis des fois ça aboutit à un « splash ». Si le patient vient que pour ça et qu'il est pas mal du tout, ça peut arriver... **je veux dire on est en harmonie avec nous-mêmes.** »

V(163) D2 : « Et quand on pousse un petit peu, les raisons sont parfois pas médicales du tout. **Donc à ce moment-là, on dit, bah « désolé, mais on n'est pas là pour ça »** »

Pour les médecins, refuser un arrêt de travail demandé par le patient, a entraîné un sentiment d'inconfort.

V(284) D1 : « On peut éventuellement lui dire « nous on estime que un arrêt de travail n'apportera pas grand-chose » mais **je me vois mal lui dire « non je vous donnerais pas un arrêt de travail »**. Je vais essayer de lui expliquer pourquoi je pense que c'est pas une bonne idée. Et puis là, c'est ce que je disais tout à l'heure, on va dire bon Ok 3-4 jours mais après il faut y aller quoi. »

V(286) D1 : « **Mais dire non, pur, sec comme ça. Pas facile.** »

Toutefois, les médecins ont signalé être plus souvent confrontés à la situation inverse, celle du refus d'arrêt de travail par le patient.

LA (409) D5 : « Et on a plus ce risque là que le risque inverse de se voir refuser un arrêt de travail enfin, les demandes d'arrêt de travail abusives, alors soit je suis particulièrement euh gentil, laxiste mais c'est très rare que ma morale soit choquée par une demande d'arrêt de travail. **J'ai plutôt des situations où les gens c'est pas raisonnable de reprendre le boulot demain matin que l'inverse ...** »

✓ **La décision de refuser un arrêt de travail reflète la réflexion du praticien sur le bon positionnement entre son autonomie professionnelle et l'autonomie du patient.**

### **3.2. Temps, réévaluation, mise en observation**

En plus de l'arrêt de travail, un des outils du stratège revenant souvent dans le discours était le temps. Celui-ci était utilisé de différentes manières :

- réassurance du patient sur la possibilité de modifier ses décisions.

LA(167) D6 : « Donc j'avais envie de positiver, de dire bon bah ouais, on tente, faut voire, puis on continue, puis on se revoit, puis on en reparle, et on peut encore changer d'avis. **Ce n'est pas parce qu'on prend cette décision aujourd'hui qu'on ne peut pas revenir en arrière.** »

- réévaluation d'une situation.

LA (240) D4 : « Mais au moins pour poser les choses, et après on voit enfin si c'était mon patient **je lui aurais dit on se revoit et on voit un peu les choses comment elles évoluent.**»

- Un temps diagnostique et d'observation.

LA (96) D7 : « donc c'était euh... diminuer un petit peu sa présence au travail par rapport à la surcharge au travail, tout en ne le mettant pas d'emblée complètement à la maison **pour voir comment ça se passait** »

LA (239) D4 : « Voilà je voulais poser un petit peu les choses, mais pas forcément longtemps»

- un temps pour les soins : relation d'aide.

V(116) D5 : « Je lui propose de le suivre régulièrement en psychothérapie de soutien. **Ça m'arrive de temps en temps de les revoir tous les 8-15 jours parfois certains patients, pour euh voir comment ça va, comment ils avancent, comment ils élaborent les choses en temps court : 20 minutes. »**

### 3.3. Négociation

L'idée de négociation a été soulignée par les médecins comme essentielle dans la relation de soins, tant pour un choix de prise en charge que pour l'attribution d'un arrêt de travail et la définition de sa durée. Elle aboutit à une décision partagée entre partenaires. Il ne s'agit pas d'une prescription ni d'une position d'autorité puisque le point de vue du patient est pris en compte. Néanmoins l'autonomie professionnelle est préservée car le décideur final reste le médecin.

LA (472) D5 : «**Mais autrement ça se négocie tout le temps, ça c'est sûr. »**

LA (111) D2 : « **Mais c'est pas facile sans qu'il y ait cette question de négociation en face à face »**

LA (773) D3 : « **Donc on retourne dans la négociation »**

LA(502) D1 : « Alors au bout d'un moment dans la négociation, ça peut être bah euh oui enfin à ce moment-là faut reprendre le travail ou vous voyez le psychiatre »

V (103) D2 : « Euh moi j'ai l'habitude de tendre un peu la perche, savoir ce que les gens veulent, et bah puis me le dire en toute simplicité pour que bah bon, si ils veulent beaucoup, ils me disent beaucoup, et après on en discute. Mais qu'il y ait une part de négociation... »

### 3.4. Expériences passées

Les médecins ont reconnu que leurs expériences passées étaient pour eux des repères de prise en charge.

LA(381) D1 : « ouais, je pense **qu'on prend nos décisions dans ces situations-là, par rapport à notre vécu professionnel et par rapport à notre vécu personnel.** »

LA(379) D6 : « Peut-être que moi **j'ai fait le parallèle avec ce cas clinique particulier.** Peut-être qu'on réagit, nous, en fonction des situations cliniques qui vont faire que l'on prend telle ou telle décision. Par rapport à notre vécu professionnel... »

### 3.5. Connaissance antérieure du patient

Les médecins ont signalé l'intérêt d'avoir une bonne connaissance du patient ainsi qu'une appréciation globale de celui-ci pour faciliter les négociations.

LA (446) D3 : « **Donc euh, c'est comme un jeu, c'est une négociation, c'est un peu un jeu. Mais ça permet des fois de jouer plus cartes sur table effectivement quand on ne connaît pas les gens et qu'on n'a pas d'éléments de réflexion. On peut dire à quelqu'un vous voyez, il vous est arrivé telle chose, on a eu telle action, et on a abouti à tel résultat**»

Ils semblent catégoriser les patients entre « patients demandeurs » et « non demandeurs » et donc gérer les demandes d'arrêts de travail différemment pour ces deux groupes.

LA (433) D1 : « **Ah bah je pense que quand on est enfin... moi c'est ma tendance, quand on les connaît moins bien, on est moins laxiste euh on est plus ... quand on connaît bien les gens , on sait un petit peu dans quelle catégorie enfin on s'est fait nous-même, des catégories dans notre esprit et par exemple des gens qui sont jamais dans une plainte, même pour un diagnostic, des gens qui ne sont jamais dans la plainte etc., le jour où ils se plaignent, on fait peut être plus attention à leur plainte que quelqu'un qui est euh par exemple un douloureux chronique, ou bien des plaintes multiples euh. Lorsqu' on voit quelqu'un qui ne s'arrête jamais, qui a toujours été véritablement très actif etc. et qui le jour où il est vraiment mal et même qu'il est dans la demande de l'arrêt, je pense qu'il est plus euh, on est plus enclin à l'arrêter »**

Cependant ils sont conscients du risque de manipulation inverse:

LA (443) D3 : « Bien connaître ses patients, ça permet quand même effectivement une négociation sur, enfin moi il me semble, sur un autre terrain. **En général quand le médecin connaît bien le patient, le patient connaît bien le médecin.** »

LA (459) D3 : « **tout à fait c'est pour ça que je vous dis, il y a des patients qui connaissent bien le médecin et qui savent très bien que si ils pressent à tel endroit, hop. Et il faut se... Plus on prend de l'âge et plus il y a des patients qui savent presser au bon endroit. Ça il faut s'en méfier. Il faut des fois toujours rester dans le compromis mais...** »

### 3.6. Outils d'évaluation de la plainte

Les médecins ont manifesté un intérêt pour les outils objectifs d'évaluation de ces plaintes, mais ceux-ci ont semblé inadaptés à leur pratique.

V(688) D4 : « on ne parle pas du tout, parce que c'est une douleur inétiquée, mais bon il faut évaluer la douleur : il y a des évaluations des échelles... [...] alors voilà ça pourrait être un élément d'appréciation, ça devrait l'être je pense. Pour moi c'est pas toujours fait, ça devrait l'être sûrement parce que **c'est peut-être un peu plus objectif et c'est un argument qui peut nous être demandé je pense... mais ça prend beaucoup de temps, c'est pas toujours facile à inclure dans une consultation, on va passer déjà peut être ¼ heure à faire ce genre d'entretien ça prend du temps...**»

V(698) D3 : « si on prend l'échelle d'évaluation classique, les fibromyalgiques ils sont toujours à huit hein... alors c'est très souvent élevé alors il y a une discordance entre ce que nous on perçoit de la douleur, et ce que eux ils perçoivent de la leur, alors ça c'est clair parce que ils continuent leur vie habituelle et ils sont quand même à huit... alors je sais pas vous avez pas ça vous ? **Donc je pense que c'est pas une bonne échelle celle-là.** »

### 3.7. Recours aux autres professionnels de santé

#### 3.7.1. Les différents recours

Dans ces situations de plaintes subjectives et complexes, le médecin généraliste est confronté à des impasses. Il peut alors avoir besoin d'aide et recourir à des avis spécialisés.

LA (577) D3 : «Et y a des fois quand on patauge, ça fait du bien de dire à quelqu'un, bah «dis-moi comment tu vois ce patient ? » Spécialiste en plus, ça permet de d'ouvrir le débat.»

### 3.7.1.1. Médecins spécialistes

Le recours peut être auprès d'un confrère généraliste.

V(340) D5 : « : Pour avoir un... deux avis en fait. Ça pourrait aussi être un avis d'un confrère généraliste après tout. C'est pour que le patient ait 2 avis à peu près concordants quoi. »

Le but recherché était l'introduction d'un tiers dans la relation.

LA(543) D5 : Et donc le tiers, il l'a trouvé lui-même, il a changé de psychiatre... **Il y a eu un troisième larron qui est venu et ça a fait bouger les choses.** Tu vois ce que je veux dire, que ce soit un tiers euh comme ça trié sur un vrai triangle ou comme tu l'as fait, c'est quelqu'un qui vient de l'extérieur, ça peut être bien dans les situations chroniques. »

Ainsi que le partage de la charge de ces situations complexes.

V(357) D7 : « **Et par contre le côté appréciable, c'est que on délègue un peu aussi... enfin, on partage un peu aussi le patient, voilà.** »

V(407) D5 : « **je trouve que ça c'est une grande aide pour l'équipe.** »

Un des recours privilégiés a été le médecin du travail en vue d'une reprise dans des conditions durables.

LA(751) D6 : « **Moi je travaille beaucoup avec le médecin du travail** »

V(227) D3 : « des visites de prévention, des visites de pré-reprise. Des douleurs mécaniques articulaires en visite de pré-reprise, comment **il va pouvoir éventuellement adapter le poste dans le domaine de l'entreprise....** »

Une des limites était la méconnaissance de certains participants des possibilités de recours au médecin du travail.

V(551) D6 : « Et est ce qu'on peut le solliciter à n'importe quel moment ? »

### 3.7.1.2. Centre anti-douleur

Un des intervenants évoqués dans la prise en charge de ses patients a été le centre anti-douleur, avec une grande variabilité d'efficacité ressentie en fonction des médecins.

- Parfois en positif : partage de la charge du patient et de la responsabilité, prise en charge globale.

V (357) D7 : « **Et par contre le côté appréciable, c'est que on délègue un peu aussi... enfin, on partage un peu aussi le patient. Et puis le côté deuxième avis euh, dont on parlait, soit, avec le rhumatologue, voilà. Ça conforte un peu l'idée que les douleurs sont fonctionnelles.** »

V(364) D2 : « **Moi j'ai un centre de référence à Poitiers qui fait du très très bon travail. J'ai envoyé des fibromyalgiques et ça se passe bien. Disons que peut être que ça va rechuter par la suite mais ça nous permet de gagner du temps et d'avoir des gens qui sont relativement bien. Enfin disons mieux que ce qu'ils étaient avant. Parce qu'il y a une prise en charge qui est vraiment une prise en charge globale, ils les voient régulièrement, ils sont suivis, ils les contactent par téléphone etc. etc. et je pense que ça les aide beaucoup.** »

- Parfois en négatif : chronicisation, pas d'aide pour le patient ni le médecin, traitements lourds, iatrogénie.

LA(684) D6 : « **J'ai un problème avec certains correspondants, c'est les centres de la douleur, parce que là, là ça n'avance pas, enfin je trouve que ça n'avance pas. Ils sortent avec des ordonnances impressionnantes. Nous on gère les effets secondaires des traitements. Il faut qu'on allège les traitements euh alors les patients ont beaucoup attendu de ce rendez-vous, ils s'imaginaient que ça allait transformer les choses donc des délais qui sont de 3 à 4 mois. Une fois qu'ils y sont, on leur parle d'hospitalisation, d'injection, ils reviennent, ils sont dans la même situation avec ces ordonnances-là et nous on gère. Là oui, là j'ai un souci et j'avoue que maintenant je suis très réticente. »**

V(355) D7 : « **Oui c'est ça. Moi finalement je trouve que ça aide pas beaucoup les patients et parfois on est quand même un peu aussi dans une... on peut parfois être dans une escalade médicamenteuse et je trouve que ça c'est le côté... un peu le revers de la médaille. »**

V(383) D4 : « parfois le traitement en effet devient de plus en plus lourds, on retombe sur le plan des effets secondaires donc d'autres plaintes et... on sent que les plaintes, elles s'élargissent un petit peu c'est un peu plus lourd à gérer. »

Une explication a été avancée pour expliquer ces divergences : la variabilité de la prise en charge entre les centres.

V(388) D1 : « ça dépend peut être des centres anti douleurs. »

Un médecin a relevé que les soins prodigués par les centres antidouleur étaient plus efficaces chez les patients atteints d'une pathologie organique que chez ceux présentant des plaintes médicalement inexpliquées.

V(390) D5 : « D1 : Quand c'est des douleurs vraiment organiques, je sais que j'ai une patiente qui a un schwannome, qui a des douleurs épouvantables, mais au prix de traitements très lourds, mais on n'avait pas le choix. Avec des effets indésirables certes mais ça soulage. Mais la fibromyalgie.... »

### 3.7.1.3. Paramédicaux

Certains médecins ont fait part de leur intérêt pour une prise en charge paramédicale permettant de stabiliser la plainte pour un temps et rassurer le patient via un travail sur le corps et une approche alternative.

V(421) D3 : « Et donc j'ai un kiné qui s'est spécialisé dans les douleurs chroniques et qui fait sophrologie réflexologie... des techniques d'hypnose enfin donc qui travaille avec une autre approche. »

V(405) D5 : « la kiné, moi je trouve que pour ces patients-là, si ils ont **un kinésithérapeute qui remet un peu le corps au travail, un bon contact avec le kiné, qui va les réassurer sur leurs corps je trouve que ça c'est une grande aide pour l'équipe.** »

V(478) D6 : « mais je trouve que c'est très positif parce que il vaut **mieux trois semaines de cure thermale que plein de médicament** enfin c'est un exemple. C'était où ? »

Malheureusement, l'efficacité n'est pas certaine.

V(442) D3 « *mais de plus en plus viennent en disant : j'ai vu l'ostéopathe une fois, deux fois, trois fois, et là j'ai toujours mal.* »

#### **3.7.1.4. Acteurs sociaux**

Les médecins ont cité les acteurs sociaux intervenant dans la prise en charge : médecins conseils, la CARSAT, les assistantes sociales, COTOREP, syndicats. Ils fournissent notamment au patient des informations sur leurs droits, et facilitent l'attribution de prestations sociales.

V(D218) D5 : « *et puis je les oriente assez vite à la CARSAT, où il y a des assistantes sociales qui... enfin, ils ont des entretiens et puis ils ont des petits groupes de travail où on leur explique comment ça va se passer et quand ils commencent à s'apercevoir que il va y avoir des problèmes financiers, et ben, ils acceptent de reprendre peut-être plus facilement en mi-temps thérapeutique, enfin en temps thérapeutique partiel là euh.* »

V(256) D1 : « *Ah bah l'interlocuteur, c'est la COTOREP.* »

V(501) D7 : « *je trouve effectivement que la sécurité sociale quand ils interviennent, ça nous aide des fois.* »

V(622) D1 : « *non non, mais oui, on les envoie à la médecine du travail, aux syndicats, à l'inspection du travail... parfois parce que parfois le travail est abusif, mais on fait attention on marche sur des œufs, à ne pas nuire, on sait jamais parfois on prend une décision, puis on dit « mince là ça y est ». »*

Cependant, certains participants, ne connaissaient pas certains partenaires sociaux.

V(223) D6 : « *C'est quoi la CARSAT ?* »

#### **3.7.2. « Spécialistes-Outils »**

L'avis spécialisé a été parfois instrumentalisé par les médecins généralistes pour faire progresser la situation dans le sens voulu.

LA(562) D3 : « ***Le tiers, il m'intéresse. Il y a des moments, moi j'ai l'impression que j'utilise le spécialiste comme un outil.** Excusez-moi le terme, c'est un petit peu barbare. Mais il y a des spécialistes qui sont très rigides, très durs. D'autres qui sont beaucoup plus*

lestes. Si on prend des troubles musculo-squelettiques, ça peut être important qu'un rhumatologue dise : « voilà, la pathologie que je rencontre, moi, c'est ça. » Il y a un mot qui est écrit, un terme, ou une expression et après on peut dire au patient « voyez, vous allez voir un spécialiste, donc quelqu'un en qui on a totale confiance. Il a dit ça » Et ça permet de progresser. Et puis des fois, on va tomber sur un spécialiste qui va délayer la sauce et puis on tombe dans la chronicisation, parce que quand on lit le courrier, le patient dit « vous voyez bien docteur, il m'a dit que c'était pas si clair que ça » et là on est bloqué quoi. »

Pour cela, ils adaptent le spécialiste au patient.

LA (572) « D3 : J'ai des correspondants différents en fonction... D1 : ...Du profil du patient. »

Un des objectifs signalés par les médecins était de mettre un terme aux investigations de la plainte.

LA (575) D3 : « Si j'ai la sensation qu'on va tomber dans de la chronicisation alors qu'il y a rien, j'aurais envie de faire confirmer qu'il n'y a rien »

V(337) D6 : « Ptêtre que vous avez raison, parce que c'est vrai que l'avis du spécialiste peut ptêtre aussi permettre de freiner euh l'avalanche de questionnement autour des examens complémentaires et de qu'est-ce que j'ai ? **Voilà, ça permet de mettre un point final en fait** »

Un autre était d'argumenter l'attribution ou non d'un arrêt de travail.

LA(610) « D1 : Oui mais là c'est là où tu engages une discussion avec le spécialiste : soit une discussion au téléphone ou par écrit en demandant au spécialiste tout simplement encore (...) de se positionner. Est-ce que la pathologie du patient nécessite un arrêt de travail ? »

Ensuite l'avis du spécialiste permettait la réassurance du patient.

V(292) D5 : « Je peux l'envoyer à un rhumatologue qui pourrait euh, peut-être conforter l'idée qu'il n'y a rien de grave et donc ça m'aiderait à apporter cette parole là au patient : « vous voyez on n'a rien trouvé de particulier », parce que le rhumato, il ne retrouve pas non plus des choses à tout le monde, hein. **Et du coup, ça pourrait le rassurer peut être, le rassurer tout simplement** »

Un bénéfice secondaire de l'avis était la réassurance du praticien.

V(327) D6 : « *Moi j'ai l'impression que le rhumatologue il rassurerait surtout, enfin, **il me rassurerait surtout moi, quoi.*** »

#### 4. Les rôles du médecin

A partir des stratégies développées par les médecins, plusieurs rôles ont été identifiés.

##### 4.1. Médecin protecteur : anticipation de problèmes et de la chronicisation

Un des risques dont les médecins étaient bien conscients et qu'ils cherchaient à prévenir, était la chronicisation de la plainte et ses conséquences socioéconomiques.

LA (399) D5 : « *Non **mais le frein à l'arrêt de travail, c'est ça, c'est la chronicisation** il y a un risque hein, on sait que un arrêt de travail qui dure plus de 6 mois, c'est des populations de gens dont plus de la moitié ne reprendront jamais le boulot... c'est... monstrueux quoi ! Quand c'est des gens qui ont encore dix, quinze ans de boulot, on ne peut pas prendre ce risque n'importe comment* »

V(190) D7 : « *quand on sent que le patient va se... va... que la plainte va se prolonger et que ça sera difficile qu'il retourne au travail. Moi j'anticipe un peu avant.* »

##### 4.1.1. Sociaux

Certains médecins ont mis en avant leur rôle d'information du patient, sur les conséquences de sa pathologie sur son travail.

V(615) D4 : *j'ai informé le patient qu'il était dans une situation délicate vis-à-vis de son poste de travail et qu'il n'y avait probablement je ne pense pas, d'autre poste et que voilà on était...ennuyé.* »

Il est parfois le premier à évoquer avec le patient une éventuelle réorientation professionnelle.

LA(308) D3 : « Sur un problème pareil, douleur chronique post traumatique, de dire quand même attention, on aura une problématique de temps, donc **il va falloir voir si vous restez dans le même métier ou si vous changez ?** »

On note que les médecins ont anticipé l'impact socioéconomique de la chronicisation de la plainte pour le patient.

V(212) D1 : « Ceux qu'on n'arrive pas à remettre au travail dans les 6 mois, la plupart du temps, on y arrivera jamais. **Ça va finir par une invalidité et une catastrophe économique** parce que les invalidités quand on a 40 ans, ils touchent trois francs six sous et... à un moment **il faut leur dire attention, si on s'embarque dans euh ça va finir par des situations compliquées pour vous.** Et il y en a, on les remettra pas au boulot hein.»

Les médecins ont relevé la pénibilité du travail et les conséquences des politiques publiques sur la santé du patient.

V(230) D1 : « Et ça va devenir de plus en plus compliqué avec l'âge de la retraite qui allonge euh, »

V(233) D4 : « Il y a certains organismes qui sont abimés, usés, qui travaillent en force, on peut pas... »

C'est pourquoi ils estiment parfois nécessaire de laisser du temps au patient avant d'initier un recours social qui lui serait défavorable. Le principe éthique de non malfaisance est ici respecté.

V(590) D1 : « il faut des fois s'entourer de conseils parce que... on va demander à quelqu'un de voir le médecin du travail et si le médecin du travail déclare le patient inapte, il risque aussi d'être licencié et il va se retrouver à Pôle Emploi. Au bout d'un certain temps s'il ne retrouve pas d'emploi, il va se retrouver dans une situation difficile. **Il faut pas faire n'importe quoi quand même.** »

Face à la réalité du monde du travail aujourd'hui, les médecins ont dit se sentir démunis dans certaines situations.

V(607) D4 : « j'ai eu un cas récent, mais c'est un peu différent car ça démarrait d'un accident de travail : un problème de genou, mais le monsieur avait une gonarthrose sévère antérieure et il y a eu tentative de reprise. Visite de reprise : le médecin du travail

me contacte, « j'é mets l'inaptitude : ce monsieur écoutez, pour moi a une inaptitude temporaire, **et je vous préviens la situation est telle dans l'entreprise que si ce monsieur ne peut pas régler son problème de genou rapidement ...euh voilà !** » Donc ça pose un souci ça a été assez rapide ! »

#### 4.1.2. Médicaux

L'idée du rôle protecteur du médecin s'est également manifestée dans le champ médical.

La protection du patient d'éventuelles conduites à risque et d'une souffrance au travail ou d'un retentissement psychologique de sa douleur, a été identifiée. Dans son rôle protecteur, le médecin est amené à imposer sa décision au patient.

LA (236) D4 : « Et l'arrêt de travail c'était **justement pour éviter la ...la conduite dangereuse** où il allait super vite. Bon c'est vrai qu'on sait pas si c'est pour partir ou pour revenir. Le fait qu'il boive un petit peu... Enfin voilà. Et je me disais ça va calmer tout ça. Et peut-être que à la maison, comme il était énervé, le samedi matin, on parle que du samedi matin dans la vidéo pas du dimanche peut-être qu'il sera un petit peu moins à... »

V(150) D1 : « **Il y a des gens qui ne veulent surtout pas d'arrêt et qui sont en burnout et qu'il faut absolument arrêter. Justement là il faut se battre pour les arrêter.** C'est vrai qu'on impose rarement un arrêt sans demander au moins à un moment au patient euh « je pense qu'il faudrait vous faire un arrêt » et on voit sa réaction immédiate. »

LA (723) D1 : « Et **ces douleurs qui sont mécaniques au départ, si on l'identifie pas bien, j'ai l'impression qu'elle peut véritablement se chroniciser rapidement et devenir aussi une douleur psychique.** Parce que le patient qui a des problèmes d'épaule, c'est des travailleurs physiques souvent ça remet toute leur vie en jeu. Enfin, moi je vois parce que je travaille avec des ostréiculteurs, des marins pêcheurs etc. Avoir un pêcheur qui ne peut plus se servir de ses épaules, bah voilà, c'est **un marin-pêcheur qui vend son bateau qui...va poser des tas de soucis par derrière.** »

Ils avaient conscience et essayaient de limiter leur part de responsabilité dans la chronicisation de la plainte via les examens complémentaires. Ils remettent en question la pertinence de ceux-ci. Ils ont remarqué que la prolongation de l'exploration de la plainte

était vectrice de chronicisation. C'est la raison pour laquelle ils anticipent la demande de ces examens compte tenu des délais.

LA (704) D1 : « C'est aussi un peu notre réflexion sur les examens complémentaires hein. Je pense que **quand on passe un examen complémentaire, il faut qu'on se demande avant tout « qu'est-ce qu'il va m'apporter »** parce que quand on prescrit une IRM à un patient et qu'on sait qu'il va l'avoir dans 2 ou 3 mois, si on est persuadé dès le début, que si l'IRM est non contributive ou euh si l'IRM est la demande du patient et euh « on pourrait pas faire une IRM ». Ça a pas beaucoup d'intérêt. **Si on pense que véritablement l'examen complémentaire va avoir un intérêt, à ce moment-là on a peut-être intérêt dès le début à prévoir au plus vite pour que ça ne se chronicise pas.** »

#### 4.2. Médecin moteur du changement

Dans les situations chroniques, les médecins ont souligné l'importance d'un changement jusqu'à imposer au patient de faire un choix.

LA (305) D3 : « moi j'ai une notion en tête-là qui est assez récente, c'était pas le refus, **c'était d'obliger le patient à décider de ne pas repousser, avec l'arrêt de travail, la décision.** C'est à dire voilà, on va être limité donc **ça va vous obliger à.** »

LA (354) D6 : « donc une situation assez complexe ou effectivement **il faut qu'il y ait une décision qui soit prise, et il n'a aucune...** »

LA (392) D6 : « bah oui, il faut... on ne peut pas continuer à être dans l'opposition, ça vous déstabilise. Donc il faut qu'on avance. **Il faut changer quelque chose que ce soit le médecin traitant ou le psychiatre.** C'est vous qui voyez. »

LA (372) D6 : « **Mais à un moment donné il fallait qu'on l'oblige à prendre une décision,** parce que sinon ça n'avancait pas, et on était dans une impasse. C'est pour ça peut-être que j'ai réagi vis-à-vis de ce patient en me disant, bah lui il a pris une décision, il est l'acteur de quelque chose. »

LA (537) D6 : « **Moi j'ai mis un ultimatum sur le fait que je lui demandais de changer quelque chose.** »

Mais la décision finale revenait au patient.

LA (510) D3 : « Là c'est la même idée, on peut pas redonner un arrêt de travail indéfiniment sans qu'il y ait un objectif sinon il n'y a pas de limite et à un moment donné, faut que le patient euh « qu'est-ce qu'on fait ? » **c'est pas moi qui lui impose quelque chose... »**

LA (520) D3 : « si la réponse est « oui », alors on a cet objectif alors que moi-même je sais très bien que c'est pas la... que c'est pas la bonne réponse mais à un moment donné il faut qu'il se découvre. Moi ce que j'aime c'est quand le patient me dit à la fin : «  **finalement docteur, vous m'avez obligé, à une réflexion et puis j'ai voilà, j'ai trouvé une solution » et non pas moi je vous dis « allez, je vous remets encore 15 jours et puis on verra bien ».** Ça je fais plus, je l'ai fait. »

LA (777) D1 : «  **La décision, moi j'ai des idées, j'ai des pistes, je suis là pour vous conseiller mais c'est à vous d'être acteur de votre santé. »**

#### **4.3. Médecin organisateur des soins**

Les médecins ont reconnu leur rôle central dans l'organisation du soin.

LA (789) D3 : «  **que le terme de conseiller est plus logique, c'est-à-dire organisateur de soins. Je suis là pour vous aider dans toute la démarche »**

Ils ont un rôle dans la planification des soins mais aussi la synthèse des informations recueillies.

##### **4.3.1. Planification des soins**

Les médecins ont la volonté d'organiser l'exploration de la plainte du patient de la manière la plus efficace possible.

LA (709) D1 : « **Si on pense que véritablement l'examen complémentaire va avoir un intérêt, à ce moment-là on a peut être intérêt dès le début à prévoir au plus vite pour que ça ne se chronicise pas.**»

### 4.3.2. Synthèse

Les médecins ont discuté de leur rôle de spécialiste en médecine générale à travers la synthèse des différents avis spécialisés demandés.

LA (619) D3 : « On peut se positionner aussi... tout à l'heure, après tout, le médecin généraliste, c'est un spécialiste de médecine générale donc comme tout le monde a la qualité, on peut dire au patient que la prise en charge, elle est globale. **Donc on a avis, un avis, un avis et puis après un médecin généraliste qui fait un peu la synthèse de tout ça, il coordonne des soins avant tout.** Et puis après il est là pour aider le patient dans sa décision. Donc si tu le places, j'allais dire, en métaposition par rapport à tout ça en disant « bah voilà, on va regarder ça ensemble, le spécialiste de.., le psychiatre le médecin du travail, la loi, enfin on prend tous les éléments et avec tout ça il faut qu'on prenne une décision »

Ils hiérarchisent l'importance des avis dans la prise en charge.

LA (624) D4 : « Donc dans ce cas-là, le petit mot qui va nous déranger dans la lettre du spécialiste, il vaut plus rien du tout. Et **si on veut lui donner de l'importance parce qu'on estime qu'elle en a, on a le droit de dire «bah là ça c'est important » si on estime que ça n'a pas d'importance, alors charge à nous après de prendre nos responsabilités avec le patient.** Mais si on lui dit, « qu'est-ce qu'on fait de tout ça. C'est un mot écrit dans une lettre, on en fait quoi. Avant d'aller voir le spécialiste, vous saviez pas que vous aviez ça et d'un seul coup parce que c'est écrit, ça prend de l'importance ? »

### 4.3.3. Programmer la reprise du travail

Ils ont également relevé l'intérêt de collaborer avec le médecin du travail pour une reprise durable et adaptée au patient.

LA (756) D6 : « Sur l' idée de la souffrance au travail, d'ambiance au travail, les conditions au travail, moi je demande à la personne justement quand on prévoit une reprise quand je sais que c'est difficile, **prenez rendez-vous avec le médecin du travail avant, pour organiser votre reprise** pour voir si ça peut être à temps partiel, si ça peut être à mi-temps pour qu'on soit dans les meilleures conditions possibles.»

#### 4.4. Médecin soignant

##### 4.4.1. Travailler en explicitation

Certains médecins ont évoqué le fait de travailler en explicitation pour faire avancer leurs patients. Il s'agit de faire mettre en évidence par le patient les liens de causalité, les émotions, des difficultés ressenties au moyen d'une verbalisation approfondie.

V(713) D5 : « **Qu'est-ce que vous en pensez ? Comment vous expliquez ça ?** » **Alors ça maintenant je leurs dis. Je leur demande ce qu'ils pensent de cette nouvelle plainte où il y a rien dedans...** »

Les éléments alors identifiés, sont bénéfiques pour le patient mais également pour le médecin.

LA (764) D3 : « **On gagne beaucoup à demander à nos patients de verbaliser sur pourquoi il ne veut pas reprendre. Souvent il nous fait comprendre qu'il ne veut pas reprendre puis on bloque sur l'idée.** »

Cette méthode conduit parfois à une inversion des rôles où le patient devient lui-même prescripteur.

LA (518) D3 : « **Mais à un moment donné, je veux dire « est-ce que », je vais dire au patient, « est-ce que vous pensez qu'un traitement peut vous aider ?** » et là c'est extraordinaire, que ce soit le médecin qui dise au patient « est-ce que vous pensez qu'un traitement peut vous aider ? »

##### 4.4.2. Prise de recul

Du fait de leur capacité à aborder la situation d'un autre point de vue, les médecins ont proposé au patient de prendre du recul nécessaire pour un choix éclairé. La prise de recul intéresse notamment le domaine professionnel, la vie familiale.

LA (90) D4 : « **donc euh... fin moi ça aurait été mon patient, j'aurais voulu qu'il prenne son temps pour prendre les choses pour qu'il fasse pas une décision qu'il regretterait après.** »

L'objectif final, pour les médecins, est l'identification du problème pour établir un projet de vie cohérent.

LA (134) D3 « ***J'aurais plus essayé de le centrer sur : « quel est ton projet de vie pour demain, quoi ? ».*** Dans projet de vie, il y a vie familiale, vie professionnelle. Est-ce que je peux faire des choix sur un travail que j'aime bien, mais qui finalement me pourrit la vie ? Donc je vais peut-être choisir un travail que j'aime moins, mais qui finalement sera peut-être plus proche, et me recentrer sur ma vie familiale. Mais est-ce que j'ai envie de me centrer sur ma vie familiale ? Est-ce que ça, enfin moi, j'ai estimé que ça ne nécessitait pas un arrêt de travail, mais plus une vision plus globale de la vie, qu'il pouvait faire tout en travaillant actuellement, quoi. Il pouvait continuer dans son travail actuel, quitte à se pourrir la vie, à dire : « est-ce que c'est vraiment ça mon choix de vie ? Ou est-ce que je voudrais faire autre chose. »

#### **4.4.3. Une théorie explicative singulière : la responsabilité du patient**

Une stratégie singulière était l'idée de rechercher la cause de la plainte en impliquant la responsabilité du patient dans une cascade d'événements:

V(416) D3 : « ***Moi je leur dis souvent les classiques cervicalgies douleurs d'épaules les trapèzes sont douloureux de leur expliquer qu'ils n'ont pas fait de mouvements qu'il n'y a rien de grave mais que c'est eux qui génèrent leur douleurs et que c'est une cascade d'événements qui fait qu'ils arrivent au symptôme. Moi je peux traiter le symptôme en disant la kiné va améliorer mais si votre raisonnement est le pourquoi vous en arrivez là reste dans le même cheminement le symptôme il a pas de raison de ne pas revenir. Il faut essayer de travailler sur la cascade qui fait que. »***

#### **4.4.4. Accompagnement du patient**

Les médecins ont rappelé le rôle important d'accompagner le patient dans la démarche de soin et dans ses choix.

LA (171) D6 : « nous, on est là pour l'accompagner »

LA (482) D3 : « mais il faut qu'à un moment donné on puisse prendre une décision ensemble »

Un médecin propose de l'accompagner même dans des choix erronés, avec l'objectif sous-jacent d'être dans une dynamique de changement. Ce positionnement du médecin a pour but de favoriser l'évolution du patient par ses propres expériences.

LA (520) D3 : « **si la réponse est « oui », alors on a cet objectif alors que moi-même je sais très bien que c'est pas la... que c'est pas la bonne réponse** mais à un moment donné il faut qu'il se découvre. Moi ce que j'aime c'est quand le patient me dit à la fin : « finalement docteur, vous m'avez obligé, à une réflexion et puis j'ai voilà, j'ai trouvé une solution » et non pas moi je vous dis « allez, je vous remets encore 15 jours et puis on verra bien ». Ça je fais plus, je l'ai fait. »

Un autre préfère donner son avis sur un mauvais choix éventuel du patient.

V(285) D1 : « Je vais essayer de lui expliquer pourquoi je pense que c'est pas une bonne idée. »

Cet accompagnement se fait avec un rôle de conseil.

LA (777) D1 : « La décision, moi j'ai des idées, j'ai des pistes, **je suis là pour vous conseiller mais c'est à vous d'être acteur de votre santé.** »

LA (781) D1 : « non moi je suis un conseiller »

Les médecins ont affirmé leur soutien même en l'absence de solution, de guérison. L'accompagnement devient un objectif en soi dans l'idée de ne pas abandonner le patient avec sa plainte.

LA (791) D3 : « On va vous aider à trouver une solution pour que vous puissiez être soulagé, guérir, reprendre le travail enfin. **Et puis si on guérit pas, bah c'est pas grave, mais qu'est ce qu'on fait ?** Et je suis là pour vous aider. »

Un médecin a identifié cet accompagnement comme une psychothérapie de soutien.

V(116) D5 : « **Je lui propose de le suivre régulièrement en psychothérapie de soutien.** Ça m'arrive de temps en temps de les revoir tous les 8-15 jours parfois certains patients, pour euh voir comment ça va, comment ils avancent, comment ils élaborent les choses en temps court : 20 minutes. »

#### 4.4.5. Réassurance du patient

La réassurance du patient sur l'absence de gravité de sa pathologie, a été soulignée par les médecins.

V(323) D1 : « **C'est pas une maladie grave** »

V(324) D2 : « *si vous avez l'idée que quelque chose de grave est derrière, non y a rien et comme ça on peut quand même insister un peu pour justement pas tomber dans le panneau de donner des arrêts à répétition.* »

#### 4.5. Médecin partenaire d'un patient autonome

##### 4.5.1. Respect autonomie

Les médecins ont souligné l'importance d'écouter la demande explicite ou implicite du patient.

V(46) D5 : « **Non je ne donnais pas d'arrêt de travail et il était à ma connaissance pas demandeur.** »

V(145) D7 : « Enfin si la demande est plus claire , ça aurait pas été forcément un refus catégorique. »

V(653) D4 : « **En fin de carrière il arrive et jamais je pense qu'il n'aurait osé demander un arrêt. Et là il ne le demande pas mais il le sous-entend. Il ne le demande même pas.** »

Les médecins ont tenu compte des requêtes du patient.

V(459) D5 : « **et elle a dit moi je veux pas des médicaments** comme ça.

LA (587) D6 : « **D'accord, dans la situation, le psychiatre, enfin, je lui proposais de faire l'arrêt, de faire aussi l'arrêt. Et c'est le patient qui n'a pas voulu car il ne voulait pas que l'arrêt soit au nom d'un psychiatre. C'est pour ça qu'il est revenu me voir.** »

Ils ont identifié la prise d'autonomie du patient.

LA (161) D6 : « **Du coup, je parlais dans une démarche active, donc de positiver sa démarche qu'il avait faite, c'est à dire cette recherche : il devenait acteur. Il voulait changer quelque chose, il avait déjà fait.** »

LA (488) D3 : « **c'est lui qui définit la période qui doit porter un résultat.** »

LA (378) D6 : « lui il a pris une décision, **il a été acteur de quelque chose** qui m'a paru, à moi, un élément positif »

LA (268) D6 : « C'est ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire qu'il a été très très mal à un moment, et que là il n'a pas consulté, et puis petit à petit, il a avancé. Là il a été voir le médecin tout seul et finalement il y a une décision qui se dessine... »

Ils ont affirmé respecter les choix du patient.

LA (165) D6 : « **Mais de pouvoir lui permettre de continuer sur cette lancée alors qu'il était au plus bas. Et de l'arrêter, ça aurait été de dire : « bon bah attendez, vous n'y pensez même pas !** Quoi enfin euh vous pensez pouvoir aller travailler ? Non j'estime que vous n'êtes pas en mesure DE... donc vous revoyez votre copie, votre copie elle est pas bonne. »

#### 4.5.2. Favoriser l'autonomie

Lorsque le patient ne manifestait pas de demande, les médecins essayaient d'en favoriser l'expression.

LA (103) D2 : « Euh **moi j'ai l'habitude de tendre un peu la perche**, savoir ce que les gens veulent »

LA (150) D6 : « c'est-à-dire que je lui aurais posé la question, effectivement : « est-ce que vous pensez être en mesure de reprendre là, ou pas ? » »

Ils ont rappelé l'importance dans la prise en charge le fait que le patient soit acteur de sa santé et qu'il fasse ses propres choix. Il s'agit ici pour le médecin de replacer le patient au cœur des décisions le concernant.

LA (776) D1 : « Parfois, parce que les patients souvent ont cette réflexion-là, euh « bah docteur, c'est vous qui savez euh voilà [...] et puis mais, c'est pas le problème du savoir, **c'est le problème de votre santé et vous devez être acteur de votre santé**. C'est autour de vous que ça tourne. »

LA (778) D1 : « mais c'est à vous d'être acteur de votre santé. »

Un médecin a amené l'idée que c'est le patient qui détient les clés de sa guérison.  
LA (779) D3 : « *il faut lui dire que c'est lui qui est porteur de la maladie et **c'est lui qui détient une partie de la solution.*** »

#### 4.6. Rôle du médecin dans l'économie de santé

##### 4.6.1. Médecin avocat loyal du patient

Les médecins ont estimé devoir défendre les intérêts du patient avant l'intérêt collectif.

V(512) D1 : « *des fois **on est un peu obligé de batailler et de se mettre du côté du patient pour l'aider** à lui dire il faut un arrêt, on va argumenter auprès de la caisse mais ils ne sont pas souvent là comme modérateur.* »

Ce positionnement du médecin généraliste contrebalance le point de vue de la CPAM.

V(528) D7 : « *je trouve que ça permet d'équilibrer ce médecin conseil, parce que on est quand même... donc nous dans la consultation, on s'occupe du patient... enfin **je pense que dans le coté arrêt de travail , ça prédomine l'intérêt du patient par rapport à l'intérêt collectif...** euh économique... et la sécu au contraire elle elle a plus en tête quand même l'argument économique... et je trouve que du coup ça peut faire en ce sens-là un bon appui, parce qu'on est chacun un petit peu plus d'un côté »*

Par ailleurs, certains médecins ont exprimés la volonté de rester dans leur propre rôle et ne pas réaliser certaines fonctions attribuées au médecin conseil, et ce dans l'intérêt du patient.

V(602) D1 : « *C'est pour ça qu'on défend quand même notre patient avant la sécu quand même ! Il faut faire attention à ne pas vouloir aller trop vite non plus... pas forcément trop appeler la caisse non plus. C'est peut être leur faire ressortir un dossier qu'ils avaient pas..... **On n'est pas médecin de sécu.*** »

#### 4.6.2. Garde-fou de la société

Dans le cadre des soins primaires, les médecins ont relevé avoir un rôle en économie de santé notamment en posant des limites aux arrêts de travail et en sachant refuser une demande d'arrêt abusive.

LA (451) D3 : « Alors que les pathologies qu'on a vu là c'est... **y a pas de règlement, il faut à la fois mettre des limites** »

V (163) D2 : « Et quand on pousse un petit peu, les raisons sont parfois pas médicales du tout. **Donc à ce moment-là, on dit, bah « désolé, mais on n'est pas là pour ça »** »

Un médecin a évoqué l'idée de minimiser le coût de l'arrêt de travail en donnant une durée inférieure à la période de carence. Il a également souligné la faible fréquence de ces demandes abusives.

LA(409) D5 : « Et **on n'a plus ce risque là que le risque inverse de se voir refuser un arrêt de travail** enfin, les demandes d'arrêt de travail abusives, alors soit je suis particulièrement euh gentil, laxiste mais c'est très rare que ma morale soit choquée par une demande d'arrêt de travail. J'ai plutôt des situations où les gens c'est pas raisonnable de reprendre le boulot demain matin que l'inverse et les rares fois où c'est arrivé, moi j'ai **...du coup je dis que je suis pas complètement d'accord, je leur mets 2 jours d'arrêt puis au bout de 2 jours, « si c'est pas assez vous viendrez me voir** », en général ça règle le **problème...** c'est pour ça que je dis... au bout de deux jours, ils reprennent le boulot et puis si c'était abusif, c'est deux jours de carence. C'est pas si grave quoi. Mais c'est quand même exceptionnel, j'ai même pas de situation dans la tête immédiatement disponible alors qu'à l'inverse, des gens qui devraient être mis en arrêt, qui me disent je peux pas, le plus souvent pour des mauvaises raisons plus que des bonnes mais euh... »

Une des pistes évoquées pour aider les médecins dans cette fonction, serait la réalisation en routine d'un contrôle plus précoce de la CPAM.

V (498) D1 : « **un contrôle plus strict de la caisse, en tous cas plus fréquent de la caisse nous arrangerait bien sur des arrêts justement qui se prolongent...** qu'il y ait des alarmes, qu'à un mois il y ait un contrôle, qu'on nous demande pourquoi et que nous on réponde et que ça nous permette de dire au patient : « attention vous voyez la caisse, on

*peut pas étirer dans le temps ». Mais par contre, si on a un argument de poids, on va dire bah « vous inquiétez pas, il est largement justifié votre arrêt », et là le médecin conseil reçoit notre réponse ferme, est obligé de l'accepter et on se sent soutenu, parce qu'en ce moment c'est tout nous qui portons tout tout seul !!! »*

Devant un arrêt non justifié, le rôle de garde-fou semble prédominer. Un médecin dit avoir directement recours au médecin conseil pour lui signaler une situation abusive.

*V(519) D5 : « **est-ce que tu sais que tu peux appeler le médecin conseil et lui demander ? [...] et lui demander, sous couvert qu'il ne dise pas que ça vienne de toi, de contrôler le patient. C'est arrivé à mon associée où le rhumato avait dit : « il n'y a pas de justification» et ma collègue euh voilà... et donc elle a téléphoné au médecin conseil en disant ce patient ben voilà et je crois qu'elle a même pas demandé au médecin conseil de pas dire que c'était elle et le médecin conseil a convoqué la patiente sans dire quoi que ce soit et a remis la patiente au travail. Et la patiente a repris le travail... »***

Les médecins ont relevé cette difficulté d'avoir la double étiquette de l'intérêt du patient versus l'intérêt collectif.

*V (533) D1 : « c'est un peu comme si on était **en même temps l'avocat et puis le juge** quoi... c'est pas facile ! »*

## **5. Difficultés et souffrance du médecin généraliste**

### **5.1. Incertitude**

L'incertitude exprimée par les médecins généralistes des focus groups se retrouve à trois niveaux : dans l'analyse de la situation, dans la détermination du diagnostic ainsi que dans le processus décisionnel : c'est-à-dire tout au long de la prise en charge. L'absence de critères objectifs et la complexité de ces situations renvoient peut-être à cette incertitude.

*LA(455) D3 : « **On est dans le sensitif quand même dans le choix de l'arrêt de travail. [...]** Il est vrai que c'est dans tout, c'est du relationnel. Donc euh... »*

*LA (574) D3 : « Oui mais là on arrive dans un domaine qui est difficile, qui est de la sensation que j'ai eu quand j'ai examiné moi-même le patient.*

### 5.1.1. Analyse

Elle se matérialise par des hésitations, des remises en question sur la façon dont ils ont vu la situation.

LA(87) D4 : « oui oui voilà, parce que je oui on a l'impression qu'il prend ça parce qu'il en peut plus, il est au bord de la..., tous les kilomètres, les choses qui... les weekends où il rentre pas, **j'sais pas j'ai pt 'être psychoté** fin voilà... **j'ai pt 'être interprété** le fait que sa femme faisait des attaques de panique, mais **j'ai l'impression que pt 'être** ça doit pas être parce qu' elle voyait souvent son médecin alors c'est qu' elle doit en faire assez souvent, que ça doit pas être non plus... euh très drôle à la maison »

LA (94) D7 : « euh parce que **je n'étais pas persuadé** que la situation familial était effectivement optimale, parce qu'apparemment en rentrant le weekend, ça a pas l'air d'être merveilleux non plus »

### 5.1.2. Diagnostic

Les médecins ont évoqué la difficulté à poser un diagnostic.

LA(546) D5 : « Mais c'est autre chose que les situations qui sont compliquées, où il y a négociation qui aboutit pas ou un diagnostic qui vient de moins en moins »

Avec même parfois la nécessité de faire le deuil d'un diagnostic posé précédemment.

LA(547) D5 : « l'idée qu'on rentre dans un autre registre que le registre sur lequel on pensait être. **C'est douloureux d'abandonner un diagnostic par exemple. Avant de faire un diagnostic de, on va dire de fibromyalgie, ou d'hypersensibilité centrale etc., faut d'abord que tu aies abandonné tout ce que tu as fait avant.** Avant tu as forcément fais une démarche diagnostique, c'est obligatoire, t'as essayé de savoir à quoi ça correspond. Donc t'arrive à un moment où tu te rends compte que ça correspond à rien. [...]Là, il y a un point qui est très douloureux pour le médecin, il y a un truc central.»

Au risque de multiplier les explorations complémentaires.

LA (553) D5 : « faudrait peut-être que j'aille voir quelqu'un d'autre et c'est là qu'il y a **un risque d'aller vers l'escalade diagnostique**, le, alors c'est arrivé une fois de temps en temps d'aller voir quelqu'un d'autre mais il a le droit mais... »

Avec également la peur de méconnaître une pathologie organique.

LA (639) D1 : « *Peut-être toi qui connais très bien ton patient, t'as pu passer à côté de quelque chose.* »

### 5.1.3. Décision : Arrêt de travail et soins

L'incertitude porte également sur l'intérêt de l'AT. Est-il bénéfique ou non ?

LA(139) D3 : « *Donc est ce qu'un arrêt de travail allait lui permettre de faire ce choix plus facilement ? et donc ce choix il allait le faire en deux jours ? en trois semaines ? En six mois ?* »

V(133) D2 : « *peut-être que ça va bien marcher sans arrêt de travail* »

Les médecins soulignaient la difficulté à définir une durée à cet arrêt de travail dans ces cas de plaintes subjectives et complexes.

LA(133) D3 : « *Ce qui m'a embêté dans les choix de ... enfin j'ai pas mis d'arrêt de travail parce que entre deux jours ou six mois, je ne saurais pas ce que j'aurais mis...* »

LA(248) D3 : « *C'est pour ça moi j'étais embêté entre 3 jours et 6 mois parce que en combien de temps on décide pour un choix de vie ? On peut se décider sur un coup de tête, et on peut aussi mettre des mois et des mois à se décider. C'est le débat : j'étais plus embêté par cette quantité et surtout, est-ce qu'il est prêt à faire un choix ? Est-ce qu'il est prêt à engager cette discussion ?* »

Un médecin a remis en cause sa compétence à estimer la durée de l'AT.

LA(105) D2 : « *Déjà je ne connais pas bien le travail des gens, je ne m'estime pas toujours bien placé pour savoir combien de temps il va falloir,* »

Ils ont fait le parallèle avec des situations cliniques plus simples, qui font l'objet de référentiels officiels pour les durées d'arrêt de travail. Ils regrettent l'absence de possibilité de recommandations officielles pour les plaintes subjectives et complexes.

LA (439) D1 : « *En revanche quand on n'a pas d'antériorité avec les gens, euh à part vraiment si c'est une pathologie bien précise qui fait que voilà euh d'ailleurs à la sécurité*

*sociale ils ont commencé à coter ces choses-là, la grippe tant de temps, voilà euh, la lombalgie en fonction de l'activité physique et du poids des charges, tant de temps etc. Mais euh voilà, enfin moi je réagis comme ça. »*

*LA (449) D3 : « La gastroentérite c'est 3 jours, on peut leur dire une gastroentérite c'est 3 jours, c'est la SECU qui l'a décidé comme ça et puis effectivement, globalement ça se passe bien en 3 jours quoi.»*

## **5.2. Les plaintes inexplicées : un champ d'insatisfaction professionnelle.**

### **5.2.1. Inconfort**

Les décisions d'arrêt de travail chez ces patients présentant des plaintes médicalement inexplicées, génèrent un sentiment d'inconfort aux médecins généralistes présents.

*LA (100) D7 : « Mais c'est peut-être parce que **j'étais pas très à l'aise non plus.** »*

*LA (741) D5 : « « je considère que vous êtes capable de reprendre le travail », c'est une décision qui est pas facile ça. Décider de prolonger, à la limite c'est plus... »*

*LA (742) D6 : « Moi je dis jamais ça, je suis incapable de dire ça. » (« Vous êtes capable de reprendre le travail »)*

### **5.2.2. Poids de la situation**

Les médecins généralistes ont évoqué l'impact pesant de ces situations dans leur pratique.

*V(384) D4 : « [...] on sent que les plaintes, elles s'élargissent un petit peu **c'est un peu plus lourd à gérer.** »*

*V(508) D1 : « parce qu'en ce moment **c'est tout nous qui portons tout tout seul !** (D4 et D6 acquiescent.)»*

*V(712) D6 : « c'est vrai que c'est difficile et qu'il y a certaines personnes qui sont tout le temps avec des douleurs, et quand un problème est résolu on passe à un autre problème et tout le temps tout le temps tout le temps et moi en tant que jeune médecin je ne sais pas quoi en faire. »*

*V(533) D1 : « c'est un peu comme si on était en même temps l'avocat et puis le juge quoi... c'est pas facile ! »*

### 5.2.3. Sentiment d'échec

Ces patients font émerger chez les médecins généralistes un sentiment d'échec et d'impuissance.

LA(556) D4 : « *la sensation d'échec quoi.* »

- sur le diagnostic :

LA(636) D1 : « *Non c'est pas qu'un avis, c'est pas qu'un avis, c'est comme tu disais très bien tout à l'heure, c'est que cette décision d'envoyer voir un spécialiste, c'est un moment où un peu tu patauges. Soit **tu es en situation d'échec vis-à-vis du patient** par ce que tu ne sais plus comment bien l'orienter euh ou tu veux que justement qu'il y ait une ouverture sur autre chose ou avoir un deuxième avis.* »

- sur la reprise du travail :

V(215) D1 : « *Et il y en a, on les remettra pas au boulot hein.* »

- sur la prise en charge globale :

LA(526) D3 : « ***il y a des moments où c'est la galère parce que je suis comme tout le monde, j'arrive au bout des arguments, j'arrive au bout des objectifs possibles*** »

LA(397) D6 : « *bah oui parce que quand on est... on tourne en rond. Il faut sortir de la boucle.* »

LA(665) D3 : « *Et puis quand j'ai rien, le pire, c'est le vide. Quand tu sais pas quoi faire là... A marcher sans savoir où tu vas, tu arrives nulle part et tu t'en aperçois même pas quoi* »

LA(674) D3 : « *Mais des fois je suis comme vous, que **je rame** parce que j'ai pas de solution et que...* »

LA(681) D4 : « *Non mais c'est des fois **on est un peu coincé*** »

LA(579) D3 : « *Y a des fois où on tombe effectivement à plat complètement.* »

V(211) D3 : « *Au jour d'aujourd'hui on n'a pas de solution...* »

V(212) D1 : « ***on y arrivera jamais*** »

Les médecins vont jusqu'à remettre en question leurs compétences.

LA(552) D5 : « Alors à ce moment-là, prendre la décision de, « et bah c'est autre chose », c'est déjà abandonner l'idée « **je sais pas, je suis pas assez bon, j'ai pas trouvé le bon truc**, faudrait peut-être que j'aie vu quelqu'un d'autre »

### 5.3. Difficultés dans les relations avec leurs interlocuteurs

#### 5.3.1. Avec les spécialistes

Dans la prise en charge des plaintes subjectives et complexes, la compétence du spécialiste s'avère fréquemment nécessaire. Cependant, les médecins ont souligné rencontrer des difficultés dans l'utilisation de ce recours.

LA(642) D1 : « Donc on ne peut pas minimiser. Enfin, moi il y a des moments où on peut être un peu gêné alors on peut, **on n'est pas forcément euh forcément toujours d'accord avec les avis de spécialistes que j'ai demandés, euh bien au contraire parfois.** »

Les médecins ont noté un problème de délais d'accès pour les avis spécialisés.

LA(691) D5 : « Je trouve que les difficultés avec les demandes d'avis spécialisés **c'est que y a parfois des délais qui sont plus longs que l'arrêt qu'on aurait mis spontanément** et j'essaie toujours d'expliquer aux gens que l'avis du spécialiste, le scanner, ça ne va pas enlever la douleur, ça va nous aider à décider ce qui va se passer au niveau diagnostic mais que faut penser à plus court terme sur ce qui va se passer. Parce que si le scanner est dans 6 semaines, le rhumato sera vu après dans 2 mois, ça fait trop long, les gens attendent longtemps cette consultation et ils ont pas bien compris dès le début de ce qu'on en attendait et ce qu'on n'en attendait pas. Ils reviennent souvent déçus en disant voilà il m'a dit de refaire des images, qu'il va prévoir une infiltration sous scan, enfin bon, on est parti sur un truc qui prend beaucoup de temps. **La question des délais des spécialistes elle est compliquée.** »

Ce problème des délais n'est pas le même selon la localisation.

V(299) D5 : « Pas à Nantes »

Pour contourner cette difficulté, un médecin a souligné le fait qu'il négociait directement avec le spécialiste.

V(305) D1 : « **Quand on a un gros problème, on négocie aussi directement avec le médecin.** »

En cas de pathologie organique pouvant nécessiter des examens avec des délais prolongés, les médecins essayaient d'anticiper.

LA(714) D1 : « *C'est des pathologies qui nous posent des problèmes IRM, c'est souvent l'épaule qui est quand même l'articulation la plus complexe. Et voilà quand au bout d'un moment l'habitude des épaules, on, dès le début, on peut se poser la question est-ce que cette épaule va avoir besoin de... »*

Les médecins ont exprimé l'importance du choix avisé du spécialiste dans la prise en charge du patient, dans les situations de plaintes subjectives et complexes.

LA(683) D6 : « *Je nuancerai les spécialistes. C'est-à-dire ça dépend de quels types de spécialistes. Si ce sont nos correspondants habituels, et qu'on a confiance dans le correspondant, ça pose pas de soucis, c'est pas un problème. »*

V(311) D6 : « *Encore faut-il avoir un interlocuteur qui a une bonne démarche et qui va pas non plus renvoyer, faire 15000 examens complémentaires. On en revient à la même chose.* »

LA(644) « D1 : *Mais on ne peut pas non plus minimiser l'avis d'un confrère qu'on a indiqué à notre patient, parce que souvent les spécialistes auxquels on envoie, c'est des spécialistes qu'on connaît et on envoie les patients parce qu'on pense que c'est le bon spécialiste pour cette pathologie. »*

Les médecins ont relaté des difficultés quand le spécialiste n'est pas celui qu'ils ont choisi.

LA(651) D7 : « *bah moi, chaque cas est différent, mais nous on est confronté à ça. On recommande tel ou tel spécialiste et finalement on s'aperçoit qu'ils sont allés voir tel autre, avec qui effectivement on peut être moins à l'aise et avec qui la discussion va être plus difficile.* »

Certains médecins ont évoqué une difficulté lorsque l'avis du spécialiste n'apporte pas d'aide à la prise en charge.

LA(655) D3 : « ***J'ai plus de difficultés quand la lettre est vide que quand elle est très pleine***»

D'autres ont été plus embêtés par l'identification de problèmes annexes par le spécialiste, qui focalise l'attention du patient, aux dépens d'une prise en charge globale.

LA(581) D4 : « ***Oui, mais c'est encore pire quand les spécialistes disent aux patients « ah bah je vous ai trouvé un petit truc ». Par exemple sur les lombalgies : « ah bah je vous ai trouvé un petit truc, peut-être qu'un avis chirurgical serait bien nanananin », et on est reparti encore pour euh... Et c'est toujours, derrière, on rame. On est là pour faire les arrêts, machin.***

Parfois l'avis du spécialiste a pu mettre le médecin en porte-à-faux.

LA (568) D3 : « ***et puis on tombe dans la chronicisation, parce que quand on lit le courrier, le patient dit « vous voyez bien docteur, il m'a dit que c'était pas si clair que ça » et là on est bloqué quoi. »***

Une des solutions proposée dans ce cas était de recentrer le propos sur la capacité du patient à reprendre ou non le travail.

LA(668) D3 : « ***Quand on a un spécialiste qui dit « voilà j'ai retrouvé sur telle vertèbre tel truc » et puis finalement c'était pas le problème du jour, bah on explique au patient que » c'est pas le problème du jour. Donc c'est présent, ça existe, on peut y accorder de l'importance à un moment donné, mais aujourd'hui dans la décision de votre reprise de travail, ou de non reprise du travail, ça n'a ça n'a pas de pouvoir. »***

Et de mettre en avant sa compétence de spécialiste en médecine générale.

(619) D3 : « ***On peut se positionner aussi... tout à l'heure, après tout, le médecin généraliste, c'est un spécialiste de médecine générale donc comme tout le monde a la qualité, on peut dire au patient que la prise en charge, elle est globale. Donc on a avis,***

*un avis, un avis et puis après un médecin généraliste qui fait un peu la synthèse de tout ça, il coordonne des soins avant tout.»*

Cependant, d'autres ont souligné la nécessité de ne pas nier l'avis spécialisé.

LA(644) « D1 : **Mais on ne peut pas non plus minimiser l'avis d'un confrère qu'on a indiqué à notre patient, parce que souvent les spécialistes auxquels on envoie, c'est des spécialistes qu'on connaît et on envoie les patients parce qu'on pense que c'est le bon spécialiste pour cette pathologie. »**

Certains médecins se sont sentis parfois exclus de la prise en charge après le recours au spécialiste.

LA(584) D3 : « **Alors juste, plus c'est un spécialiste comme le psychiatre, donc on ne peut rien prouver, plus le risque de chronicisation peut être important parce que là, c'est « voyez votre médecin pour l'arrêt de travail » et puis lui prend en charge le patient et du coup, tout t'échappe sauf l'arrêt de travail qui reste à ta charge à la fin. C'est une situation dramatique.»**

### 5.3.2. CPAM

Les médecins généralistes ont relatés l'existence de conflits avec les médecins conseils.

LA(805) D3 : « **On est souvent en conflit avec eux sur cette notion d'arrêt de travail. »**

Néanmoins, ils ont remarqué une inégalité de prise en charge en fonction du médecin conseil dont le choix ne leur revient pas et qui donne lieu à des stratégies différentes.

LA(805) D3 : «**Et en fonction du médecin conseil on s'aperçoit que enfin, moi quand c'est un médecin conseil qui gère tel patient, je n'ai pas du tout la même stratégie vis-à-vis du médecin conseil car on sait qu'on aura pas l'approche psychologique, l'approche de terrain, on a du mal à l'avoir. Et puis parfois curieusement, il y a des médecins conseils qui sont extraordinaires quoi, qui sont vraiment dans l'écoute, qui sont vraiment...donc on a aussi comme un spécialiste comme tout à l'heure. Sauf que le choix du spécialiste, on**

*ne nous l'a pas laissé, il est imposé et quelques fois on dit mince le médecin conseil, il va m'embêter là-dessus, donc je vais me préparer. »*

Ils ont exprimé le sentiment de ne pas être écoutés, et ont regretté l'absence de décision partagée et d'entraide.

*LA(812) D3 : « Mais au niveau diagnostic, on a parfois un niveau de réflexion là-dessus et **qu'on aimerait être conseillé comme des conseillers**, pas comme des gens à qui on assène une vérité du genre « votre patient a été consolidé à telle date, il reprend le travail » et paf terminé » »*

*V(514) D1 : « **La caisse est pas à nos côtés quand nous on veut** : ça nous arrangerait bien qu'ils nous disent déjà au bout de deux mois ... quand on dit déjà à partir de 6 mois c'est cuit on pourra plus les arrêter et souvent en 6 mois ils ont jamais été convoqués. »*

### **5.3.3. Médecin sous pression de la collectivité**

Les médecins ont déclaré ressentir fortement la pression du collectif, amenant à des conséquences sur leurs décisions.

*V(535) D6 : « en tout cas ce qui est sûr, c'est qu'on la ressent très bien cette pression du collectif et des finances publiques ! C'est quelque chose que l'on ressent c'est clair. Et c'est quelque chose qui rentre en compte dans notre décision. »*

Un médecin a dit se sentir espionné par les relevés des pratiques des médecins généralistes par la CPAM.

*V(538) D1 : « depuis quelques mois où on nous profile... »*

Cependant d'autres ont exprimé ne pas ressentir cette pression.

*V(676) D5 : « Mais non moi j'ai pas de contraintes euh... enfin je ne sais pas.»*

Parfois ils l'ont jugée inadaptée et non pertinente pour la santé du patient.

*V(662) D1 : « oh bah une petite pensée pour les confrères qui sont dans des zones où il y a beaucoup d'arrêts de travail, et où le médecin conseil embête parce qu'il a des profils qui sont inacceptables. Nous qui sommes avec des retraités, des sans-emplois, des gens à leur*

compte et des touristes on a pas de problèmes. **Le médecin conseil vient nous féliciter ; on leur dit je n'en veux pas de vos félicitations j'y suis pour rien.**[...] on a peu de gens arrêtés dans l'ensemble par rapport à d'autres endroits c'est complètement crétin de profiler en disant c'est bien je vais pas aller chercher pour les arrêter non plus.»

V(678) D1 : « quand ils viennent avec notre profil, ils en parlent un peu des arrêts quand même. Mais c'est pas leur promo du jour, ils ont d'autres chats à fouetter en ce moment : **nos profils, nos objectifs, nos trucs stupides.** Nos Kardégic chez les diabétiques alors qu'il n'y a aucune étude qui prouve que ça a un intérêt, euh nos hémoglobines glyquées quatre fois par an... ce qui importe c'est que même si elles sont à 11 quatre fois dans l'année c'est bien.... Mais si on en fait que 2 à 6,5 à 60 ans, là on est des mauvais. »

#### 5.3.4. Patient

Les médecins ont exprimé des difficultés dans leur démarche de soin auprès du patient.

V(150) D1 : « **C'est compliqué quand il y a un décalage entre la demande et ce que nous on souhaite.** »

Ils ont repéré des difficultés dans la verbalisation par le patient de son vécu personnel, de ses connaissances acquises et de sa réticence à reprendre le travail.

V(720) D6 : « quand je pose des questions un peu plus personnelles tout va bien dans le meilleur des mondes c'est les bisounours quoi ! Et du coup **c'est complètement fermé la discussion** mais je pense que le temps va y faire enfin la relation va évoluer mais euh... »

Ils ont remarqué des réticences du patient pour voir le médecin du travail.

LA(759) D6 : « Alors il y a des patients qui sont très réticents à consulter le médecin du travail parce qu'ils ont peur d'être...et après euh... alors certains refusent catégoriquement d'autres après disent « bah je vous remercie parce que je n'y avais pas pensé **et je croyais pas que le médecin du travail pouvait m'aider** » et il y a complètement un autre regard. »

Chez certains médecins, on retrouve une difficulté à accepter la recherche permanente d'un diagnostic par le patient.

LA (666) D3 « *Le patient, il est dans la même situation, c'est-à-dire pourquoi j'ai mal, pourquoi ? On a vu tout à l'heure dans les exemples. Il y a des patients qui savent pas pourquoi ils ont mal et on a pas d'explication à leur donner, alors ils vont aller sur internet et ils vont trouver une explication mais finalement elle convient à personne et puis avoir une explication ça les aide pas à guérir pour autant.* »

D'autant plus que le médecin a conscience que cette recherche du diagnostic n'apportera pas de soulagement au patient.

LA (692) D5 : « *j'essaie toujours d'expliquer aux gens que l'avis du spécialiste, le scanner, ça ne va pas enlever la douleur, ça va nous aider à décider ce qui va se passer au niveau diagnostic mais que faut penser à plus court terme sur ce qui va se passer.* »

Parfois ils ont exprimé des difficultés à ressentir de l'empathie pour ces patients.

V(699) D3 : « *[...] alors il y a une discordance entre ce que nous on perçoit de la douleur, et ce que eux ils perçoivent de la leur, alors ça c'est clair parce que ils continuent leur vie habituelle et ils sont quand même à huit...* »

V(704) D1 : « *rarement parce que si un fibromyalgique me répond qu'il est à 10 j'ai envie de lui répondre pauvre Jean MOULIN !* »

Ils ont évoqué l'impression d'être utilisés avec la tendance de certains patients à profiter du système social sous prétexte de leur bon droit.

V(237) D1 : « *On sait bien déjà hein... on sait déjà bien la différence entre un accident de travail où tout leur est dû puisque c'est la société qui doit réparer et l'accident domestique. L'accident de travail, il va pas se remettre. L'accident de voiture, un peu plus. Parce que là on leur doit tout. Tout est pris en charge dès le premier jour et ceux-là ils n'acceptent aucune séquelle. Quand on s'est planté dans sa salle de bains, tout seul, à part euh...* »

V(474) D2 : « *entre parenthèses il y a quand même des gens qui font une cure thermale pour avoir trois semaines de congés ! Il faut quand même le savoir. Il y en a qui*

***demandent des cures et qui vont signer et ils vont se promener : ça c'est connu aussi et on peut donner trois semaines d'arrêt de travail sans problème ! »***

Ils ont aussi regretté le refus des patients à participer financièrement à leurs propres soins.

V(435) D3 : « *si on dit au patient « essayez des techniques de relaxation de sophrologie »... on est en France il faut payer ; là c'est de la kiné donc c'est pris en charge mais si je dis la même chose « allez voir le sophrologue à côté », les gens iront pas faire leur petite séance même si ils en tirent un bénéfice. **Parce qu'on est dans un système on va chez le docteur donc ça doit être pris en charge.** »*

#### **5.4. Chronicisation**

La chronicisation semble être vécue difficilement par la plupart des médecins. Ceux-ci ont identifié des facteurs de prolongement de la plainte chez le patient :

- De par leur profil

V(331) D1 : « ***Le patient qui est vraiment organique, qui vient chercher le résultat d'examen, lui, il ne rentre pas dans la chronicité.*** Ce sont déjà des patients, comme il montrait, qui ont un passé déjà compliqué. Ça va lui tomber dessus de toute façon, pas à côté. [...] ***Donc celui-là, il ne faut peut-être pas rentrer dans les examens c'est sûr mais euh... on les gère au... »***

- De par leur inquiétude sur la reprise du travail

LA(334) D3 : « *Et puis au bout d'un moment je me suis rendu compte qu'en fait on chronicisait un peu les choses, parce que le patient était content de s'arrêter, **mais avait tellement peur de reprendre qu'il préférerait repousser un peu**, donc on tournait un peu en rond quoi.* »

- Du fait de l'absence d'avancée dans leur réflexion

LA(355) D6 : « *il reconnaît des responsabilités à tout le monde à son épouse, à sa chef de service, à son enfant à son employeur... **des remises en cause personnelles, il n'y en a pas***

**beaucoup, avec le suivi avec un psychiatre... bref en arrêt et en arrêt depuis 2 ans et jamais de reprise »**

Parfois la responsabilité de cette chronicisation incombe aux médecins par sa volonté de vouloir éliminer toute pathologie organique.

LA(575) D3 : « **Si j'ai la sensation qu'on va tomber dans de la chronicisation alors qu'il y a rien, j'aurais envie de faire confirmer qu'il n'y a rien »**

Le recours au spécialiste a été identifié comme vecteur de chronicisation.

LA(358) D6 : « **Il voyait le psychiatre tous les 15 jours et moi tous les mois avec reconduction d'arrêt mais qu'est ce qui se passe ? Qu'est ce qui avance ? Avec le médecin du travail qui dit : « tant que vous prenez ça comme traitement, puisqu'il a 30 kilomètres à faire en voiture tous les jours pour aller au travail, moi je ne veux pas que vous preniez votre voiture » et le médecin conseil qui dit : « bah qu'est ce qui se passe pour ce patient il va bien falloir qu'il reprenne à travailler... »**

D'autant plus que la spécialité concernée ne s'appuie pas sur des examens objectifs.

LA(584) D3 : « **Alors juste, plus c'est un spécialiste comme le psychiatre, donc on ne peut rien prouver, plus le risque de chronicisation peut être important »**

Quand la situation est figée et qu'il y a des difficultés avec un spécialiste, le médecin généraliste peut être amené à inciter un changement.

LA(387) D6 : « **Ce n'est pas possible, vos 2 médecins qui vous prennent en charge ont des discours opposés. Il faut que vous changiez quelque chose : soit vous changez de psychiatre, soit vous changez de médecin traitant, mais on ne peut pas travailler comme ça, c'est pas possible »**

Mais les médecins ont bien conscience que le spécialiste est également confronté à la complexité de la situation.

LA(614) D4 : « **Mais je pense qu'ils pataugent comme nous. »**

# DISCUSSION

## 1. Discussion des résultats quantitatifs

### 1.1. Pertinence de l'étude

Nous avons pu observer un pourcentage important de prescriptions d'arrêt de travail (77%). Autant certaines situations semblent faire l'objet d'un consensus, autant d'autres divisent : les décisions d'arrêt et de mise en invalidité ont été très variables en fonction des cas, de 50 % à 100 % de décision. Il semble donc pertinent d'étudier la prescription d'arrêt de travail par les généralistes dans les situations de plaintes subjectives et complexes (SHC), et les déterminants qui s'y rattachent.

Cela rejoint les données de la littérature selon lesquelles les SHC soulèvent bien une problématique de santé publique compte tenu du volume de prescription d'arrêt de travail et de la prévalence des plaintes somatiques inexplicables (15,20,24–26).

### 1.2. Validité interne

#### 1.2.1. Constitution de l'échantillon

L'objectif d'obtenir un échantillon aléatoire n'a pu être totalement respecté du fait de la difficulté de recrutement sur la base du volontariat, en dépit de l'indemnisation proposée. Comme l'échantillon volontaire issu du recrutement aléatoire de la CPAM, n'était pas représentatif, nous avons choisi de procéder à un recrutement via des relations personnelles et professionnelles pour obtenir un nombre de 50 participants, introduisant ici un biais de sélection. Les médecins qui ont participé étaient probablement ceux intéressés par le sujet des SHC. La contrepartie financière, en augmentant l'adhésion et la participation, minimise ce biais d'auto-sélection. Ce biais de sélection était également présent dans le volet scandinave de l'étude.

L'échantillon de médecins français comportait un nombre significativement plus important de femmes par rapport à l'échantillon Norvégien. Cela aurait pu diminuer la validité de la comparaison des 2 échantillons. Cependant, les résultats français ne font pas l'objet de différences d'attribution d'arrêt de travail selon le sexe. Sur les autres caractéristiques démographiques, il n'existait pas de différence significative entre les échantillons pouvant empêcher la comparaison de nos résultats.

### 1.2.2. Conduite de l'étude

- Schéma de l'étude

Le fait que l'étude porte sur des cas vidéo joués par des acteurs, a pu induire un biais par rapport à la mesure directe de la pratique des médecins. En effet ceux-ci nous ont fait part de la difficulté à prendre une décision sans avoir pu poser les questions qui leur semblaient pertinentes.

Une difficulté de compréhension des propos contenus dans les vidéos norvégiennes a pu survenir en dépit d'un sous titrage validé.

Dans un souci de comparabilité avec la Norvège, qui était notre objectif secondaire, nous avons conservé le schéma original sans modification, hors traduction.

- Cela a posé des difficultés inhérentes aux différences de systèmes de soins entre nos pays :
  - Sur le plan du diagnostic, les médecins norvégiens utilisent en routine les systèmes de classification ICPC-2 contrairement aux médecins français. Nous avons essayé de limiter le biais lié au recodage des diagnostics des médecins français, par une lecture en double aveugle des diagnostics (thésards), avec décision par un tiers en cas de désaccord (directeur de thèse). Dans nos résultats, les médecins français ont utilisés moins de codes diagnostiques différents que les médecins scandinaves. Ceci est peut-être lié à une perte d'information lors du recodage ICPC-2 : biais de subjectivité de l'enquêteur. La méconnaissance de la classification peut être une autre explication de cette différence.
  - Sur le plan des arrêts de travail, le questionnaire proposait : arrêt de travail à temps complet/partiel, invalidité partielle/totale, pas d'arrêt de travail. Les régimes d'arrêt de travail et d'invalidité ne sont pas strictement identiques dans nos systèmes de santé (annexe 5). Par exemple, l'arrêt à temps partiel n'est pas possible d'emblée en France. Cependant dans les cas présentés, les patients étaient dans 4 cas sur 9 déjà en arrêt de travail pour une durée variable, ce qui autorisait ce choix de temps partiel.
- De plus pour une meilleure clarté de l'étude, nous avons fait le choix de dichotomiser la réponse en « arrêt de travail » ou « pas d'arrêt de travail ». En

regroupant les choix possibles d'arrêt et invalidité, nous avons limité l'impact de la différence de systèmes de santé pour cette réponse. D'autant plus que le régime invalidité ne représentait que 23 décisions sur les 321 décisions de prescription (7 %). Par ailleurs, dans le volet norvégien de l'étude, l'auteur avait lui aussi choisi de regrouper ces catégories.

- Nous avons vérifié l'absence de perturbations des résultats liée à un ou des médecins trop ou non prescripteurs d'arrêt de travail. La distribution de la prescription d'arrêt de travail montre qu'il n'y avait pas, de disparité importante entre médecins prescripteurs et non prescripteurs d'arrêt de travail. (aucun médecin n'a prescrit moins de 5 arrêts sur les 9 cas). Cela conforte l'homogénéité de l'échantillon.

### **1.3. Validité externe**

#### **1.3.1. Représentativité de l'échantillon**

Les résultats de l'étude ne sont pas généralisables du fait du caractère non représentatif de notre échantillon.

Notre échantillon comporte plus de jeunes et plus de femmes que la population médicale actuelle en Pays de la Loire, ce qui est plus représentatif de la démographie médicale à venir selon les études prévisionnelles de la DREES pour l'horizon 2030 (27).

Cette tranche de la population, semble participer plus volontiers aux études.

#### **1.3.2. Transposition des résultats sur le diagnostic**

Nos résultats ont mis en évidence la difficulté rencontrée par les médecins généralistes pour donner un diagnostic précis face aux SHC. En effet les médecins de notre échantillon ont cité un nombre important de diagnostics différents (jusqu'à 20 codes diagnostiques différents pour un même cas). Ce résultat est concordant avec ceux de *Rosendal et al* (28,29) qui retrouvaient de nombreux codes diagnostiques ICPC 2 correspondant aux SHC. Cette multiplicité de codes diagnostiques a également été

retrouvée dans la partie norvégienne de l'étude, ce qui tend à montrer que cette difficulté pour préciser les SHC n'est pas spécifique des médecins français interrogés.

Un seul code diagnostique ne suffisant pas à définir le trouble présenté par le patient, les médecins utilisent plusieurs codes pour préciser au mieux la plainte. La même constatation a été identifiée en Norvège. *Dimsdale et al* évoque cette difficulté pour les médecins de choisir un seul diagnostic dans ce contexte (30). Les SHC amènent à un nombre varié hétérogène de diagnostics possibles et dépendant de la manière dont le patient présente sa plainte (31).

La classification ICPC 2 n'apporte pas un code satisfaisant permettant de cerner les SHC dans leur ensemble. (2,32). *Rosendal* affirme que le code P75 (trouble somatoforme) de l'ICPC 2 ne couvre que les patients présentant des SHC sévères. Les formes plus modérées sont alors codées dans d'autres chapitres diagnostiques (33).

Actuellement, il n'existe pas de classification utile pour la clinique. Cependant l'amélioration de la classification aurait pour objectif une meilleure reconnaissance des troubles par le médecin et le patient, une évaluation plus précise de la prévalence et des coûts ainsi qu'une amélioration de la prise en charge en termes de traitement, de iatrogénie et de morbidité. L'attribution d'une terminologie non péjorative pour le patient est aussi un élément important (30,33,34).

La catégorie diagnostique du chapitre « psychologique » était la plus utilisée en France et en Norvège pour définir les SHC. Cette idée se retrouve dans les différentes classifications, via l'appartenance des troubles somatoformes et de la somatisation, aux troubles psychiatriques. On retrouve également dans la littérature, une comorbidité fréquente entre les plaintes somatiques inexplicables et les troubles psychologiques (17,20,35,36). Les médecins de l'échantillon ont objectivé fréquemment un état anxieux ou dépressif dans les cas présentés. Or, la persistance dans le temps du trouble somatoforme est associée à la présence de troubles anxieux et dépressifs. Cette comorbidité augmenterait le nombre de symptômes, et amplifierait le fait que les sensations corporelles soient interprétées comme liées à une maladie plutôt qu'à des sensations normales (37,38).

L'utilisation quasi exclusive de codes diagnostiques appartenant aux catégories « psychologique » « général et non spécifique » et « musculo-squelettique », renvoie probablement à l'idée que les SHC sont des plaintes générales et floues, parfois douloureuses, liées au psychisme du patient.

### **1.3.3. Transposition des résultats sur l'arrêt de travail**

Ce problème de cadre nosologique ne modifie pas la prescription d'AT par les médecins dans notre étude.

Nos résultats comparés à ceux de Scandinavie retrouvent une relative homogénéité dans la prescription d'arrêt de travail dans le contexte des SHC. Il semble que celle-ci ne soit pas influencée par la nationalité ni par le système de soins. Pourtant, dans une étude comparative internationale (39), les pays d'Europe du Nord ont les indemnités les plus généreuses et enregistrent le plus grand nombre de journées d'arrêt de travail par salarié. En effet, nos systèmes de santé sont différents à plusieurs égards : période de carence, rémunération des indemnités journalières, durée maximale d'arrêt de travail, auto-prescription d'arrêt de travail (Annexe 5). Ces constats conduisent à penser que les conditions différentes de protection sociale dans les différents pays ne sont pas déterminantes dans le processus de décision du médecin face aux SHC, peut-être jouent-elles un rôle sur la durée de l'AT.

Dans notre étude le genre et l'âge ne semblent pas influencer de manière significative sur la prescription d'arrêt de travail. Ce résultat est concordant avec certaines études (40,41). D'autres au contraire tendent à soutenir l'idée d'une prescription plus importante chez les femmes (42,43).

Il n'y a pas eu de différence significative d'attribution d'arrêt de travail en fonction de la catégorie ICPC 2 utilisée en diagnostic principal. Cependant l'attribution d'un code psychologique était un facteur corrélé à l'attribution d'un arrêt de travail. Effectivement, Aamland (2012) retrouve une augmentation de la prescription d'arrêt de travail en cas de comorbidité psychiatrique (36).

De manière étonnante, nous n'avons pas pu mettre en évidence de corrélation entre multimorbidité et attribution d'un arrêt de travail. Peut-être que la définition donnée de la multimorbidité dans l'étude n'est que le reflet de l'incertitude diagnostique

et de la complexité de la plainte (association de différents chapitres ICPC 2 pour une même plainte).

La décision d'arrêt de travail ne semble pas être influencée par le seul diagnostic principal mais plutôt par l'appréciation que fait le médecin, de la situation globale incluant les facteurs psychologiques.

Dans 44% des questionnaires, le déterminant principal de la décision d'arrêt de travail n'était pas médical. Cependant, dans les cas où l'arrêt de travail n'était pas consensuel, l'identification par le médecin de déterminants médicaux et de santé semble avoir été l'élément décisif pour l'attribution d'un arrêt de travail.

Dans notre étude, l'estimation de l'état de santé, de la capacité de travail et de l'impact négatif du travail sur la santé du patient, ont eu un rôle sur l'attribution d'un arrêt de travail.

Dans une étude qualitative, Nilsen (2011) a identifié comme facteur le plus important dans l'attribution d'un arrêt de travail, l'accord du médecin et du patient sur la réduction des capacités de travail de ce dernier (44). D'autres facteurs influençaient également cette décision : la connaissance antérieure du patient, la tendance du médecin à éviter les conflits, l'expérience du médecin, la capacité du patient à susciter de l'empathie auprès du médecin. Werner (2013) retrouve également l'importance de l'appréciation par le médecin de la capacité de travail du patient et de l'impact du travail sur la plainte (45). Dans une autre étude de juillet 2012, Donders approfondit l'analyse des déterminants de la décision d'arrêt de travail en montrant que les patients ont des difficultés différentes en fonction de l'âge : maladie, charge de travail, vie familiale. Par exemple, pour la tranche d'âge 36-45 ans, la vie familiale avait un poids plus important (46).

Dans notre étude, plus il existe de diagnostics différents pour définir la plainte d'un patient, moins le médecin prescrit un arrêt de travail. Une des interprétations possibles est que : plus la situation clinique semble facile à identifier comme un trouble défini, plus le médecin se sent capable d'évaluer correctement la capacité de travail du patient. Pourtant, dans la littérature, les patients qui présentent des SHC sévères sont ceux qui décrivent un nombre élevé de symptômes (34,36,47). Une revue de la

littérature a retrouvé dans 5 études différentes, une corrélation linéaire entre le nombre de symptômes et la durée d'arrêt de travail, suggérant que les patients présentant des SHC ayant une multiplicité de symptômes sont ceux ayant une capacité de travail la plus réduite. L'auteur suggère l'importance de travailler sur la perception qu'ont les patients de leurs capacités de travail (36).

## **2. Discussion des résultats qualitatifs**

### **2.1. Validité interne**

Les focus groups faisaient partie de l'étude réalisée en Norvège. Cette méthode complète l'approche quantitative de ce travail de recherche qui nous a permis d'étudier le diagnostic et l'attribution d'arrêt de travail dans les SHC. Une des forces de cette étude est donc la double approche quantitative et qualitative

La partie qualitative s'intéresse particulièrement aux déterminants du comportement des médecins afin de comprendre leurs démarches. La méthode du focus group est appropriée à la mise en évidence de comportements ou de motivations. D'autant plus que ces éléments sont subjectifs et donc difficiles à mesurer.

Les focus groups ont été conduits comme recommandé, dans un lieu neutre, avec deux fois 7 participants (6 à 12 participants en règle générale) formant à chaque fois un groupe homogène, facilitant les échanges. Cet échantillon n'avait pas pour but d'être représentatif de la population de médecins généralistes. Le déroulement des échanges était encadré par un modérateur expérimenté (directeur de thèse) en présence de deux observateurs (thésards).

La dynamique de groupe a bien fonctionné, ce qui a permis la retranscription d'un verbatim riche où chacun s'est exprimé en se projetant dans la situation prise en exemple. L'anonymat des participants a été respecté. La durée des échanges attendue a été obtenue sur les 2 sites (1h23 à Nantes et 1h06 à la Roche-sur-Yon).

L'analyse de chaque focus group était réalisée par chaque observateur de manière indépendante afin de minimiser l'interprétation personnelle des verbatims, puis était mise en commun.

Les deux échantillons des focus groups ont été constitués sur la base du volontariat parmi les participants à la partie quantitative de l'étude. Le nombre de participants n'était pas défini à priori. Cela a pu amener à sélectionner des participants particulièrement motivés par le sujet. L'indemnisation de la participation aux focus group pourrait nous faire penser que le biais lié au volontariat a été minimisé.

A noter également la forte proportion de maîtres de stage d'interne en médecine générale, pour le focus group réalisé à Nantes. Nous avons donc indirectement sélectionné la population particulière de médecins que représentent les maîtres de stage. L'absence d'opposition entre les participants du focus group nantais, nous amène à penser qu'une norme de groupe entre participants s'est dégagée. Et ce malgré l'absence de consensus sur la décision d'arrêt de travail dans le cas pris en exemple.

La réalisation d'un troisième focus group aurait pu apporter une information sur la saturation des données.

Les remarques des participants sur l'analyse des verbatims des focus groups n'ont pas été recueillies, et il n'est donc pas possible de savoir si nous avons dénaturé leurs propos du fait de notre interprétation.

Nous avons choisi de ne pas interpréter le non verbal en l'absence d'une maîtrise suffisante dans ce domaine.

## **2.2. Validité externe**

### **2.2.1. Représentativité de l'échantillon**

L'échantillon de médecins des focus groups n'a pas été constitué pour être représentatif de la population des médecins généralistes des deux départements. Les résultats ne sont donc pas transposables à la celle-ci. Cependant, ce n'est pas l'objectif d'une étude qualitative de ce type. L'intérêt réside dans la mise en évidence de concepts, de déterminants potentiels de prise en charge, qui seront à valider secondairement dans une étude quantitative.

## **2.2.2. Mise en perspective des résultats qualitatifs**

### **2.2.2.1. Une approche centrée sur le patient**

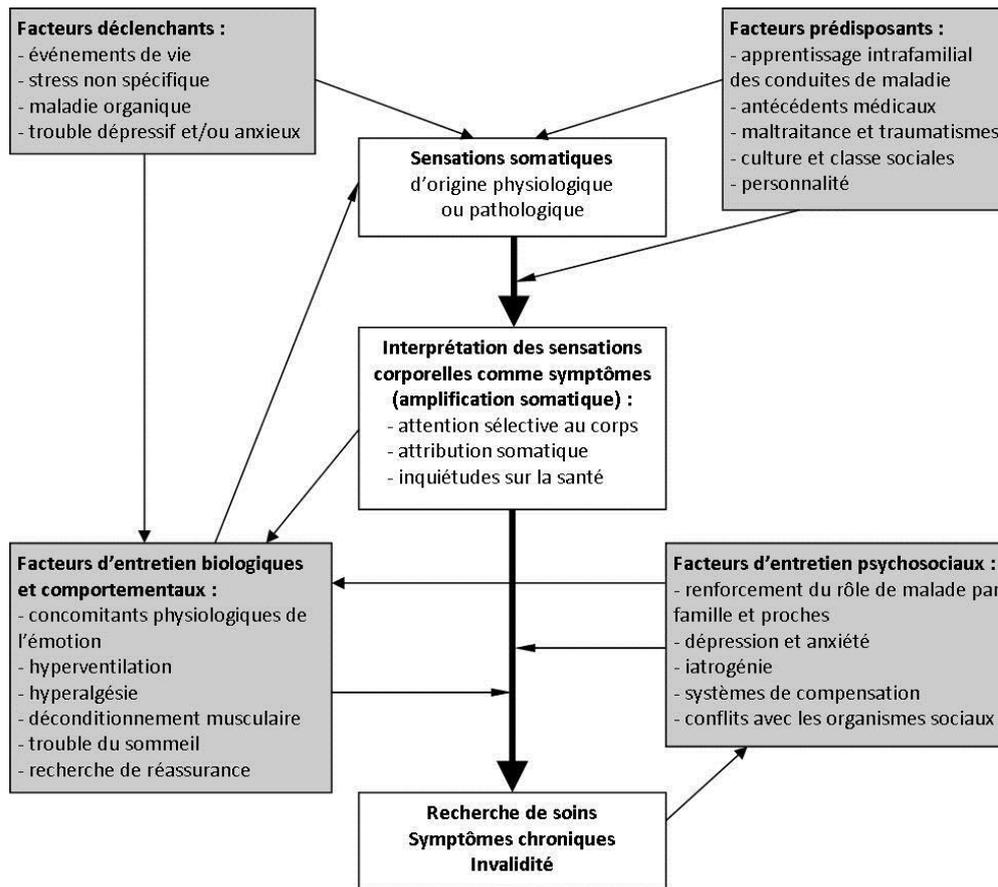
#### ➤ Utilisation d'un modèle biopsychosocial

Dans les cas de plaintes médicalement inexplicables, les médecins ont privilégié une approche globale centrée sur le patient. En effet, outre la dimension biomédicale, ils se sont intéressés à tous les champs de la vie de celui-ci : sa demande, sa vie personnelle, familiale, socio-professionnelle, son histoire de vie.

Cette utilisation du modèle biopsychosocial par les médecins généralistes dans les SHC est également retrouvée dans l'étude de Woilvalin (2004), avec l'idée que chaque consultation peut faire l'objet d'une focalisation sur un champ de la vie du patient en fonction de la situation (48).

P. Cathebras a identifié de la même manière, l'importance de la recherche d'événements de vie : violences et négligences dans l'enfance, événements traumatiques, les expériences passées de maladie organiques. Ces éléments peuvent notamment contribuer à l'amplification somatique en accroissant l'attention portée sur le corps, la crainte de la maladie. C'est la notion de « conduite de maladie », introduit par David Mechanic dans les années 1960. Ce concept vise à « décrire la façon dont les personnes répondent aux modifications corporelles et viennent à les considérer comme anormales. Les conduites de maladie relèvent donc de la manière dont les individus perçoivent leurs corps, définissent et interprètent leurs symptômes, agissent pour y remédier, et utilisent l'aide de leur entourage ou du système de soins ». Cathebras estime que si la somatisation est avant tout une conduite de maladie, c'est probablement parce que les cognitions et les comportements qui les induisent, sont appris dans l'enfance. Les expériences personnelles de maladie, les épisodes de maladie des proches et le comportement des parents vis-à-vis des maladies infantiles sont vraisemblablement des facteurs susceptibles d'induire ou de renforcer des conduites de somatisation chez les adultes. Effectivement, l'expérience clinique quotidienne suggère que les événements de vie sont associés à la détresse psychologique et à la somatisation.

Il propose un modèle étiologique adapté aux SHC dans lequel il distingue des facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien (2):



**Figure 27 :** Modèle étiologique de la somatisation et des symptômes fonctionnels selon Cathebras (2)

➤ De l'identification de la demande du patient à une écoute active

Dans notre étude, les médecins ont non seulement cherché à identifier les demandes manifestes mais également les demandes cachées.

Quand le patient vient en consultation, tout se passe comme si l'offre qu'il présentait, le (ou les) symptôme(s), explicite(s), masquait une demande implicite de secours, comme le soulignait Balint. Comprendre cette demande implicite permet de prendre en charge ce qui préoccupe réellement le patient et le pousse à consulter (49).

Ce que Balint explique pour le patient « tout venant » est d'autant plus exacerbé chez les patients souffrant de SHC chez qui on peut penser que la demande implicite est encore plus fondée dans l'inconscient, d'où l'intérêt de développer une communication appropriée.

La relation médecin-malade est initiée par la demande du patient. Les médecins de notre étude ont bien conscience de la nécessité de rechercher et de comprendre la demande du patient, cela dans une vision théorique de ce qui devrait être fait en consultation.

Cependant une étude originale menée par Lemasson (2006), en soins primaires en Aquitaine révèle que dans leurs pratiques quotidiennes, les médecins généralistes peinent à prendre en compte les préoccupations des patients et qu'ils n'en font pas une priorité d'exercice. L'argument avancé par ceux-ci était l'importance quantitative de l'activité médicale et la limitation du temps de consultation qui en résulte (50).

Pour Balint, *« écouter pendant un entretien prolongé représente une grande part de la psychothérapie [...] La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle qui exige un changement considérable bien que limité dans la personnalité du médecin »* (49). Lemasson ajoute que ce changement de personnalité n'est envisageable que s'il est possible de donner du temps et de la qualité à son écoute, ce qui suppose de profondes modifications du système de santé tout entier. Les médecins interrogés confiaient avoir appris « sur le terrain » leur « savoir communiquer » et éprouver des difficultés relationnelles pour bien prendre en compte la demande du patient. L'auteur avance qu'un « savoir communiquer » et des connaissances plus poussées en psychologie médicale permettraient peut-être aux médecins une meilleure efficacité dans la prise en compte et la satisfaction de la demande du patient (50).

Dans une revue de la littérature accompagnée d'un focus group d'experts en SMI, Hejmans (2011) insiste sur l'importance de s'appuyer sur la communication et la relation de confiance, plutôt que sur des thérapies spécifiques (traitements médicamenteux, approches cognitives) dans les SMI (51).

#### **2.2.2.2. La relation médecin-malade : un outil thérapeutique**

##### ➤ Les bases d'une relation thérapeutique

Après l'analyse des différentes dimensions relatives à la plainte et à la vie du patient, il est apparu que les médecins ont mobilisé différents outils de prise en charge, en privilégiant la relation de soins.

Dans notre étude, les différents outils relevés étaient : le temps/réévaluation, la négociation, l'expérience professionnelle, la connaissance antérieure du patient, les outils d'évaluation de la plainte et le recours à un tiers.

L'efficacité thérapeutique par une bonne qualité de la relation médecin malade est retrouvée notamment dans une revue de littérature dans laquelle Moreau (2004) en énonce les éléments clés (7) :

- Montrer de l'empathie (verbalement ou non) en essayant de comprendre les problèmes du patient même lorsqu'ils ne peuvent pas être résolus.
- Montrer de l'intérêt par un examen soigneux.
- Tenir compte du rôle des communications non verbales, en particulier dans l'efficacité thérapeutique.
- Encourager le patient à exprimer ses émotions, ses soucis et à poser des questions.
- Permettre d'exprimer ses attentes.
- Expliquer le diagnostic avec des mots compréhensibles pour le patient et informer sur le traitement avec éventuellement des explications écrites.
- Donner un avis sur le pronostic et rassurer chaque fois que c'est possible en le précisant bien verbalement (suggestion).
- Conseiller pour l'adoption de comportements préventifs (tabagisme, consommation excessive d'alcool, troubles nutritionnels, contrôle pondéral) avec intérêt des démarches d'autosurveillance (journal de bord), des conseils brefs (tabac, alcool) et multi-supports audiovisuels.
- Impliquer le patient dans la décision thérapeutique.

➤ Différents modèles théoriques de relation médecin-malade (52, 53)

On rappelle que dans le modèle paternaliste, le médecin est décideur et propose la solution la mieux adaptée à la maladie mais aussi à la qualité de vie et à la philosophie de vie du patient, selon l'évaluation qu'il en a fait. Dans ce modèle on peut s'interroger sur la satisfaction du patient.

Dans le modèle informatif construit en réaction aux limites du modèle paternaliste le médecin doit proposer les différentes options avec leurs avantages et leurs inconvénients puis le patient prend sa décision. Les limites de ce modèle sont la

compréhension imparfaite des propositions médicales, les barrages liés aux représentations des malades et l'interprétation de la proposition comme étant de l'indifférence de la part du médecin.

Le modèle de la décision partagée cherche à contrecarrer ces limites en rajoutant la recherche des préférences du patient suivie d'une synthèse de la situation par le médecin après écoute attentive pour aboutir à une décision prise en commun. Ce modèle n'affranchit pas le patient de l'anxiété associée au choix décisionnel et nécessite également un apprentissage pour le médecin. Il permet une relation flexible avec une possible négociation. Ces concepts de décision partagée et de négociation sont largement retrouvés dans nos focus groups, avec la promotion de l'autonomie du patient par les médecins.

Cependant, certains médecins ont reconnu reprendre la main dans les situations de vulnérabilité du patient ou de conduites à risque. On peut en conclure que selon l'évaluation faite par les médecins de la situation, le modèle utilisé varie.

Privilégier la relation de soin avant même le soin en lui-même, peut sembler paradoxal au départ : un des médecins a préféré encourager une décision même s'il savait que ce n'était pas la bonne et mettait l'accent sur le positif de la situation : « une décision a été prise ». Il valorise l'autonomie du patient comme un objectif en soi, en gardant en tête que l'objectif final est le soin, la guérison s'obtiendra peut être à plus longue échéance mais surtout en ayant conservé au patient sa dignité, sa liberté de décision et son autonomie.

C'est l'illustration de l'évolution de la relation médecin malade qui, du fait de la mise en avant des droits de l'individu par la société, a conduit au passage d'un modèle traditionnel paternaliste à un modèle d'« autonomie » comme le modèle informatif.

#### ➤ L'autonomisation du patient au cœur de la relation

L'autonomisation du patient est un principe émergent avec notamment une conférence de l'OMS à Copenhague en avril 2012 (54).

Dans notre étude, les médecins restent seuls juges du « bon » niveau d'autonomie laissé au patient dans un objectif de soins de qualité. On retrouve cette notion développée par plusieurs auteurs, notamment Balint et Grandmaison, sur l'approche de

la relation médecin malade. Les travaux de Balint sont issus de quelques constatations (49):

- Il existe un certain nombre d'insuffisance de la médecine traditionnelle qui étudie plus les maladies que les malades.
- Un tiers de l'activité professionnelle d'un médecin généraliste ne relève que d'une action psychothérapeutique.
- La relation médecin malade s'organise entre deux pôles extrêmes de domination et de soumission auxquels correspondent le pouvoir du médecin et la fragilité du malade.

De son côté, Grandmaison (1993) identifie quatre niveaux de négociation chez le patient : passivité, dépendance, coopération, autonomie. En réponse, il remarque également quatre niveaux complémentaires chez le médecin : contrôle, expertise, partenariat et la facilitation de l'autonomie. En les mettant par paires, on obtient un continuum de 4 niveaux de négociation allant d'un pôle centré sur le médecin à un autre centré sur le patient.

- Passivité- contrôle
- Dépendance-expertise
- Coopération-partenariat
- Autonomie – facilitation

Chaque niveau est adapté à une situation clinique. Plus le patient semble être capable de contrôler la situation, plus le médecin peut envisager un partenariat égalitaire voire un rôle de conseiller. La tâche du médecin serait d'adopter le niveau de négociation complémentaire de celui du patient et faire évoluer secondairement celui-ci en fonction de la situation, tout en favorisant un niveau optimal d'autonomie pour le patient (55).

L'idée d'une promotion, par les médecins, de l'autonomie des patients souffrant de SHC, était également un thème récurrent dans les propos des participants à notre étude.

### **2.2.2.3. Mise en perspective des outils de prise en charge des plaintes médicalement inexplicables**

#### ➤ Le temps comme outil de prise en charge dans la relation

Le suivi médical a semblé un élément important de la prise en charge dans notre étude.

Parmi les principes généraux de traitement de la somatisation et des symptômes fonctionnels, énoncés par Cathebras, celui-ci relève la nécessité de proposer un suivi régulier, indépendamment des symptômes et de leurs fluctuations (2). Celles-ci doivent être dans la mesure du possible réalisées en dehors d'un contexte d'urgence. De même, Hejmans (2011) et une revue de la littérature par Schaefer (2012), confirment l'importance de ces consultations programmées de suivi (15,51).

#### ➤ La place de l'arrêt de travail dans la prise en charge

Dans notre étude, la prescription d'arrêt de travail n'a pas pour objectif un simple repos qui permettrait la disparition de la plainte. Cet objectif est double : un temps thérapeutique et un temps diagnostique. Arnould, (2008) décrit également cette double fonction : diagnostic en soustrayant le patient de son milieu professionnel, il cherche à confirmer le rôle pathogène de celui-ci sur le patient ; thérapeutique, il n'existe alors pas de recommandations ni de critères objectifs (56).

#### ➤ Les outils d'évaluation de la plainte

L'absence de recommandations et de critères objectifs, pousse les médecins à rechercher des outils d'évaluation adaptés à ces situations complexes.

Les participants se sont posé la question de l'intérêt de ces outils, notamment pour la fibromyalgie. Ils les ont estimés chronophages et parfois non adaptés. Divers auteurs (57,58) proposent l'utilisation d'un auto-questionnaire (PHQ 15) permettant de repérer les patients qui seraient plus susceptibles de développer des SHC et d'en évaluer la

sévérité. Un score élevé au questionnaire PHQ 15 indique une atteinte fonctionnelle plus importante et une plus grande utilisation du système de soins, même après ajustement aux troubles médicaux et psychiatriques simultanés (57,59). Ce questionnaire n'a pas été évoqué spontanément dans nos entretiens collectifs.

***During the past four weeks, how much have you been bothered by any of the following problems?***

|                                                        | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>A lot</i> |
|--------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|--------------|
| Stomach pain                                           |                   |                 |              |
| Back pain                                              |                   |                 |              |
| Pain in your arms, legs, or joints (knees, hips, etc.) |                   |                 |              |
| Menstrual cramps or other problems with your periods   |                   |                 |              |
| Pain or problems during sexual intercourse             |                   |                 |              |
| Headaches                                              |                   |                 |              |
| Chest pain                                             |                   |                 |              |
| Dizziness                                              |                   |                 |              |
| Fainting spells                                        |                   |                 |              |
| Feeling your heart pound or race                       |                   |                 |              |
| Shortness of breath                                    |                   |                 |              |
| Constipation, loose bowels, or diarrhea                |                   |                 |              |
| Nausea, gas, or indigestion                            |                   |                 |              |

*NOTE: If a patient reports being bothered "a lot" by at least three of the symptoms without an adequate medical explanation, a somatoform disorder should be considered.*

**Figure 28 :** Questionnaire PHQ 15

➤ L'introduction d'un tiers dans la relation de soin

Enfin, les médecins ont soulevé l'intérêt de l'introduction d'un tiers dans la relation de soin. Ils utilisent ce tiers avec différentes attentes : réassurance du patient et du médecin, le partage de la charge et de la responsabilité dans une situation complexe, de mieux appréhender la relation entre le patient et son travail, comme une aide pour mettre un terme aux investigations ou à un arrêt de travail qui se prolonge.

Selon Le code de déontologie, article 32 (60) : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des

soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science en faisant appel s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.»

Le partage de la responsabilité évoqué par les participants de notre étude, rappelle un concept énoncé par Balint : « la collusion de l'anonymat ». Ce partage de tâche médicale permet de diminuer la part de responsabilité de chaque intervenant.

Le respect de l'avis spécialisé est également évoqué chez Balint à travers la « survivance de la relation maître-élève ». Selon lui, cette situation est une des conséquences de l'héritage de la hiérarchie hospitalière. Néanmoins, les médecins dans notre étude, ont affirmé leur caractéristique de spécialiste en médecine générale leur permettant de prendre le pas sur un avis spécialisé jugé inadapté à la situation du patient. Cette particularité s'explique peut-être par une proportion importante de maître de stage parmi les participants aux focus groups. De par leur rôle d'enseignant, ils se rapprochent peut-être plus du statut de maître que celui d'élève (49).

Le fait de prendre un avis auprès du spécialiste et d'aboutir à une absence de diagnostic malgré tout, dédouane le généraliste et le rassure également sur ses compétences.

#### **2.2.2.4. Mise en perspective des difficultés rencontrées**

##### ➤ L'incertitude

Les situations de SHC sont la source chez les médecins interrogés dans l'étude, d'une incertitude liée d'une part à l'absence de diagnostic scientifique et d'autre part à l'absence de recommandation de prise en charge par la collectivité. Ils ont également fait appel à leur expérience et ont souhaité approfondir leur connaissance du patient de manière à limiter le plus possible cette part d'incertitude. La gestion de l'incertitude fait partie des compétences spécifiques du médecin, mais reste vecteur d'inconfort.

La démarche biomédicale est une application de la science médicale « au moment où elle en est » pour résoudre le problème de santé d'un patient. Le problème vient en partie du fait que la médecine est une science inexacte où il y a une part de « flou ». Un flou supplémentaire est introduit par l'impossibilité d'appliquer sans nuance à un individu des résultats statistiques tirés d'une population. Cependant une meilleure connaissance

des individus et de leur histoire ainsi que l'apport de l'expérience du médecin permet d'affiner les stratégies individuelles (61).

L'incertitude en médecine est liée parfois à celle de la science mais aussi due à la variabilité des soignants et des soignés en tant que personne. En effet, il a même été noté que le symptôme peut changer de profil selon qu'il soit exprimé à un médecin ou à un autre (31).

L'aphorisme « *pas de traitement sans diagnostic de maladie* » et le mépris affiché pour les traitements symptomatiques illustrent la volonté forcenée d'avoir des certitudes en médecine avant d'agir. Cette affirmation implique l'adhésion à la fiction selon laquelle le médecin serait toujours capable de faire un diagnostic de maladie, de l'énoncer au patient pour le traiter et donc le soigner (voire le guérir dans l'idéal). Ne pas en être capable serait donc une remise en question des compétences du médecin lui-même, mais surtout de la médecine en tant qu'institution et domaine scientifique (61).

C'est de ce fait en terme de bénéfice qu'une investigation du symptôme est présentée : exclure un risque particulier, faire un diagnostic précoce, ne pas méconnaître un état morbide, rassurer le patient et son entourage. Cette démarche médicale illustre les difficultés et l'impossibilité pour certains médecins de s'arrêter avant d'avoir acquis la certitude qu'une affection précise est absente. Cette tolérance réduite de l'incertitude découle de l'angoisse et la culpabilité qu'elle génère. Dans cette recherche de la certitude l'attention est focalisée sur la recherche de maladies précises davantage que sur le malade présent (61).

Un travail doit donc être fait par les médecins eux même pour tolérer cette incertitude. Si le médecin persiste dans cette démarche clinique centrée sur la recherche du diagnostic étiologique comme préalable indispensable au traitement, il est en position d'insécurité permanente et cela alimente une frustration et des sentiments d'incompétence et d'échec.

➤ Le risque iatrogénique

La tentative de levée de l'incertitude expose parfois à la iatrogénie, du fait d'une multiplication d'investigations en cascade : avis spécialisés, examens complémentaires. Les participants à l'étude ont en effet noté le risque iatrogénique lié aux traitements pharmacologiques, à la chronicisation de la plainte à cause des délais nécessaires à la réalisation de ces investigations et les conséquences de celles-ci. Fink (1992) retrouvait une probabilité plus importante de chirurgie non justifiée chez les patients somatisant, avec pour conséquence la survenue de complications pouvant faire apparaître de nouvelles plaintes : fibrose, brides (22).

Malgré cette prise de conscience du risque, il persiste une volonté de faire confirmer l'absence d'organicité. Or, la crainte de passer à côté d'un diagnostic est largement surestimé (1,62).

D'autant plus que dans la société actuelle, la judiciarisation de la pratique médicale incite les médecins à la réalisation d'examens afin de se protéger d'éventuelles poursuites.

Cependant les travaux de Ring (2004) ont montré que les patients souffrants de plaintes médicalement inexplicées ne sont pas particulièrement demandeurs d'explorations somatiques. La manière dont ils présentent leurs symptômes amène à une transmission du besoin de réponse à cette plainte : les médecins se sentent obligés de répondre (63).

Selon Cathebras, la multiplication des examens accroît l'incertitude du patient et renforce l'idée qu'il y a quelque chose à trouver. La réassurance, attendue de la part des explorations, est plutôt celle des médecins (2).

Allaz souligne même le rôle parfois pathogène de la relation médecin malade, en raison de la discordance entre les attentes et les représentations des malades et celles des médecins (64).

Le patient qui somatise est porteur d'une triple souffrance : celle des symptômes pénibles, celle de l'incertitude sur leurs causes, celle de l'absence de légitimité médicale. En outre dans les plaintes médicalement inexplicées le fait de situer l'origine des

symptômes dans le psychisme du malade, lui attribue une part de responsabilité voire de culpabilité (65).

➤ La chronicisation

Le risque de chronicisation de la plainte, avec pour conséquence une désinsertion sociale, a été largement évoqué dans les propos de notre échantillon en mettant en cause le rôle de l'arrêt de travail prolongé. Allaz (2003) a identifié des effets négatifs de ce dernier sur le patient : une baisse de motivation, une altération de l'estime de soi, des doutes sur ses capacités avec pour conséquence des chances presque nulles de reprise du travail après 1 an d'arrêt (64). Dunstan confirme ces données en retrouvant, après 6 mois d'arrêt, seulement 20% de chances de reprendre un travail dans les 5 ans. A ce même terme, débute l'apparition des effets négatifs de l'inactivité professionnelle : outre la perte d'estime de soi, l'auteur retrouve des difficultés relationnelles, financières et une érosion de la qualité de vie. Pour elle, le travail et la santé du patient sont intimement liés. Elle propose de travailler en amont sur les représentations que se font le médecin et le patient sur le travail (66).

Les inquiétudes du patient sur la reprise de son travail, ont été mises en avant dans notre étude, comme facteur d'une prolongation de l'arrêt de travail. Les participants ont affirmé que leurs verbalisations permettraient de s'en affranchir. Allaz (2004) apporte une nouvelle idée sur le sujet. Elle suggère que les patients font souvent une équivalence entre le fait d'être malade (d'avoir mal) , et le repos (l'arrêt de travail) et propose un travail sur les représentations du patient pour une meilleure adéquation au projet de soins (67).

Dans une revue de la littérature, Aamland (2012) a identifié qu'une corrélation linéaire entre le nombre de symptômes et la durée d'arrêt de travail avait été reportée dans 5 études différentes suggérant que les patients présentant des plaintes médicalement inexplicables avec une multiplicité de symptômes sont ceux qui ont une capacité de travail plus réduite. Cela conduit à des arrêts de travail plus longs avec une majoration du risque de chronicisation (68). De Waal (2004) identifie, chez les patients présentant des troubles somatoformes avec une comorbidité psychiatrique, l'expression

de plus de symptômes somatiques et des manifestations anxieuses et dépressives plus sévères (17).

Un médecin de nos focus groups a attribué une part de responsabilité au patient dans la chronicisation de la situation. Il semble identifier un certain profil de patient, qui serait plus susceptible à développer une plainte chronique. Il fait le lien avec un passé compliqué. Cela rejoint Cathebras dans le concept de conduite de maladie (2).

Certains ont fait part d'une difficulté à ressentir de l'empathie pour ces patients. Une explication possible serait que les patients présentant un « comportement maladie » évident (soupirs, gémissements...) sont souvent suspectés de simulation. Dans ces situations, l'utilisation d'étiquettes péjoratives n'est pas rare, débouchant sur une incompréhension mutuelle avec un risque de rupture de la relation thérapeutique, source de chronicisation (67).

La multiplication des investigations en légitimant la plainte du patient, a été identifiée dans notre étude comme un facteur de chronicisation (délais d'obtention des examens, découverte « d'incidentalome », focalisation du patient sur l'organique, risque de faux-positifs).

Dans une revue de la littérature, les facteurs de chronicisation liés au médecin ont été isolés (15):

- utilisation d'un modèle biomédical ou psychologique strict
- manque de coopération entre professionnels de santé
- surestimation des diagnostics et réalisations d'investigations poussées
- manque de considération pour les facteurs psychosociaux et la comorbidité psychiatrique
- attribution inadéquate de bénéfices secondaires
- communiquer de manière à inquiéter
- manque de programmation des soins et ne pas fixer d'objectifs avec le patient
- prescrire des thérapeutiques invasives.
- prescription médicamenteuse sans évaluation de ce que le patient a reçu auparavant

- traitement insuffisant de la douleur
- prescription de médicaments psychotropes sans y associer de soins de psychothérapie

En dehors de la prescription médicamenteuse qui n'a pas été abordée dans les focus groups, les médecins interrogés ont pris en compte l'ensemble de ces facteurs.

➤ Un ressenti négatif de régulateur dans le système de soin

Les médecins de l'étude ont relevé la tendance de certains patients à les utiliser dans le but d'obtenir des prestations et bénéfices secondaires. Kellner soutient au contraire l'idée que les patients souffrent plus de leurs symptômes plus qu'ils n'en bénéficient (69).

Selon Allaz, l'attribution d'une invalidité, même souhaitée par le patient, est incontestablement un facteur d'exclusion sociale et une menace pour l'estime de soi, tout en n'ayant pas d'effets bénéfiques sur les symptômes. Elle reconnaît néanmoins qu'il s'agit probablement de la solution la moins délétère pour le patient (64).

Le risque de manipulation par le patient a été noté par les participants aux focus groups. La demande d'arrêt de travail ou d'invalidité par le patient s'avère effectivement source de tension pouvant être perçue par le médecin comme une situation d'échec du projet thérapeutique ou manipulation de la part du patient (64). Dans une revue de la littérature qualitative effectuée par l'ANAES en 2004 (70) sur les problèmes posés par la prescription d'arrêt de travail, il ressort, selon les médecins, un sentiment de manipulation par le patient, les employeurs et les organismes régulateurs.

➤ L'arrêt de travail : une prescription difficile

La prescription d'arrêt de travail semble être vécue comme une tâche complexe dans notre étude. Elle est justifiée par un motif médical mais parfois non (aide à l'organisation de vie). Dans l'étude d'Engblom (2011) : au moins une fois par semaine, 54,5% des médecins ont déclaré rencontrer une situation compliquée d'arrêt de travail et un quart a reçu une demande d'arrêt de travail pour une raison non médicale.

Selon l'article L162-4-1 du Code de la Sécurité Sociale : « Les médecins prescrivant un arrêt de travail doivent mentionner sur les documents, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail. » Les médecins sortent donc parfois du cadre légal dans leurs pratiques. Comme leurs homologues étrangers, les médecins se sentent un peu « dépassés » et surtout « isolés » par les situations de médicalisation de problèmes sociaux, familiaux ou professionnels (70).

L'article L321-1 du Code de la Sécurité Sociale stipule « l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant. » Cependant les motifs médicaux d'arrêt de travail portant sur la dimension psychique représentent une part importante de ces prescriptions (16% des prescriptions d'arrêt de travail de plus de 45 jours, hors grossesse en Pays de la Loire). Il existe donc ici une carence dans le cadre légal.

A noter le cas particulier de la souffrance au travail. Celle-ci ne relève pas d'une pathologie particulière. L'article 8 du code de déontologie médicale affirme que le médecin « doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. ». Le médecin doit expliquer au patient, selon l'avis du conseil national de l'ordre des médecins (71), « qu'il ne peut lui prescrire un arrêt de travail mais qu'il doit s'ouvrir des difficultés qu'il rencontre à d'autres personnes (organisation représentative du personnel, inspection du travail, ...) ». Dans nos focus groups, les médecins déclarent au contraire attribuer des prescriptions prolongées dans ces cas de souffrance professionnelle. Cette pratique est la conséquence de leurs expériences professionnelles où ils ont remarqué l'inefficacité des arrêts de courte durée. Un seul médecin a exprimé le paradoxe de prescrire un arrêt de travail dans cette situation.

D'autre part, l'absence de recommandations dans l'évaluation des capacités de travail du patient, conduit inévitablement à une incertitude du praticien dans sa prescription d'arrêt de travail. Comme le souligne l'ANAES (2004), il n'existe que des recommandations générales dans l'estimation de l'aptitude/inaptitude du patient au

travail : nécessité de prise en compte du poste de travail, de ses contraintes, des déplacements occasionnés, pour évaluer le retentissement fonctionnel de la maladie et décider de l'opportunité d'un arrêt de travail ou de sa durée (70).

Une des difficultés exprimées par les médecins de l'étude était de porter la double casquette de médecin du patient et d'expert médical juge des prestations sociales auxquelles le patient peut prétendre. Certains ont comparé cela à être à la fois l'avocat et le juge du patient.

Dans l'étude d'Engblom (2011), les raisons des difficultés rencontrées identifiées par les médecins généralistes étaient d'évaluer la capacité de travail, d'évaluer la durée de l'incapacité, de gérer les consultations où ils sont en désaccord avec le patient sur la nécessité de l'arrêt de travail et d'endosser simultanément les rôles de médecins du patient et d'expert médical. La raison principale pour prescrire des arrêts de travail non justifiés était les délais d'attente. Les jeunes médecins généralistes de genre masculin ont aussi rapporté vouloir éviter un conflit (72). De même Gerner en Suède retrouve ces mêmes difficultés en y ajoutant l'isolement du médecin dans ce type de prise en charge. Les médecins interrogés suggèrent de transférer le rôle d'attribution d'arrêt de travail à des médecins spécialisés ou à des équipes pluri-professionnelles ainsi que l'établissement de recommandations pour l'attribution d'arrêt de travail (73).

#### **2.2.2.5. SHC : une situation faisant appel aux compétences fondamentales du généraliste.**

La WONCA Europe a énoncé en 2002, les compétences du médecin généraliste. Les propos des médecins de notre échantillon illustrent bien, dans le cadre des SHC, le recours aux six compétences fondamentales (74) :

- la gestion des soins de santé primaire : gérer le premier contact avec le patient et coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.
- les soins centrés sur la personne : adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes, utiliser la consultation pour créer

une relation efficace entre le médecin et le patient, assurer la continuité des soins selon les besoins du patient.

- l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes : utiliser le processus spécifique de prise de décision déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires, gérer les situations au stade précoce et indifférencié et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire.
- l'approche globale : gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient et promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies.
- l'orientation communautaire : réconcilier les besoins individuels des patients en soins médicaux avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles (64).
- l'adoption d'un modèle holistique : utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles

#### **2.2.2.6. Confrontation aux focus groups Norvégiens.**

En dépit d'un système de soin et d'une formation différente, des remarques similaires sont ressorties des focus groups réalisés Norvège avec 48 médecins (44). En effet ceux-ci ont évoqué la difficulté de la prescription d'arrêt de travail du fait d'un manque de critères objectifs et ont reconnu rencontrer des difficultés dans l'évaluation des capacités de travail. Ils ont également souligné l'importance de s'appuyer sur une relation de confiance avec le patient. L'incapacité physique est en Norvège un prérequis pour la prescription d'arrêt de travail. Chez ces patients, les participants ont dit s'appuyer davantage sur le symptôme et la souffrance. Dans ces consultations, c'est le patient qui détermine la prescription d'arrêt. Nilsen a noté la tendance de certains participants à éviter le conflit. L'auteur évoque le rôle de la personnalité du médecin et de ses représentations dans la prise en charge de ces patients.

D'autres éléments ont été identifiés : la remise en cause de la véracité de la plainte, et le nomadisme voire le consumérisme médical dans l'objectif d'obtenir un arrêt de travail.

## CONCLUSION

Les plaintes subjectives et complexes sont un enjeu en termes de prise en charge individuelle et d'impact socio-économique.

Notre étude, à la fois quantitative à partir de vignettes cliniques filmées, et qualitative par entretien collectifs apporte un regard plus précis sur les comportements des médecins généralistes français face à ces situations. Elle permet de mettre en évidence **une relative homogénéité professionnelle dans la difficulté à définir la plainte**. Cette difficulté se heurte aux classifications actuelles qui n'apportent pas un cadre nosologique satisfaisant permettant aux médecins de les identifier. **Plus qu'un diagnostic précis, les médecins semblent proposer un diagnostic de situation avec une évaluation globale et une approche biopsychosociale.**

Les médecins interrogés s'impliquent dans la prise en charge de ces patients en mettant l'accent sur une prise en charge articulée autour **d'une relation médecin-malade de qualité avec volonté d'autonomisation du patient**. La négociation prend alors toute son importance et nécessite de fixer des objectifs précis ré-évaluables. En ce qui concerne l'autonomie, de nombreux médecins tentent de s'adapter de manière dynamique à la capacité réflexive du patient.

Les participants en tant que spécialistes de médecine générale se sentent à leur place dans la prise en charge des SHC. Ils entendent privilégier l'écoute et la relation thérapeutique mais ne sentent pas toujours à l'aise pour le faire.

La prise en charge de ces patients entraîne souvent une insatisfaction professionnelle : incertitude, inconfort, poids de la situation, sentiment d'échec. Les médecins ont à cœur de développer la coopération avec les tiers nécessaires. Cependant leurs différences de point de vue ou d'objectif rendent cette coopération difficile. (focalisation du spécialiste sur l'organe, décision unilatérale du médecin conseil).

**L'homogénéité des réponses intéresse également la prescription d'arrêt de travail** sur laquelle la difficulté diagnostique ne semble pas avoir de conséquences. L'arrêt de travail est un outil fréquemment utilisé dans la prise en charge de ces plaintes même si les participants regrettent leur manque de compétence dans l'expertise des capacités de travail.

Cette prescription est parfois justifiée par un motif non médical, contrairement aux pathologies classiques. Le médecin est amené à médicaliser la souffrance psychosociale issue d'un vécu difficile. Dans ce cadre de prescription, un objectif est alors défini de manière conjointe avec le patient.

Les difficultés diagnostiques et la prescription d'arrêt de travail font globalement l'objet d'un consensus entre les médecins de notre échantillon et celui des pays scandinaves. Il convient d'étendre l'étude à d'autres pays afin de confirmer l'homogénéité de la discipline.

Les participants ont aussi relevé le risque de chronicisation des situations et leurs conséquences socioéconomiques. Ils ont conscience de leur rôle de régulateur des dépenses en soins primaires mais restent attachés à défendre l'intérêt propre du patient. Ils font remarquer **la difficulté d'être à la fois le médecin du patient et un médecin expert objectif.**

Une difficulté rencontrée par les médecins est d'identifier ces patients porteurs de SHC dans leur pratique quotidienne. Pour s'affranchir définitivement de la crainte de méconnaître une pathologie organique **le développement d'outils tel que le PHQ 15 pourrait conforter le médecin dans son diagnostic et ainsi lui permettre d'adopter une approche adaptée centrée sur le patient, en évitant de nuire par des investigations itératives.** Cela présuppose la définition d'une entité nosologique commune pour toutes ces plaintes qui ne soit pas perçue de manière péjorative par le patient.

Les données de prise en charge recueillies à l'issue des vignettes cliniques, aussi bien que les explications fournies par les participants en entretiens collectifs sont conformes aux approches proposées dans la littérature. Cela suggère que les SHC ont acquis leur légitimité en tant qu'objet de soin par les spécialistes de soins primaires. Elles restent cependant un objet de perplexité et d'insatisfaction professionnelle dont la prise

en charge dépend des caractéristiques individuelles et subjectives de chaque médecin. **Ces résultats incitent à proposer des pistes de recherche et de formation dans ces situations aidant les soignants à se centrer sur un objectif de qualité de l'accompagnement plus que sur un objectif mesurable de réduction des plaintes.**

Ces situations aux frontières du médical et du social nécessitent **l'étude d'autres pistes, en particulier sur les modalités de coopérations interprofessionnelles avec les médecins de l'assurance maladie et les médecins du travail.** La perspective serait de mieux identifier la place du médecin généraliste dans cette triade car celui-ci n'est pas toujours le mieux placé pour juger du bénéfice à attendre ou de la durée efficace d'un arrêt de travail.

Enfin l'exemple des **dispositifs de retour au travail mis en place dans les pays scandinaves pourrait aussi faire l'objet d'études** visant à élargir la palette des outils médicosociaux à disposition des soignants pour le bénéfice des patients.

Au-delà de ces pistes à étudier, la fatigue chronique et de nombreux troubles fonctionnels ou douloureux durables resteront sans doute une réalité sur laquelle les médecins continueront à s'interroger mais qui continuera aussi à interroger la médecine et les médecins sur leur rôle et leur efficacité.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):34–43.
2. Cathebras W, Hugues R, Silla C. Troubles fonctionnels et somatisation comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués [Internet]. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. 1 vol. (XII-240 p.) p. Available from: <http://nantilus.univ-nantes.fr/Record/PPN103927697>
3. Maeland S, Werner EL, Rosendal M, Jonsdottir IH, Magnussen LH, Ursin H, et al. Diagnoses of Patients with Severe Subjective Health Complaints in Scandinavia: A Cross Sectional Study. *ISRN Public Health.* 2012;2012:1–9.
4. Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA J Am Med Assoc.* 1995 Dec 27;274(24):1931–4.
5. Cathebras P. Plaintes somatiques médicalement inexpliquées. *Médecine.* 2006 Feb 1;2(2):72–5.
6. Dominicé Dao M, Bélanger E. Le patient sans diagnostic: un autre qui dérange. 2007 décembre;45:20–9.
7. Moreau P, Girier P, Figon S, Le Goaziou M-F. Symptômes biomédicalement inexpliqués : Intérêt de l'approche globale en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale.* 2004;(643):292–5.
8. Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The “number needed to offend.” *BMJ.* 2002 Dec 21;325(7378):1449–50.
9. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5.* Édition : 5th edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 1 p.
10. Boulangé S. Les symptômes médicalement inexpliqués auxquels sont confrontés les étudiants en médecine générale: enquête épidémiologique réalisée auprès des étudiants en médecine de Paris 12 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2009.
11. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet.* 1999 Sep 11;354(9182):936–9.
12. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 1985;29(6):563–9.
13. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry.* 1988 Nov;145(11):1358–68.
14. Mayou R. Somatization. *Psychother Psychosom.* 1993;59(2):69–83.
15. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int.* 2012 Nov;109(47):803–13.

16. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*. 1999 Aug;40(4):330–8.
17. De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2004 Jun;184:470–6.
18. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholt L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med*. 2005 Aug;35(8):1175–84.
19. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med*. 2001 Apr;16(4):266–75.
20. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011 Jun;52(3):263–71.
21. Hoedeman R, Krol B, Blankenstein N, Koopmans PC, Groothoff JW. Severe MUPS in a sick-listed population: a cross-sectional study on prevalence, recognition, psychiatric co-morbidity and impairment. *BMC Public Health*. 2009;9:440.
22. Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med*. 1992 Feb;22(1):173–80.
23. deGruy F, Columbia L, Dickinson P. Somatization disorder in a family practice. *J Fam Pract*. 1987 Jul;25(1):45–51.
24. Smith GR Jr. The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics*. 1994 Jun;35(3):263–7.
25. Konnopka A, Schaefer R, Heinrich S, Kaufmann C, Lupp M, Herzog W, et al. Economics of Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review of the Literature. *Psychother Psychosom*. 2012;81(5):265–75.
26. Konnopka A, Kaufmann C, König H-H, Heider D, Wild B, Szecsenyi J, et al. Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res*. 2013 Oct;75(4):370–5.
27. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l’horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *ETUDES Result*. 2009 Feb;(679):8p.
28. Rosendal M, Fink P, Falkoe E, Schou Hansen H, Olesen F. Improving the classification of medically unexplained symptoms in primary care. *Eur J Psychiatry*. 2007;21(1):25–36.
29. Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, Fink P, Sharpe M, Burton C. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;10:CD008142.
30. Dimsdale J, Sharma N, Sharpe M. What do physicians think of somatoform disorders? *Psychosomatics*. 2011 Apr;52(2):154–9.
31. Van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, Dinant G-J. Special methodological challenges when studying the diagnosis of unexplained complaints in primary care. *J Clin Epidemiol*. 2008 Apr;61(4):318–22.

32. Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J Psychosom Res.* 2004 Apr;56(4):445–8.
33. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005 Sep;39(9):772–81.
34. Smith RC, Dwamena FC. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med.* 2007 May;22(5):685–91.
35. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* 2012 Dec;24(6):556–67.
36. Aamland A, Malterud K, Werner EL. Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: a systematic review. *Scand J Prim Health Care.* 2012 Sep;30(3):147–55.
37. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck KP, van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract.* 2009;10:68.
38. Simon GE, Gureje O, Fullerton C. Course of hypochondriasis in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2001 Apr;23(2):51–5.
39. Bergendorff S. Sickness absence in Europe - a comparative study. Antwerp; 2003. Available from: <http://www.issa.int/html/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf>
40. Starzmann K, Hjerpe P, Dalemo S, Björkelund C, Boström KB. No physician gender difference in prescription of sick-leave certification: a retrospective study of the Skaraborg Primary Care Database. *Scand J Prim Health Care.* 2012 Mar;30(1):48–54.
41. Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care.* 2006 Jun;24(2):104–9.
42. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care.* 2000 Jun;18(2):81–6.
43. Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scand J Prim Health Care.* 2000 Mar;18(1):48–52.
44. Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scand J Prim Health Care.* 2011 Mar;29(1):7–12.
45. Maeland S, Werner EL, Rosendal M, Jonsdottir IH, Magnussen LH, Lie SA, et al. Sick-leave decisions for patients with severe subjective health complaints presenting in primary care: a cross-sectional study in Norway, Sweden, and Denmark. *Scand J Prim Health Care.* 2013 Dec;31(4):227–34.
46. Donders NCGM, Bos JT, van der Velden K, van der Gulden JWJ. Age differences in the associations between sick leave and aspects of health, psychosocial workload and family life: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2012;2(4).

47. Hoedeman R, Blankenstein AH, Krol B, Koopmans PC, Groothoff JW. The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. *J Occup Rehabil.* 2010 Jun;20(2):264–73.
48. Woivalin T, Krantz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract.* 2004 Apr;21(2):199–203.
49. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie.* Paris, France: Payot; 1966. 422 p.
50. Lemasson A, Gay B, Duroux J-LL et G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. *Médecine.* 2006 Jan 1;2(1):38–42.
51. Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PLBJ, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract.* 2011 Aug;28(4):444–55.
52. Rameix S. *Fondements philosophiques de l'éthique médicale.* Paris, France: Ellipses; 1996. 159 p.
53. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. *Psychologie médicale.* Paris, France; 1996. 394 p.
54. WHO/Europe | Media centre - Are patients in control of their health care? European conference promotes patient-centred health systems [Internet]. [cited 2014 May 26]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2012/04/are-patients-in-control-of-their-health-care-european-conference-promotes-patient-centred-health-systems>
55. Grand'maison P, Girard G. L'approche négociée, modèle de relation patient-médecin. *Médecin Qué.* 1993;(28):29–39.
56. SFMG, INC, Pascale A, Francois R, Michel A, Bernard G. Arrêt de travail pour cause de maladie : Les éléments pour une prescription médicalisée de qualité. *Rev Prat Médecine Générale.* 2008;(806):783–4.
57. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med.* 2002 Apr;64(2):258–66.
58. Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Löwe B. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res.* 2010 May;68(5):403–14.
59. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Aug;62(8):903–10.
60. - Article 32 [Internet]. code de déontologie médical Nov, 2012. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
61. Pouchain, D. *MEDECINE GENERALE CONCEPTS ET PRATIQUES : A l'usage des étudiants, des enseignants et des praticiens de la discipline.* Paris: Editions Masson; 1996. 1026 p.
62. Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic Symptoms in Primary Care: Etiology and Outcome. *Psychosomatics.* 2003 Nov;44(6):471–8.

63. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ*. 2004 May 1;328(7447):1057.
64. Allaz A-F, Consoli S, Guex P. *Le messager boiteux: approche pratique des douleurs chroniques rebelles*. Chêne-Bourg/Genève, Suisse, France; 2003. 140 p.
65. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ*. 1999 Feb 6;318(7180):372–6.
66. Dunstan DA. Are sickness certificates doing our patients harm. *Aust Fam Physician*. 2009 Feb;38(1-2):61–3.
67. Allaz A-F. Douleurs chroniques rebelles : une plainte polysémique : Douleurs chroniques. *Médecine Hygiène*. 2004;62(2488):1372–5.
68. Aamland A, Werner EL, Malterud K. Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: a focus-group study of patients' experiences. *Scand J Prim Health Care*. 2013 Jun;31(2):95–100.
69. Kellner R. Somatization. Theories and research. *J Nerv Ment Dis*. 1990 Mar;178(3):150–60.
70. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Paris. FRA, POUTIGNAT N, ZIVI C, XERRI B, MIDY F, RUMEAU-PICHON C. Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques. Saint Denis: Anaes; 2004 Sep p. 82p.
71. Conseil National de L'Ordre des Médecins, Junod W. Prescription et contrôle des arrêts de travail pour cause de maladie au regard de la déontologie médicale [Internet]. 2000. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/arrettravail.pdf>
72. Engblom M, Alexanderson K, Rudebeck CE. Physicians' messages in problematic sickness certification: a narrative analysis of case reports. *BMC Fam Pract*. 2011;12:18.
73. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*. 2009 Jan;37(1):57–63.
74. Allen justin, Gay B, Crebolder H, Ram P. WONCA La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. 2002. Available from: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>

# ANNEXES

## 1. Annexe 1 : Questionnaire prise en charge médecin

Research project – collaboration Norway – France: *Diagnostic and management challenges of subjective and composite health complaints in general practice*

Histoire de patient N°

Médecin N°

**Q1- Quel / quels diagnostic(s) posez-vous pour ce/cette patient(e)? (explications orales)**

Veillez écrire un, deux ou trois diagnostic(s), le plus important en premier:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

**Q2- Dans cette situation, quelle décision en rapport avec les capacités de travail du/de la patiente, proposez-vous?**

- 1 arrêt de travail à temps complet pour une durée déterminée
- 2 arrêt de travail à temps partiel, pour une durée déterminée,
- 3 aucun arrêt de travail,
- 4 proposer une mise en invalidité totale,
- 5 proposer une mise en invalidité partielle.

**Q3- Au cas où vous décidez de donner au/à la patient(e) un certificat d'arrêt de travail, combien de temps pensez-vous que durera au total l'arrêt de travail?**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1 jusqu'à une semaine  | 2 jusqu'à 1-2 semaines |
| 3 jusqu'à 2-4 semaines | 4 plus de 4 semaines   |

**Q4- Selon votre jugement en tant que médecin, sans tenir compte de la demande du/de la patient(e), combien de temps pensez-vous que l'arrêt de travail devrait durer au total?**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1 jusqu'à une semaine  | 2 jusqu'à 1-2 semaines |
| 3 jusqu'à 2-4 semaines | 4 plus de 4 semaines   |

Voici quelques assertions; pouvez-vous donner votre degré d'accord sur ces assertions

**A1- Les conditions de travail sont la principale raison des plaintes de ce/cette patient(e)**

- |                        |                            |                               |
|------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1 entièrement d'accord | 2 plutôt d'accord          | 3 ni d'accord ni en désaccord |
| 4 plutôt pas d'accord  | 5 entièrement en désaccord |                               |

**A2-Ce sont des circonstances de la vie personnelle du/de la patient(e) qui sont la principale raison de ses plaintes**

1 entièrement d'accord    2 plutôt d'accord    3 ni d'accord ni désaccord  
4 plutôt pas d'accord    5 entièrement en désaccord

**A3-Ce sont des déterminants médicaux et de santé qui fondent la décision d'arrêt de travail chez ce/cette patient(e)**

1 entièrement d'accord    2 plutôt d'accord    3 ni d'accord ni désaccord  
4 plutôt pas d'accord    5 entièrement en désaccord

**A4-Le/la patient(e) est peu motivé(e) pour travailler**

1 entièrement d'accord    2 plutôt d'accord    3 ni d'accord ni désaccord  
4 plutôt pas d'accord    5 entièrement en désaccord

**A5-Si le/la patient(e) continue à travailler (à plein temps ou à temps partiel), cela peut aggraver les plaintes ou retarder la guérison.**

1 entièrement d'accord    2 plutôt d'accord    3 ni d'accord ni désaccord  
4 plutôt pas d'accord    5 entièrement en désaccord

**A6-Comment considérez-vous l'état de santé de ce/ cette patient(e)?**

1 Très bon            2 Bon            3 Assez bon            4 Mauvais            5 Très mauvais

**A7-Comment considérez-vous la capacité de travail de ce/cette patient(e)?**

1 presque totalement réduites            2 très réduites            3 assez réduites  
4 peu réduites            5 non significativement réduites

Si vous avez des suggestions sur des traitements ou sur des examens complémentaires pour cette patiente, veuillez l'écrire ici:

...

## 2. Annexe 2 : Caractéristiques des patients des cas vidéo

| Case | Gender , age   | Demography                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | First complaint mentioned in consultation / principal complaints                                                                                                                                               | secondary complaints                                                                                                                                | Self-assessment of disability                                                                                                                                                           |
|------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | ♀ 25 years old | single, no children. Interrupted secondary education. Currently in rehabilitation program. Several short time jobs and sick leave spells                                                                                                                                                                                                            | general pain in the neck, the back, and in arms. Intense pain 24 hours per day, 7 days a week.                                                                                                                 | respiratory complaints, no objective findings of asthma or other somatic disease. Anxiety and depression periodically treated with antidepressants  | Expresses hope to achieve ability to work, but need substantial improvement in health conditions first                                                                                  |
| 2    | ♂ 40 years old | Married, two children. Working offshore on oil platform as a mechanic: two weeks on, four weeks off work. Several shorter periods of sick leave and two long spells (one year each)                                                                                                                                                                 | back and neck pain                                                                                                                                                                                             | sleeping disturbance due to pain. Irritable bowel syndrome, skin eczema.                                                                            | The work is physically hard and provokes pain. He does not see himself in this job until retirement, but the salary and long periods off work make him keeping the job.                 |
| 3    | ♀ 53 years old | Housewife for 20 years with five foster care children in addition to two biological children. The fostering years has ended and her income consequently also. Bringing up foster children have been challenging due to narcotics and psychiatric disorders in the foster children.                                                                  | generalized, widespread nonspecific pain                                                                                                                                                                       | anxiety, non insulin dependent diabetes, general fatigue, no-energy left.                                                                           | she has not had any working experiences outside home for nearly 30 years. She feels exhausted and wants to be left alone with no demands of working activity or qualification for work. |
| 4    | ♂ 37 years old | married, unknown number of children. previously working offshore, but started as self-employed in construction                                                                                                                                                                                                                                      | general intense fatigue                                                                                                                                                                                        | no other complaints, but has read about CFS which he finds fitting his problems. Economically burdens due to poor benefit coverage as self employed | no work capacity                                                                                                                                                                        |
| 5    | ♂ 42 years old | married, three children. Work as formwork carpenter. No previous history of sick leave. A 12 years old daughter with serious behavioral problems, she refuses to go to school, meets her parents with substantial aggression, runs away from home. The girl is enrolled in a behavioral training program with great demands of parent's involvement | he feels physically and psychologically exhausted, afraid that he might collapse. No energy left to deal with his daughter after work                                                                          | no other complaints                                                                                                                                 | he needs a time off to deal with his family problems. The program is set for 3-4months                                                                                                  |
| 6    | ♀ 37 years old | no information on marital status or children. Working in a kindergarten. Previous 4 month sick leave for same complaints was followed by no symptoms for one and a half years                                                                                                                                                                       | periodically numbness, staring like toothache and a sensation of anesthesia on the right side of the body; things slip out of her hand. Extensive medical examination has not proved any cause of the symptoms | no other complaints                                                                                                                                 | difficult to work with these complaints, unsure about sick leave                                                                                                                        |

| Case | Gender , age   | Demography                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | First complaint mentioned in consultation / principal complaints                                                                          | secondary complaints                                                                                  | Self-assessment of disability                                                                                           |
|------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7    | ♀ 35 years old | no information on marital status or children. Working as teacher in primary school. No previous sick leave history, no previous psychiatric or somatic disorder.                                                                                                                                                                          | feeling tired, weak, does not get things done, struggling, powerless, sleeping disturbances. Relates the symptoms to work overload        | no other complaints                                                                                   | she feels she may need time out from work                                                                               |
| 8    | ♂ 36 years old | married two small children. Working as teacher at comprehensive level. Very active sports trainer, coaches a 1st division handball team. No previous sick leave history, no previous psychiatric or somatic disorder. Worried about possible serious illness despite negative examinations so far. an affair a year ago bothers him a lot | pain started in the jaw muscle, following in the neck, head, and stomach.                                                                 | sleeping disturbances, frustrated, lack of energy, withdrawal from social events and friends, anxious | he wants to return to work but not for the moment                                                                       |
| 9    | ♂ 38 years old | married, no children. Work as a technician in an event bureau, producing big shows, theatres and films. As the work is located in another city 270 km away he commutes weekly                                                                                                                                                             | general tiredness of work and commuting, low energy. According to his wife, he is irritable and passive, even aggressive towards his wife | no other complaints                                                                                   | the wife makes the doctor appointment as he himself has left work three weeks ago and made no contact with his employer |

### 3. Annexe 3 : Questionnaire profil des médecins

Medecin 48

Research project – collaboration Norway – France:  
*Diagnostic and management challenges of subjective and composite health complaints in general practice*

Research Unit for General Practice, Uni Health, Bergen, Norway and  
Département de Médecine Générale, Université de Nantes, France

#### Questionnaire – médecins généralistes

Vous-même:

**Depuis combien d'années exercez-vous comme médecin généraliste?**

<sup>1</sup> <5     <sup>2</sup> 6-10     <sup>3</sup> 11-15     <sup>4</sup> 16-20     <sup>5</sup> 21-25   
<sup>6</sup> 26-30     <sup>7</sup> 31-35     <sup>8</sup> 36-40     <sup>9</sup> >41

**Votre sexe**    1 homme     2 femme

**Votre âge** 1 20-30     2 31-40     3 41-50     4 51-60     5 >60 ans

**En quelle année avez-vous passé votre thèse? : .....**

**En quelle année avez-vous débuté votre exercice en médecine générale ambulatoire? .....**

**Avez vous une activité hors cabinet libéral?**    <sup>1</sup> Oui     <sup>2</sup> Non

Si oui, laquelle? .....

**Avez-vous des diplômes ou formations complémentaires?**    <sup>1</sup> Oui     <sup>2</sup> Non

Si oui, lesquels? .....

La suite des questions est répartie à raison d'un questionnaire par cas clinique.

Chaque questionnaire se compose de deux pages. Le questionnaire numéro 1 sera rempli à la suite de la première situation clinique de patient, et avant de prendre connaissance de la situation numéro deux; le questionnaire numéro deux sera rempli à la suite de la deuxième situation, etc.

Vous remarquerez que c'est uniquement vos appréciations sur les diagnostics et les actions de la réhabilitation que nous vous demandons. Ce qui concerne le traitement du patient ne fait pas partie de ce questionnaire.

Merci de votre participation!

#### 4. Annexe 4 : Profil des 46 médecins de l'étude

| Médecin    | Lieu d'exercice  | durée d'exercice | Sexe  | Age   |
|------------|------------------|------------------|-------|-------|
| médecin 1  | Loire Atlantique | 6-10 ans         | femme | 31-40 |
| médecin 2  | Loire Atlantique | < 5 ans          | femme | 31-40 |
| médecin 3  | Loire Atlantique | 26-30 ans        | homme | 51-60 |
| médecin 4  | Loire Atlantique | 21-25 ans        | homme | 51-60 |
| médecin 5  | Loire Atlantique | 26-30 ans        | homme | 51-60 |
| médecin 6  | Loire Atlantique | 26-30 ans        | homme | 51-60 |
| médecin 7  | Loire Atlantique | 6-10 ans         | homme | 41-50 |
| médecin 8  | Loire Atlantique | 16-20 ans        | homme | 41-50 |
| médecin 9  | Vendée           | 21-25 ans        | femme | 51-60 |
| médecin 10 | Loire Atlantique | 11-15 ans        | femme | 41-50 |
| médecin 11 | Loire Atlantique | < 5 ans          | femme | 20-30 |
| médecin 12 | Loire Atlantique | 26-30 ans        | femme | 51-60 |
| médecin 13 | Loire Atlantique | 31-35 ans        | homme | > 60  |
| médecin 14 | Loire Atlantique | 6-10 ans         | homme | 31-40 |
| médecin 15 | Loire Atlantique | 16-20 ans        | femme | 51-60 |
| médecin 16 | Loire Atlantique | 11-15 ans        | femme | 41-50 |
| médecin 17 | Loire Atlantique | 36-40 ans        | homme | > 60  |
| médecin 18 | Loire Atlantique | 26-30 ans        | homme | 51-60 |
| médecin 19 | Loire Atlantique | 11-15 ans        | homme | 41-50 |
| médecin 20 | Loire Atlantique | 21-25 ans        | femme | 51-60 |
| médecin 21 | Loire Atlantique | 21-25 ans        | femme | 51-60 |
| médecin 22 | Loire Atlantique | 16-20 ans        | femme | 41-50 |
| médecin 23 | Loire Atlantique | 11-15 ans        | femme | 41-50 |
| médecin 24 | Vendée           | 36-40 ans        | homme | > 60  |
| médecin 25 | Loire Atlantique | 16-20 ans        | homme | 41-50 |
| médecin 26 | Vendée           | 16-20 ans        | femme | 41-50 |
| médecin 27 | Vendée           | < 5 ans          | femme | 31-40 |
| médecin 28 | Loire Atlantique | 31-35 ans        | homme | > 60  |
| médecin 29 | Loire Atlantique | < 5 ans          | femme | 31-40 |
| médecin 30 | Loire Atlantique | < 5 ans          | femme | 20-30 |
| médecin 31 | Loire Atlantique | < 5 ans          | femme | 31-40 |
| médecin 32 | Loire Atlantique | 26-30 ans        | femme | 51-60 |
| médecin 33 | Loire Atlantique | 11-15 ans        | homme | 41-50 |
| médecin 34 | Loire Atlantique | < 5 ans          | femme | 31-40 |
| médecin 35 | Loire Atlantique | < 5 ans          | femme | 20-30 |
| médecin 36 | Vendée           | 16-20 ans        | femme | 51-60 |
| médecin 37 | Vendée           | 26-30 ans        | femme | 51-60 |
| médecin 38 | Vendée           | 36-40 ans        | femme | > 60  |
| médecin 39 | Vendée           | 26-30 ans        | homme | 51-60 |
| médecin 40 | Vendée           | < 5 ans          | femme | 20-30 |
| médecin 41 | Vendée           | < 5 ans          | femme | 20-30 |
| médecin 42 | Vendée           | 6-10 ans         | femme | 31-40 |
| médecin 43 | Vendée           | < 5 ans          | homme | 31-40 |
| médecin 44 | Vendée           | 21-25 ans        | femme | 41-50 |
| médecin 45 | Vendée           | < 5 ans          | homme | 20-30 |
| médecin 46 | Vendée           | 11-15 ans        | homme | 41-50 |

## 5. Annexe 5 : Les différents systèmes de santé concernant les modalités d'AT

| Pays        | Certificat médical                                       | Délai de carence | Système de prise en charge                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------|----------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Allemagne   | 4 <sup>ème</sup> jour                                    | Pas de délai     | Salaire à 100 % pendant 6 semaines, puis indemnité sociale à 70 % maximum, 78 semaines sur 3 ans pour la même maladie.                                                                                                                                          |
| Belgique    | Dans les 2 jours                                         | 1 jour           | Indemnités sociales à 60 % sous réserve d'un plafond (115,12€) sauf si l'employeur verse un salaire garanti. Au 31 <sup>ème</sup> j, 55%, sauf si personnes à charge. Durée maximale 52 semaines                                                                |
| Danemark    | 4 <sup>ème</sup> jour                                    | Pas de délai     | Salaire pendant 2 semaines taux convention collective puis assurance sociale .Système liste patient. Durée maximale 52 semaines                                                                                                                                 |
| Finlande    | 1 <sup>er</sup> jour                                     | Pas de délai     | Salaire pendant les 9 premiers jours, puis indemnité sociale fonction des revenus (max : 300 jours)<br>Si chômage > 4 mois : 86% allocation chômage.<br>Implication du médecin du travail dans le processus.                                                    |
| France      | 1 <sup>er</sup> jour                                     | 3 jours          | Indemnités journalières variables selon la convention collective. Durée maximale 360 jours.                                                                                                                                                                     |
| Norvège     | 4 <sup>ème</sup> jour                                    | Pas de délai     | Salaire à 100 % pendant 16 jours par l'employeur, puis indemnité sociale pour un maximum de 52 semaines (+/- bénéfices réhabilitation ou pension d'invalidité au-delà) Système liste patient.                                                                   |
| Pays Bas    | 14 <sup>ème</sup> jour                                   | Pas de délai     | Couverture principalement par des prestataires privés. 70% du salaire (maximum 177,03€/j) pendant les périodes de congé de maladie par l'employeur pour un maximum de 104 semaines, puis indemnité sociale Implication du médecin du travail dans le processus. |
| Suède       | 7 <sup>ème</sup> jour                                    | 1jour            | Salaire à 80 % sur plafond pendant 14 jours, puis indemnité sociale à 80%. Supervisé par le Conseil National de la Santé et de la Protection Sociale. Cours rapides +/- guides (2007).                                                                          |
| Suisse      | 4 <sup>ème</sup> jour                                    | 3 jours          | Part de salaire et durée variable (police d'assurances complémentaires privées) taux fixé entre assureur et assuré.                                                                                                                                             |
| Royaume Uni | 7 <sup>ème</sup> jour certificat par médecin généraliste | 3 jours          | Salaire partiel pendant 28 semaines (£ 63.75/semaine, à partir d'avril 2008). Puis indemnité sociale de la semaine 29 à la semaine 52 (£ 75.40/semaine, plus pour un adulte à charge). Conseils fournis par le <a href="#">Department of Work and Pensions</a>  |

## 6. Annexe 6 : Verbatim focus group Loire-Atlantique

M : Modérateur

D : Docteur (1 à 7)

- 5 M : « Bien merci d'avoir accepté de jouer les prolongations ; et donc on va entamer une discussion collective sur le sujet du jour... euh. L'objectif des focus groups, comme disent les anglo-saxons c'est l'entretien collectif comme l'on dit ; c'est une méthode de recherche qualitative qu'on utilise essentiellement en sociologie mais c'est aussi une méthode utilisée dans l'industrie et le commerce, pour aider desancements de produits par exemple. Mais c'est utilisé par les sociologues, ça consiste, grâce à une discussion collective, de faire émerger la compréhension de la façon dont ça se passe dans la tête des gens.
- Là toute à l'heure dans le questionnaire c'est vos décisions, vos interprétations qui ont été données qu'on va comptabiliser. Une enquête quantitative vise à produire des chiffres et là on va discuter pour essayer de comprendre comment une décision médicale, vis-à-vis de ces patients-là, se fabrique. Quel raisonnement quelle logique vous suivez etc.... donc voilà.
- 10 La méthode, la parole est libre mon rôle est de distribuer la parole, les 2 observateurs donc les 2 internes qui... euh... retranscriront tout ce qui est enregistré là, ce qui est déjà un très grand boulot, et par ce qu'ils feront la même chose en Vendée jeudi prochain, et qui sont chargés de noter tout ce qui ne se perçoit pas dans un enregistrement c'est-à-dire les sourires, les expressions non audible euh...
- 15 Le sujet se prête particulièrement à la liberté de parole puisque face à ces plaintes-là, médicalement inexpliquées où subjective et complexes, il n'y a pas de recommandations, il n'y a pas de règles académiques et... Dans le topo d'Erik on le voyait bien : chacun réagit avec sa sensibilité, avec ses préférences, avec sa formation et donc toutes les opinions sont valables et ce qu'on essaie de comprendre c'est comment les logiques se construisent, donc c'est pourquoi on a le droit de se contester les uns les autres, on a le droit de ne pas être d'accord, et toutes les opinions seront prise en compte. Donc voilà donc l'idée de départ, ça a été fait de la même façon dans les trois pays scandinaves : l'idée de départ c'est se mettre d'accord sur une séquence qu'on a vu tout à l'heure pour discuter de la notion d'arrêt de travail : c'est un des points centraux de l'enquête donc je sais pas, est-ce qu'il y a une séquence qui vous est plus restée en mémoire ?
- 20 Euh... est-ce qu'on prend la dernière parce qu'elle est restée plus présente ou est-ce qu'il y en a une restée plus saillante ? Non je sais pas qu'on se mette d'accord là-dessus...
- D5 : Bah on peut prendre la dernière.
- 25 D6 : Mais c'était laquelle ?
- D2 : Oui c'est ce que j'allais dire, est ce qu'on peut me rappeler la dernière ??
- M : La dernière c'était un monsieur qui travaillait à Oslo et qui habitait à 4 heures de route... et c'était sa femme qui avait pris le rendez-vous pour lui, en donnant toute une liste de symptômes et lui après venait en consultation.
- D6 : Ah oui
- 30 Acquiescement général
- M : Ok donc, ça vous va de parler de la .... De parler de la dernière consultation ? Ok pour ce patient-là. Lesquels d'entre vous ont décidé d'un arrêt de travail ?
- D5 : Moi.
- D6 : Lève la main.
- 35 M : Ok 2, les autres ? Ok et alors c'est... je veux bien que tu expliques et que les autres qui ont prescrit un arrêt de travail qu'ils expliquent aussi, mais que tout le monde se mette dans la posture d'avoir donné un arrêt de travail. Si j'avais donné un arrêt de travail, pourquoi je l'aurais donné ?
- (S'adresse à D5) Donc toi ça va être plus simple parce que tu en donnais.... [Rires]
- 40 D5 : Donc moi, l'analyse que j'ai fait de la situation de ce jeune homme par rapport au travail, c'est la suivante, c'est que.... :Au bout de l'entretien, euh...il avait trouvé des solutions apparentes à son problème, c'est-à-dire qu'il avait identifié finalement que travailler à Oslo c'était devenu quelque chose de pathogène, c'était devenu source de tension hein ... et euh finalement la solution qu'il avait trouvée c'était de dire je vais changer de boulot, voilà et euh.... non seulement il a

45 changé de boulot, mais il en a trouvé un autre voilà... donc euh....on pourrait penser qu'il a changé de boulot donc le problème il s'arrête, il en trouvera un autre et c'est parfait ! Sauf qu'il y a deux choses qui m'ont fait tiquer : la première il a dit très précisément euh « ça serait mieux que je reprenne pour les autres » hein... et la deuxième chose, c'est qu'il a dit qu'il avait du mal avec l'idée d'avoir arrêté son premier travail. C'est-à-dire qu'il n'avait pas encore fait le deuil de son premier travail. Et donc pour ces deux raisons je pensais qu'il lui fallait un certain temps, un sas pour essayer d'avoir le temps de penser, parce que c'est un homme qui a du mal à penser, ça va toujours trop vite pour lui. Donc qu'il ait un espèce de temps pour penser à ce qui lui était arrivé, c'est-à-dire :1/ abandonner un boulot qui lui plaisait, bien payé, pour 50 euh... des mauvaises raisons professionnelles, même si il avait un conflit avec son chef il s'en est arrangé depuis longtemps, euh pour retrouver un boulot près de chez lui, près de chez sa compagne. Euh j'ai rien entendu dans son discours qui montrait que sa vie conjugale était particulièrement pleine d'extase ! C'était plutôt aussi source de tension ... Alors bon c'est peut être lié à la situation, mais en tous cas il y a peu de chance que du jour au lendemain il retrouve euh...Et donc il y aurait la nécessité de faire ce travail de deuil, et euh le coté euh...« il vaudrait mieux que je reprenne le boulot c'est mieux 55 pour tout le monde... » Ça me faisait penser qu'il n'était pas sujet de ce truc là, mais que finalement il répondait encore une fois au désir de l'autre, et qu'il aurait peut-être besoin d'un temps pour accepter de s'adapter à tout ça. Euh donc voilà, c'était essentiellement ça les raisons... »

M : « Un temps pour penser quoi...une suspension »

60 D5 : Oui au moins pour pas se retrouver à changer pour se retrouver dans une situation où finalement il aurait euh trouvé beaucoup de choses à critiquer sur le nouveau travail, simplement parce qu'il n'aurait pas perdu euh l'idée de l'ancien et que finalement il se retrouve à nouveau en échec professionnel très rapidement avec le nouveau boulot, des difficultés d'adaptation etc...

M : D'accord.

65 D5 : Je dois dire que la partie « se serait mieux pour les autres » ça m'a fait tiquer parce que c'est le seul moment qu'il a montré qu'il n'était pas toujours sujet de son affaire, et comme on avait pas tous les éléments de la consultation je me suis gardé là, mais moi si c'était un de mes patients j'aurais... soit j'aurais les clés avant soit je les aurais demandé après, mais j'aurais fait un truc pour savoir qu'est-ce que ça voulait dire pour lui, euh de laisser quelqu'un d'autre décider à sa place, euh le travail ; c'est pas logique en soit quoi.

M : Euh ok et toi aussi tu.... (En s'adressant à D4)

70 D4 : Moi je mettais un petit arrêt pour euh... bah comme tu dis lui permettre de réfléchir à ce qu'il voulait faire vraiment, parce qu'on avait l'impression qu'il était submergé par son travail peut être aussi par... bah on a... ou peut-être c'est toi qui a dit au départ que sa femme faisait des attaques de paniques et qu'elle voyait souvent son médecin, donc euh ça doit pas être une situation super facile à vivre dans le couple. Donc euh y avait peut-être ça en plus, l'éloignement plus le travail parce qu'il faisait beaucoup d'heures, parce qu'il rentrait pas forcément tous les weekends, donc je pense qu'il avait un petit peu euh un ras le bol de tout ça, euh et il fallait qu'il réfléchisse s'il voulait vraiment changer de travail ou si il le faisait 75 sur un coup de tête, ou si il le faisait alors parce qu'il s'entendait pas bien avec son chef, mais apparemment c'était pas euh 'fin... mais ça pouvait aussi être un motif. Ou si il le faisait vraiment en ayant conscience qu'il allait vraiment changer sa vie, euh sa vie de maintenant quoi. Est-ce qu'il avait réellement envie de changer sa vie de maintenant ? Donc je me disait que entre une et deux semaines c'était bien pour qu'il puisse réfléchir vraiment à ce qu'il voulait vraiment faire... parce qu'on avait pas l'impression que euh il nous disait qu'il voulait changer, qu'il avait retrouvé un travail, qu'il allait changer de 80 travail, mais on était pas convaincu que... ; parce qu'il aimait bien son travail d'avant... que voilà euh ... qu'il allait super bien être bien dans son nouveau travail euh... Voilà euh moi j'aurais dit : « je vous met un petit peu pour que vous puissiez.... j'entends bien ce que vous me dites, mais que vous puissiez euh vraiment réfléchir à ce que vous allez quitter, à ce que vous allez retrouver, et faire la part des choses quoi. »

85 M : D'accord j'entends deux nuances un peu différentes : l'un c'est plus pour lui donner du temps pour digérer un peu une décision, et toi c'est plus pour le protéger d'une décision hâtive.

90 D4 : Oui oui voilà, parce que je oui on a l'impression qu'il prend ça parce qu'il en peut plus, il est au bord de la..., tous les km, les choses qui... les weekends où il rentre pas, j'sais pas j'ai p 't'être psychoté fin voilà.. j'ai ptet interprété le fait que sa femme faisait des attaques de panique, mais j'ai l'impression que ptet ça doit pas être parce qu'elle voyait souvent son médecin alors c'est qu'elle doit en faire assez souvent, que ça doit pas être non plus... euh très drôle à la maison, donc euh... fin moi ça aurait été mon patient, j'aurais voulu qu'il prenne son temps pour prendre les choses pour qu'il fasse pas une décision qu'il regretterait après.

M : D'accord, oui ?

- 95 D7 : Moi j'ai fait à peu près la même décision, sauf que je l'ai mis en arrêt à temps partiel... . Donc euh c'était, j'étais un petit peu ambigu, mais comme le patient, qui manifestement savait pas trop si il voulait être arrêté ou pas arrêté, si c'était bien ou pas bien le weekend, donc c'était euh... diminuer un petit peu sa présence au travail par rapport à la surcharge au travail, tout en ne le mettant pas d'emblée complètement à la maison pour voir comment ça se passait. Effectivement j'ai mis un arrêt court aussi.
- M : Tu es un homme de compromis.
- 100 D7 : Mais c'est peut-être parce que j'étais pas très à l'aise non plus.
- M: Hum hum d accord...
- 105 D2 : Moi j'ai trouvé qu'il y avait quelque chose qui n'apparaissait pas trop dans les séquences, c'est que les prescriptions d'arrêt de travail c'est souvent une négociation. Euh moi j'ai l'habitude de tendre un peu la perche, savoir ce que les gens veulent, et bah puis me le dire en toute simplicité pour que bah bon, si ils veulent beaucoup, ils me disent beaucoup, et après on en discute. Mais qu'il y ait une part de négociation... je ne pars pas avec un a priori très très défini sur euh...Déjà je ne connais pas bien le travail des gens, je ne m'estime pas toujours bien placé pour savoir combien de temps il va falloir, peut être que la durée d'un arrêt de travail c'est la durée... euh qu'on veut laisser avant de le revoir et de refaire le point ensemble. Et c'est peut-être pas euh le temps qu'on prenne une décision, qu'il ait le temps de faire un bon choix.... Une semaine ou deux pour faire un choix de vie... euh du coup c'est de toute façon court mais euh...
- 110 D4 : OUI mais tu peux pas mettre trois mois...
- D2 : Mais non, mais non. Mais c'est pas facile sans qu'il y ait cette question de négociation en face à face d'un arrêt de travail.
- M : Non bien sûr, mais dans les bandes d'ailleurs on ne voyait pas les décisions, finalement c'était plus une présentation de qui est ce patient, mais est-ce que là tu... il faut que tu spécules un petit peu, qu'est-ce que tu aurais fait toi ? Qu'est-ce que tu aurais pris comme décision ?
- 115 D2 : Je me disais aussi qu'il parle de ses excès de vitesse sur l'autoroute... où il passe plus de huit heure par semaine...euh déjà j'aurais bien aimé savoir quel trajet il faisait plus vite ? Est-ce que c'était pour rentrer chez lui ou pour partir ? [Rires] et puis savoir si c'est pas une manière de dire : « Docteur je me mets un peu en danger est ce qu'on peut s'arrêter ? » quoi...
- 120 D1 : Je pense qu'il y avait deux questions où on pouvait dire qu'il se mettait en danger : ça et l'histoire de la boisson aussi, où il disait que... on voyait il n'était pas très bien dans sa vie, parce que qu'il disait pour passer le temps le soir je me retrouve avec des copains. Il s'était fait un cercle de copain, et euh...« on boit des bières ». Il y avait ça, et j'aurais eu envie de lui poser la question : pourquoi il travaillait à 4h30 de chez lui ? Et moi, dans une de mes interprétations, euh j'ai trouvé que bon il avait pris une décision de vie à ce moment-là, mais est-ce que l'autre décision de vie c'était pas de changer de femme ? [H 3 Rigole F4 acquiesce] je pense que la question se poserait.
- 125 M : Donc c'est pour ça que tu n'as pas mis d'arrêt de travail ?
- D1 : Oui et oui !!
- D4 : Je pense que si c'était notre patient, on réagirait différemment là on parle de ...
- M : Oui oui là on est dans une extériorité...
- D1 : Oui, mais si ça avait été mon patient je pense que j'aurais posé cette question-là.
- 130 D4 : Oui oui, et on connaîtrait sa femme.
- D1: Et franchement je lui aurais dit : « est-ce que y a un moment vous ne vous êtes pas posé la question de changer de femme ? »
- 135 D3 : Ce qui m'a embêté dans les choix de ... enfin j'ai pas mis d'arrêt de travail parce que entre deux jours ou six mois, je ne saurais pas ce que j'aurais mis, vu que j'avais l'impression qu'il avait plus un problème avec LE travail qu'avec SON travail... c'était sa place à lui par rapport au travail, et quand on arrive à la conclusion qu'il va peut-être changer de femme, effectivement je me suis posé la question aussi, est-ce que finalement il ne va pas au travail parce qu'il trouve rien autre part quoi...il prend la décision, un moment donné, d'habiter loin, d'habiter en campagne, pour changer de vie et il garde un travail qui l'oblige à vivre dans des conditions absolument catastrophiques, quoi, donc il y a un espèce de paradoxe complet dans son choix. Donc est ce qu'un arrêt de travail allait lui permettre de faire ce choix plus facilement ? Et donc ce choix il allait le faire en deux jours ? En trois semaines ? En six mois ? J'aurais plus essayé de le centrer sur : « quel est ton projet de
- 140

145 vie pour demain, quoi ? ». Dans projet de vie, il y a vie familiale, vie professionnelle. Est-ce que je peux faire des choix sur un travail que j'aime bien, mais qui finalement me pourrit la vie ? Donc je vais peut-être choisir un travail que j'aime moins, mais qui finalement sera peut être plus proche, et me recentrer sur ma vie familiale. Mais est-ce que j'ai envie de me centrer sur ma vie familiale ? Est-ce que ça, enfin moi, j'ai estimé que ça ne nécessitait pas un arrêt de travail, mais plus une vision plus globale de la vie, qu'il pouvait faire tout en travaillant actuellement, quoi, il pouvait continuer dans son travail actuel, quitte à se pourrir la vie, à dire : « est-ce que c'est vraiment ça mon choix de vie ? Ou est-ce que je voudrais faire autre chose. » Donc là, le travail devient thérapeutique. Le fait de se pourrir la vie, ça devenait thérapeutique, enfin moi je l'ai ressenti comme ça dans ses propos.

M : D'accord. Oui ? Je crois que c'est dans ce sens-là d'abord...

150 D6 : Oui, donc moi je n'ai pas mis d'arrêt. Si éventuellement j'avais mis un arrêt, ça aurait été négocié avec le patient, c'est-à-dire que je lui aurais posé la question, effectivement : « est ce que vous pensez être en mesure de reprendre là ? ou pas ? Mais ce qui m'a paru très intéressant, c'est que manifestement il était dans une impasse. C'est-à-dire qu'il fallait qu'il fasse le choix de quelque chose, ça pouvait pas continuer comme ça. Donc il fallait qu'il change quelque chose, et au moment où il était plus mal, il pouvait prendre aucune décision, puisqu' il n'avait même pas la démarche d'aller voir le médecin. C'est sa femme qui l'emmenait. Et là, au cours de cette période où il n'allait pas bien, il a quand même été actif, puisque il a réfléchi sur sa situation qui ne pouvait plus durer, et de faire la démarche que, oui il faut que je change quelque chose, pour l'instant je fais le choix de changer de travail, et j'ai même commencé à faire les démarches. Alors il change pas de travail puisqu'il reste dans le même domaine, puisqu'il a pris contact avec un théâtre dans la ville. Donc il est dans le même projet de travail, mais avec un changement, et il se rapproche de son domicile. Est-ce qu'il fait le bon choix ? Personne peut le savoir. Ni lui, ni nous. Mais à un moment donné, il faut bien casser le bloc qui ne va pas bien, ce bloc figé et euh... Du coup, je partais dans une démarche active, donc de positiver sa démarche qu'il avait faite, c'est à dire cette recherche : il devenait acteur. Il voulait changer quelque chose, il avait déjà fait. « Est-ce que vous vous sentez en mesure, bah quand même de retourner à votre travail ? Et puis bah, on se revoit, on voit comment ça se passe, et puis si ça va, essayez de continuer dans votre projet, dans votre démarche... et puis bah, si ça va pas, bah on pourra toujours en reparler. » Mais de pouvoir lui permettre de continuer sur cette lancée alors qu'il était au plus bas. Et de l'arrêter, ça aurait été de dire : « bon bah attendez, vous n'y pensez même pas ! Quoi fin euh vous pensez pouvoir aller travailler ? Non j'estime que vous n'êtes pas en mesure DE... donc vous revoyez votre copie, votre copie elle est pas bonne. » Donc j'avais envie de positiver, de dire bon bah ouais, on tente, faut voire, puis on continue, puis on se revoit, puis on en reparle, et on peut encore changer d'avis. Ce n'est pas parce qu'on prend cette décision aujourd'hui qu'on ne peut pas revenir en arrière.

160 M : D'accord, donc tu introduis la notion d'incertitude dans ta décision.

D6 : Bah que on peut pas savoir, et que c'est lui qui sait. Et que nous, on est là pour l'accompagner et que c'est pas parce que nous on prend cette décision aujourd'hui que c'est la bonne. Qu'on peut revoir, qu'on peut en rediscuter, qu'on peut lui laisser du temps si il veut, mais que là, si il se sent en mesure de reprendre et bien on voit... De positiver l'attitude qu'il avait, qu'il a pas toujours eu. Donc on avait l'impression d'une amorce de quelque chose. Et j'avais pas envie que ça retombe, que le soufflé retombe...

175 D7 : Oui, je voulais revenir là-dessus, parce que je suis pas sûre qu'il avait vraiment envie de reprendre. C'est pas le sentiment dans sa réponse que j'ai eu. Il a pas eu une réponse claire : oui il faut que je reprenne.

D6 : On lui a pas posé la question.

D5 : Si, s'il a dit « il faudrait que je reprenne pour les autres ».

180 D7 : Oui...

D6 : Mais c'était pas clair, qui était les autres aussi ?

D5 : Bah oui, c'est son entourage, c'est les autres quoi !

D7 : Oui, je reviens un peu sur ce qu'on a dit tout à l'heure, c'est vrai sur les autres entretiens aussi, ça a beaucoup été centré sur le travail et la vie familiale finalement a été mis un peu de côté. Et on sait pas dans ce cas...

185 D1 : Quoi que là, on se pose quand même la question .... Il y a d'autres situations où on voyait que la vie familiale allait pas trop mal, où on l'évoquait pas, alors que là, il y a quand même en toile de fond la vie familiale.

D7 : C'est vrai, mais c'est survolé.

D5 : C'est un silence assourdissant sur la vie familiale.

D6 : Mais dans son choix, il a quand même fait le choix de changer avant de travail et de se rapprocher de ...

- 190 D7 : Mais est ce que c'était son choix ou....
- En même temps
- D1 : Mais c'est ça qui m'intéressait de...exactement, moi c'est la question que j'aurais aimé lui poser si j'avais été en face de lui : est-ce qu'il a échafaudé l'autre idée dans sa tête à un moment donné ? Est-ce que ça lui est passé par la tête de changer de femme ? Ou est-ce qu'il a été poussé dans sa décision par son épouse euh...
- 195 D4 : Parce que : « est-ce que c'est mieux pour les autres ? » c'est sa femme ?
- D6 : Quand il est sur son lieu de travail, les soirées sont pas extraordinaires non plus puisqu'il sort avec les copains, ils boivent pas mal de bière, ça a pas l'air d'être pleinement satisfaisant non plus.
- D1 : Oui mais c'est pas parce que les soirées ne sont pas satisfaisantes donc.
- D4 : Qu'il devrait pas avoir de soirées satisfaisantes chez lui aussi...
- 200 D1 : Exactement, c'est-à-dire que ... normalement si les soirées étaient satisfaisantes avec son épouse, ça voudrais dire qu'il serait content de rentrer chez lui le weekend. Il aurait peut-être un peu moins de conduites à risque, et de conduite automobile et autres... et voilà et je trouve aussi un peu étonnant, si il avait une vie familiale épanouie, que il dise que régulièrement il va s'enivrer avec les copains.
- D4 : J'ai pas compris...
- 205 D1 : Bah je pense que quand on a une stabilité familiale à peu près correcte, même si on est loin de sa famille la semaine, on fait autre chose de ses soirées que d'aller s'enivrer avec les copains.
- D3 : Mais si on l'avait eu en face de nous on lui aurait posé la question très clairement. Ce qu'on n'a pas eu là, donc c'est difficile de savoir.
- D6 : Et par rapport à son épouse, il disait euh...qu'il était pas bien, et qu'il se mettait en colère. C'était le samedi matin et on lui disait ou il disait je sais plus, qu'il avait le même comportement qu'à son travail. C'est-à-dire qu'il s'énervait. Il parlait du samedi matin.
- 210 D3 : Acquiesce.
- D6 : On n'a pas parlé de comment se passait le dimanche soir. En fait, on sait pas comment se passe le weekend, c'est peu abordé.
- 215 D1 : Oui, mais c'est ça qui est très étonnant, de dire que quand il rentre c'est le moment où justement il ne devrait plus être énervé, parce qu'il rentre. Et qu'il soit énervé en partant le dimanche soir, moi ça m'aurait bien été, parce que justement il quitte son épouse et il est dans un état un peu démoralisant.
- D6 : Mais ça on sait pas, on n'a pas d'information sur...
- D1 : On sait pas, mais on sait que le samedi matin il est déjà énervé.
- 220 D6 : Mais est ce qu'on sait si c'est la suite des conséquences de la semaine où il a pas eu le temps de souffler ?
- D1 : Ça c'est des interprétations différentes de chacun.
- D3 : Les patients qui travaillent toute la semaine et qui rentrent le weekend, on en a tous, et ils décrivent bien que passer de l'extrême stress du travail, à la douceur de la maison : c'est pas si simple que ça. On a tous l'impression que ça va être positif, mais en fait le samedi matin ou le vendredi après-midi, c'est pas si simple que ça de quitter la peau du travail.
- 225 Surtout que lui, il est carrément à fond dedans, pour devenir un mari sympa c'est compliqué. C'est compliqué de passer d'une situation de célibataire, à une situation à nouveau d'homme marié, je pense que c'est également compliqué.
- D5 : Dès le départ il dit quand même que ce problème de double vie, ça lui crée des problèmes de personnalisation... il dit qu'il sait plus où il en est, c'est-à-dire que au boulot, il sait pas si il doit être au boulot quand il est à la maison, il sait pas s'il devrait pas être au boulot. euh voilà c'est presque une expérience de psychotique.
- 230 D4 : Oui, moi j'ai l'impression que c'est un moment de sa vie où il est à bout sur tout : sur sa femme, sur son boulot, sur son trajet, avec les copains au lieu de boire un verre ou deux bah il en boit 5 ou 6. J'ai l'impression qu'il est en excès dans tout quoi... enfin c'est l'impression que j'avais à le regarder quoi.
- M : Un arrêt de travail c'est...

235 D4 : Et l'arrêt de travail c'était justement pour éviter la ...la conduite dangereuse où il allait super vite. Bon c'est vrai qu'on sait pas si c'est pour partir ou pour revenir, le fait qu'il boive un petit peu... fin voilà, et je me disais ça va calmer tout ça, et peut être que à la maison, comme il était énervé, le samedi matin ,on parle que du samedi matin dans la vidéo pas du dimanche peut être qu'il sera un petit peu moins à.... Voilà je voulais poser un petit peu les choses, mais pas forcément longtemps. Mais au moins pour poser les choses, et après on voit enfin si c'était mon patient je lui aurais dit on se revoit et on voit un peu les choses comment elles évoluent.

240 M : Tu introduis finalement la notion d'arrêt diagnostic à l'arrêt de travail quoi : on arrête et on voit ce qui se passe...

D4 : Oui voilà.

D3 : A condition de lui expliquer ce qu'il va faire, enfin ce qu'il doit faire, enfin ce qu'il devrait éventuellement faire, sans lui donner d'ordre particulier. Mais qu'il utilise l'arrêt de travail comme un moyen de progresser sur sa problématique et non pas je t'arrête pour que tu te reposes et on verra bien après.

245 D4 : Ah oui si il s'arrête et qu'il se repose complètement ça va pas.

D3 : Et puis surtout, il faut qu'il ait un niveau de réflexion par rapport à ses choix, ses choix qu'il arrive pas à faire. C'est pour ça moi j'étais embêté entre 3 jours et 6 mois parce que en combien de temps on décide pour un choix de vie ? On peut se décider sur un coup de tête, et on peut aussi mettre des mois et des mois à se décider. C'est le débat : j'étais plus embêté par cette quantité et surtout, est-ce qu'il est prêt à faire un choix ? Est-ce qu'il est prêt à engager cette discussion ? Ou voilà...

250

D5 : D'un autre coté dès le départ il dit : arrêtez-moi !

Ah bon

D5 : Bah non, mais il le dit : c'est-à-dire qu'à partir du moment où un jour il va plus au boulot, il se met en grève, il arrête de penser, c'est sa femme qui l'amène chez le médecin. Et bien c'est un gars qui a un boulot, des responsabilités, il est cadre et du jour au lendemain...

255

D6 : Oui, mais ça ça faisait déjà un moment quoi, il était déjà en arrêt là.

D5 : Non mais,

M : Ça reste flou à priori il avait pas vu le médecin au début...

D6 : Oui bah apparemment c'est vrai...

260 D3 : Il s'est mis en arrêt et après il a été voir le médecin, au bout de trois semaines.

D5 : On est dans un système différent de chez nous ...apparemment.

M : Nous, ça aurait pas duré trois semaines.

D3 : Maintenant s'il fait pas l'autruche, c'est bien qu'il a décidé de se replier du truc sans rien demander à personne.

265 D5 : Voilà, c'est clairement maintenant, j'en peux plus, je bloque, le truc c'est sa femme qui le voit qui veut plus bouger, qui est à la maison qu'il fait plus rien, si j'ai bien compris pendant 3 semaines et bien c'est au bout de 3 semaines qu'il réagit, qu'il faut peut-être aller voir le toubib, j'ai trouvé ça... je sais pas ce qui c'est passé sur ces jours-là.

270 D6 : C'est ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire qu'il a été très très mal à un moment, et que là il n'a pas consulté, et puis petit à petit, il a avancé. Là il a été voir le médecin tout seul et finalement il y a une décision qui se dessine, alors que 3 semaines avant il était dans : « je peux plus quoi, je peux plus penser, je peux plus rien, je peux plus aller bosser, je peux plus... »Voilà c'était le néant, il fallait qu'il arrive à sortir, il était dans une impasse, il savait plus quelle décision prendre, alors il en a pris une : c'est je fais plus rien. Et là tout d'un coup, il refaisait quelque chose, il reprenait des décisions, il refaisait des démarches.

D7 : Je crois qu'il a pas été revoir le médecin tout seul, ça a pas été présente comme ça, c'est sa femme qui l'a amené en consultation.....

275 M : Oui c'est ça, parce qu'il venait avec sa femme parce que c'est elle qui le lui avait demandé.

**Tout le monde en même temps**

D7 : Il a fait ce qu'on lui a demandé de faire... fin je...

D6 : Oui, mais probablement qu'avant sa femme lui avait dit d'y aller et qu'il n'y était pas allé !

D7 : C'est possible...

280 M : On sait pas.

D1 : Enfin c'est elle qui à l'air de l'y avoir trainé...

D6 : Je pense qu'elle avait peut-être raison aussi.

285 D1 : Ah mais je dis pas mieux, mais c'est quand même elle qui.... Donc c'est pour ça que moi, il m'a l'air de quand même prendre très très peu d'initiative quoi, donc est-ce qu'il prend la bonne décision ? C'est vraiment la question qu'il faut se poser.

290 D3 : Il y a une question qui nous est posée là, c'est la question de l'arrêt de travail en fonction du pays dans lequel on se retrouve. Et que là-bas on peut s'arrêter sans aucun avis, alors que chez nous finalement on ne peut pas, donc un patient identique en France, il vient voir son médecin tout de suite. Est-ce qu'il vient voir le médecin pour avoir un avis médical ? Ou est-ce qu'il vient voir le médecin pour avoir un arrêt de travail ? C'est pas la même démarche... Donc nous on fonctionne avec cette idée de l'arrêt de travail c'est le point de départ, alors que là il a pu rester 3 semaines en réflexions, et c'est peut être au bout de trois semaine que sa femme lui a dit : « bon écoute maintenant il faut que tu prennes une décision ». Chez nous il serait venu tout de suite, voir sans l'avis de sa femme parce qu'il en avait besoin.

### *Echange inaudible*

295 M : Mais puisque tu fais appel à la réglementation, euh fin finalement personne dans ce que j'entends là à fait appel au motif réglementaire d'arrêt de travail. C'est-à-dire c'est un élément du traitement, et c'est le repos, et finalement aucun d'entre vous n'a fait appel à cette notion là d'un arrêt de travail comme repos physique.

D7 : C'est quand même un moyen de le mettre à distance de son travail qui est quand même la source de son problème, en le mettant à la maison, mais ça on sait pas si c'est un problème.

300 M : Oui, mais les uns les autres vous avez fait intervenir bien d'autres éléments qui n'étaient pas le repos physique. Mais, euh tu as dit : « souvent c'est pas si simple de mesurer le besoin d'arrêt de travail » là on touche des difficultés quotidiennes pour nous, donc je sais pas : est-ce que vous avez en tête là, du coup non pas une séquence, mais un patient à vous, où vous avez eu comme ça des négociations difficiles autour d'un arrêt de travail, voir refus d'un arrêt de travail ? Est-ce que ça vous arrive de refuser un arrêt de travail ?..... Blanc... est ce que l'un ou l'autre peut évoquer ça ?

305 D3 : moi j'ai une notion en tête-là qui est assez récente, c'était pas le refus, c'était d'obliger le patient à décider de ne pas repousser, avec l'arrêt de travail, la décision. C'est à dire voilà, on va être limité donc ça va vous obliger à. C'est une manière de dire : je mets une limitation dans la durée, mais pas dans la notion. Je n'ai pas refusé l'arrêt de travail, mais j'ai dit attention, on ne part pas sur une durée longue. Sur un problème pareil, douleur chronique post traumatique, de dire quand même attention, on aura une problématique de temps, donc il va falloir voir si vous restez dans le même métier ou si vous changez ? Donc j'ai utilisé la notion du...non pas de refuser mais du « on sera limité dans le temps » qui est une manière de refuser avec une ....

310 M : ce qui introduit cette notion que tu introduisais fortement qui est celle de négociation. Mais justement, autour de cette notion-là, est-ce que....comment vous pondérez la part de la demande du patient, la part de la perception du patient, et votre perception médicale à vous. Enfin comment peut être à partir d'une situation que tu as en tête, comment tu mesures ça toi ? (en s'adressant à D2)

315 D2 : Ça ne m'arrive pas souvent de refuser des arrêts...

M : Et sur une négociation comme ça ? Entre demande du patient, si il a une demande précise, et ta décision à toi ?

320 D2 : Euh quand les gens vont mal psychologiquement, que c'est pas des douleurs, euh j'ai tendance à mettre un peu plus long que ce qu'ils demandent, parce que c'est souvent qu'ils demandent quelques jours, enfin les 2 jours jusqu'au weekend alors que je sais qu'il va falloir un peu plus. Enfin on sait jamais à l'avance ces choses-là, mais je m'imagine qu'il va falloir un peu plus de temps pour que les choses mûrissent et surtout quand c'est lié à la souffrance au travail. Et ça me pose toujours question le fait qu'on ... d'arrêter les gens quand le problème c'est leur boulot, c'est pas un état de santé qui est en dehors de leur travail qu'il y a une souffrance et, euh qui est souvent réelle et je sais si vous me rejoignez là-dessus, je trouve pas facile d'être entre ces deux trucs là.

325 D1 : Oui, moi aussi quand c'est pour une souffrance j'ai tendance à arrêter assez longtemps. C'est à dire que premièrement j'ai tendance à revoir les gens systématiquement en leur disant : « voilà ça va pas mieux » mais sur une souffrance au travail,

facilement j'arrête les gens 15 jours et après on se revoit pour réfléchir et voir comment les choses ont évoluées. Je pense qu'après, ce qui est intéressant à voir, c'est par rapport à l'arrêt de travail dont il s'agit : c'est véritablement quel est aussi l'impact du travail et quelle est l'activité que la personne a aussi dans son travail quoi...

M : Et ça c'est pas toujours facile à mesurer.

330 D1: Et ça c'est pas toujours facile à mesurer.

D3 : Il y a quelques années on a vu apparaître depuis une quinzaine d'années la souffrance au travail de manière de plus en plus explicite par le patient. Et au début j'avais un petit peu la même idée que toi de dire « il y a une souffrance donc j'arrête » et je continuerais à arrêter tant qu'il y aura une souffrance. Et puis au bout d'un moment je me suis rendu compte qu'en fait on chronicisait un peu les choses, parce que le patient était content de s'arrêter, mais avait tellement peur de reprendre qu'il préférerait repousser un peu, donc on tournait un peu en rond quoi.

335

D1 : Je n'arrête pas « Tant qu'il y a une souffrance » c'est-à-dire que souvent je mets une période de 15 jours pour qu'il y ait une véritable réflexion et je veux qu'à la fin de cette période de 15 jours on puisse échafauder un plan. C'est ce dire soit est-ce que après ces 15 jours de réflexion, est-ce que c'est véritablement ce travail, est-ce que ça va continuer dans ce travail et là réfléchir à soit une reconversion à changer de travail ou si on a vraiment pointé ça du doigt, soit bah repartir sur une reprise.

340

D3 : L'idée c'est qu'est-ce qu'on fait de cet arrêt de travail ?

D1 : Oui oui, ah bah je pense que c'est il faut que ce soit véritablement une réflexion de la situation du patient, c'est pour ça que je laisse à certain quand je pense que c'est cette réflexion nécessite une quinzaine de jours.

345

D3 : Ca ça permet aussi, quand on reparle de la loi, lorsque le médecin conseil peut nous poser problème la dessus, enfin éventuellement, enfin le patient d'abord puis le médecin après, de lui dire qu'on est bien en train de travailler. Quand on travaille sur une rééducation, tant que les séances de rééducations ne sont pas finies, on ne reprend pas le travail... bah là c'est la même chose. On peut dire au médecin, même si il n'y a pas de psychiatre, même si il n'y a pas de traitement, on est en train de travailler sur une réhabilitation au travail, et voilà où on en est aujourd'hui, ça peut durer, mais par contre il faut quand même que ce soit défini.

350

D6 : Ca me rappelle une situation qui peut être explique ma réponse tout à l'heure au cas clinique puisque c'est une situation à peu près similaire d'un patient en état dépressif, avec des manifestations de fatigue, d'irritabilité, euh de souffrance au travail, euh de difficulté avec son épouse. En plus je suis le médecin de famille, donc je suis aussi le médecin de son épouse, de sa fille ; donc une situation assez complexe ou effectivement il faut qu'il y ait une décision qui soit prise, et il n'a aucune... il reconnaît des responsabilités à tout le monde à son épouse, à sa chef de service, à son enfant à son employeur... des remises en cause personnelles, il n'y en a pas beaucoup, avec le suivi avec un psychiatre... bref en arrêt et en arrêt depuis 2 ans et jamais de reprise, avec conflit entre moi et le psychiatre puisqu'à un moment donné j'ai dit qu'il va bien falloir faire quelque chose, il va falloir être actif parce qu'il ne se passait jamais rien. Il voyait le psychiatre tous les 15 jours et moi tous les mois avec reconduction d'arrêt mais qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qui avance ? Avec le médecin du travail qui dit : « tant que vous prenez ça comme traitement, puisqu'il a 30 km à faire en voiture tous les jours pour aller

355

au travail, moi je ne veux pas que vous preniez votre voiture » et le médecin conseil qui dit : « bah qu'est-ce qui se passe pour ce patient il va bien falloir qu'il reprenne à travailler... » Donc un jour j'ai dit qu'il va bien falloir qu'on prenne une décision ; c'est-à-dire soit vous êtes mis en invalidité mais bon je trouve ça dommage à 50 ans d'être en invalidité alors que peut-être que vous pouvez pas aller travailler là où vous êtes, mais j'estime que vous êtes en mesure de travailler et que c'est dommage pour vous, que vous ne travaillez pas. Parce qu'il n'est pas question de lui dire il faut que vous changiez de femme...ceci dit ça régleras pas le problème qu'il a au travail non plus... et là ça a été panique à bord... ça a été très difficile et en fait on a trouvé une solution, ...C'est-à-dire qu'il travaille à mi-temps avec une invalidité, première catégorie je crois, qui lui permet d'avoir quand même repris une activité professionnelle et que sur le plan financier qu'il ne perde rien. Tout ça déclenché parce qu'il en avait marre de son travail, et qu'il voulait faire une reconversion professionnelle pour être comptable, par un système de fond de formation qui n'a pas été retenu et qu'il était donc condamné à rester à son poste à la chaîne dans une usine. Et finalement on a travaillé là-dessus, sur le fait que bah c'était peut-être pas si mal et du coup on a un état à peu près stabilisé.

360

365

370

Mais à un moment donné il fallait qu'on l'oblige à prendre une décision, parce que sinon ça n'avancait pas, et on était dans une impasse. C'est pour ça peut être que j'ai réagi vis-à-vis de ce patient en me disant, bah lui il a pris une décision, il est l'acteur de quelque chose.

375

D6 : Et puis du coup, on a un état à peu près stabilisé. Mais à un moment donné, il fallait qu'on prenne une décision, parce que sinon ça n'avance pas. On était dans l'impasse. C'est peut-être pour ça que j'ai réagi vis-à-vis de ce patient en disant « lui il a pris une décision, il a été acteur de quelque chose qui m'a paru, à moi, un élément positif ». Peut-être que moi j'ai

fait le parallèle avec ce cas clinique particulier. Peut-être qu'on réagit, nous, en fonction des situations cliniques qui vont faire que l'on prend telle ou telle décision. Par rapport à notre vécu professionnel...

380 D1 : Ouais, je pense qu'on prend nos décisions dans ces situations-là, par rapport à notre vécu professionnel et par rapport à notre vécu personnel.

D6 : mm (*acquiesce*)

M : Là tu fais appel à deux autres professionnels qui pouvaient intervenir dans l'histoire. On a parlé du médecin du travail et du médecin psychiatre. Bon visiblement ça n'a pas été simple avec le médecin psychiatre euh...

385 D6 : On a changé le psychiatre et ça a été beaucoup mieux.

M : Euh, d'accord.

D6 : Ce n'est pas possible, vos 2 médecins qui vous prennent en charge ont des discours opposés. Il faut que vous changiez quelque chose : soit vous changez de psychiatre, soit vous changez de médecin traitant, mais on ne peut pas travailler comme ça, c'est pas possible.

390 M : C'est lui qui a choisi.

D6 : Bah oui, il faut... on ne peut pas continuer à être dans l'opposition, ça vous déstabilise. Donc il faut qu'on avance. Il faut changer quelque chose que ce soit le médecin traitant ou le psychiatre. C'est vous qui voyez.

D3 : On retrouve la notion de cohérence dans le projet. A un moment donné tu estimes que le psychiatre ruine le projet de par son comportement et donc à un moment, toi en tant que médecin, tu... t'as envie de faire progresser (M6 : avancer), donc dans le projet, c'est quelque chose de cohérent dès le départ, enfin, qu'on change ce qui rend le projet incohérent.

395

D6 : Bah oui parce que quand on est... on tourne en rond. Il faut sortir de la boucle.

D4 : Ce sont des situations fréquentes, on tourne en rond.

D5 : Non mais le frein à l'arrêt de travail, c'est ça, c'est la chronicisation. Surtout dans ces situations, quand il y a un conflit au travail, quand nous on met les gens en arrêt, on se dit toujours : « ça va durer combien de temps ? ». C'est... d'où l'idée d'avoir un projet, euh, alors chacun sa méthode, moi j'en ai une encore plus brutale c'est que je mets un arrêt d'une semaine et il faut que dans la semaine les syndicats et médecin du travail. Bon, si le médecin du travail ne peut pas le voir dans les 15 jours, je... je suis d'accord pour que ce soit 15 jours d'arrêt de travail. Mais si il n'y a pas ce pré requis, eeee d'ailleurs le problème de l'arrêt de travail, j'ai remarqué s'arrête tout de suite, c'est-à-dire que les gens reprennent le boulot. C'est-à-dire qu'ils n'étaient pas prêts à prendre en compte et en main leurs problèmes de... alors auxquelles zzz...

400

405 des fois c'est peut-être un peu injuste mais comme je sais que de toute façon, autrement, on se retrouve dans des situations totalement ingérables... il y a un risque hein, on sait que un arrêt de travail qui dure plus de 6 mois, c'est des populations de gens dont plus de la moitié ne reprendront jamais le boulot... c'est... monstrueux quoi ! Quand c'est des gens qui ont encore dix, quinze ans de boulot, on ne peut pas prendre ce risque n'importe comment, faut quand même le... Et on n'a plus ce risque là que le risque inverse de se voir refuser un arrêt de travail enfin, les demandes d'arrêt de travail abusives, alors soit je suis particulièrement euh gentil, laxiste mais c'est très rare que ma morale soit choquée par une demande d'arrêt de travail. J'ai plutôt des situations où les gens c'est pas raisonnable de reprendre le boulot demain matin que l'inverse et les rares fois où c'est arrivé, moi j'ai ...du coup je dis que je suis pas complètement d'accord, je leur met 2 jours d'arrêt puis au bout de 2 jours, « si c'est pas assez vous viendrez me voir », en général ça règle le problème... c'est pour ça que je dis... au bout de deux jours, ils reprennent le boulot et puis si c'était abusif, c'est deux jours de carence. C'est pas si grave quoi. Mais c'est quand même exceptionnel, j'ai même pas de situation dans la tête immédiatement disponible alors à l'inverse, des gens qui devraient être mis en arrêt, qui me disent je peux pas, le plus souvent pour des mauvaises raisons plus que des bonnes mais euh...

405

410

415 D1 : Ca dépend peut être aussi de l'endroit de l'installation.

D5 : Ah c'est possible hein.

420 D1 : Moi j'ai eu deux installations, j'ai eu une installation à Paris intramuros et une seconde installation à Noirmoutier et je vois très très bien que ça n'a rien à voir !

D5 : C'est les mêmes gens ! C'est pas la même période, c'est tout ! (*sur un ton amusé*)

*Rire de l'assemblée*

D1 : Oui l'été c'est autre chose, ils viennent rarement pour un arrêt de travail l'été.

425 M : On se demande... si ça n'introduit...

D1 : Bah justement ils sont ostréiculteurs, ils sont pêcheurs, ils sont commerçants, donc ils ne peuvent pas s'arrêter, donc ils sont très peu dans la demande et ceux qui sont arrêtés, c'est ceux que l'on force à s'arrêter... « Bon là eu stop quoi. Stop. »

M : Tu introduis une autre variable qui est celle de l'antériorité de la connaissance avec le patient. Est-ce que... du coup tu... ça fait pas très longtemps que tu es installé à Noirmoutier, tu as des patients nouveaux que tu ne connaissais pas.

430 Comment cette dimension-là intervenait, le fait de bien connaître tes patients depuis plusieurs années, et le fait de ne pas les connaître ? Par rapport à cette décision d'arrêt de travail.

D1 : Ah bah je pense que quand on est enfin... moi c'est ma tendance, quand on les connaît moins bien, on est moins laxiste euh on est plus ... quand on connaît bien les gens , on sait un petit peu dans quelle catégorie enfin on s'est fait nous-même, des catégories dans notre esprit et par exemple des gens qui sont jamais dans une plainte, même pour un diagnostic, des gens qui ne sont jamais dans la plainte etc., le jour où ils se plaignent, on fait peut être plus attention à leur plainte que quelqu'un qui est euh par exemple un douloureux chronique, ou bien des plaintes multiples euh . Lorsqu' on voit quelqu'un qui ne s'arrête jamais, qui a toujours été véritablement très actif etc. et qui le jour où il est vraiment mal on même qu'il est dans la demande de l'arrêt, je pense qu'il est plus euh, on est plus enclin à l'arrêter. En revanche quand on n'a pas d'antériorité avec les gens, euh à part vraiment si c'est une pathologie bien précise qui fait que voilà euh d'ailleurs à la sécurité sociale ils ont commencé à coter ces choses-là, la grippe tant de temps, voilà eu, la lombalgie en fonction de l'activité physique et du poids des charges, tant de temps etc. Mais euh voilà, enfin moi je réagis comme ça.

440 D3 : Bien connaître ses patients, ça permet quand même effectivement une négociation sur, enfin moi il me semble, sur un autre terrain. En général quand le médecin connaît bien le patient, le patient connaît bien le médecin.

D1 : Ouais c'est vrai.

445 D3 : Donc euh, c'est comme un jeu, c'est une négociation, c'est un peu un jeu. Mais ça permet des fois de jouer plus cartes sur table effectivement quand on ne connaît pas les gens et qu'on n'a pas d'éléments de réflexion. On peut dire à quelqu'un vous voyez, il vous est arrivé telle chose, on a eu telle action, et on a abouti à tel résultat. On peut travailler là-dessus et replacer toujours le patient au centre de la décision et pas nous euh. La gastroentérite c'est 3 jours, on peut leur dire une gastroentérite c'est 3 jours, c'est la SECU qui l'a décidé comme ça et puis effectivement, globalement ça se passe bien en 3 jours quoi. Alors que les pathologies qu'on a vu là c'est... y a pas de règlement, il faut à la fois mettre des limites et en même temps dire au patient, « la limite, c'est pas moi qui la mettrait, c'est vous. Et donc je vous connais bien maintenant, ça fait des années qu'on se voit, qu'on se connaît bien, voilà peut-être comment on va travailler. » Je trouve que ça... C'est... moi je fais ce geste là (désigne une distance avec la main, un parcours) Chacun travaille toujours en fonction des réactions de l'autre. On est dans le sensitif quand même dans le choix de l'arrêt de travail.

455 Les autres acquiescent.

D3 : Il est vrai que c'est dans tout, c'est du relationnel. Donc euh

D4 : Il y en a qui en joue

460 D3 : Tout à fait c'est pour ça que je vous dis, il y a des patients qui connaissent bien le médecin et qui savent très bien que si ils pressent à tel endroit, hop. Et il faut se... Plus on prend de l'âge et plus il y a des patients qui savent presser au bon endroit. Ça il faut s'en méfier. Il faut des fois toujours rester dans le compromis mais...

D5 : Après dans la négociation, il y a, moi, une limite à ce que tu dis c'est pour les gens qui ont un problème de souffrance psychique quelconque. C'est d'éviter les arrêts longs mais en période d'une semaine. C'est-à-dire que quand il y a beaucoup de gens qui résistent en fait « je vais reprendre le boulot » bon on verra dans une semaine. Une semaine, une semaine, une semaine, au bout du compte ils se retrouvent arrêtés 3 mois, sauf qu'ils ont été pendant 3 mois tout le temps en permanence avec l'idée qu'ils vont reprendre la semaine prochaine. Et jamais ils se reposent et ça il faut de temps en temps trancher en disant non : « vous êtes crevés, il faut vous reposer, donc c'est tant de temps et après on voit comme ça, et pendant ce temps-là vous avez le temps de vous reposer et puis la dernière semaine, vous vous préparez à reprendre le boulot mais au moins les 15 jours d'avant, vous allez penser à autre chose et pouvoir vraiment vous reposer » et c'est la seule et unique. Mais autrement ça se négocie tout le temps, ça c'est sûr.

470 D3 : Dans le vocabulaire aussi, « je vous donne 15 jours » j'ai la capacité quelque part de vous donner 15 jours. « On se laisse 15 jours » ça signifie que c'est vous qui allez me dire. Et je trouve que l'obligation quand ils reviennent, c'est dire «bon finalement on fait quoi aujourd'hui ». Donc là c'est à moi qui peux décider de donner 15 jours de plus ou pas 15 jours

de plus. Et donc là j'ai plus envie d'être dans cette relation-là. Sinon c'est de la dépense, j'ai un grand sourire, j'ai réussi à décrocher 15 jours. Non si on met 15 jours de plus, pourquoi on le fait, ça sert à quoi ? Et on est les deux liés.

475 M : ça veut dire que tu laisses au patient, finalement, in fine, la décision mais sous conditions, un objectif ?

480 D3 : Oui d'une certaine manière. De la même manière que la SECU dit : Je reprends l'exemple de la SECU et la gastro, on sait que la gastro c'est 3 jours, donc on a admis cette notion-là. Donc là on n'a pas de notion de temps puisqu'on est dans la souffrance au travail, dans la souffrance personnelle ou autre. Donc à un moment donné il faut trouver une solution. Est-ce que la solution c'est l'arrêt de travail prolongé ? Et le patient se rend compte que finalement c'est pas la solution donc à un moment donné, l'arrêt de travail vous permet d'être libéré des contraintes, donc de pouvoir réfléchir et d'utiliser votre temps à quelque chose mais il faut qu'à un moment donné on puisse prendre une décision ensemble. Et par contre c'est le patient qui vient en disant : « voilà docteur j'ai réfléchi, finalement, (j'ai réfléchi finalement ça signifie : « on va essayer d'arrêter ça ») mais par contre j'ai décidé de travailler moins ou de changer de travail, de changer de mari, enfin. L'idée c'est de montrer que l'arrêt de travail, c'est pas une finalité. C'est un moyen d'aboutir à un résultat enfin, dans les pathologies chroniques, de manière àaaaa. Parce que finalement pour une gastroentérite, ils nous posent jamais la question si c'est pas plus de 3 jours, parce que c'est logique, il y a un but, je suis guéri dans 3 jours. Après je crois que et bien là c'est un petit peu la même idée, sauf que c'est lui qui définit la période qui doit porter un résultat.

485

M : Mais ce que tu nous décris là c'est ta perspective que tu essaies de faire mais il doit bien y avoir des fois le patient, il ne rentre pas dans la combine. Donc euh, sur quoi tu fondes ta décision quand ton principe ne marche pas ?

490 D3 : Sur quoi je prends ma décision...

M : Sur quels éléments tu décides de donner, de pas donner, de donner moins, de donner plus, si le patient ne rentre pas dans la combine...

D3 : Si le patient au bout de quinze jours...

495 M : ...Si il n'accepte pas la négociation, si par exemple il reste très figé sur ses positions : « je veux reprendre » ou au contraire « je veux.. » et si les objectifs que vous avez définis en commun, n'ont pas avancés, comment tu fais, sur quoi tu fondes ta décision ? L'idée c'est : « sur quoi on s'appuie quand c'est difficile ? »

D1 : Il peut y avoir d'autres choses, enfin je vais aller dans ton sens.

M : Oui

500 D1 : Pour aider la décision, ça peut être aussi l'adhésion au patient à la prise en charge soit par l'aide d'un soutien psychologique et un psychologue, un psychiatre, ou la prise en charge médicamenteuse, parfois il y a des refus des patients qui veulent bien qu'on les aide mais ils ne veulent surtout pas aller voir le psychiatre ou le psychologue. Alors au bout d'un moment dans la négociation, ça peut être bah eu oui enfin à ce moment-là faut reprendre le travail ou vous voyez le psychiatre

505 D3 : C'est la notion de l'objectif quoi, si l'objectif n'est pas atteint, qu'est-ce qui fait que l'objectif est pas atteint ? Donc le patient se retrouve quand même dans l'obligation à un moment donné de se dire : je peux pas quémander, l'arrêt c'est pas, il a peut pas le quémander, c'est alors. On fait quoi ? Et souvent c'est le patient qui va venir « vous croyez docteur que je devrais aller voir quelqu'un d'autre ? », mais c'est lui qui demande. « On s'était donné quinze jours, ça a pas abouti, vous ne pouvez pas reprendre, qu'est-ce qu'on fait maintenant ? ». De la même manière que quelqu'un qui a une lombalgie, on peut pas reprendre, donc on fait un scanner parce qu'il y a une douleur et qu'il y a peut-être quelque chose derrière ? Là c'est la même idée, on peut pas redonner un arrêt de travail indéfiniment sans qu'il y ait un objectif sinon il n'y a pas de limite et à un moment donné, faut que le patient euh « qu'est-ce qu'on fait ? » c'est pas moi qui lui impose quelque chose...

510

D4: Si le patient ne le fait pas tu le prolonges pas, tu dis « hop, moi j'arrête, c'est fini »

D3 : Si mais avec un autre objectif

D4 : Oui, oui

515 D3 : Si lui propose rien, c'est moi qui à un moment donné : « on va faire comme ça » donc c'est là où on va aller voir le psychiatre, c'est là où on va mettre un traitement, c'est là où... bon des traitements antidépresseurs, je les repousse parce que je sais... je trouve que c'est pas la solution. Mais à un moment donné, je veux dire est-ce que, je vais dire au patient, « est ce que vous pensez qu'un traitement peut vous aider ? » et là c'est extraordinaire, que ce soit le médecin qui dise au patient « est ce que vous pensez qu'un traitement peut vous aider ? » si la réponse est « oui », alors on a cet objectif alors que moi-même je sais très bien que c'est pas là... que c'est pas la bonne réponse mais à un moment donné il faut qu'il se découvre. Moi ce que j'aime c'est quand le patient me dit à la fin : « finalement docteur, vous m'avez obligé, à une

520

réflexion et puis j'ai voilà, j'ai trouvé une solution » et non pas moi je vous dis « allez, je vous remets encore 15 jours et puis on verra bien ». Ça je fais plus, je l'ai fait.

D4 : Bah ça sert à rien ça.

525 D3 : Après comme il dit (M), il y a des moments où c'est la galère parce que je suis comme tout le monde, j'arrive au bout des arguments, j'arrive au bout des objectifs possibles, j'arrive euh.

M : Est-ce que, ce que j'entends aussi de la discussion, c'est que finalement, il y a peu recours à des tiers. C'est, bon. Il était question de deux professionnels jusqu'à présent : psychiatre et médecin du travail. Mais euh les autres spécialistes finalement je sais pas...c'est quoi votre sentiment par rapport à ça. Là je vous entendais dans une solitude face à cette

530 décision. Ou au contraire, dans le fait d'assumer pleinement cette fonction-là. Comment ?

D5 : Faut faire la différence entre les négociations compliquées et les décisions de situation. Là on était clairement dans une situation qui devenait chronique où le psychiatre était devenu chronique comme le patient, hein. P'têtre sans s'en rendre compte d'ailleurs... Parce que ça peut nous arriver à tous hein. Et finalement c'est l'introduction d'un tiers qui a permis de résoudre le problème. Quand t'as dit : « il faut changer de médecin ou de psychiatre » t'as introduit un tiers finalement qui est un autre psychiatre, ça aurait pu être un autre médecin traitant. Mais y a.

535

D6 : Moi j'ai mis un ultimatum sur le fait que je lui demandais de changer quelque chose.

D5 : Voilà c'est ça !

D6 : De ne pas rester dans euh, je trouvais qu'il y avait rien qui annonçait... Y se passait rien. Je sais pas aussi. Il faut qu'il se passe quelque chose.

540 D5 : Bien sûr !

D6 : Il faut, il faut que quelque chose change.

D5 : Et donc le tiers, il l'a trouvé lui-même, il a changé de psychiatre... Il y a eu un troisième larron qui est venu et ça a fait bouger les choses. Tu vois ce que je veux dire, que ce soit un tiers euh comme ça trié sur un vrai triangle ou comme tu l'a fait, c'est quelqu'un qui vient de l'extérieur, ça peut être bien dans les situations chroniques. Mais c'est autre chose que les situations qui sont compliquées, où il y a négociation qui aboutit pas ou un diagnostic qui vient de moins en moins ou des pathologies comme dans laquelle on est où finalement on a le problème d'arrêt de travail, simplement parce qu'on arrive pas à accepter l'idée de la pathologie ou l'idée qu'on rentre dans un autre registre que le registre sur lequel on pensait être. C'est douloureux d'abandonner un diagnostic par exemple. Avant de faire un diagnostic de, on va dire de fibromyalgie, ou d'hypersensibilité centrale etc., faut d'abord que tu aies abandonné tout ce que tu as fait avant. Avant tu as forcément fais

545 une démarche diagnostique, c'est obligatoire, t'as essayé de savoir à quoi ça correspond. Donc t'arrive à un moment où tu te rends compte que ça correspond à rien. Alors à ce moment-là, prendre la décision de, « et bah c'est autre chose », c'est déjà abandonner l'idée « je sais pas, je suis pas assez bon, j'ai pas trouvé le bon truc, faudrait peut-être que j'aie voir quelqu'un d'autre et c'est là qu'il y a un risque d'aller vers l'escalade diagnostique, le, alors c'est arrivé une fois de temps en temps d'aller voir quelqu'un d'autre mais il a le droit mais...

550

555 D4 : la sensation d'échec quoi.

D5 : Donc on se retrouve à être dans un truc où on pense qu'on en échec alors qu'on est simplement à l'idée qu'il faut accepter une autre réalité du diagnostic, puisqu'on change de réalité là, complètement, puisqu'on va plus être dans les diagnostics, on va être dans l'abandon du diagnostic pour la fabrication d'une nouvelle prise en charge. Là, il y a un point qui est très douloureux pour le médecin, il y a un truc central.

560 M : C'est vrai.

D3 : Le tiers, il m'intéresse. Il y a des moments, moi j'ai l'impression que j'utilise le spécialiste comme un outil. Excusez-moi le terme, c'est un petit peu barbare. Mais il y a des spécialistes qui sont très rigides, très durs. D'autres qui sont beaucoup plus lestes. Si on prend des troubles musculo-squelettiques, ça peut être important qu'un rhumatologue dise : « voilà, la pathologie que je rencontre, moi, c'est ça. » Il y a un mot qui est écrit, un terme, ou une expression et après on peut dire au patient « voyez, vous allez voir un spécialiste, donc quelqu'un en qui on a totale confiance. Il a dit ça » Et ça permet de progresser. Et puis des fois, on va tomber sur un spécialiste qui va délayer la sauce et puis on tombe dans la chronicisation, parce que quand on lit le courrier, le patient dit « vous voyez bien docteur, il m'a dit que c'était pas si clair que ça » et là on est bloqué quoi.

565

D6 : C'est pour ça qu'il faut bien choisir ses correspondants

570 Rire de D4

D3 : J'ai des correspondants différents en fonction...

D1 : ...Du profil du patient.

575 D3 : Oui mais là on arrive dans un domaine qui est difficile, qui est de la sensation que j'ai eu quand j'ai examiné moi-même le patient. Si j'ai la sensation qu'on va tomber dans de la chronicisation alors qu'il y a rien, j'aurais envie de faire confirmer qu'il n'y a rien. Mais je reste quand même dans mon ressenti à moi et pas dans une démarche qui est déjà un peu... où j'ai déjà moi-même, pris un peu une décision, une partie prenante quoi. Et y a des fois quand on patauge, ça fait du bien de dire à quelqu'un, bah « dis-moi comment tu vois ce patient ? » Spécialiste en plus, ça permet de d'ouvrir le débat. Mais l'idée c'est quand même que le patient soit... puis qu'on puisse utiliser ça avec le patient pour son projet de réinsertion ou son projet de reprise du travail ou autre. Y a des fois où on tombe effectivement à plat complètement.

580 D4 : Oui, mais c'est encore pire quand les spécialistes disent aux patients « ah bah je vous ai trouvé un petit truc ». Par exemple sur les lombalgies : « ah bah je vous ai trouvé un petit truc, peut-être qu'un avis chirurgical serait bien nanananin », et on est reparti encore pour euh... Et c'est toujours, derrière, on rame. On est là pour faire les arrêts, machin.

585 D3 : Alors juste, plus c'est un spécialiste comme le psychiatre, donc on ne peut rien prouver, plus le risque de chronicisation peut être important parce que là, c'est « voyez votre médecin pour l'arrêt de travail » et puis lui prend en charge le patient et du coup, tout t'échappe sauf l'arrêt de travail qui reste à ta charge à la fin. C'est une situation dramatique.

D6 : D'accord, dans la situation, le psychiatre, enfin, je lui proposais de faire l'arrêt, de faire aussi l'arrêt. Et c'est le patient qui n'a pas voulu car il ne voulait pas que l'arrêt soit au nom d'un psychiatre. C'est pour ça qu'il est revenu me voir.

D3 : C'est déjà un projet de vie que de ne pas tout donner à son psychiatre.

Rires de l'assemblée.

590 M : Mais justement, puisque vous faites allusion aux situations où il y a plutôt désaccord entre plusieurs intervenants professionnels entre un spécialiste d'organe et le généraliste. Euh, vous réagissez comment, enfin, c'est un peu la dernière question qui était prévue pour ce focus group. Est-ce que vous réagissez comme euh enfin est ce que vous vous situez plutôt comme du côté du patient, l'avocat du patient, le défenseur des droits du patient ou bien comme le porteur de l'institution, et le porteur de décisions académiques en fait. Dans quel sens vous vous dites je suis pas, enfin euh le

595 spécialiste l'entraîne dans quelque chose euh c'est quoi votre position à vous là là-dedans? »

600 D4 : C'est difficile au départ de dire que, enfin, que les spécialistes ont tort. C'est pas, enfin ...Ils ont trouvé par exemple, chez mon patient lombalgique en accident de travail, depuis 3 ans, pour ça, hein. Et à chaque fois ils trouvent des trucs puis y disent « bon bah oh, bof, non maintenant après c'est pas si grave que ça donc euh voilà on reprolonge et puis on attend un Rdv par exemple à la TOURMALINE qui va mettre 3 mois à arriver et puis voilà. Et le patient en fait, il pense qu'il a quelque... Enfin il pense parce que à cause de tout ça, qu'il a quelque chose de grave mais en aucun cas on voit vraiment des choses, y a pas d'hernie, y a pas de chose... Mais un petit truc si on le dit à ce patient, un tout petit truc, ça y est, il va monter ça en épingle et il va se dire bah voilà

M : Et alors ton rôle, toi, dans ce

605 D4 : Mais oui, alors, c'est difficile aussi de, enfin, moi j'aime pas, enfin, dire bah non ah non, ils savent pas c'est pas vrai. Je veux pas dire ça. C'est un confrère donc je ne vais pas dire ça. Mais euh, alors, j'essaye de lui dire, « mais bon vous comprenez, là pour l'instant il n'y a pas de solution adaptée donc il va falloir qu'on recommence encore ce... enfin... de nouveau les arrêts de travail de façon chronique. Est-ce que vous pensez pas que ? » Et là tout de suite : « Ah non non le spécialiste a dit que j'avais quelque chose. » Alors en tant que...

610 D1 : Oui mais là c'est là où tu engages une discussion avec le spécialiste : soit une discussion au téléphone ou par écrit en demandant au spécialiste tout simplement encore

D4 : Oui de se positionner

D1 : De se positionner. Est-ce que la pathologie du patient nécessite un arrêt de travail

D4 : Mais je pense qu'ils pataugent comme nous.

615 D1 : Ou de se positionner euh, avec le fait que le spécialiste prolonge l'arrêt de travail quoi. Soit il se positionne véritablement en le faisant, soit il se positionne par écrit ou verbalement en disant « oui la pathologie de Mr un tel, pour telles raisons, nécessite un arrêt de travail et jusqu'à quand. » Jusqu'à quel examen complémentaire ou jusqu'à quel...

D4 : Oui voilà, je pense que je vais arriver à le faire parce que

620 D3 : On peut se positionner aussi... tout à l'heure, après tout, le médecin généraliste, c'est un spécialiste de médecine générale donc comme tout le monde a la qualité, on peut dire au patient que la prise en charge, elle est globale. Donc on a un avis, un avis, un avis et puis après un médecin généraliste qui fait un peu la synthèse de tout ça, il coordonne des soins avant tout. Et puis après il est là pour aider le patient dans sa décision. Donc si tu le places, j'allais dire, en métaposition par rapport à tout ça en disant « bah voilà, on va regarder ça ensemble, le spécialiste de.., le psychiatre le médecin du travail, la loi, enfin on prend tous les éléments et avec tout ça il faut qu'on prenne une décision » Donc dans ce cas-là, le petit mot qui va nous déranger dans la lettre du spécialiste, il vaut plus rien du tout. Et si on veut lui donner de l'importance parce qu'on estime qu'elle en a, on a le droit de dire « bah là ça c'est important » si on estime que ça n'a pas d'importance, alors charge à nous après de prendre nos responsabilités avec le patient. Mais si on lui dit, « qu'est-ce qu'on fait de tout ça. C'est un mot écrit dans une lettre, on en fait quoi. Avant d'aller voir le spécialiste, vous saviez pas que vous aviez ça et d'un seul coup parce que c'est écrit, ça prend de l'importance ? »

D4 : « Mais vous voyez bien docteur que j'ai quelque chose »

630 D1 Oui mais oui, mais le patient, il peut rétorquer ça, « vous voyez bien docteur que j'ai quelque chose » et il peut te rétorquer également « bah à ce moment-là, si ce n'est rien, pourquoi vous êtes allés, pourquoi j'ai vu le spécialiste, pourquoi vous m'avez envoyé voir le spécialiste » parce que c'est toi quand même qui a pris la responsabilité de l'envoyer vers le spécialiste.

D3 : Pour un avis, un avis.

635 D1 : Non c'est pas qu'un avis, c'est pas qu'un avis, c'est comme tu disais très bien tout à l'heure, c'est que cette décision d'envoyer voir un spécialiste, c'est un moment où un peu tu patauges. Soit tu es en situation d'échec vis-à-vis du patient par ce que tu ne sais plus comment bien l'orienter euh ou tu veux que justement qu'il y ait une ouverture sur autre chose ou avoir un deuxième avis. Peut-être toi qui connais très bien ton patient, t'as pu passer à côté de quelque chose.

D6 : Prendre du recul

640 D4 : Oui

D1 : Donc on ne peut pas minimiser. Enfin, moi il y a des moments où on peut être un peu gêné alors on peut, on n'est pas forcément euh forcément toujours d'accord avec les avis de spécialistes que j'ai demandés, euh bien au contraire parfois. Mais on ne peut pas non plus minimiser l'avis d'un confrère qu'on a indiqué à notre patient, parce que souvent les spécialistes auxquels on envoie, c'est des spécialistes qu'on connaît et on envoie les patients parce qu'on pense que c'est un bon spécialiste pour cette pathologie.

645

D7 : Ceci-dit, ce genre de problème est rarement le problème des spécialistes vers qui on envoie, c'est souvent le spécialiste choisit par le patient lui-même

D6 : Oui

M : En ville oui, en ville c'est différent.

650 D7 : Bah moi, chaque cas est différent, mais nous on est confronté à ça. On recommande tel ou tel spécialiste et finalement on s'aperçoit qu'ils sont allés voir tel autre, avec qui effectivement on peut être moins à l'aise et avec qui la discussion va être plus difficile.

M : Oui

D3 : J'ai plus de difficultés quand la lettre est vide que quand elle est très pleine

655 D7 : Ouais

D3 : Quand elle est très vide, on sait pas ce qu'on va faire. On se retrouve dans la situation de tout à l'heure de bah... ça y est, on est devant la décision d'arrêt de travail, on va repousser de 15 jours, on sait pas ce qu'on va faire. Quand on a un spécialiste qui dit « voilà j'ai retrouvé sur telle vertèbre tel truc » et puis finalement c'était pas le problème du jour, bah on explique au patient que c'est pas le problème du jour. Donc c'est présent, ça existe, on peut y accorder de l'importance à un moment donné, mais aujourd'hui dans la décision de votre reprise de travail, ou de non reprise du travail, ça n'a pas de pouvoir. Et par contre, « on fait quoi ? ». Et on redit au patient « on fait quoi ? ». Moi je vous ai amené les éléments mais vous, vous avez aussi votre rôle à dire. Si il me dit « oui mais maintenant je sais que sur ma vertèbre, c'est hyper abimé » « avant vous ne le saviez pas et vous alliez très bien ». Tu vois j'ai moins de soucis à expliquer les choses comme ça et à priori pour moi, le patient de le recevoir. Et puis quand j'ai rien, le pire, c'est le vide. Quand tu sais pas quoi faire là... A

660

- 665 marcher sans savoir où tu vas, tu arrives nulle part et tu t'en aperçois même pas quoi. Le patient, il est dans la même situation, c'est-à-dire pourquoi j'ai mal, pourquoi ? On a vu tout à l'heure dans les exemples. Il y a des patients qui savent pas pourquoi ils ont mal et on a pas d'explications à leur donner, alors ils vont aller sur internet et ils vont trouver une explication mais finalement elle convient à personne et puis avoir une explication ça les aide pas à guérir pour autant. Par contre qu'est-ce qu'on va faire de tout ça. Moi je trouve que ça... A un moment donné, il faut qu'il te dise : « bah
- 670 finalement docteur on va faire ça » c'est lui qui décide, alors ça ça prend du temps et des fois tu galères, tu rames mais... Après si tu donnes l'habitude à tes patients de fonctionner enfin moi j'essaie de les rendre acteurs donc au bout d'un moment ils savent que quand ils viennent chez moi, il faut qu'on décide à la fin de quelque chose. Y compris d'aller voir un spécialiste avec le risque de trouver quelque chose. Mais des fois je suis comme vous, que je rame parce que j'ai pas de solution et que...
- 675 M : Enfin, j.. enfin, tu présentes les choses sous un peu différemment de la majorité du groupe, enfin bon, beaucoup... enfin si j'ai bien compris l'arrêt de travail, ça devient un outil de la relation thérapeutique, ça donne une négociation, on parle moins les symptômes mais on porte la négociation sur la durée d'arrêt de travail pour positiver tu disais ou pour donner au patient un rôle dans la décision euh et le recours aux spécialistes, finalement ça aboutit, si je comprends bien pour beaucoup d'entre vous, à une certaine perte d'autonomie professionnelle quoi. Vous vous sentez euh
- 680 D4 : Non mais c'est des fois on est un peu coincé
- M : C'est sous-entendu.
- D6 : Je nuancerai les spécialistes. C'est-à-dire ça dépend de quel type de spécialiste. Si ce sont nos correspondants habituels, et qu'on a confiance dans le correspondant, ça pose pas de soucis, c'est pas un problème. J'ai un problème avec certains correspondants, c'est les centre de la douleur, parce que là, là ça n'avance pas, enfin je trouve que ça n'avance pas.
- 685 Ils sortent avec des ordonnances impressionnantes. Nous on gère les effets secondaires des traitements. Il faut qu'on allège les traitements euh alors les patients ont beaucoup attendu de ce rendez-vous, ils s'imaginaient que ça allait transformer les choses donc des délais qui sont de 3 à 4 mois. Une fois qu'ils y sont, on leur parle d'hospitalisation, d'injection, ils reviennent, ils sont dans la même situation avec ces ordonnances là et nous on gère. Là oui, là j'ai un souci et j'avoue que maintenant je suis très réticente.
- 690 D5 : Je trouve que les difficultés avec les demandes d'avis spécialisés c'est que y a parfois des délais qui sont plus long que l'arrêt qu'on aurait mis spontanément et j'essaie toujours d'expliquer aux gens que l'avis du spécialiste, le scanner, ça ne va pas enlever la douleur, ça va nous aider à décider ce qui va se passer au niveau diagnostic mais que faut penser à plus court terme sur ce qui va se passer. Parce que si le scanner est dans 6 semaines, le rhumato sera vu après dans 2 mois, ça fait trop long, les gens attendent longtemps cette consultation et ils ont pas bien compris dès le début de ce qu'on en attendait et ce qu'on en attendait pas. Ils reviennent souvent déçus en disant voilà il m'a dit de refaire des images, qu'il va prévoir une infiltration sous scan, enfin bon, on est parti sur un truc qui prend beaucoup de temps. La question des délais des spécialistes elle est compliquée. On comprend bien que ...
- 695 D4 : Je pense que c'est pour ça que ça se chronicise souvent, c'est qu'il y a trop de délai comme tu dis entre les examens complémentaires et les rhumatos par exemple ou les centres antidouleurs. Donc les gens attendent tellement de ça qu'ils sont complètement déçus après. On peut pas leur dire non plus bah « vous savez ça va pas vous faire grand-chose » on peut pas leur dire ça. Mais on peut pas leur dire « vous en attendez vraiment euh. Vous allez être soulagée. » non plus. C'est pas vrai.
- 700 D1 : C'est aussi un peu notre réflexion sur les examens complémentaires hein. Je pense que quand on passe un examen complémentaire, il faut qu'on se demande avant tout « qu'est-ce qu'il va m'apporter » parce que quand on prescrit une IRM à un patient et qu'on sait qu'il va l'avoir dans 2 ou 3 mois, si on est persuadé dès le début, que si l'IRM est non contributive ou euh si l'IRM est la demande du patient et euh « on pourrait pas faire une IRM ». Ça a pas beaucoup d'intérêt. Si on pense que véritablement l'examen complémentaire va avoir un intérêt, à ce moment-là on a peut être intérêt dès le début à prévoir au plus vite pour que ça ne se chronicise pas.
- D4 : Oui
- 710 Echange inaudible
- M : sur les stratégies,
- D3 : à Nantes une IRM d'épaule c'est 2 mois, 2 mois et demi.
- D1 : C'est des pathologies qui nous posent des problèmes IRM, c'est souvent l'épaule qui est quand même l'articulation la plus complexe. Et voilà quand au bout d'un moment l'habitude des épaules, on, dès le début, on peut se poser la question est ce que cette épaule va avoir besoin de.
- 715

D6 : Ca va finir par une IRM

720 D3 : Par rapport au sujet de départ, là on est dans un sujet quand même très mécanique. Donc on a une explication dès le départ que le patient entend et qu'il obtient quoi. On n'est plus dans le domaine de pathologies chroniques non explicables. Enfin moi j'essaie de travailler là-dessus, sur le, l'IRM en prévoyant tout l'un derrière l'autre, parce qu'on sait que c'est mécanique et que ça n'aboutira pas... ça va aboutir à une chirurgie, une rééducation vraisemblablement. Alors t'as des douleurs sans qu'il y ait quelque chose.

725 D1 : Et ces douleurs qui sont mécaniques au départ, si on l'identifie pas bien, j'ai l'impression qu'elle peut véritablement se chroniciser rapidement et devenir aussi une douleur psychique. Parce que le patient qui a des problèmes d'épaule, c'est des travailleurs physiques souvent ça remet toute leur vie en jeu. Enfin, moi je vois parce que je travaille avec des ostréiculteurs, des marins pêcheurs etc. Avoir un pêcheur qui ne peut plus se servir de ses épaules, bah voilà, c'est un marin-pêcheur qui vend son bateau qui...va poser des tas de soucis par derrière.

D6 : Enfin dans les patients qu'on prend en charge, ils ont aussi des vraies pathologies, des vrais problèmes

D1 : Bien sur

D6 : Il faut qu'on les prenne en charge.

730 Echange inaudible

M : Pour ces patients là aussi, la question de l'arrêt de travail est problématique, en fonction de leur charge de travail, en fonction de leur ressenti douloureux.

D6 : Il nous demande de pas aller travailler

D1 : c'est pour ça qu'il faut aller travailler

735 M : Une grande partie de la discussion a tourné autour de... bien au-delà de la notion de réponse pragmatique à une situation, la discussion a tourné beaucoup autour des stratégies de mise du patient au centre de la décision si j'ai bien compris.

D5 : C'est aussi très personnel dans les choix de... Je crois que tu disais tout à l'heure « je considère que vous êtes capable de reprendre le travail », c'est une décision qui est pas facile ça. Décider de prolonger, à la limite c'est plus...

740 D6 : Moi je dis jamais ça, je suis incapable de dire ça.

D5 : C'est peut-être pas les mots que tu avais utilisé mais...

D6 : Non parce que alors je suis incapable de dire ça à une personne. Je dis je pense comprendre mais ça serait peut-être bien d'essayer, de voir, est ce que c'est possible mais jamais lui dire euh.

745 D5 : Bah alors j'ai mal compris ta formulation enfin bon, toujours est-il que cette décision-là de pouvoir dire quand on le sent, quand on sent que les gens peuvent reprendre y a quand même pas que du médical dans cette décision, il y a un peu... Alors est ce qu'il faut en prendre conscience, est ce qu'il faut lutter contre ça mais il y a des idées morales, pénales sur la pénibilité qu'on imagine du travail des autres...

D4 : Et à ce moment-là, on peut prendre l'avis du médecin du travail.

D6 : Moi je travaille beaucoup avec le médecin du travail

750 D5 : Bah je pense que c'est pas mal car c'est un biais dangereux de qu'il y ait trop ça dans nos choix.

D4 : Savoir exactement...

D5 : Qu'il y a trop de cette fonction apostolique, l'idée qu'on peut convertir à notre façon de voir les choses les patients qu'on reçoit.

755 D6 : Sur l'idée de la souffrance au travail d'ambiance au travail, les conditions au travail, moi je demande à la personne justement quand on prévoit une reprise quand je sais que c'est difficile, prenez rendez-vous avec le médecin du travail avant pour organiser votre reprise pour voir si ça peut être à temps partiel, si ça peut être à mi-temps pour qu'on soit dans les meilleures conditions possibles. Alors il y a des patients qui sont très réticents à consulter le médecin du travail parce qu'ils ont peur d'être...et après euh... alors certains refusent catégoriquement, d'autres après disent « bah je vous remercie

- 760 parce que je n’y avais pas pensé et je croyais pas que le médecin du travail pouvait m’aider » et il y a complètement un autre regard. Moi le médecin du travail m’aide énormément. Je travaille beaucoup avec eux.
- M : « D3 »...
- 765 D3 : On gagne beaucoup à demander à nos patients de verbaliser sur pourquoi il ne veut pas reprendre. Souvent il nous fait comprendre qu’il ne veut pas reprendre puis on bloque sur l’idée. Si on lui dit bah est ce que vous pouvez m’expliquer pourquoi vous avez peur de reprendre ou pourquoi vous ne voulez pas reprendre ? En fonction de, on peut utiliser des mots différents. Et de s’apercevoir qu’il y a des tas de notions qu’on a pas évoqué enfin qu’on a pas nous euh
- D6 : Identifié
- 770 D3 : Identifié et qui sont parfois des raisons toutes simples et qu’on peut régler ça en 3 minutes pour rassurer le patient. Mais au moins qu’il ait verbalisé sur le pourquoi est-ce qu’il a peur de reprendre et ça peut être « mon patron ceci, mes collègues », ça peut être aussi familial, ça peut être aussi la douleur. Et on s’aperçoit que la douleur ou le risque physique, il est pas au premier plan, c’est des choses beaucoup plus complexe et le fait de verbaliser dessus, ça permet déjà d’avancer quoi. Donc on retourne dans la négociation, le patient qui doit s’exprimer, enfin, qui peut s’exprimer sur
- 775 D1 : Il faut toujours essayer de tout faire pour que le patient devienne acteur hein...acteur de santé, acteur des décisions qu’on prend avec. Moins c’est ce que je dis aux gens. Parfois, parce que les patients souvent ont cette réflexion-là, euh « bah docteur, c’est vous qui savez euh voilà » et puis mais, c’est pas le problème du savoir, c’est le problème de votre santé et vous devez être acteur de votre santé. C’est autour de vous que ça tourne. La décision, moi j’ai des idées, j’ai des pistes, je suis là pour vous conseiller mais c’est à vous d’être acteur de votre santé.
- D3 : il faut lui dire que c’est lui qu’il est porteur de la maladie et c’est lui qui détient une partie de la solution.
- M : Tu contestes la notion de savoir, le savoir n’est pas au centre de ta décision concernant l’arrêt de travail.
- D1 non moi je suis un conseiller
- 780 M : voilà, euh, toi tu dis il faut faire attention à notre vision de ce que doit être le malade et de ce que, la façon dont on doit se comporter par rapport au travail. Ça me permet de reformuler la dernière question, autour de cette notion d’avocat. Où est le curseur entre notre loyauté vis-à-vis du patient et notre loyauté vis-à-vis de la société ? Comment euh C’est cette notion d’avocat qui est dans la question. Comment est-ce que vous la vivez face à vos patients ?
- 785 D3 : Moi je disais tout à l’heure que j’avais tordu la tête à internet enfin le cou à internet avec cette notion de finalement la connaissance, est ce que c’est ça qui nous permet de décider correctement. Le patient a des connaissances qui augmentent enfin, il a un accès à des connaissances, est ce qu’elles sont vraies ou bien acquises ou pas c’est toujours difficile de l’exprimer. Mais en tout cas de lui montrer que le terme de conseiller est plus logique, c’est-à-dire organisateur de soins. Je suis là pour vous aider dans toute la démarche mais vous êtes au centre et moi je suis autour, c’est pas l’inverse. C’est pas vous docteur qui décidez, c’est vous le patient. On va vous aider à trouver une solution pour que vous puissiez être soulagé,
- 790 guérir, reprendre le travail enfin. Et puis si on guérit pas, bah c’est pas grave, mais qu’est-ce qu’on fait ? Et je suis là pour vous aider. Ça j’aime bien le préciser.
- M : Ok, bah si ça fait plaisir à tout le monde, on va s’arrêter là-dessus. De toute façon le temps imparti est dépassé. Est-ce qu’il y a euh de la part des uns ou des autres une dernière remarque, un truc fort que vous ayez à dire sur la question avant de partir.
- 795 D5 : Est-ce que la question centrale des arrêts de travail aujourd’hui est la raison pour laquelle nous sommes financés par la CPAM et l’état ? Est-ce que ça aurait été réalisé différemment si c’était euh...
- D6 : Conflit d’intérêt
- 800 M : C’était l’étude, enfin j’ai repris l’étude telle qu’elle a été menée dans les 3 pays scandinaves. Maintenant, le fait qu’il s’agisse que ce soit un des points centraux de l’enquête, je pense que ça a joué dans l’acceptation, du soutien par la caisse primaire.
- D3 : Est-ce que les résultats de notre focus groupe seront restitués en totalité ?
- M : le script, tu veux dire ?
- 805 D3 : Non c’était une plaisanterie. On est souvent en conflit avec eux sur cette notion d’arrêt de travail. Et en fonction du médecin conseil on s’aperçoit que enfin, moi quand c’est un médecin conseil qui gère tel patient, je n’ai pas du tout la même stratégie vis à vis du médecin conseil car on sait qu’on aura pas l’approche psychologique, l’approche de terrain, on a

810 du mal à l'avoir. Et puis parfois curieusement, il y a des médecins conseils qui sont extraordinaires quoi qui sont vraiment dans l'écoute, qui sont vraiment...donc on a aussi comme un spécialiste comme tout à l'heure. Sauf que le choix du spécialiste, on ne nous l'a pas laissé, il est imposé et quelques fois on dit mince le médecin conseil, il va m'embêter là-dessus, donc je vais me préparer. Et c'est plus difficile d'avoir cette stratégie là quand c'est un médecin conseil un peu violent. Mais au niveau diagnostic, on a parfois un niveau de réflexion là-dessus et qu'on aimerait être conseillé comme des conseillers, pas comme des gens à qui on assène une vérité du genre « votre patient a été consolidé à telle date, il reprend le travail et paf terminé

815 M : le verbatim de l'entretien sera repris intégralement dans les documents de thèse avec un anonymat complètement garanti, là-dessus vous pouvez être tranquilles. Il y aura une publication qui sera retransmise à la caisse mais si ils veulent voir la thèse, elle sera publique la thèse. Voilà, merci beaucoup, d'avoir collaboré aussi sympathiquement à cette journée

## 7. Annexe 7 : Verbatim focus group Vendée

M : Modérateur

D : Docteur (1 à 7)

M : D'accord, donc, l'idée de ce genre d'entretien collectif, c'est de recueillir la parole spontanée des participants qui vont se répondre les uns les autres, qui se disent leur accord ou leur désaccord, puisqu'il n'y a pas de bonne réponse. On a le droit de ne pas être d'accord entre nous. Euh Donc sur le thème de la journée, c'est-à-dire les plaintes médicalement inexplicables. L'objectif, c'est de  
5 comprendre, comment les gens réfléchissent, comment les gens construisent leurs décisions. Le plus simple, c'est de partir d'une situation que tout le monde a en commun, c'est-à-dire une situation des vidéos et vous verrez puisqu'on prend la même grille d'entretien que celles qui ont été menées dans les pays scandinaves mais qui n'a pas été encore dépouillé. Pour l'instant ils ont juste dépouillé les questionnaires. Euh, ça va tourner beaucoup autour de la notion d'arrêt de travail. Je vous propose  
10 qu'on prenne la dernière vidéo, celle qu'on a le plus en tête finalement euh ce monsieur partagé entre deux villes là et qu'Erik a parlé à la fin. Donc la question, c'est euh, qui d'entre vous a mis un arrêt de travail puisqu'on a vu aussi que c'était la décision la plus partagée euh la plupart des autres, soit la plupart des médecins donnait un arrêt de travail soit la plupart des médecins ne donnait pas d'arrêt de travail selon les situations. Dans celle-là c'était un peu kiffe-kiffe. Ça se partageait un peu  
15 de façon égalitaire, donc ça veut dire qu'il y a matière à débattre euh. Donc qui d'entre vous a donné un arrêt de travail à ce patient-là. Trois, d'accord. (D6 D1 D3)

D3 : De courte durée.

Je vais prendre les noms... ANONYMAT

M : Donc trois d'entre vous ont donné un arrêt de travail, qu'est-ce qui vous a conduit à mettre un  
20 arrêt de travail ?

D1 : L'arrêt de travail de courte durée puisqu'on avait l'impression qu'il avait besoin d'un petit peu de temps pour s'organiser simplement. Une ou deux semaines, c'est tout. C'était à la limite pas médical, c'était juste qu'il ait le temps de faire le lien entre ses deux vies finalement parce qu'il va arrêter son travail, il va falloir déménager, s'organiser, c'est tout. Médicalement à la limite, il n'avait  
25 pas besoin d'arrêt. Dans l'organisation, il avait besoin d'un arrêt.

M : D'accord, médicalement tu entends, c'était pas lié à un diagnostic médical.

D1 : On ne peut pas passer d'une ville à une autre, d'un emploi à un autre, en un weekend, c'est tout.

M : D'accord, donc c'était finalement à titre d'aide à sa vie ou quelque chose comme ça. Ok ?

D6 : Moi j'ai ressentie qu'il avait besoin de se reconstruire, qu'il n'était pas encore, euh bien, qu'il  
30 était encore très vulnérable et qu'il ne pouvait pas non plus... enfin un nouveau travail ça demande une adaptation aussi et je, j'avais pas l'impression que, que lui-même se sentait prêt.

M : D'accord, là il y avait une notion psychologique de vulnérabilité.

D6 : Voilà. C'était encore dans sa dépression réactionnelle... enfin

M : D'accord mm, et c'était ...  
35

D2 : C'était un petit peu pareil, voilà il avait décidé de changer de travail, donc il y avait le travail, le transport, donc pour l'aider, qu'il ait le temps de souffler, puisqu'il reprenait une activité

professionnelle dont ce qui lui donnait un petit coup de pouce pour qu'il souffle avant de changer son activité. Il a pris des décisions, il sait ce qu'il veut faire. Donc je .... L'aider à se, à redémarrer.

40 M : D'accord. Alors là je vais demander aux autres de spéculer un petit peu. Si ils avaient donné un arrêt de travail, ça aurait été quoi leurs motivations pour donner un arrêt de travail à ce patient-là ? Ceux qui n'ont pas donné d'arrêt de travail justement. Ou est-ce que vous restez ferme sur votre position en disant non. Dans aucun cas tu n'aurais donné un arrêt de travail ?

45 D5 : Non car il verbalisait le fait qu'il est d'accord avec son employeur et lui-même. Il parlait sur quelque chose de bien. Moi j'estime qu'on peut déménager en un weekend. Il était plutôt mieux. Non je ne donnais pas d'arrêt de travail et il était à ma connaissance pas demandeur.

D2: Je pense qu'il gérait assez bien et analysait bien les raisons de son échec, enfin de son problème et il avait trouvé la solution qu'il était prêt à mettre en œuvre. Il avait déjà bien préparé les choses. Je pense que ça pouvait se gérer sans... sans.

50 (D5 : acquiesce)

M : Sans arrêt de travail.

D2 : Peut-être, moi j'ai mis une surveillance quand même. C'est-à-dire le suivre dans sa démarche. En gros voir si ça marchait bien et puis si il n'y avait pas de problème parce que là on aurait pu ponctuellement si il y avait quelque chose qui ne marchait pas donner un arrêt de travail. Et puis là  
55 dans l'ensemble, je trouve qu'il avait plutôt bien géré son histoire.

M : D'accord.

D1 : D'après ce qu'on a su à posteriori, il a quand même été arrêté 6 mois.

M : Oui... c'est vrai que c'est assez...

Echange inaudible.

60 D5 : Oui il avait trouvé un nouvel emploi mais il a quand même été arrêté 6 mois.

D7 : Il avait un entretien, c'était pas non plus...

D4 : Peut-être que ça ne s'est pas concrétisé, que ça n'a pas abouti... euh on ne lui a pas posé la question.

65 D6 : Mais moi j'avais l'impression qu'il ne verbalisait pas autant qu'il avait mal. Je ressentais que sa plainte, il ne la verbalisait pas tant que ça en fait. Que son mal être était plus profond que ce qu'il voulait en laisser paraître. Parce qu'il avait quand même des conduites à risque, cette mise en danger par la vitesse, peut-être probablement l'alcool. Moi personnellement il m'a fait l'impression d'être un petit peu sous l'influence de l'alcool mais je sais pas c'est des couleurs de son visage. Après on n'a pas vu...

70 D7 : Je me suis également posé la question de l'alcool...

D5 : Moi je me suis posé ma question également.

M : Attends euh oui, pour les micros, il faut parler un seul à la fois.

D4 : Oui j'ai également parlé de cette alcoolisation qui peut être demandait un suivi un peu plus prolongé.

- 75 D6 : Moi j'avais justement l'impression qu'il était dans la retenue, qu'il se contenait mais que c'était au final pas forcément, enfin que c'était plus profond son mal-être.
- M : Mmm d'accord
- D7 : Moi je me suis aussi posé cette question de l'alcool et dans ces cas-là, je trouve que l'arrêt de travail, c'est pas forcément une aide parce que se retrouver inoccupé chez soi, ça peut être aussi un
- 80 risque par rapport à la consommation. Donc ça a été aussi un argument qui m'a fait plutôt pencher pour que comme je le sentais dans une dynamique éventuellement de repartir tout de suite sur une autre recherche d'emploi, de plutôt l'encourager dans cette démarche active en fait.
- D5 : Il me semble que quand il a dit qu'il était en weekend chez lui, finalement il ne faisait pas grand-chose de plus et puis par contre, quand il avait du temps libre à Oslo, il allait picoler avec les copains
- 85 donc moi aussi j'ai relevé la question de l'alcool. Aussi un peu la drogue parce qu'il était dans un milieu un peu du spectacle et que peut-être aussi il pouvait consommer par exemple du hachisch qui le rendait un peu fatigué. Je me suis posé cette question-là.
- D7 : Et puis il parle d'agressivité... qu'il se reproche après coup.
- (D5 acquiesce)
- 90 M : Donc là on rentre un peu dans la ... dans les appréciations psychopathologiques là.
- D7 : En tout cas, moi je l'aurais au fil des consultations, enfin... poser ces questions-là.
- M : C'est-à-dire que tu envisages aussi le suivi pour ce patient-là. Que tu ne te contentes pas de lui dire « non pas d'arrêt de travail ».
- D7 : Oui tout à fait
- 95 D2 : Parce qu'on peut penser que ces alcoolisations, d'après ce qu'il disait, c'était le soir quand il n'avait rien à faire. C'est assez souvent comme ça que les hommes règlent leurs problèmes, ils vont picoler avec les copains et effectivement c'est un moyen d'échapper à la solitude dans une chambre où l'on est tout seul et on a envie d'être ailleurs. Mais c'est pas forcément une addiction à l'alcool.
- D6 : Oui tout à fait. En fait j'ai parlé de conduite à risque, j'ai pas parlé l'alcoolisme chronique.
- 100 D3 : Parce que lui il ... enfin, son transport, son agressivité, il somatisait pas énormément par rapport à tous les autres diaporamas, en plainte. Il était agressif mais il se plaignait pas de douleur si ce n'est « je vais vite, je roule loin », il était pas très plaintif, il était pas très somatique.
- M : Non, non c'est vrai...
- D3 : En disant bah j'ai réfléchi, je vais changer de travail, je vais... j'ai avancé... par rapport au dernier
- 105 tableau, on n'était pas dans un ... prolongé.
- M : Oui dans sa toute première phrase quand il disait « je suis au bout du rouleau ». Il y avait une phrase un peu comme ça.
- D3 : Bah oui j'ai pris une décision, j'ai vu mon chef. On se dit il y a déjà... il a déjà réfléchi.
- D6 : Mais c'est intéressant de voir qu'il s'est retrouvé dans la même situation quelques années après,
- 110 enfin, qu'il avait reproduit les mêmes euh circonstances.
- M : Ouai oui

D6 : C'est plutôt pessimiste comme euh...

115 M : Mais justement celles et ceux qui lui donnent pas d'arrêt de travail alors que bon c'est visiblement ce qu'il venait demander. Comment vous argumentez auprès de lui ? Comment vous lui vendez ça ? Euh

D5 : Je lui propose de le suivre régulièrement en psychothérapie de soutien. Ça m'arrive de temps en temps de les revoir tous les 8-15 jours parfois certains patients, pour euh voir comment ça va, comment ils avancent, comment ils élaborent les choses en temps court : 20 minutes.

120 M : D'accord, Ok, et tu dis pour voir comment ça avance, comment ça évolue euh Est-ce que c'est toi qui souhaites évaluer les choses ou ... euh... est ce que c'est pour toi ou c'est pour lui cette proposition-là ?

D5 : Bah si il est d'accord, s'il est... Enfin c'est un accord, s'il le souhaite.

M : Tu le laisses pas dans la nature.

D5 : Non non.

125 M : Ma question, c'est est-ce que c'est toi qui t'inquiètes de son évolution ou est-ce que tu lui proposes ça pour qu'il en fasse quelque chose ?

D5 : A non, moi je ne suis pas inquiète, dans ce cas-là je ne suis pas inquiète, mais je lui propose. Après s'il le veut on le fait ensemble voilà.

M : D'accord, alors toi tu proposes une thérapie de soutien, je crois que...

130 D2 : Je crois qu'on n'a pas la notion, mais on aurait pu lui poser la question pendant l'entretien : « est-ce qu'il souhaitait ou non un arrêt de travail ? » parce que là ça n'a pas été évoqué.

M : C'est pas explicite.

D2 : Ensuite on peut discuter en disant bah « puisque vous avez déjà organisé bien les choses, peut-être que ça va bien marcher sans arrêt de travail. Si ça ne marche pas on se revoit. »

135 D7 : Moi j'ai pas exactement compris qu'il voulait euh forcément un arrêt de travail. Il dit qu'il s'est mis d'accord pour une démission et que il a un entretien la semaine suivante donc euh pour moi c'était pas si clair sa demande.

D6 : Et est-ce que si il en avait demandé un ?

Silence.....

140 D7 : Bah j'aurais euh... s'il avait demandé un arrêt, j'aurais euh là j'aurais essayé effectivement de voir qu'est-ce qu'il en attend lui parce que là dans la consultation je sais pas ce que, ce qu'il en attend, s'il a à régler, je dirais, les problèmes administratifs, de dire bah j'arrête mon travail ou je présente un entretien. Après c'est, ça aurait été négociable euh un arrêt court voilà...

D2 : On l'a dit pour gérer le projet.

145 D7 : Enfin si la demande est plus claire, ça aurait pas été forcément un refus catégorique.

M : Je crois que ton hésitation, ça illustre bien, la situation dans laquelle on est dans une situation réelle en consultation. Quand on est dans des situations comme ça, y a pas vraiment une décision qui penche franchement d'un côté ou de l'autre quoi est c'est vrai que c'est souvent un peu euh compliqué. D'autres façons de ?

150 D1 : C'est compliqué quand il y a un décalage entre la demande et ce que nous on souhaite. Il y a des gens qui veulent un arrêt et nous on ne veut pas. Il y a des gens qui ne veulent surtout pas d'arrêt et qui sont en burnout et qu'il faut absolument arrêter. Justement là il faut se battre pour les arrêter. C'est vrai qu'on impose rarement un arrêt sans demander au moins à un moment au patient euh « je pense qu'il faudrait vous faire un arrêt » et on voit sa réaction immédiate. Parfois c'est oui oui et  
155 c'est tout simple et puis il y a des fois où « non pas question je veux pas m'arrêter ». A l'opposé, c'est celui qui vient et qui veut un arrêt et qui a un rien. Celui-là c'est le dialogue.

M : Oui oui tout à fait. C'est toujours une négociation. Enfin euh oui. Ça dépend de comment ça se présente. Mais justement maintenant pour en revenir à une situation vécue in vivo en consultation, est-ce que vous avez les uns les autres, un exemple de cas où vous avez refusé un arrêt de travail  
160 pour réfléchir sur la façon dont ça se passe.

D2 : Oui, oui, ça arrive de refuser un arrêt de travail. De toute façon quand les gens arrivent et disent je veux un arrêt de travail, on commence par analyser la situation et de poser la question pourquoi ? Et quand on pousse un petit peu, les raisons sont parfois pas médicales du tout. Donc à ce moment-là, on dit, bah « désolé, mais on n'est pas là pour ça ».

165 M : Oui tout à fait. Et il y a des situations où c'est clair et net mais il y a des situations où... quand euh je sais pas euh, quand il est question d'harcèlement professionnel, par exemple, euh on est...

D2 : Ah non pas du tout ça c'est une raison où on peut donner...

D1 : Où on doit même...

D2 : Oui on doit mettre...

170 D1 : Et je pense que si c'est une demande d'arrêt et que nous on n'est pas d'accord, on va... enfin forcément c'est ce que je vais faire, je vais céder mais sur un arrêt de très courte durée, c'est-à-dire du style : pour finir la semaine, ou une semaine et revoir si le patient n'est vraiment pas bien, il va revenir, il va se faire suivre euh, on va finir par comprendre.

M : le compromis se fait sur la durée en fait.

175 D1 : Il faut qu'il ait euh....

M : Oui mm, d'autres façons de faire ?

D1 : Et puis des fois ça aboutit à un « splatch ». Si le patient vient que pour ça et qu'il est pas mal du tout, ça peut arriver... je veux dire on est en harmonie avec nous-mêmes.

D2 : Bah oui bien sûr mais ça c'est classique.

180 M : Oui mais le plus important c'est notre décision à nous.

D3 : Bah je vais voir un collègue.

M : Oui absolument. Mais alors, oui, les situations justement qui sont un peu en équilibre comme disent les canadiens où on sait pas trop. Il nous parle de harcèlement professionnel, euh ce patient-là on le connaît... c'est peut-être pas par hasard qu'il .... C'est toutes ces situations-là qui sont un peu  
185 difficiles, comment vous gérez ça ?

D7 : Je trouve que parfois c'est plus facile de le faire en plusieurs temps, c'est-à-dire d'accepter dans un premier temps un arrêt de travail. Eventuellement une prolongation et puis là on peut déjà amorcer de dire ça va pas pouvoir se prolonger etc... Et je trouve que c'est parfois difficile de dire

190 non une première fois mais on peut préparer un peu le terrain pour la suite quand on sent que le patient va se... va... que la plainte va se prolonger et que ça sera difficile qu'il retourne au travail. Moi j'anticipe un peu avant.

M : OK, ce qui permet au patient de ... dérouler un peu dans sa tête, d'anticiper aussi quoi.

D7 : Oui je...

M : D'accord

195 D7 : Je trouve que c'est moins brusque parce que si on s'oppose, on ne l'aide pas non plus. Et si on rentre complètement dans le jeu alors qu'on n'est un peu... est-ce qu'on lui rend vraiment service ? Je trouve que c'est une façon de faire un partenariat où...

M : Ouai, d'autres façons de faire ?

200 D3 : Après c'est du cas par cas. Ça va dépendre de la plainte... de la plainte du patient, il n'y a pas de... moi j'ai des patients qui sont en arrêt depuis... J'ai un cas de tableau douloureux, ça doit faire 2 ans qu'elle est en arrêt. Enfin... Je me vois pas... Je la vois tous les mois. A côté on a un suivi par centre antidouleur, psychologue, rhumato et... ça ne change pas le tableau et cette dame, je pourrais pas lui dire : retournez travailler dans votre frigo à 4 degrés euh voilà... douloureuse de la tête aux pieds. On n'a pas étiqueté pareil : hystérie, fibromyalgie. C'est typique de la demande d'aujourd'hui.  
205 Ça va se finir en invalidité, mais là elle n'a pas 40 ans. C'est pas euh ... Le médecin conseil l'a vu 2 fois, régulièrement, il dit ...

M : Il a pas plus de facilité que nous pour décider dans un sens ou dans un autre.

D3 : Sauf qu'elle est en souffrance. Du coup elle a une liste de médicaments euh... une histoire de vie... Elle a perdu du poids euh... un accident de voiture : le coup du lapin. Elle cumule ces...

210 D1 : On sait que que...

D3 : Au jour d'aujourd'hui on n'a pas de solution...

D1 : Ceux qu'on n'arrive pas à remettre au travail dans les 6 mois, la plupart du temps, on n'y arrivera jamais. Ça va finir par une invalidité et une catastrophe économique parce que les invalidités quand on a 40 ans, ils touchent trois francs six sous et... à un moment il faut leur dire « attention, si on s'embarque dans euh ça va finir par des situations compliquées pour vous ». Et il y en a, on les remettra pas au boulot hein.  
215

D5 : Je m'appuie sur le médecin du travail souvent. Je lui propose un courrier pour le médecin du travail, parfois c'est pas mal et puis je les oriente assez vite à la CARSAT, où il y a des assistantes sociales qui... enfin, ils ont des entretiens et puis ils ont des petits groupes de travail où on leur explique comment ça va se passer et quand ils commencent à s'apercevoir que il va y avoir des problèmes financiers, et ben, ils acceptent de reprendre peut-être plus facilement en mi-temps thérapeutique, enfin en temps thérapeutique partiel-là euh.  
220

D6 : C'est quoi la CARSAT ?

D5 : C'est.... La CARSAT, c'est une antenne de la CPAM, des caisses primaires d'assurance maladie pour euh... enfin je sais plus le nom, mais il y a des réunions de travail,  
225

M : Oui au-delà de 6 mois, les statistiques...

D3 : Des visites de prévention, des visites de préreprise. Des douleurs mécaniques articulaires en visite de préreprise, comment il va pouvoir éventuellement adapter le poste dans le domaine de l'entreprise....

230 D1 : Et ça va devenir de plus en plus compliqué avec l'âge de la retraite qui allonge euh,

JPC : Oui ils sont rendus entre 65 et 70 en Norvège donc euh.

D1 : Donc on aura du mal à le faire attendre.

D4 : Il y a certains organismes qui sont abimés, usés, qui travaillent en force, on peut pas...

D1 : Oh bah maçon à 60 ans...

235 D2 : Dans l'industrie généralement ils sont vite...

D3 : Oui... quand il y a des ruptures des coiffes, aux stades où on peut plus les opérer qui travaillent...

D1 : On sait bien déjà hein... on sait déjà bien la différence entre un accident de travail où tout leur est dû puisque c'est la société qui doit réparer et l'accident domestique. L'accident de travail, il va pas se remettre. L'accident de voiture, un peu plus. Parce que là on leur doit tout. Tout est pris en charge dès le premier jour et ceux-là ils n'acceptent aucune séquelle. Quand on s'est planté dans sa

240 charge dès le premier jour et ceux-là ils n'acceptent aucune séquelle. Quand on s'est planté dans sa salle de bains, tout seul, à part euh...

M : Ouai, d'autres perçoivent aussi cette différence-là ?

D3 : Oui, entre accident du travail et accident personnel.

D6 : Les erreurs médicales aussi.

245 D1 : Ça oui en effet.

D6 : Je trouve que... enfin là j'ai un patient chronique qui a eu... enfin le chirurgien a probablement fait des lésions tendineuses et des lésions nerveuses et du coup, je pense que ça accentue ses douleurs... parce qu'il a besoin de cette reconnaissance. Le chirurgien a eu un peu de mal à reconnaître les choses. Et là ça fait 2 ans qu'il ne travaille plus et c'est l'horreur. J'envisage pas du tout son.... Il va rester avec un handicap et ça va être compliqué pour lui...

250 tout son.... Il va rester avec un handicap et ça va être compliqué pour lui...

M : La reconversion pour lui.

D6 : Là pour l'instant il est ... on est dans la démarche statut de travailleur handicapé.

M : Ouai. Est-ce que... alors vous nous avez fait allusion au médecin du travail, au médecin des caisses, est ce qu'il y a d'autres professionnels ou d'autres structures qui peuvent pour vous être un point d'appui ou une aide dans ces décisions ? Ou de travail ou de prolongation d'arrêt de travail ?

255 point d'appui ou une aide dans ces décisions ? Ou de travail ou de prolongation d'arrêt de travail ?

D1 : Ah bah l'interlocuteur, c'est la COTOREP.

D3 : La MDPH...

D1 : Oui enfin, c'est la COTOREP.

M : Et en quoi c'est une aide pour toi ?

260 D1 : Je sais pas si c'est une aide mais c'est un passage obligé en tout cas et ils leur accordent la catégorie... et puis le temps passe quand même. Là ils commencent à réaliser qu'ils vont avoir des droits certes, mais des revenus modérés. Après...

265 M : Oui la COTOREP, c'est la pension adulte handicapé. Donc c'est pour ceux qui n'ont pas travaillé avant. Pour ceux qui ont travaillé avant, c'est la pension d'invalidité. La COTOREP c'est le statut de travailleur handicapé ou de pension adulte handicapé s'ils n'ont pas travaillé avant.

D3 : Oui mais quand les gens ont une certaine pathologie, qu'ils sont déclarés inaptes et qu'ils sont licenciés, arrivent à pôle emploi. Ils arrivent et « ah j'ai mal au dos, j'ai ci ». Pôle emploi leur dit : « faut aller faire un dossier » et ils arrivent en disant je viens pour remplir le dossier parce que pôle emploi m'a dit que...

270 D1 : C'est la facilité car il y a plus de place. Soit au contraire, ça leur permet de justifier, qu'ils peuvent refuser l'emploi qu'on leur propose. Et si ils veulent travailler, ils ont peut-être un peu plus d'opportunités parce que il y des places réservées pour les travailleurs handicapés.

M : C'est souvent théorique mais...

Echange inaudible.

275 D2 : Oui les emplois protégés.

D1 : Ne serait-ce que dans les mairies. Il y a des services techniques.

280 M : Oui ça joue ce rôle-là beaucoup, c'est sûr. Toujours dans les situations un peu compliquées, où on sait pas trop... euh. En quoi on se sent légitime à dire euh non vous n'avez pas besoin d'arrêt de travail. Euh Qu'est-ce que... enfin sur quoi on s'appuie pour ça ? Parce qu'il y a toute sorte de données : l'usure de l'organisme tu disais, il y a la nature de la charge de travail qu'on a souvent du mal à évaluer. Dans ces situations comme on l'a vu aujourd'hui, il n'y pas de diagnostic médical franc. Sur quoi... enfin qu'est-ce qui fonde notre légitimité ?

285 D1 : Je pense qu'on pourra pas lui dire comme ça. Parce que justement, à la limite ça va bien se passer. On peut éventuellement lui dire « nous on estime que un arrêt de travail n'apportera pas grand-chose » mais je me vois mal lui dire « on je vous donnerais pas un arrêt de travail ». Je vais essayer de lui expliquer pourquoi je pense que c'est pas une bonne idée. Et puis là, c'est ce que je disais tout à l'heure, on va dire bon Ok 3-4 jours mais après il faut y aller quoi. Mais dire non, pur, sec comme ça. Pas facile.

290 D5 : J'ai pas de patient dans ce cas-là, mais je me dis que sur une plainte comme ça, par exemple une plainte de trouble musculo-squelettique, où je me verrais pas bien mettre un arrêt de travail, mais après tout je peux avoir un doute, je peux l'envoyer à un rhumatologue qui pourrait euh, peut-être conforter l'idée qu'il n'y a rien de grave et donc ça m'aiderait à apporter cette parole-là au patient : « vous voyez on n'a rien trouvé de particulier », parce que le rhumato, il ne retrouve pas non plus des choses à tout le monde, hein. Et du coup, ça pourrait le rassurer peut être, le rassurer tout simplement et puis aider à la verbalisation de « non pas d'arrêt de travail » ou on reprend doucement avec un temps thérapeutique partiel.

295 D6 : Mais la consultation avec le rhumatologue, vous allez l'avoir dans combien de temps ? Enfin... euh parce que c'est... autour de moi c'est long hein... 5 mois, 4 mois.

D5 : Pas à Nantes

300 M : A Nantes c'est peut-être 2 mois, moins de 2 mois.

D5 : Ca va dépendre.

D6 : Peut-être à Nantes

D5 : Ah oui vous c'est long.

D6 : Après j'envoie sur Nantes aussi mais...

305 D1 : Quand on a un gros problème, on négocie aussi directement avec le médecin.

D2 : Non mais si c'est un problème d'arrêt de travail, un problème pour la personne parce qu'on va l'arrêter à juste titre ou pas à juste titre, je pense que ça vaut la peine de savoir si vraiment il y a quelque chose à dire. Ne serait-ce que pour lui dire « non y a rien, donc vous voyez bien ». C'est peut-être un peu de fatigue qu'on peut arrêter quelques jours, mais c'est pas nécessaire de faire plus. Ça donne un argument.

310

D6 : Encore faut-il avoir un interlocuteur qui a une bonne démarche et qui va pas non plus renvoyer, faire 15000 examens complémentaires. On en revient à la même chose.

D2 : Non.

D6 : Bah oui mais c'est la problématique du jour.

315 M : Mais je vais me faire un peu l'avocat du diable mais... euh... je suis amusé de voir beaucoup de conclusions de spécialistes dans des situations comme ça où ça se termine, la lettre du spécialiste se termine par : « j'ai rassuré le patient » entre nous j'ai rien trouvé, j'ai rassuré le patient et puis le patient on le voit après et il est pas si rassuré que ça devant nous donc euh... Donc quand tu dis que le rhumatologue rassure le patient euh moi je ne suis pas convaincu de ça.

320 D5 : C'est pas rassurer.

D2 : C'est que le fait d'avoir un examen qui dit que y a rien, ça permet de dire bah vous voyez, c'est pas si grave que vous pensez.

D1 : C'est pas une maladie grave

325 D2 : si vous avez l'idée que quelque chose de grave est derrière, non y a rien et comme ça on peut quand même insister un peu pour justement pas tomber dans le panneau de donner des arrêts à répétition.

D6 : Moi j'ai l'impression que le rhumatologue il rassurerait surtout, enfin, il me rassurerait surtout moi, quoi. En tant que...

D2 : Peut-être, mais il y a quand même des cas où l'on a des surprises.

330 D1 : Enfin déjà, nous on s'est déjà rassuré, on a forcément fait des examens déjà : biologie, radio... Le patient qui est vraiment organique, qui vient chercher le résultat d'examen, lui, il ne rentre pas dans la chronicité. Ce sont déjà des patients, comme il montrait, qui ont un passé déjà compliqué. Ça va lui tomber dessus de toute façon, pas à côté.

M : Oui tout à fait.

335 D1 : Donc celui-là, il ne faut peut-être pas rentrer dans les examens c'est sûr mais euh... on les gère au...

D6 : Peut-être que vous avez raison, parce que c'est vrai que l'avis du spécialiste peut peut-être aussi permettre de freiner euh l'avalanche de questionnement autour des examens complémentaires et de « qu'est-ce que j'ai ». Voilà, ça permet de mettre un point final en fait, vous utilisez le...

- 340 D5 : Pour avoir un... deux avis en fait. Ça pourrait aussi être un avis d'un confrère généraliste après tout. C'est pour que le patient ait 2 avis à peu près concordants quoi.
- D1 : Et les patients fibromyalgies qu'on a vu tout à l'heure, dans leurs représentations personnelles, leur existence même n'existe qu'à travers leur maladie. Ils vont rebondir et repartir sur autre chose. Ils vont trouver autre chose : ils vont avoir mal au ventre...
- 345 Echange inaudible avec mouvements d'acquiescements pour l'ensemble des médecins.
- D1 : Donc les patients fibromyalgiques, est-ce qu'il faut aller au bout du bout et leur montrer que... ils vont... si on leur dit vous avez rien
- D5 : Je pense que là non...
- D1 : « j'ai rien, vous êtes pas capable de trouver ce que j'ai, et moi j'ai pas rien, je sais que j'ai mal ».
- 350 M : Tout à l'heure tu fais allusion à un patient qui avait été aussi au centre antidouleur. Quelle expérience vous en avez par rapport à des patients comme ça ? C'est la majorité de la clientèle de ces centres-là, les patients qu'on a vu aujourd'hui.
- D7 : Moi je trouve que...
- D3 : Ça avance pas à grand-chose...
- 355 D7 : Oui c'est ça. Moi finalement je trouve que ça aide pas beaucoup les patients et parfois on est quand même un peu aussi dans une... on peut parfois être dans un escalade médicamenteuse et je trouve que ça c'est le côté... un peu le revers de la médaille. Et par contre le côté appréciable, c'est que on délègue un peu aussi... enfin, on partage un peu aussi le patient, voilà. Et puis le côté deuxième avis euh, dont on parlait, soit, avec le rhumatologue, voilà. Ça conforte un peu l'idée que
- 360 les douleurs sont fonctionnelles.
- D6 : Mais j'ai pas l'impression que les patients en tirent non plus un bénéfice euh. En tout cas les quelques patients que j'ai, qui sont suivis par les centres antidouleurs n'en ont pas un bénéfice... Peut-être, j'ai pas énormément d'expérience, peut être que c'est biaisé.
- D2 : Moi j'ai un centre de référence à Poitiers qui fait du très très bon travail. J'ai envoyé des
- 365 fibromyalgies et ça se passe bien. Disons que peut-être que ça va rechuter par la suite mais ça nous permet de gagner du temps et d'avoir des gens qui sont relativement bien. Enfin disons mieux que ce qu'ils étaient avant. Parce qu'il y a une prise en charge qui est vraiment une prise en charge globale, ils les voient régulièrement, ils sont suivis, ils les contactent par téléphone etc. etc. et je pense que ça les aide beaucoup.
- 370 D6 : Mais, c'est peut-être une histoire de moyen alors.
- D4 : Une enquête comme ça du centre antidouleur de la Roche, ça aurait déjà .... Soit certains ont arrêté leur suivi, tous les autres sont toujours dans la plainte. Enfin voilà, malgré le traitement, j'ai toujours ma douleur.
- D1 : Oui et puis ils ont des médicaments aussi...
- 375 D3 : Il y en a certains qui sont des personnes qui travaillent, qui sont retraités, qui sont des personnes âgées douloureuses. Enfin qui cherchent pas l'arrêt de travail. Mais ils sont dans la plainte douloureuse et...
- M : Dans l'existence en tant que malade.

- D3 : Et on reste dans la plainte douloureuse.
- 380 M : Qu'est-ce que vous disiez par rapport au centre antidouleur ?
- D3 : Parfois le traitement devient de plus en plus lourd....
- M : Qu'est-ce que vous disiez sur les centres anti douleurs ?
- D4 : Parfois le traitement en effet devient de plus en plus lourds, on retombe sur le plan des effets secondaires donc d'autres plaintes et... on sent que les plaintes, elles s'élargissent un petit peu c'est un peu plus lourd à gérer.
- 385 M : Vous avez une vision plutôt négative du centre antidouleur ?
- D4 : Oui actuellement oui...
- D1 : Ca dépend peut être des centres anti douleurs.
- D4 : La Roche et Nantes (D3 ET D5 acquiescent) !
- 390 D1 : Quand c'est des douleurs vraiment organiques, je sais que j'ai une patiente qui a un schwannome, qui a des douleurs épouvantables, mais au prix de traitements très lourds, mais on n'avait pas le choix. Avec des effets indésirables certes mais ça soulage. Mais la fibromyalgie....
- D5 : Moi je trouve que sur les fibromyalgiques ça n'avance pas. J'ai l'impression qu'il y a deux types de patients. Il y en a qui vont se plaindre à aller... alors ils n'avancent pas, ils vont volontairement aller au centre anti douleur et quand il commence à y avoir un petit peu trop de médicaments avec des effets secondaire... là, ils arrêtent, ils les prennent pas mais ils continuent à aller en consultation en disant qu'ils ne prennent pas les traitements. Puis finalement moi je trouve que ça les fait pas avancer.
- 395 M : Il n'y a pas beaucoup d'avis favorables avec les centres anti douleurs.
- 400 D2 : Non moi ça c'est très bien passé. Est-ce que ça va durer longtemps ? Moi je n'en sais rien mais pour des patients qui ont été étiquetés fibromyalgiques, ils ont été pris en charge avec kiné, ils ont pas eu beaucoup de médicaments et pour l'instant elle a repris un travail et combien de temps ça va durer je n'en sais rien, mais pour l'instant c'était vraiment positif.
- M : Donc on a parlé rhumatologue, médecin du travail, centre antidouleur, médecin de sécu...
- 405 D5 : La kiné, moi je trouve que pour ces patients là si ils ont un kinésithérapeute qui remet un peu le corps au travail, un bon contact avec le kiné, qui va les réassurer sur leur corps je trouve que ça c'est une grande aide pour l'équipe.
- D1 : il faut toujours leur laisser une porte ouverte je crois que justement il ne faut pas de refus catégorique, toujours leur laisser une possibilité d'avancer. Si on leur ferme la porte à clé en disant j'en ai marre de vous, je ne peux plus rien, je ne veux pas vous arrêter... moi j'ai plus de solution, tiens je vais vous donner votre dossier allez voir le collègue... là on fait du mal en pas longtemps.
- 410 M : Tu dis par-là que les reconnaître comme légitime à venir se plaindre devant toi c'est leur faire du bien...
- D1 : Ah oui je crois que s'ils viennent c'est qu'ils ont quand même quelque chose à dire.
- 415 Tout le monde acquiesce.

D3 : Moi je leur dis souvent les classiques cervicalgies douleurs d'épaules les trapèzes sont douloureux de leur expliquer qu'ils n'ont pas fait de mouvements qu'il n'y a rien de grave mais que c'est eux qui génèrent leurs douleurs et que c'est une cascade d'événements qui fait qu'ils arrivent au symptôme. Moi je peux traiter le symptôme en disant la kiné va améliorer mais si votre  
420 raisonnement est le pourquoi vous en arrivez là reste dans le même cheminement le symptôme il a pas de raison de ne pas revenir. Il faut essayer de travailler sur la cascade qui fait que. Et donc j'ai un kiné qui s'est spécialisé dans les douleurs chroniques et qui fait sophrologie réflexologie... des techniques d'hypnose enfin donc qui travaille avec une autre approche. Et donc j'ai toute une catégorie un lot de patients qui se plaignent comme ça que j'adresse. Et j'ai plusieurs patients de  
425 douleurs chronique j'en ai quelques-uns qui n'ont plus de douleurs. J'avais un monsieur qui m'a dit je ne savais plus ce que c'était de ne pas avoir mal au dos ça fait tellement d'années que j'ai mal je ne me rappelais plus comment c'était. Donc il y en a qui vont mieux et il en est quelques-uns à qui on a arrêté et pour l'instant la douleur va bien mais en passant par des techniques de travail sur le psychique plus que le symptôme.

430 M : Enfin de prise en charge globale en tout cas par ce que l'hypnose c'est aussi corporel comme technique ce n'est pas que psychique.

D3 : Et sans avoir recours ou pratiquement aux anxiolytiques sauf au début parce que trouble du sommeil. Et qui ne prennent plus de médicament pour dormir et plus de médicaments antalgiques.

M : C'est le message positif du jour.

435 D3 : Le problème c'est quand on dit est-ce que vous avez d'autres collègues qui font ça ? Bah non et si on dit au patient essayez des techniques de relaxation de sophrologie... on est en France il faut payer là c'est de la kiné donc c'est pris en charge mais si je dis la même chose allez voir le sophrologue à côté les gens iront pas faire leur petite séance même si ils en tirent un bénéfice. Parce qu'on est dans un système on va chez le docteur donc ça doit être pris en charge.

440 M : Pourtant il y a beaucoup de patients qui vont voir l'ostéopathe !

D2 : Oh que oui !

D3 : Mais de plus en plus viennent en disant : j'ai vu l'ostéopathe une fois, deux fois, trois fois, et là j'ai toujours mal.

D5 : Mais je crois que l'ostéopathe et la relaxation c'est différent.

445 (M ET D3 acquiescent)

M : Je disais ça par rapport au paiement, les gens disent je ne veux pas aller voir le sophrologue parce qu'il faut payer ; mais on constate qu'il y a beaucoup de gens qui vont voir l'ostéo.

450 D5 : Mais parce que c'est le lâcher prise... l'ostéopathe tu fais pas de lâcher prise, alors que quand tu fais de la sophro, tu fais du lâcher prise et quand tu es fibromyalgique tu ne veux pas tellement lâcher prise.

D3 : Mais de plus en plus de mutuelle remboursent x euros sur l'année. Je peux avoir 3 séances, j'y vais !

455 D5 : Moi j'ai juste une patiente qui en a vraiment bénéficié ; là c'est la troisième année qu'elle part en cure thermale pour la fibromyalgie. Donc elle a admis que sa fibromyalgie était liée à des problèmes psychologique : un fils qui ne va pas bien et puis une grosse pression à la maison avec le mari et le fils et en fait c'est sa façon pour elle de.... Alors ce n'est pas vécu comme des vacances, parce qu'elle fait

des soins mais comme un moment où elle va souffler quoi. Et sa maladie est reconnue, parce qu'elle part en cure thermique. Et du coup elle prend plus de médicament parce que avant elle est allée dans les centres antidouleurs et elle avait des tas de médicaments qu'elle ne supportait pas, et elle a dit  
460 moi je veux pas des médicaments comme ça. Sa seule façon de souffler c'est la cure thermique mais c'est pas.... Elle part en vacances avec sa famille, mais voilà c'est trois semaines par an et elle revient et elle est beaucoup mieux en fait elle a beaucoup moins de plaintes.

M : Mais alors pour en revenir à l'arrêt de travail elle part sur son temps de vacances ?

D5 : Non en fait, elle ne travaille pas.

465 D2 : A bah on peut prendre un arrêt de travail si on part en cure thermique de toute façon !

D4 : J'ai des fibromyalgiques qui partent en cure thermique c'est la deuxième année mais pas d'arrêt de travail c'est sur son temps de vacances.

D7 : Il me semble que c'est autorisé pour cure thermique ...

D4 : Ah Bon (D5 aussi dubitative)

470 D2 : Il y a même la possibilité de prendre huit jours de repos après une cure thermique.

D7 : Ah bah oui moi je me suis posée la question récemment et on peut pour la cause cure thermique.

M : Ah bon tu t'es renseignée directement ?

D7 : Oui oui

475 D2 : Entre parenthèses, il y a quand même des gens qui font une cure thermique pour avoir trois semaines de congés ! Il faut quand même le savoir. Il y en a qui demandent des cures et qui vont signer et ils vont se promener : ça c'est connu aussi et on peut donner trois semaines d'arrêt de travail sans problème !

D6 : Mais je trouve que c'est très positif parce que il vaut mieux trois semaines de cure thermique que pleins de médicaments enfin c'est un exemple. C'était où ?

480 D5 : Amélie-les-bains je crois l'indication c'est rhumatologique.

D2 : Non Amélie je connais.

D3 : Rhumato ou rhumato\_psy ?

D5 : Non c'est rhumato.

D3 : En indication secondaire ?

485 D5 : Non je n'en mets qu'une ; non c'est pas psy.

M : Autre question, euh la société nous confie ce rôle de pouvoir libérer les gens de l'obligation de travailler tout en ayant des revenus ; et on est la seule profession à pouvoir faire ça avec les sages-femmes pour les femmes enceintes... euh où est-ce que vous situez le curseur de la loyauté en  
490 quelque sorte ? C'est-à-dire on est le médecin de son patient et on défend les intérêts de santé de son patient mais la société nous confie une responsabilité : on engage les finances de la collectivité, donc on a aussi une loyauté vis-à-vis de la collectivité et notamment par rapport à cette histoire d'arrêt de travail : comment vous situez ça par rapport à ces patients-là ? Bon alors la sécu nous dit

495 une entorse c'est tant de jours, une angine c'est tant de jours. On a des guidelines de durées d'arrêt de travail, mais dans ces situations-là : y a pas de diagnostic, y a pas de guidelines... euh et c'est à nous d'endosser cette responsabilité. Comment vous procédez pour placer le curseur : où est-ce que vous le placez, sur quels arguments dans des situations comme ça, où on a vu, on sait pas trop... Peut-être un peu lui faire du bien mais ou bien on va lui donner son arrêt parce qu'il en veut beaucoup et on va négocier sur la durée... euh question ouverte... ?

500 D3 : Il n'y a pas de réponse carrée.

M : Non je pense pas, c'est pour ça que c'est intéressant d'en discuter.

D2 : Oui, non c'est au cas par cas.

505 D1 : Un contrôle plus strict de la caisse, en tous cas plus fréquent de la caisse nous arrangerait bien sur des arrêts justement qui se prolongent... qu'il y ait des alarmes, qu'à un mois il y ait un contrôle, qu'on nous demande pourquoi et que nous on réponde et que ça nous permette de dire au patient : « attention vous voyez la caisse on peut pas étirer dans le temps ». Mais par contre, si on a un argument de poids, on va dire bah vous inquiétez pas, il est largement justifié votre arrêt, et là le médecin conseil reçoit notre réponse ferme, est obligé de l'accepter et on se sent soutenu, parce qu'en ce moment c'est tout nous qui portons tout tout seul !!!

510 D4 et D6 acquiescent.

D7 : Je trouve effectivement que la sécurité social quand ils interviennent, ça nous aide des fois.

515 D1 : Des fois on est un peu obligé de batailler et de se mettre du côté du patient pour l'aider à lui dire il faut un arrêt, on va argumenter auprès de la caisse mais ils ne sont pas souvent là comme modérateur. La caisse est pas à nos côtés quand nous on veut : ça nous arrangerait bien qu'ils nous disent déjà au bout de deux mois ... quand on dit déjà à partir de 6 mois c'est cuit on pourra plus les arrêter et souvent en 6 mois ils ont jamais été convoqués.

M : Et justement la convocation systématique c'est au bout de 6 mois.

D1 : Et c'est bien tard !

D5 : Est-ce que tu sais que tu peux appeler le médecin conseil et lui demander ?

520 D1 : Ah bah on peut...

525 D5 : Et lui demander, sous couvert qu'il ne dise pas que ça vienne de toi, de contrôler le patient. C'est arrivé à mon associée où le rhumato avait dit : « il n'...y a pas de justification » et ma collègue euh voilà... et donc elle a téléphoné au médecin conseil en disant ce patient ben voilà et je crois qu'elle a même pas demandé au médecin conseil de pas dire que c'était elle et le médecin conseil a convoqué la patiente sans dire quoi que ce soit et a remis la patiente au travail. Et la patiente a repris le travail...

M : Oui, tu voulais dire quelque chose ? (en regardant D7)

530 D7 : je trouve que ça permet d'équilibrer ce médecin conseil, parce que on est quand même... donc nous dans la consultation, on s'occupe du patient... enfin je pense que dans le côté arrêt de travail, ça prédomine l'intérêt du patient par rapport à l'intérêt collectif... euh économique... et la sécu au contraire elle, elle a plus en tête quand même l'argument économique... et je trouve que du coup ça peut faire en ce sens-là un bon appui, parce qu'on est chacun un petit peu plus d'un côté et...

D1 : C'est un peu comme si on était en même temps l'avocat et puis le juge quoi... C'est pas facile !

Tout le monde acquiesce.

535 D6 : En tout cas ce qui est sûr, c'est qu'on la ressent très bien cette pression du collectif et des finances publiques ! C'est quelque chose que l'on ressent c'est clair. Et c'est quelque chose qui rentre en compte dans notre décision.

D1 : Depuis quelques mois où on nous profile...

D6 : On nous met vraiment la pression !

540 D4 : Je ne sais pas mais il me semble qu'avec le temps les patients sont moins dans les arrêts de travail ; je mets moins d'arrêt de travail.

D1 : Ils ont des promos... C'est pas simple en ce moment.

M : Des arrêts courts oui, mais si on parle de situations comme aujourd'hui moi je ne vois pas d'évolution.

545 D6 : Peut-être que c'est le reflet de l'éducation de votre patientèle.

D1 : C'est le respect des objectifs : ils sont tous mobilisé sur ces fronts-là. Ils ont plus le temps de s'occuper des arrêts de travail.

550 D2 : Ce qui peut être intéressant aussi c'est de rentrer aussi en contact avec le médecin du travail qui généralement apprécie les contraintes du poste et peut nous donner des indications assez précises en fonction de ce que nous on ressent sur le plan organique.

D6 : Et est-ce qu'on peut le solliciter à n'importe quel moment ?

555 D2 : Absolument ! (D4 ET D5 acquiescent). En général on a, par secteur, un médecin du travail référent et on peut lui téléphoner ou lui envoyer un courrier. Et généralement soit il convoque le patient pour voir un peu dans quelles conditions il travaille etc. et ensuite il nous le renvoie. Moi je sais qu'à plusieurs reprises ça m'est arrivé et ça permet de bien apprécier la part des contraintes professionnelles sur les symptômes que peut avoir la patiente.

M : Pour donner la réponse réglementaire : en fait le médecin du travail ne peut convoquer un patient que si il n'est pas en arrêt travail. Mais il peut par contre le convoquer en visite de pré reprise.

560 D6 : Mais du coup c'est dans l'hypothèse d'une reprise parce que si le problème est encore actif, il peut pas être convoqué on est d'accord ?

M : Oui c'est ça.

565 D5 : Mais pour que nous on puisse rentrer en contact avec le médecin du travail ; il faut quand même que le patient soit d'accord. On ne peut pas rentrer en contact avec le médecin du travail : d'abord il faut qu'il nous donne ses coordonnées, ce qui est pas évident, d'abord lui il ne le sait pas il faut qu'il regarde sur sa fiche d'aptitude, on peut pas encore rentrer en contact ...

D2 : Non non, il n'est pas question de rentrer en contact derrière le dos des gens. En général on pose la question : « Moi je ne suis pas capable d'apprécier les contraintes de votre poste, par contre vous avez un médecin du travail qui peut justement me renseigner. Est-ce qu'on peut lui demander ? »

570 D3 : Ça pour les gens qui travaillent comme salariés dans le milieu hospitalier c'est une catastrophe! Parce que ça passe devant un comité médical. Notamment j'ai une dame qui travaille comme agent,

qui a une arthrose, une discopathie sévère, qui n'a pas d'adaptation de poste possible dans la structure.

D1 : Ils sont obligés de la licencier.

575 D3. Non parce que dans la fonction publique, on ne la licencie pas. Donc elle est dans une situation qui a un nom particulier, avec réduction de salaire, mais je dois quand même moi, faire des arrêts parce que c'est une assurance privée de l'hôpital.... Alors elle a pas de poste mais elle vient parce qu'il faut que je continue à lui faire des arrêts ! Alors je mets : « médecine du travail, doit avoir un poste adapté, pas de poste disponible, passage en comité médical toujours pas de poste donc on prolonge en disponibilité ». Le salaire est réduit. Peut-être mise en retraite anticipé, mais ça doit passer devant le comité médical qui se réunit tous les un an et demi. Elle me dit : « j'attends des nouvelles du comité j'attends des nouvelles du comité. » Elle a été expertisée deux fois : qui confirme et on est dans l'attente. C'est un arrêt qui dure mais comme on est dans la fonction publique c'est encore un statut différent.

585 M : Là, ton rôle se situe du côté du patient. C'est pour l'intérêt du patient mais du coup la société n'y trouve pas vraiment son compte.

D3 : Elle prend pas d'antidouleur elle sollicite pas...

JPC : Oui mais toi tu parlais, tu employais le mot : « avocat ». Toi aussi tu te situais avec le patient, comme défenseur du patient. Comment les uns les autres... euh ?

590 D1 : Il faut des fois s'entourer de conseils parce que... on va demander à quelqu'un de voir le médecin du travail et si le médecin du travail déclare le patient inapte il risque aussi d'être licencié et il va se retrouver à Pôle Emploi. Au bout d'un certain temps s'il ne retrouve pas d'emploi, il va se retrouver dans une situation difficile. Il faut pas faire n'importe quoi quand même.

595 D3 : Moi j'ai quelques personnes pour qui ça s'est passé comme ça et qui on aboutit à un licenciement.

D1 : Bah oui, moi j'ai un cas comme ça en cours, mais il s'approche de la retraite au bout de trois ans de Pôle Emploi c'est la retraite... on peut encore... quand c'est dix ans avant, quand on sait qu'à cinquante ans Pôle Emploi c'est fini.

600 D3 : Moi c'est la même chose : une cinquantaine d'années, douleurs d'épaules, le médecin conseil a fait reprendre : trois jours après rechute, douleurs : médecine du travail c'est normal devant le travail mécanique à la chaîne et ça a abouti à une inaptitude puis quinze jours après licenciement.

D4 : Et de plus en plus vite, je trouve, les inaptitudes. Je trouve depuis quelques temps.

605 D1 : C'est pour ça qu'on défend quand même notre patient avant la sécu quand même ! Il faut faire attention à ne pas vouloir aller trop vite non plus... pas forcément trop appeler la caisse non plus. C'est peut être leur faire ressortir un dossier qu'ils avaient pas..... On n'est pas médecin de sécu.

M : Oui oui bien sûr mais qu'est-ce que vous voulez dire avec ces inaptitudes qui seraient de plus en plus rapprochées ?

610 D4 : J'ai eu un cas récent, mais c'est un peu différent car ça démarrait d'un accident de travail : un problème de genou, mais le monsieur avait une gonarthrose sévère antérieure et il y a eu tentative de reprise. Visite de reprise : le médecin du travail me contacte, j'émet l'inaptitude : « ce monsieur écoutez, pour moi a une inaptitude temporaire, et je vous préviens la situation est telle dans

l'entreprise que si ce monsieur ne peut pas régler son problème de genou rapidement ...euh voilà !  
Donc ça pose un souci ça a été assez rapide !

615 M : Vous voulez dire qu'il y a une aggravation de la pression et de l'exigence de performance vis-à-vis des patients salariés. Et alors votre attitude par rapport à ça ?

D4 : M'attitude : on a fait des soins qui étaient prévus vis-à-vis de son arthrose, avec des injections, en sachant que ça ne va pas tout faire, qu'il est trop jeune pour subir une prothèse et que, en effet j'ai informé le patient qu'il était dans une situation délicate vis-à-vis de son poste de travail et qu'il n'y avait probablement je ne pense pas, d'autre poste et que voilà on était un petit peu ennuyé.

620 D1 : Alors après, il faut un bon syndicat dans l'entreprise.

D6 : Rires.

D1 : Non non, mais oui, on les envoie à la médecine du travail, aux syndicats, à l'inspection du travail... parfois parce que parfois le travail est abusif, mais on fait attention on marche sur des œufs, à ne pas nuire, on sait jamais parfois on prend une décision, puis on dit « mince là ça y est ».

625 D6 : Mais pour les accidents du travail il y a aussi une association la...

M : Oui, la fédération nationale des accidentés du travail.

D1 : Oui mais si on les met en relation, on va chroniciser le problème... là c'est parti, parce que là ils y ont le droit...

JPC : d'autres expériences avec cette association ?

630 D6 : pas assez de recul...

M : Si avec l'association fibromyalgique ?

D1 : Ben de toute façon les patients ils trouvent tout seuls avec internet.

D6 : Mais c'est délicat comme question, parce que vous parlez du risque de chronicisation par trop de reconnaissance de la société ?

635 D1 : Comme celui qui a un certain nombre d'années de cotisation sécu y a droit, il doit être remboursé, il ne doit pas payer, comme les gens qui ont travaillé de nombreuses années qui ont droit à une retraite et on touche à leurs acquis et il faut pas baisser la retraite il ne faut pas reculer l'âge de la retraite, les générations qui viennent vont accepter, mais les anciens non ils n'acceptent pas. On a beaucoup de mal à faire changer.

640 D4 : C'est vrai, ceux dont l'âge de la retraite a été repoussé un petit peu c'est un motif de consultation. Ils ne sont pas bien psychologiquement, c'est douloureux il y a des douleurs...

D1 : Ah non non non c'est un impôt de plus.

D4 : On sent que ça pèse.

M : Ah oui vous avez constaté ça ?

645 D4 : Ah oui j'ai eu quelques consultations, mais ils le disent clairement : « je suis vraiment déçu »

D1 : Trois ans de plus ça va pas être possible.

M : Et alors vous réagissez comment face à ces plaintes-là ?

D1 : Si c'est quelqu'un qui a vraiment un métier pénible moi je l'arrête je ne me pose pas de questions.

650 D4 : Si c'est un maçon, moi dans mon cas c'était un maçon qui avait les genoux en vrac, bon bah il y a eu des arrêts courts mais de toutes façon il ne sera pas arrêté jusqu'à l'âge de la retraite. Donc il faut tenir.

M : du coup vous multipliez les petits arrêts ?

655 D4 : Non parce que sur toute sa carrière il a eu très peu d'arrêt justement. En fin de carrière il arrive et jamais je pense qu'il n'aurait osé demander un arrêt. Et là il ne le demande pas mais il le sous entend. Il ne le demande même pas.

M : Oui je vois bien j'ai quelques patients portugais maçons comme ça... qui n'ont jamais été arrêtés de leur vie.

D4 : Et il a été convoqué par le médecin conseil ?...Il n'avait jamais été arrêté...

660 M : Est-ce qu'on arrive au terme de l'entretien ? Est-ce que vous avez vraiment encore un truc à cœur que vous n'avez pas encore dit et que vous avez envie de dire sur cette notion d'arrêt de travail notamment.... En particulier par rapport à ces patients difficiles à...

665 D1 : Oh bah une petite pensée pour les confrères qui sont dans des zones où il y a beaucoup d'arrêt de travail, et où le médecin conseil embête parce qu'il a des profils qui sont inacceptables. Nous qui sommes avec des retraités, des sans-emplois, des gens à leur compte et des touristes on a pas de problèmes. Le médecin conseil vient nous féliciter ; on leur dit je n'en veux pas de vos félicitations j'y suis pour rien.

M : Ah oui d'accord il y a une inégalité de traitement.

670 D1 : On a peu de gens arrêtés dans l'ensemble par rapport à d'autres endroit c'est complètement crétin de profiler en disant c'est bien je vais pas aller chercher pour les arrêter non plus.

M : Toi tu ne la ressens pas mais d'autres la ressentent très fortement ?

D1 : Ben j'imagine oui.

M : (en s'adressant à D5) Toi tu ressens ça ?

675 D5 : Non je ne ressens pas ça non. Moi j'ai des patients qui ont été contrôlés beaucoup dans le cadre de souffrance au travail. J'ai un patient qui a été arrêté pour souffrance au travail qui a été convoqué par le médecin du travail, qui a été vraiment dans l'empathie avec le patient ce qui c'est bien passé, ce qui rassure beaucoup le patient dans ce cas-là. Mais non moi j'ai pas de contraintes euh... enfin je ne sais pas.

680 D1 : Quand ils viennent avec notre profil, ils en parlent un peu des arrêts quand même. Mais c'est pas leur promo du jour ils ont d'autres chats à fouetter en ce moment : nos profils, nos objectifs, nos trucs stupides. Nos Kardégic chez les diabétiques alors qu'il n'y a aucune étude qui prouve que ça a un intérêt, euh nos hémoglobines glyquées quatre fois par an... ce qui importe c'est que même si elles sont à 11 quatre fois dans l'année c'est bien.... Mais si on en fait que 2 à 6,5 à 60 ans là on est des mauvais.

685 D4 : Oui oui

D1 : Mais par contre une HbA1C à 5 à 90 ans là on est bon là si on la fait 4 fois dans l'année.

Rires généraux

M : D'autres idées qui ne serait pas venu là ?

690 D4 : On ne parle pas du tout, parce que c'est une douleur inétiquée, mais bon il faut évaluer la douleur : il y a des évaluations, des échelles... bon là on est... or tout ça c'est-à-dire qu'on considère qu'on a déjà évalué que la douleur elle... dans la consultation il y a juste un entretien...

M : Oui mais dans votre pratique est-ce que c'est un élément d'appréciation par rapport à l'arrêt de travail ?

695 D4 : Alors voilà ça pourrait être un élément d'appréciation, ça devrait l'être je pense. Pour moi c'est pas toujours fait, ça devrait l'être sûrement parce que c'est peut-être un peu plus objectif et c'est un argument qui peut nous être demandé je pense... mais ça prend beaucoup de temps, c'est pas toujours facile à inclure dans une consultation, on va passer déjà peut-être ¼ heure à faire ce genre d'entretien ça prend du temps...

700 D3 : Si on prend l'échelle d'évaluation classique des fibromyalgiques, ils sont toujours à huit hein... alors c'est très souvent élevé alors il y a une discordance entre ce que nous on perçoit de la douleur, et ce que eux ils perçoivent de la leur, alors ça c'est clair parce que ils continuent leur vie habituelle et ils sont quand même à huit... alors je sais pas vous avez pas ça vous ? Donc je pense que c'est pas une bonne échelle celle-là.

M : D'autres l'utilisent dans leur pratique par rapport à ces patients-là ?

705 D1 : Rarement parce que si un fibromyalgique me répond qu'il est à 10 j'ai envie de lui répondre pauvre Jean MOULIN !

(Rires généraux)

M : Oui oui ce sera la parole de conclusion. Merci d'avoir participé à cette enquête bon on va fermer les magnétophones et tu vas nous faire part de ton expérience.

710 D6 : Là vous avez axé surtout l'entretien sur les arrêts de travail, mais en fait moi ce que je trouve aussi comme question c'est vous avez parlé que la douleur avait un sens dans l'histoire des gens mais le sens, pas tout le monde ne peut le trouver et même des fois quand il peut le trouver, ça ne résout pas les choses. Et c'est vrai que c'est difficile et qu'il y a certaines personnes qui sont tout le temps avec des douleurs, et quand un problème est résolu on passe à un autre problème et tout le temps tout le temps tout le temps et moi en tant que jeune médecin je ne sais pas quoi en faire.

715 D5 : Il faut le dire moi je pense qu'il faut le dire. Moi je leur dit : « Attention ! Là y a ça, ça va mieux mais là vous êtes en train de me dire que.... Qu'est-ce que vous en pensez ? Comment vous expliquez ça ? » Alors ça maintenant je leurs dis. Je leur demande ce qu'ils pensent de cette nouvelle plainte où il y a rien dedans...

720 D6 : Mais là la situation à laquelle je pense en fait quand je pose des questions un peu plus personnelles tout va bien dans le meilleur des mondes c'est les bisounours quoi ! Et du coup c'est complètement fermé la discussion mais je pense que le temps va y faire enfin la relation va évoluer mais euh...

725 M : L'idée si tu veux est je crois que c'est l'idée aussi défendue par Eric Werner, c'est que on est pas psychanalyste et que notre objectif n'est pas de mettre en évidence un sens possible. Si ça vient tant mieux c'est très bien, mais l'idée c'est de savoir qu'il y a un sens pour ce patient-là, et qu'on n'est pas

forcé de le connaître, mais que pour ce patient-là, ça fait partie de son être au monde, sa plainte, et que c'est vraiment très ancré dans son expérience de la vie dans sa vision du monde.

D6 : Oui dans sa construction identitaire.

730 M : Et du coup savoir ça, déjà ça aide à supporter... et le supporter c'est-à-dire accepter notre propre impuissance vis-à-vis de ces patients-là. Je crois que c'est utile, c'est paradoxal mais si on est dans la surenchère et dans la volonté de succès à tout prix on va vite s'énerver et on va être rejetant vis-à-vis de ces patients-là. Et les objectifs, c'est de les supporter dans la durée et de les accompagner dans la durée. Savoir que ça a un sens que peut-être on le sera un jour, et peut être qu'on ne le saura pas.

735 D5 : On peut les aider à y réfléchir quand même en leur posant des questions en les faisant réfléchir d'une fois sur l'autre.

M : Bien sûr c'est jamais toxique de poser des questions.

D5 : Et leur demander si ils ont trouvé une réponse au moment où on les revoit. Ils ne trouveront pas forcément.

740 M : On leur tend des perches mais on n'est pas chargé d'explicitier le sens. Si ça vient, c'est très bien. Si ça vient pas, ça viendra peut-être plus tard ou jamais. C'est un peu l'idée que j'essaie de mettre en œuvre.

Bien bah merci beaucoup on va s'arrêter là et on vous restituera les données de cette enquête.

D5 : Mais ils ne nous a pas dit ce qu'il avait dit au médecin du travail...

745 D1 : Au médecin conseil ; oui c'est assez marrant parce qu'il venait défendre justement les items et je lui ai dit je vais prendre justement un item ; je ne peux pas discuter sur tous les items je n'ai pas forcément le niveau mais je peux quand même discuter sur le Kardégic chez les diabétiques puisque je fais partie du réseau Vendée diabète et que ça me tient à cœur et puis j'ai compris très vite que ça l'agaçait et que lui il n'avait qu'un intérêt c'est de balayer devant sa porte et je lui dis et il me faisait

750 un peu de peine comme on dit, je lui ai dit vous devriez faire du curling.(RIRES ) C'est quand même une profession ou on ne balaie que devant sa porte.

# Etude quantitative et qualitative sur la démarche diagnostique et la prescription d'arrêt de travail des médecins généralistes dans les plaintes subjectives et complexes en Pays de Loire. Résultats comparés avec la Norvège.

## RESUME

### Contexte et objectif :

Les plaintes subjectives et complexes (SHC) mettent en difficulté les professionnels de santé. La prévalence de ces pathologies est importante en médecine générale mais difficile à préciser en l'absence de classification commune.

Afin de mieux connaître les pratiques des médecins généralistes (MG) face à ces plaintes, une étude initiée en Norvège a été menée en Pays de Loire. Elle vise à décrire les diagnostics posés et à comprendre les processus décisionnels d'arrêt de travail (AT). Un objectif secondaire de l'étude était de vérifier la cohérence de la discipline.

### Méthode :

Une méthode mixte a été utilisée: quantitative et qualitative. 9 consultations réelles de patients avec des SHC, filmées en Norvège, rejouées par des acteurs, sous-titrées, ont été présentées à un échantillon de MG de Pays de Loire. Un questionnaire rempli après chaque consultation recueillait leurs diagnostics, l'évaluation de la plainte et les déterminants de la prescription d'arrêt maladie. Les résultats ont été comparés à ceux de Scandinavie. Deux focus groups ont ensuite été réalisés pour mieux comprendre le processus de réflexion des MG face aux SHC, la place de l'AT dans ces prises en charges, les stratégies mises en place, et les difficultés rencontrées.

### Résultats :

46 MG français ont visionné les consultations. Entre 5 et 20 diagnostics principaux différents ont été proposés pour chaque cas. 71% des diagnostics appartenaient à la catégorie ICPC 2 « psychologique ». Le chapitre du diagnostic principal était identique à 77,8% entre la France et la Norvège. Un arrêt de travail était prescrit dans 77% des 414 questionnaires (75,6% en Norvège). Pour 3 situations, la décision d'arrêt de travail n'était consensuelle, ni en France ni en Norvège. La prescription d'arrêt de travail était inversement corrélée au nombre de diagnostics posés. Les circonstances de vie personnelle du patient constituaient la composante principale de la plainte dans 57% des questionnaires. Les déterminants médicaux et de santé étaient la principale raison de l'arrêt de travail dans 56% des questionnaires. Les résultats français et norvégiens étaient superposables et témoignaient des mêmes difficultés cliniques et taxinomiques.

Les focus groups ont mis en évidence l'analyse globale que les MG font de la situation, selon un modèle biopsychosocial. Les prises en charge reposent sur une intention de relation médecin malade de qualité visant à autonomiser le patient en fixant conjointement des objectifs. La prescription d'AT reste difficile devant l'absence de critères objectifs. Les MG peinent à endosser à la fois le rôle de médecin du patient et de médecin expert pour l'obtention de prestations sociales. Dans ces prises en charge les médecins regrettent leur isolement ainsi que la difficulté de coopération avec les spécialistes et la CPAM, qui rend l'accompagnement de ces patients pesant.

### Conclusion :

Les SHC relèvent des compétences des spécialistes en médecine générale même si leurs prises en charge restent compliquées et source d'insatisfaction. Cette étude met en évidence l'homogénéité de la discipline entre la France et la Norvège. La prise en charge de ces patients pourrait bénéficier du développement d'outils de repérage dans la pratique quotidienne et d'une meilleure coopération entre les intervenants de santé favorisant la réinsertion professionnelle.

## MOTS-CLES

Plaintes médicalement inexplicables, comparaison internationale, arrêt de travail, soins primaires, focus groups, médecine générale.