

---

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N°279

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
Mention : Médecine Générale

PAR

WEBER Raphaël, Paul, Antoine  
Né le 02 février 1994 à Saverne (67)

REPRÉSENTATIONS ET BESOINS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS L'EXPÉRIMENTATION D'UN  
PARCOURS COORDONNÉ DE PRÉVENTION DE LA DÉINSERTION PROFESSIONNELLE DANS LE  
BAS-RHIN

Président de thèse : GONZALEZ Maria, PU-PH  
Directeur de thèse : HERZOG Florent, MCA-MG

---

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N°279

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
Mention : Médecine Générale

PAR

WEBER Raphaël, Paul, Antoine  
Né le 02 février 1994 à Saverne (67)

REPRÉSENTATIONS ET BESOINS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS L'EXPÉRIMENTATION D'UN  
PARCOURS COORDONNÉ DE PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE DANS LE  
BAS-RHIN

Président de thèse : GONZALEZ Maria, PU-PH  
Directeur de thèse : HERZOG Florent, MCA-MG

---



## FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022  
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1983-1989)  
(1989-1994)  
(1994-2001)  
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel  
M. SIBILIA Jean  
Mme CHARLOUX Anne  
M. MANTZ Jean-Marie  
M. VINCENDON Guy  
M. GERLINGER Pierre  
M. LUDES Bertrand  
M. VICENTE Gilbert  
M. STEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
**Directeur général : M. GALY Michaël**

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

### A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatito-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS <sup>5</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICOUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS <sup>a</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (Clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDP	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

#### A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

**B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales -Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILUSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)



NOM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMC0 Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

## B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr Ass. DUMAS Claire  
 Pr Ass. GRIES Jean-Luc  
 Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne  
 Pr Ass. GUILLOU Philippe  
 Pr Ass. HILD Philippe  
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

### C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette  
 Dr LORENZO Mathieu

### C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé  
 Dr GIACOMINI Antoine  
 Dr HOLLANDER David  
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth  
 Dr SCHMITT Yannick

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP</li> </ul>
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie</li> <li>- Service d'Oncologie Médicale / ICANS</li> </ul>
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau</li> </ul>
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- UCSA</li> </ul>
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO</li> </ul>
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Locomax</li> <li>- Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- SAMU</li> </ul>

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
  - BELLOCOQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
  - ROUL Gérard (Cardiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
  - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc                      CNU-31                      IRCAD

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

## Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**ICANS** - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

(version historique)

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

---

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie la Professeure Maria GONZALEZ d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Je suis honoré d'avoir pu vous présenter mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

Je remercie mon directeur de thèse, le Docteur Florent HERZOG pour son investissement, son aide et son accompagnement tout au long de ce travail. Merci pour ton écoute et tes conseils avisés. Sois assuré de ma sincère reconnaissance.

Je remercie le Docteur Fabien ROUGERIE d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre réactivité. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Je remercie le Docteur John LENERTZ d'avoir eu la gentillesse d'accepter mon invitation à juger ce travail. Je te remercie du fond du cœur pour ton expertise et ta supervision pendant toute la durée de mon internat ainsi que ta confiance pour la période de remplacement en début d'année. Sois assuré de ma sincère reconnaissance et de toute mon amitié.

Je remercie Monsieur le Directeur de la CPAM du Bas-Rhin, Maxime ROUCHON, pour son aide et sa confiance. Je vous remercie d'avoir accepté la convention de partage des données me permettant d'accéder aux ressources nécessaires afin de mener à bien mon étude. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

Je remercie Madame Sandrine Bertrand, chargée d'appui au pilotage de la CPAM du Bas-Rhin, pour sa collaboration, son implication et son aide précieuse. Vous avez grandement contribué à rendre cette étude possible. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Je remercie également chaleureusement les médecins qui ont accepté de participer à cette étude ainsi que toutes les équipes médicales qui ont participé à ma formation théorique.

À ma femme, mon amour, mon âme-sœur... Merci pour ton soutien inconditionnel, ta douceur et ton oreille attentive. Merci de m'avoir encouragé, fortifié et réconforté depuis le premier jour. Tu me comprends mieux que quiconque. Je suis tellement reconnaissant d'avoir fait un jour ta merveilleuse rencontre et d'évoluer, depuis, tous les jours à tes côtés.

L'avenir professionnel enfin tracé nous allons pouvoir nous consacrer pleinement à nos projets. Je t'aime à l'infini et au-delà !

À mes parents, merci pour votre amour et votre soutien sans faille. Merci d'avoir été, dès le début, mes premiers supporters et d'avoir été là pour moi, en toutes circonstances. Je vous dois tout.

Papa, merci infiniment pour ton implication, ton aide, ton expertise et tes conseils judicieux. Ce travail est aussi le tien et j'espère qu'il te rendra fier.

Maman, merci pour tes encouragements, ton aide et tes relectures méticuleuses. Je vous aime.

À mon grand-frère, mon modèle, celui qui a ouvert le chemin. Merci pour ton soutien, ta gentillesse et ta bonne humeur. Même si les kilomètres nous séparent, je sais que tu seras toujours là pour moi, tout comme tu pourras toujours compter sur moi.

À mes grands-parents, merci de m'avoir fait grandir. J'ai beaucoup appris à vos côtés et tous ces beaux moments sont à jamais gravés dans mon cœur. Vous êtes une source d'inspiration et j'espère un jour pouvoir transmettre, à mon tour, votre histoire et vos valeurs.

A Papi André, qui aurait été sûrement très fier.

À mes beaux-parents, merci pour votre bienveillance, votre soutien indéfectible, vos encouragements inestimables. Merci pour votre écoute attentive et votre disponibilité. Votre présence dans ma vie est un cadeau précieux.

À Jean-Baptiste et Noé, mes frères de cœur, merci pour votre soutien, votre gentillesse et votre bonne humeur inaltérable. Jean-Baptiste, merci pour ton enthousiasme et ton réconfort lors de toutes nos soirées de révisions. Je suis fier de ton parcours et du médecin que tu es devenu. Merci pour les dépannages et réparations en tout genre, tu es mon homme à tout faire préféré !

Noé, merci pour ta gaité contagieuse, ton énergie débordante et tous ces moments de joie partagés ensemble. Hâte de faire partie de l'équipage pour ton premier vol !

À ma famille, merci de m'avoir soutenu, encouragé et accompagné tout au long de ces années.

À ma belle-famille, en particulier Claire, Elisabeth et André, merci pour vos encouragements qui m'ont beaucoup touché. Soyez assurés de toute mon affection.

À mes loulous, les 4 fantastiques, qui sont une véritable source de joie et de rire.

À mes amis, co-internes et compagnons de route.

À tous, je vous transmets mes plus sincères remerciements.



## TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	22
	2 LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU SEIN DU DISPOSITIF DE PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE (PDP).....	24
2.1	État des lieux de la PDP.....	24
2.1.1	Définition.....	25
2.1.1.1	Notion de reclassement professionnel.....	25
2.1.1.2	Maintien dans l'emploi.....	27
2.1.1.3	Maintien en emploi.....	27
2.1.1.4	Usure professionnelle.....	28
2.1.1.5	La PDP.....	28
2.1.2	Les enjeux humains économiques et sociaux.....	30
2.1.2.1	La population touchée par la désinsertion professionnelle.....	31
2.1.2.2	Un impact socio-économique fort.....	32
2.1.2.2.1	A l'échelle nationale.....	33
2.1.2.2.2	Au niveau régional.....	34
2.1.3	La PDP : un réseau d'intervenants et de compétences multiples.....	34
2.1.3.1	La mission de maintien en emploi des services de prévention et de santé au travail. 35	35
2.1.3.2	La contribution du réseau de l'Assurance Maladie.....	36
2.1.3.3	Les autres intervenants.....	39
2.1.3.3.1	L'employeur.....	39
2.1.3.3.2	L'agence de gestion du fonds d'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH).....	40
2.1.3.3.3	Les dispositifs hospitaliers.....	40
2.1.3.3.4	Le médecin généraliste.....	41
2.1.4	Les facteurs de réussite du dispositif PDP.....	41
2.1.4.1	La coordination des acteurs.....	42
2.1.4.2	La précocité de l'intervention.....	44
2.2	Place et rôle du médecin généraliste au sein de la PDP.....	45
2.2.1	Le médecin généraliste : premier rempart de la PDP.....	45
2.2.2	Un acteur déterminant de la PDP.....	46
2.2.2.1	Un rôle de détecteur.....	47
2.2.2.2	Un rôle de prescripteur.....	47
2.2.2.2.1	L'arrêt de travail.....	47

2.2.2.2	Le temps partiel thérapeutique .....	48
2.2.2.3	Un rôle d'accompagnateur .....	49
2.2.2.3.1	La visite de pré-reprise .....	49
2.2.2.3.2	L'essai encadré .....	49
2.2.2.3.3	La convention de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE) ...	50
2.2.2.3.4	La demande d'invalidité .....	50
2.2.2.3.5	Actions de remobilisation .....	51
2.2.2.4	Rôle de médiateur .....	51
2.3	L'expérimentation.....	52
2.3.1	Historique de l'expérimentation.....	52
2.3.2	Déroulement de l'expérimentation .....	54
2.3.2.1	Signalement et entrée dans l'expérimentation .....	54
2.3.2.2	Bilan de capacités professionnelles.....	55
2.3.2.3	Synthèse du bilan .....	55
2.3.2.4	Suivi des bénéficiaires .....	56
2.3.3	Bilan de l'expérimentation .....	58
2.3.4	Axe d'amélioration de l'expérimentation .....	60
3	MÉTHODOLOGIE .....	62
3.1	Type d'étude.....	62
3.2	Initiation à la recherche qualitative.....	62
3.3	Sélection des participants .....	62
3.3.1	Critères d'inclusion.....	62
3.3.2	Critères de non-inclusion .....	63
3.3.3	Critères d'exclusion .....	63
3.4	Prise de contact.....	63
3.5	Déroulement des entretiens .....	64
3.6	Analyse primaire .....	65
4	RESULTATS ET DISCUSSION.....	67
4.1	Caractéristiques de la population étudiée .....	67
4.2	Représentation de la PDP par les médecins généralistes.....	69
4.2.1	Problématique fréquente en médecine générale .....	69
4.2.2	Enjeux multiples.....	69
4.2.3	Population concernée .....	70
4.3	Facteurs de désinsertion professionnelle.....	72
4.3.1	Facteurs psychologiques .....	72

4.3.2	Facteurs socio-professionnels .....	74
4.4	Rôle du médecin généraliste au sein du dispositif expérimental bas-rhinois .....	75
4.4.1	Les missions du médecin généraliste .....	75
4.4.2	Options thérapeutiques .....	77
4.4.2.1	Arrêt de travail .....	78
4.4.2.2	Le temps partiel thérapeutique.....	82
4.4.2.3	La visite de pré-reprise .....	83
4.4.3	Les interlocuteurs PDP du MG .....	84
4.4.3.1	Le médecin du travail .....	84
4.4.3.2	Les médecins spécialistes .....	88
4.4.3.3	Le médecin conseil .....	90
4.4.3.4	Les professions paramédicales .....	91
4.4.3.5	Les acteurs sociaux.....	91
4.5	Information et communication .....	93
4.5.1	Prise de connaissance du dispositif.....	93
4.5.2	Les différents supports de l'information .....	93
4.5.2.1	Le courriel.....	93
4.5.2.2	Les délégués de l'Assurance Maladie .....	96
4.5.2.3	Les réunions d'information .....	96
4.5.2.4	Le support papier .....	97
4.6	Motivations et attentes initiales des médecins généralistes.....	97
4.6.1	Les motivations du MG à la participation au dispositif .....	97
4.6.2	Les attentes initiales du MG .....	98
4.7	Retour du patient .....	99
4.8	Plus-values du dispositif.....	99
4.8.1	Avis sur la synthèse .....	99
4.8.2	Accessibilité et simplicité d'utilisation .....	100
4.8.3	Centralisation et pluridisciplinarité .....	101
4.8.4	Prise en compte du patient .....	103
4.8.5	Intérêts économiques .....	103
4.9	Limites et freins du dispositif .....	105
4.9.1	Synthèse du bilan .....	105
4.9.2	Méthode de communication.....	106
4.9.3	Multiplicité des dispositifs et charge administrative supplémentaire .....	106
4.9.4	Capacité de réponses du dispositif.....	107

4.9.5	Accessibilité et sectorisation géographique.....	108
4.9.6	Facteur patient.....	109
4.9.7	Lacunes de suivi et délai des prises en charges.....	110
4.10	Axes d'amélioration.....	112
4.10.1	Concernant la communication.....	112
4.10.1.1	Révision de la transmission de l'information.....	112
4.10.1.2	Ouverture de la communication.....	113
4.10.1.3	Création d'une plateforme d'appui.....	113
4.10.1.4	Renforcement du caractère préventif.....	114
4.10.2	Concernant la collaboration entre les acteurs.....	115
4.10.3	Concernant les signalements.....	117
4.10.3.1	Élargissement des indications de signalement.....	117
4.10.3.2	Élaboration d'un logigramme.....	118
4.10.3.3	Pré-identification des sujets à risque.....	119
4.10.4	Concernant le suivi.....	120
4.10.4.1	Mise en place de réunions pluridisciplinaires de suivi.....	120
4.10.4.2	Mise en place d'un parcours de réhabilitation au travail.....	121
4.10.5	Prise en charge de la douleur.....	122
4.11	Formation médicale.....	123
4.11.1	Formation médicale antérieure.....	123
4.11.2	Modalités de formation.....	124
4.12	Limites de l'étude.....	127
5	CONCLUSION.....	128
6	ANNEXES.....	133
7	BIBLIOGRAPHIE.....	135

## **TABLES DES ILLUSTRATIONS**

Figure 1 : Le réseau pluridisciplinaire de PDP (Banque de données de l'Assurance-Maladie)	39
Figure 2 : La pyramide des temps de la PDP (Banque de données de l'Assurance-Maladie) ..	41
Figure 3 : Tableau du calcul des scores (Banque de données de l'Assurance Maladie).....	57
Figure 4 : Comparaison des résultats 2021 et 2022 de l'expérimentation (Banque de données de l'Assurance Maladie) .....	59
Figure 5 : Évolution des scores de situation (Banque de données de l'Assurance Maladie) ...	59
Figure 6 : Évolution des situations des bénéficiaires (Banque de données de l'Assurance Maladie).....	60
Figure 7 : Caractéristiques des médecins participants et durée des entretiens.....	68

## **GLOSSAIRE**

AGEFIPH : Agence de Gestion du Fonds d'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées  
ALD : Affection Longue Durée  
AT/MP : Accident du travail/Maladie professionnelle  
CARSAT : Caisses d'Assurance Retraite et de Santé au travail  
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie pour les Personnes Handicapées  
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
COG : Convention d'Objectif et de Gestion  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CRPE : Convention de Rééducation Professionnelle en Entreprise  
DAM : Délégués de l'Assurance Maladie  
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques  
DPC : Développement Professionnel Continu  
DREETS : Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités  
HAS : Haute Autorité de Santé  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
IJ : indemnité journalière  
IURC : Institut Universitaire de Rééducation de Clémenceau  
MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées  
PDP : prévention de la désinsertion professionnelle  
PRITH : Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travail Handicapé  
SPST : Services de prévention et de santé au travail  
SSAM : Service social de l'Assurance Maladie  
SSR : Services de soins de suite et de rééducation fonctionnelle  
SST : Services de santé au travail  
UGECAM : Unions pour les Gestions des Caisses de l'Assurance Maladie

# 1 INTRODUCTION

Maillon essentiel du soin primaire, le médecin généraliste représente généralement le premier recours au système de soins et est confronté dans son exercice à toutes les catégories socio-professionnelles.

Le médecin généraliste est plongé dans l'intimité de ses patients qu'il suit le plus souvent dans la cadre d'une relation individualisée ancrée dans le temps, en tentant de répondre au mieux à leurs problématiques de santé et aux conséquences de ces dernières. En effet, il est tenu de mettre en place une approche du patient centrée sur le somatique mais qui doit également s'inscrire dans une vision plus globale et prendre en considération ses versants sociaux, familiaux, psychologiques, culturels et professionnels.

A l'interface du sanitaire et du social, le médecin généraliste est régulièrement amené à endosser un rôle d'accompagnateur, de médiateur voire de coordonnateur du parcours de soins de ses patients.

Il est souvent confronté à des patients consultant pour des problématiques liées à la santé au travail.

Élément incontournable de la biographie des individus, le travail et ses liens avec la santé sont quotidiennement présents et éprouvés par le professionnel de santé lors des consultations.

Au cours de mes différents stages en médecine libérale, j'ai rencontré des situations de patients consultant de manière itérative au cabinet pour des troubles musculosquelettiques invalidants et/ou prolongés entraînant une angoisse et des interrogations sur leur retour au travail et leur avenir professionnel.

Je me suis alors questionné autour des capacités professionnelles restantes de ces patients. Après avoir effectué des recherches approfondies, j'ai pris connaissance, par l'intermédiaire de courriels chez un maître de stage universitaire, de la mise en place d'une expérimentation engagée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Bas-Rhin à destination des médecins traitants. Afin de détecter précocement des situations à risque, elle propose à des patients repérés par les médecins généralistes la réalisation d'un bilan des capacités physiques et professionnelles. Interpellé par l'aspect innovant de ce dispositif, j'ai pris l'attache de la CPAM pour en découvrir les modalités. De son côté, la CPAM était en attente de retours de la part des professionnels de santé participants. Cet intérêt partagé m'a permis d'engager cette étude.



## 2 LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU SEIN DU DISPOSITIF DE PRÉVENTION DE LA DÉINSERTION PROFESSIONNELLE (PDP)

### 2.1 État des lieux de la PDP

En France, les évolutions du monde du travail et la dernière crise sanitaire ont remis la santé au travail au centre des préoccupations nationales. La thématique de la conservation de l'emploi du fait de la maladie et son corollaire la réduction des risques professionnels se trouvent au croisement de multiples champs de l'action publique, et relèvent d'importants enjeux économiques, sanitaires, et sociaux.

Le développement de nouveaux modes d'organisation du travail à l'instar du télétravail, la gestion de la crise COVID-19 ou encore la prise de conscience des risques environnementaux, ont marqué un tournant durable et contribuent à placer les questions de qualité de vie et des conditions de travail au cœur du dialogue social dans les entreprises.

Afin de répondre à ces problématiques, les pouvoirs publics ont impulsé ces dernières années une refonte du cadre législatif existant et établi de nouvelles lignes directrices en matière de santé et de sécurité au travail. A l'instar de la loi Santé au Travail du 2 août 2021 (1) et des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> Plan de Santé au Travail (2), la priorité est donnée à des politiques de prévention dans un objectif de réduction de la sinistralité et de maintien en emploi des salariés.

Un des axes prioritaires de ces directives cible la prévention de la désinsertion professionnelle. Elle a pour objectif de permettre à des personnes dont les problèmes de santé restreignent l'aptitude professionnelle de rester en activité ou de la reprendre dès consolidation, soit par la mise en place d'aménagement de leur emploi, soit en facilitant un changement d'emploi.

S'il n'existe aucune mesure directe du nombre de salariés en risque de désinsertion professionnelle, ce sont vraisemblablement entre un et deux millions de salariés qui sont menacés à court ou moyen terme par ce risque, soit 5 à 10% des salariés, ce qui tend à croître encore avec le vieillissement de la population active.(3)

De nombreuses études ont mis en évidence des relations étroites entre l'altération de l'état de santé et le risque de perte d'emploi. (3)

L'apparition ou l'aggravation de maladies chroniques évolutives, maladies professionnelles, accidents du travail ou handicaps sont à l'origine d'avis d'aptitude avec restriction ou d'avis inaptitude pouvant aboutir in fine au licenciement.

Ainsi, les pathologies ostéo-articulaires et les troubles psycho-comportementaux représentent 75% des pathologies responsables des avis d'inaptitude et prédominent respectivement dans le secteur de la construction et l'industrie ainsi que dans ceux du commerce et des services.(4)

La PDP est prise en charge par un réseau informel d'acteurs dans lequel s'inscrit le médecin traitant. Ce dernier constitue un rouage essentiel du dispositif dont il est souvent le premier maillon.

### 2.1.1 Définition

Au fil du temps, la terminologie du risque de perte d'emploi, en raison de problèmes de santé, a évolué.

#### 2.1.1.1 Notion de reclassement professionnel

Historiquement, la notion de reclassement professionnel est la première à apparaître dans la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des travailleurs handicapés. Elle établit notamment que « l'emploi et le reclassement des personnes handicapées constituent un

élément de la politique de l'emploi ». Les actions en matière de prévention de la désinsertion professionnelle ont donc été impulsées par les politiques concernant les personnes en situation de handicap.(5)

Il paraît donc intéressant de définir le terme de handicap. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne handicapée désigne « toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude [...] à occuper un emploi s'en trouvent compromises ». (6)

La loi française du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées dispose dans son article 2 que constitue « un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ». (7)

De son côté, le Code du Travail précise qu'est considéré comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique ». (8)

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est subordonnée à la décision administrative accordée par la Commission des droits et de l'autonomie pour les personnes

handicapées (CDAPH) dans le cadre des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Bien que cette définition paraisse large et que les demandes de reconnaissance de la qualité de travail handicapé (RQTH) débouchent dans 94,2% sur un accord, il apparaît que la population des travailleurs handicapés n'est pas totalement superposable à celle des travailleurs à risque de désinsertion professionnelle pour raison de santé. (4)

En effet, il existe, d'une part, une phase en amont du handicap durant laquelle le diagnostic et /ou le pronostic d'évolution de la pathologie restent incertains et d'autre part, la possibilité qu'une partie des intéressés ne souhaitent pas être reconnus handicapés en raison des conséquences péjoratives du handicap dans leurs relations sociales et professionnelles.

#### 2.1.1.2 Maintien dans l'emploi

Au cours des années 1990-2000, le terme de reclassement professionnel laisse progressivement sa place à ceux de maintien dans l'emploi et en emploi.

La formulation de maintien dans l'emploi apparaît dans le Code du Travail en 1993 et dans celui de la Sécurité Sociale en 2009. Le maintien dans l'emploi recouvre le maintien sur le poste grâce à des aménagements ou dans la même entreprise par un reclassement interne.

#### 2.1.1.3 Maintien en emploi

Le maintien en emploi figure quant à lui depuis 2013 dans le Code du Travail.

Le maintien en emploi est défini comme un processus d'accompagnement des personnes présentant un problème de santé avec un retentissement sur leur capacité de travail dans le but de les maintenir durablement en emploi et pas seulement dans leur poste de travail ni dans la même entreprise d'origine. Et ce dans les conditions compatibles avec leur état de

santé. Le reclassement est élargi au sein d'une autre entreprise, voire à la réorientation professionnelle.(2)

#### 2.1.1.4 Usure professionnelle

L'usure professionnelle représente un des facteurs déterminants du risque de désinsertion professionnelle. Elle se définit comme le résultat d'un processus d'altération de la santé au travail et se traduit par une accélération du vieillissement de la personne et une dégradation de ses capacités physiques (3). En fonction du parcours professionnel des salariés, des contraintes et des risques auxquels ils ont été exposés ainsi que des marges de manœuvre dont ils ont pu disposer dans l'accomplissement de leur tâche, l'usure professionnelle peut apparaître tôt dans les carrières et ne concernent pas que les seniors. Ces manifestations sont multiples pour le salarié et s'expriment par l'apparition d'accidents, douleurs, troubles musculo-squelettiques, troubles psychosociaux...

Pour l'entreprise elle se traduit par de la démotivation, de l'absentéisme, des restrictions d'aptitudes, des arrêts maladie de longue durée....

L'enjeu est donc de repérer ces signaux d'alerte avant que le processus n'aboutisse à terme à de la désinsertion professionnelle.

#### 2.1.1.5 La PDP

C'est avec la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, que le terme prévention est associé explicitement à celui de désinsertion professionnelle.(9)

Selon le Plan de Santé au Travail 2021-2025 la PDP renvoie aux dispositifs et accompagnements mis en œuvre à destination des salariés potentiellement fragiles du fait d'un état de santé difficilement compatible avec la poursuite de leur activité. (3)

Cette notion figurait déjà dans la Convention d'Objectif et de Gestion (COG) signée entre l'Etat et l'Assurance Maladie pour la période 2014-2017 et dès 2010 dans une lettre réseau de l'Assurance Maladie qui déployait une offre de service en prévention de la désinsertion professionnelle engageant le service médical et le service social.

Le terme de prévention de la désinsertion professionnelle s'avère être proche de celui de maintien en emploi mais introduit, en plus l'idée de prévention dans les missions des acteurs. Il renvoie à une volonté d'intervenir tout au long de la vie professionnelle dans une logique de prévention primaire c'est-à-dire de lutte contre la pénibilité et l'usure professionnelle avant la survenue de problèmes de santé ; puis secondaire lorsque ceux-ci sont avérés pour les traiter le plus précocement possible et enfin tertiaire pour réduire les effets sur l'emploi des complications.

Ce séquençage dans le temps débouche sur la nécessité d'une détection précoce du risque dès les premières alertes afin de déclencher une prise en charge socio-professionnelle le plus tôt possible.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande, en ce sens, de repérer si possible en amont de l'arrêt de travail, toute altération de l'état de santé du travailleur ayant des conséquences sur ses capacités fonctionnelles en lien avec son travail. (3)

### 2.1.2 Les enjeux humains économiques et sociaux

Notre société industrielle et technique a développé un modèle d'inclusion sociale fondé principalement sur la valeur travail. Cette dernière constitue pour de nombreuses personnes l'une des composantes essentielles de leur identité. (10)

En effet, au-delà de la question des revenus que le travail procure, il est aussi un lieu d'épanouissement personnel et de construction de lien social.

A contrario, l'absence de travail, la dégradation de celui-ci voire le risque de chômage sont souvent source de mal être. Mais l'activité professionnelle peut aussi engendrer des effets négatifs sur la santé lorsqu'elle est trop intense ou lorsqu'il y a trop de pression.

En fonction du parcours professionnel et du parcours personnel potentiellement émaillés d'évènements médicaux, de pathologies chroniques voire de survenue de handicaps, liés ou non au travail, un individu peut présenter un état de santé difficilement compatible avec la poursuite de son activité.

Par ailleurs, pour conserver à la fois un revenu et une estime de soi, beaucoup de salariés souffrant de problèmes de santé ou de handicap préfèrent se maintenir en emploi ou souhaitent le réintégrer au plus vite.

Cette attitude rejoint aussi la position des pouvoirs publics de privilégier le maintien en emploi dans l'optique de maîtrise des dépenses sociales telles que les indemnités journalières (IJ) ou de soutenabilité des régimes de protection sociale.

Cela est d'autant plus d'actualité que la population active est en voie de vieillissement et que l'on constate un accroissement du nombre de reconnaissance de maladies professionnelles et de certaines affections de longue durée, tel que nous le verrons dans un paragraphe ultérieur.

### 2.1.2.1 La population touchée par la désinsertion professionnelle

La population touchée par la désinsertion professionnelle est approchée par les observations des employeurs ainsi que de la médecine du travail mais n'est pas cernée de façon précise.

Pour rappel, la France comptait, en 2015, 26,6 millions d'actifs dont 23 millions de salariés, auxquels se rajoutaient 2,9 millions de personnes en recherche d'emploi. Parmi eux, 9% des personnes ont déclaré être fortement limitées depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé dans leurs activités habituelles et près de 15% des travailleurs continuaient d'exercer leur activité avec une ou plusieurs maladies chroniques.(4)

De nombreuses études ont démontré que le risque de perte d'emploi est majoré par un mauvais état de santé et que les maladies chroniques évolutives sont associées à un risque accru d'incapacité professionnelle, de limitation de l'activité, de perte ou de changement contraint d'emploi ou encore d'absentéisme au travail. (11)

Chaque année en France, près de 280000 personnes d'âge actif sont atteintes d'une maladie invalidante et 190000 d'une déficience, pouvant ainsi conduire à des difficultés pour se maintenir en emploi, selon les données du référentiel PDP du Service social de l'Assurance Maladie.

En particulier, le risque de perte d'emploi a été bien documenté dans le cas des pathologies oncologiques. En effet, 146000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année en France chez des personnes en emploi ; ce qui correspond à cinq personnes sur mille. Selon l'enquête « La vie deux après le cancer (VICAN 2), 3 personnes sur 10 en activité au moment du diagnostic du cancer auront perdu ou quitté leur activité deux ans après. Cela témoigne de l'effet pénalisant du cancer sur l'emploi. (12)

Par ailleurs, le risque de désinsertion professionnelle concerne également les personnes handicapées.



Selon les enquêtes emploi, 2,3 millions de salariés sont considérés comme en situation de handicap au sens large parmi lesquels 0,9 million bénéficient d'une reconnaissance administrative du handicap. (4) D'après les données de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), 60% des travailleurs handicapés ont connu au cours de leur vie au moins un problème de santé qui a impacté leur parcours professionnel. (13)

Ainsi, les populations atteintes de maladies chroniques évolutives, pathologies cancéreuses ou de handicap imposent une vigilance particulière aux acteurs du maintien en emploi.

En 2012, 850000 avis d'aptitude avec réserve et 160000 avis d'inaptitude ont été prononcés chez les salariés du privé. Chez les salariés licenciés pour inaptitude et accompagnés par Pole Emploi, la persistance des problèmes de santé réduit les chances de se réinsérer de 7 à 15 points par rapport un chômeur témoin licencié pour une autre raison. (4)

Sur ces bases, il est donc difficile de chiffrer précisément la population de salariés menacés à court ou moyen terme par un risque de désinsertion professionnelle mais se situe vraisemblablement entre 1 et 2 millions de personnes. (4)

#### 2.1.2.2 Un impact socio-économique fort

De nombreuses situations de travail sont susceptibles d'affecter la santé : il en est ainsi des expositions aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (pesticides, certains métaux, amiante ...), des expositions à des facteurs de pénibilité (postures, gestes répétitifs...), rythmes de travail contraint (travail de nuit, poste alterné), facteurs de risques psychosociaux (pression, manque de reconnaissance, exigences émotionnelles...).

En 2010, plus de 8 millions de salariés étaient exposés au moins à un des facteurs de pénibilité et 12% des salariés à au moins un agent cancérigène. Il est à noter que les risques sont inégalement répartis entre les catégories socioprofessionnelles et contribuent fortement aux inégalités sociales de santé.(14)

D'une manière générale, les salariés les plus concernés se retrouvent dans les métiers d'exécution relevant du milieu ouvrier et employé et touchent surtout les travailleurs les moins qualifiés et les plus âgés. Ces données concordent avec celles de l'usure professionnelle qui se concentre après 50 ans, sur les métiers physiquement exigeants sur une longue durée, et/ou en horaires décalés, avec une forte pression temporelle et peu de marge de décision individuelle sur la façon de faire.

#### 2.1.2.2.1 A l'échelle nationale

En France en 2021, un million de déclarations d'accidents de travail ont été réalisées par les employeurs, 961198 ont été reconnues dont 741241 avec arrêt et/ou incapacité, ce qui représentent au total près 70 millions de jours d'arrêts de travail cumulés soit l'équivalent de 300 000 emplois à temps plein. (15)

Sur la période 2018-2020, les arrêts de moins de 4 jours représentent 25% de l'ensemble des sinistres reconnus mais ne pèsent que 1% des dépenses alors que les arrêts de plus de 150 jours représentent 9% des sinistres mais 66% des dépenses.(16)

En 2021, les troubles musculo-squelettiques avec pour chef de file les lombalgies, représentent la première cause de maladies professionnelles indemnisées soit 86% des 47398 prises en charges par l'Assurance Maladie.(15)

#### 2.1.2.2.2 Au niveau régional

Selon les données de l'Assurance Maladie, la région Grand-Est, compte 1917 000 salariés en 2020, présente des spécificités par rapport aux données nationales.

En effet, elle se distingue de la moyenne nationale par ses pourcentages d'ouvriers (23,7%) et des métiers de l'industrie (15,6%), qui sont plus élevés que ceux sur la France entière (19% et 11% respectivement).

Sur le plan de la sinistralité, le Grand-Est a dénombré en 2019, d'après les statistiques de la CARSAT, 49685 arrêts de travail (soit 7,5% des chiffres nationaux) 5586 accidents de trajet avec arrêts (soit 6,6% du total national) et 5199 maladies professionnelles (soit 10,3% du total national).

Les troubles musculo-squelettiques constituent la première cause de maladie professionnelle reconnue, à hauteur de 76% suivie par l'amiante à 8%.

#### 2.1.3 La PDP : un réseau d'intervenants et de compétences multiples

Un des axes stratégiques du 4<sup>ème</sup> Plan santé au travail 2021-2025, concerne « La prévention des accidents du travail graves et mortels et de la prévention de l'usure et de la désertion professionnelles. »(2)

Le plan régional santé au travail Grand Est PRST4 reprend et développe les orientations nationales dans son axe 2 et souhaite développer la culture de la prévention des risques professionnels en ciblant notamment les actions de lutte contre les troubles musculo-squelettiques. (17)

La loi du 2 août 2021 renforçant la prévention de santé au travail modifie le nom des services de santé au travail (SST) en services de prévention et de santé au travail (SPST) et détermine leur offre socle pour mieux accompagner certains publics fragiles et lutter contre la désinsertion professionnelle. Cette loi conforte également la mission PDP de l'Assurance Maladie (article 28) « Les organismes locaux et régionaux d'Assurance Maladie et le service social mettent en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la PDP afin de favoriser le maintien dans l'emploi de leurs ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, compte tenu de la coordination assurée par la CNAM. »

#### 2.1.3.1 La mission de maintien en emploi des services de prévention et de santé au travail.

L'acteur pivot de la PDP est le médecin du travail ou l'équipe pluridisciplinaire qu'il dirige (ergonomes, psychologues du travail, service social).

Selon l'article R.4623-1 du code du travail :

- Il participe à la PDP et à la protection de la santé des travailleurs par l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail, à la santé physique et mentale notamment en vue de préserver le maintien en emploi des salariés.
- Il conseille l'employeur notamment en participant à l'élaboration de la fiche d'entreprise et à l'évaluation des risques dans le cadre de son action sur le milieu de travail.
- Il décide du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs.
- Il contribue à la veille épidémiologique et à la traçabilité.

Parmi les outils mis à sa disposition, nous trouvons entre autres :

- Le suivi individuel et/ou collectif
- Les préconisations pour aménager les conditions de travail
- La traçabilité des expositions professionnelles
- Le processus d'inaptitude et le rôle des SPST dans l'employabilité au-delà de l'inaptitude (11)

En outre, les SPST sont contraints par la loi du 2 août 2021 de créer des cellules pluridisciplinaires PDP (décret n°2022-653 du 25 avril 2022) pour identifier les situations individuelles et participer à l'accompagnement des salariés percevant des indemnités journalières (IJ), éligibles à des actions PDP. Il en est de même pour les travailleurs indépendants.

#### 2.1.3.2 La contribution du réseau de l'Assurance Maladie

Pour l'Assurance Maladie, la PDP constitue un levier d'accompagnement des publics les plus exposés au risque de désinsertion professionnelle mais également un levier de gestion du risque permettant la maîtrise IJ par la limitation de l'allongement des arrêts de travail. Outre le versement des IJ, les caisses primaires versent aux assurés un revenu de remplacement et prennent en charge les soins. Elles financent aussi, sur leur fond d'aides sociales, des mesures de remobilisation que peuvent réaliser les assurés pendant leur arrêt de travail.

Le versement d'indemnités journalières (IJ) associé à la suspension du contrat de travail et à l'interdiction d'un licenciement pour la raison d'arrêt maladie, constitue la première marche du maintien en emploi assuré par l'Assurance Maladie.

Cependant, lorsque l'arrêt se prolonge trop longtemps, il peut participer au risque de désinsertion professionnelle ; d'où l'intérêt pour l'Assurance Maladie d'agir sur la durée de ces arrêts et d'encourager la reprise d'activité.

Les engagements de l'Assurance Maladie se traduisent également par la mobilisation opérationnelle de ses services, au premier rang desquels figure le service social de l'Assurance Maladie (SSAM), porté par les caisses d'Assurance Retraite et de Santé au travail (CARSAT). La PDP constitue, pour ce dernier, une mission prioritaire qui est reconnue par l'article 28 de la loi du 2 août 2021 et dans l'article L2151 du Code la Sécurité Sociale.

Les assistants sociaux de ce service « apportent une aide globale d'ordre psycho-social, matériel, professionnel aux personnes en difficulté, confrontées ou susceptibles de l'être, à un problème de santé ou de perte d'autonomie ». Ils ont pour mission de participer prioritairement à la prévention de la désinsertion professionnelle en se positionnant comme référent privilégié de l'assuré dans son projet de reprise du travail.

Les assistants sociaux à partir d'une évaluation globale de la situation de l'assuré et dans le cadre d'un accompagnement social bienveillant et personnalisé :

- informent et conseillent sur les droits, les démarches et l'ensemble des ressources mobilisables
- les aident à comprendre et analyser leur situation au regard de leur emploi et de leur état de santé en valorisant leurs potentialités et leurs capacités
- en les aidant à définir et mettre en œuvre un projet de maintien en emploi lorsque le retour dans l'entreprise est possible

-en les aidant à consolider leur nouveau projet professionnel et à le mettre en œuvre, lorsque le maintien dans l'emploi ne peut être envisagé

- en les aidant à aménager leur projet de vie

Le service social bénéficie des signalements des médecins conseils de l'Assurance Maladie mais peut aussi s'autosaisir de situations d'assurés à partir d'une requête intitulée « IJ 60 jours » permettant des ciblage populationnels ou être saisi directement par un assuré.

De son côté, le service médical de l'Assurance Maladie a un rôle dans le repérage de situations de personnes en risque de désinsertion professionnelle qu'il signale au service social. Les médecins conseils adressent aussi des signalements aux médecins du travail pour des visites de pré-reprise principalement.

Les CPAM, telle celle du Bas-Rhin, mobilisent régulièrement le dispositif des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) pour présenter la PDP aux médecins traitants. Elles financent également des mesures de remobilisation et des essais encadrés réalisés pendant l'arrêt de travail.

Enfin, l'Assurance Maladie déploie depuis 2010 des cellules de coordination départementale des acteurs de la PDP internes à son réseau mais aussi ouvertes à des partenaires extérieurs tels que les médecins du travail et Cap Emploi. Elles examinent mensuellement des situations complexes nécessitant un regard pluridisciplinaire : en Alsace-Moselle environ 600 dossiers par an passent en cellule et environ 250 dans celle du Bas-Rhin selon le responsable régional du service social de la CARSAT Alsace-Moselle.

Les unions pour les gestions des caisses de l'Assurance Maladie (UGECAM) de leur côté ont une feuille de route PDP qui est en cours d'écriture. C'est dans ce cadre que sont menées l'UGECAM Alsace une expérimentation PDP, objet de notre étude.

### 2.1.3.3 Les autres intervenants

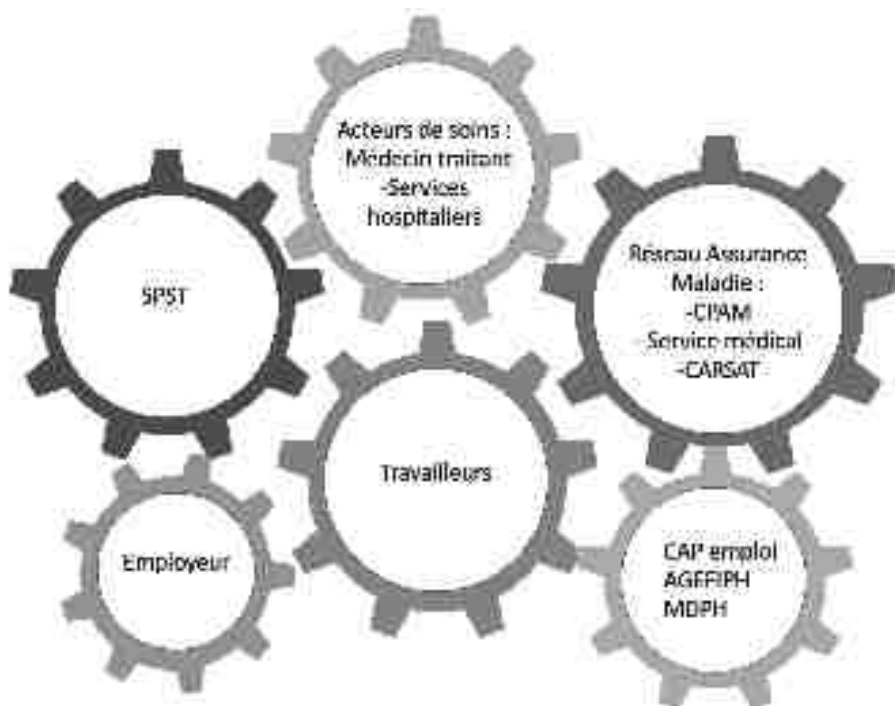


Figure 1 : Le réseau pluridisciplinaire de PDP (Banque de données de l'Assurance-Maladie)

#### 2.1.3.3.1 L'employeur

Dans le cadre de ses obligations légales en matière de santé et sécurité au travail, l'employeur doit prendre en compte les préconisations émises par le médecin du travail. Le Code du Travail dans son article L.113261 fixe un principe général d'interdiction de toute discrimination fondée sur l'état de santé. L'obligation de reclassement du salarié déclaré inapte à son poste de travail est mise en avant et ce n'est qu'en l'absence de possibilité de reclassement que l'employeur peut procéder à un licenciement pour inaptitude.



La plupart des entreprises, dans le cadre du dialogue social, mettent souvent l'accent sur la prévention collective par rapport aux troubles musculo-squelettiques ou aux risques psychosociaux.

#### 2.1.3.3.2 L'agence de gestion du fonds d'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)

Son intervention concerne un public plus étroit que celui des services de santé au travail ou du service social car elle est subordonnée au minimum à un dépôt de reconnaissance administrative de handicap. L'AGEFIPH cofinance également les Cap Emploi dont la vocation est l'accompagnement professionnel des travailleurs handicapés. Elle propose également une panoplie d'aides financières telles que des aides pour l'aménagement des postes de travail en direction des employeurs ou des aides techniques pour les bénéficiaires.

#### 2.1.3.3.3 Les dispositifs hospitaliers

- Le réseau des centres de consultation des pathologies professionnelles

Il a pour mission de constituer un centre d'expertise sur l'origine professionnelle des maladies, de proposer des moyens pour prévenir l'exposition et d'envisager la meilleure prise en charge médico-sociale en cas de risque de désinsertion professionnelle. La consultation peut être demandée par le médecin du travail, le médecin traitant mais aussi à l'initiative du patient.

- Les services de soins de suite et de rééducation fonctionnelle (SSR)

Les activités de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle font partie intégrante de leurs missions. Parmi eux figurent les SSR du réseau Comete France qui préconise

une démarche d'intervention précoce engagée dès l'hospitalisation et poursuivie jusqu'à douze mois après la reprise de l'activité professionnelle notamment en direction de patients dits médullaires et cérébro-lésés. 10.000 personnes ont été suivies en 2021 et 84% des patients sont toujours insérés deux ans après la concrétisation de leur projet professionnel.

(18)

#### 2.1.3.3.4 Le médecin généraliste

Son rôle sera analysé de façon plus détaillée dans la partie 1.2

#### 2.1.4 Les facteurs de réussite du dispositif PDP

Compte-tenu la multiplicité des acteurs intervenant dans la recherche de solutions de maintien en emploi, la réussite de celles-ci réside dans la qualité de la collaboration et de la coordination des différents intervenants ainsi que de la précocité de leur intervention.

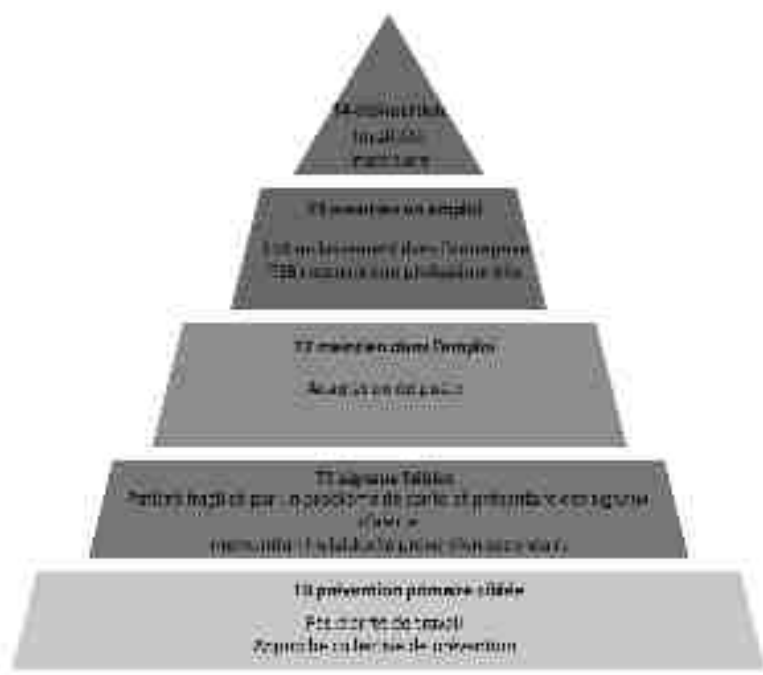


Figure 2 : La pyramide des temps de la PDP (Banque de données de l'Assurance-Maladie)



Figure 3 : Les temps d'intervention des acteurs de la PDP (Banque de données de l'Assurance Maladie)

#### 2.1.4.1 La coordination des acteurs

Face à une problématique de l'emploi d'un salarié, dont la situation est souvent complexe, une chaîne de compétences s'avère indispensable. En effet, quel que soit son expertise, un opérateur de la PDP n'a pas forcément une vision suffisamment globale pour lui permettre d'obtenir rapidement une solution positive. Le recours à d'autres organismes ou personnes ressources est incontournable. Ainsi, par exemple, pour le médecin généraliste, des contacts avec le médecin du travail ou une orientation vers des assistants sociaux de la CARSAT pourraient être facilitant pour ses patients.

Afin que ces relations soient les plus fluides et les plus efficaces possible, des circuits doivent être organisés pour constituer un parcours d'insertion. Les pouvoirs publics ont pris la mesure de l'intérêt d'une concertation des acteurs et cette dernière est au cœur des politiques de maintien à l'emploi. Les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des

solidarités (DREETS) en partenariat avec l'AGEFIPH ont développé sur les territoires les plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH).

L'Assurance Maladie, de son côté, a déployé des cellules départementales PDP regroupant tous les services de l'Assurance Maladie et des partenaires extérieurs tels que les Cap Emploi et les services de santé au travail. Ces derniers ont depuis la loi du 2 août 2021 l'obligation de créer leur propre cellule PDP. L'objectif est de sécuriser au maximum le parcours de réinsertion d'une personne en risque de désinsertion professionnelle et de créer les conditions d'un partenariat efficient à partir d'objectifs partagés, d'une interconnaissance des missions ...

Il s'agit de mieux accompagner le public et de favoriser l'émergence de solutions concrètes. Ces réflexions coordonnées permettent également de mieux communiquer sur un dispositif qui apparaît souvent comme complexe et peu lisible.

Pour accentuer la collaboration entre l'Assurance Maladie, détentrice des informations sur les arrêts de travail et les SPST qui ont la capacité d'agir en amont de la survenue d'un risque avec l'employeur, la loi du 2 août 2021 demande à l'Assurance Maladie à transmettre ces données aux SPST.

Cette coordination suppose de l'interconnaissance des rôles et des missions de chaque intervenant et un dépassement des a priori entre la médecine de ville, la médecine du travail et le service médical.

En règle générale, les vecteurs d'information semblent encore trop dispersés et aléatoires et l'on peut constater que la communication à destination des professionnels de santé doit être améliorée. Ainsi, les praticiens libéraux sont rarement consultés en amont des dispositifs mis

en œuvre par les services administratifs ou les CPAM. Les représentants de médecins ne participent pas non plus aux comités ou cellules cités plus haut.

#### 2.1.4.2 La précocité de l'intervention

Elle est la condition sine qua non de la réussite du maintien.

Dans ce but, l'Assurance Maladie a fait passer la requête de ciblage à destination du service social de personnes en arrêt de travail de 90 jours à 60 jours. La volonté des pouvoirs publics est d'aller encore plus en amont en détectant des salariés en risque de désinsertion professionnelle en l'absence de tout arrêt de travail long notamment lorsqu'il y a des signes d'alerte du type arrêts courts mais fréquents. Le rôle du médecin généraliste devient alors prégnant au sein du dispositif PDP puisque c'est souvent lui qui va rencontrer en premier le salarié et appréhender les conséquences éventuelles de la pathologie diagnostiquée pour le maintien en emploi du patient. Il est intéressant de profiter de l'arrêt de travail consécutif à la maladie ou à l'accident pendant que la personne suit son parcours médicalisé pour l'aider à se projeter dans un futur avenir professionnel. Le médecin doit se mettre à l'écoute dès que survient « le basculement entre la convalescence et le souhait pour la personne de retrouver une vie active. Ce moment charnière paraît propice à l'initialisation d'un parcours de maintien dans l'emploi. Hier il était trop tôt, l'attention du patient se focalisait sur les soins ; aujourd'hui il se préoccupe de son avenir professionnel, demain il sera peut-être déjà trop tard, les doutes et la démobilité commenceront à s'instaurer ». (19)

Dans ce contexte, il est important que le médecin généraliste oriente ses patients rapidement vers un processus de retour au travail. A l'instar des problématiques lombalgiques, il est prouvé que les patients qui reprennent rapidement le chemin du travail présentent une guérison plus

précoce que les autres. Pour ce faire, le médecin dispose d'une batterie d'outils à sa disposition que nous aborderons par la suite. (19)

## 2.2 Place et rôle du médecin généraliste au sein de la PDP

Lorsqu'on interroge les acteurs du maintien dans l'emploi sur la place du médecin traitant, tous s'accordent à dire qu'il est celui qui connaît le mieux la situation du patient et qu'il est par là même le premier à pouvoir déceler le risque de désinsertion professionnelle. Il détient la plupart des informations sur l'état de santé du salarié et serait donc le mieux placé pour déclencher des signalements précoces. Son rôle est à la fois dans le diagnostic, dans le curatif mais aussi dans le préventif. Cependant, le médecin généraliste ne peut à lui seul assurer le maintien en emploi d'une personne. Il est indispensable qu'il coopère et échange notamment avec les médecins du travail. La connaissance des expertises des autres acteurs de la PDP est un préalable incontournable.

### 2.2.1 Le médecin généraliste : premier rempart de la PDP

Lorsqu'une personne tombe malade, en règle générale elle prend l'attache d'un médecin de proximité pour lui exposer ses problèmes de santé et évoquer les conséquences éventuelles de ceux-ci sur sa vie professionnelle.

Du fait de sa position de premier consulté et de confident, de sa connaissance globale de la santé de ses patients, le médecin traitant a une réelle légitimité dans le domaine de la santé au travail. Il met en relation les maladies physiques et psychiques observées avec les composantes sociales, environnementales, familiales et professionnelles des patients.

Par ailleurs, trop souvent, les patients méconnaissent le nom de leur médecin du travail, voire n'en ont tout simplement pas (demandeurs d'emploi, travailleurs indépendants). La question du travail est indubitablement un fil conducteur omniprésent dans l'exercice quotidien de la médecine générale.

Or il n'existe que peu d'informations sur la manière dont sont abordés et traités les sujets emploi dans la pratique des médecins généralistes français.

Les médecins traitants se sentent-ils suffisamment armés pour bien aborder les questions du travail ?

Selon une enquête de l'INPES en 2009 (20) portant l'objectif de connaître le degré d'information et la formation des praticiens sur ce champ et leurs pratiques, seuls 10% d'entre eux s'estimaient en mesure de répondre parfaitement à leurs patients ; 42% pensaient pouvoir le faire correctement.

Cependant, près de 8 médecins sur 10 déclaraient interroger fréquemment leurs patients sur leurs conditions de travail. En effet, lors des consultations, le médecin est régulièrement amené à poser des questions sur la profession exercée et son vécu.

### 2.2.2 Un acteur déterminant de la PDP

Du fait de sa prise en charge centrée sur le patient qu'il accompagne dans ses demandes, dans ses protocoles de soin, dans le suivi de son état de santé, le médecin traitant joue un rôle essentiel à plusieurs niveaux.

#### 2.2.2.1 Un rôle de détecteur

Le médecin généraliste contribue à réduire, pour ses patients, les risques de maladie ou de complications par ses informations, ses questions, ses conseils, ses orientations vers d'autres professionnels de santé.

Il peut également identifier des événements susceptibles d'affecter les personnes dans leur travail mais aussi les situations professionnelles pouvant altérer leur santé.

Grâce sa connaissance intime du patient, il est souvent à même de diagnostiquer les premiers symptômes d'une maladie suite à une plainte psychique ou somatique de son patient. Il peut aussi détecter une maladie avec un pronostic fonctionnel prévisible et ce en l'absence de symptômes invalidants. Enfin, il lui est possible de procéder à des repérages au moment du premier arrêt de travail.

Il peut ainsi intervenir très en amont, dès que le salarié rencontre des difficultés de santé dans l'exercice de son emploi.

#### 2.2.2.2 Un rôle de prescripteur

Le médecin traitant est celui qui prescrit des soins adaptés au patient mais il peut aussi prescrire un arrêt de travail afin de faciliter le temps des soins et éviter une récurrence ainsi que pour le soustraire à une exposition ou un risque de danger pour sa santé.

S'il ne lui incombe pas le pouvoir légal de donner un avis d'aptitude ou non à un poste de travail, le médecin traitant dispose cependant d'une batterie d'outils qu'il peut initier.

##### 2.2.2.2.1 L'arrêt de travail

Il s'agit d'une suspension du contrat de travail.



Le généraliste jugera de la pertinence de l'arrêt de travail qui va permettre de favoriser la poursuite des soins et de mettre au repos le salarié. Il existe des référentiels de durées des arrêts de travail établis par l'Assurance Maladie. (21)

En cas de problématique de retour à l'emploi, il est primordial qu'il autorise le déclenchement de solutions type actions de remobilisation menées par le service social de la CARSAT ou des formations pendant l'arrêt de travail ainsi que l'autorise le code de la Sécurité Sociale.

#### 2.2.2.2 Le temps partiel thérapeutique

Le temps partiel thérapeutique est un outil à disposition du médecin généraliste pour favoriser le maintien ou le retour en emploi de ses patients. Il leur permet de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle afin de retrouver un emploi compatible avec leur état de santé.

Le médecin traitant le prescrit en utilisant le formulaire d'arrêt de travail en indiquant la mention « temps partiel thérapeutique » en cas d'arrêt maladie ou « reprise d'un travail léger » dans le cas d'un accident du travail ou maladie professionnelle (AT/MP). Il s'applique dès lors que l'état de santé du travailleur le justifie et n'est désormais plus subordonné à l'existence d'un arrêt de travail préalable. La quotité de temps de travail souhaité s'étend de 50 à 90%. Il est accordé et renouvelé, de manière continue ou discontinue, par période de 1 à 3 mois pour une durée maximale de 1an. (22)

Dans ce contexte, le médecin conseil peut être amené à demander les arguments médicaux au médecin traitant justifiant une poursuite du temps partiel.

A noter que l'employeur n'est pas obligé d'accepter la reprise de travail à temps partiel d'où la nécessité de bien le préparer en lien avec le médecin du travail, qui est informé des demandes de temps partiels pour raison thérapeutique et des autorisations accordées.

### 2.2.2.3 Un rôle d'accompagnateur

#### 2.2.2.3.1 La visite de pré-reprise

Dès que le médecin traitant évalue un risque lié à la reprise d'emploi pour un patient en arrêt de travail de plus de trois mois, il peut déclencher directement une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail. Le salarié lui-même ainsi que le médecin conseil peuvent également l'actionner.

Cette visite, organisée par le médecin du travail, permet de s'interroger sur les difficultés de reprise du travail sans être en situation d'urgence. Elle permet d'anticiper la recherche de solutions. Le médecin traitant peut demander plusieurs visites de pré-reprise en fonction des arrêts.

De son côté, le médecin du travail fera le point sur l'état de santé du salarié et recommandera le cas échéant des aménagements au poste de travail ou des préconisations de reclassement ... Il en informera l'employeur et le médecin conseil. Aucun avis d'aptitude ou d'inaptitude n'est délivré lors de cette visite ; seule la visite de reprise peut déboucher sur un avis d'aptitude.

#### 2.2.2.3.2 L'essai encadré

Il s'agit d'une mesure de remobilisation pouvant être proposée aux assurés du Régime Général, en arrêt de travail, avec un risque de désinsertion professionnelle, par le médecin du travail, l'assistant social de l'Assurance Maladie. L'assuré lui-même peut le demander également. Le médecin traitant est sollicité pour accord. Cet essai permet de vérifier la compatibilité d'un poste de travail avec les capacités restantes du salarié, dans son entreprise ou dans une autre entreprise. C'est un test d'une durée maximale de quatorze jours, renouvelable une fois, réalisé pendant l'arrêt de travail. Un même assuré peut bénéficier de plusieurs essais encadrés

si son projet professionnel évolue ou si sa situation médicale change. La demande d'essai encadré peut provenir du médecin du travail ou du service social de l'Assurance Maladie. Dans tous les cas, le médecin traitant doit compléter un formulaire d'accord préalable.(23)

#### 2.2.2.3.3 La convention de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE)

La convention de rééducation professionnelle en entreprise est un outil de formation de l'Assurance Maladie mis en place à l'issue de l'arrêt de travail pour faciliter le retour à l'emploi des salariés. Elle s'adresse aux salariés qui ne peuvent pas reprendre leur poste de travail car ils ont été déclarés inaptes ou considérés comme en risque d'inaptitude dans le cadre de la visite de pré-reprise par le médecin du travail. Elle permet aux salariés éligibles de bénéficier d'une formation pratique tutorée et individualisée en entreprise pouvant être complétée de cours théoriques, avant soit de réintégrer l'entreprise d'origine sur le poste antérieur ou un poste équivalent soit être recruté par l'entreprise d'accueil. Le salarié est rémunéré pendant toute la durée de la convention qui est limitée au maximum à 18 mois. Le salaire est pris en charge par l'Assurance Maladie sous la forme d'indemnités journalières et par l'employeur. La demande de CRPE peut être à l'initiative de l'assuré, de l'Assurance Maladie, du médecin du travail ou encore des organismes spécialisés dans le maintien en emploi. (24)

Le médecin traitant peut aborder la CRPE en consultation et orienter ses patients vers les différents partenaires.

#### 2.2.2.3.4 La demande d'invalidité

Elle peut être considérée comme une mesure de maintien en emploi car quel que soit la catégorie d'invalidité il est possible de conserver une activité professionnelle en complément du versement de la pension d'invalidité. Cette dernière est attribuée soit à l'initiative de la

CPAM, soit à la demande de l'assuré. Elle doit être faite par courrier accompagné d'un certificat médical rédigé par le médecin traitant.(25)

#### 2.2.2.3.5 Actions de remobilisation

Il s'agit de modules de remobilisation proposés pendant l'arrêt de travail par les assistants sociaux de l'Assurance Maladie dans le cadre de l'accompagnement PDP d'assurés en risque de désinsertion professionnelle. Ils consistent, dans le Bas-Rhin, à des recours à des opérateurs extérieurs comme par exemple des psychologues du travail ou des coachs de vie afin de faciliter le retour à l'emploi et lever les freins. Les assistants sociaux sollicitent les médecins traitants des assurés pour leur accord préalable.

#### 2.2.2.4 Rôle de médiateur

A l'occasion de la prescription ou du renouvellement d'un arrêt de travail, de la déclaration d'un accident du travail ou de maladie professionnelle, de la demande de mise en invalidité, le médecin traitant se trouve impliqué dans le monde du travail et est conduit à mettre en place des investigations complémentaires ou prendre l'attache d'autres professionnels de santé pour avis et expertises.

Selon plusieurs études (19,26,27), il occupe un rôle primordial en tant qu'interlocuteur principal et coordonnateur de la prise en charge médicale et administrative dans une logique de réseau collaboratif avec le médecin conseil, le médecin du travail et le Service Social de l'Assurance Maladie. Dans certaines situations comme celles en lien avec la PDP, le médecin traitant, « centralisateur » des informations sur l'état de santé du patient peut consulter, par exemple, le médecin du travail pour organiser la mise en place d'aménagements du poste de travail ou le médecin conseil pour des questions relatives aux remboursements de prestations.

Cependant, des difficultés demeurent souvent dans les échanges entre professionnels de santé et participent au cloisonnement de la prise en charge. La persistance d'une vision de mission répressive et de contrôle des prescriptions par le service médical restreint la collaboration entre médecins conseils et certains médecins généralistes. Les doutes concernant la liberté d'action et le degré d'autonomie des médecins du travail vis-à-vis de leur entreprise, peuvent aussi constituer des freins aux échanges d'informations.

Des questions concernant le respect du secret médical dans les échanges confraternels persistent encore trop souvent ; le médecin traitant ne souhaitant pas mettre en porte-à-faux son patient. (27)

## 2.3 L'expérimentation

### 2.3.1 Historique de l'expérimentation

Dans le cadre des orientations nationales de la Convention d'Objectifs et de Gestion de l'Assurance Maladie intitulée « Agir Ensemble », une expérimentation sur le champ de la prévention de la désinsertion professionnelle a été proposée par la CPAM du Bas-Rhin à partir de 2021.

Elle vise à élargir et compléter le dispositif existant en améliorant le repérage précoce et le signalement des personnes en risque de désinsertion professionnelle et en évitant une installation chronique dans des arrêts de travail longs.

Pour ce faire, l'expérimentation propose, à l'attention des médecins traitants, et le cas échéant des médecins du travail, un parcours de soins coordonnés avec la réalisation d'un bilan de capacités physiques et professionnelles pour les patients éligibles, signalés comme à risque de désinsertion professionnelle qui est susceptible d'être une aide à leur pronostic et leur accompagnement. A l'issue du bilan, le patient reçoit une synthèse pluridisciplinaire,

transmise également à son médecin traitant, contenant de préconisations adaptées afin de maintenir ou reprendre son activité professionnelle.

Le projet a obtenu, après accord, un financement de 45000 euros en février 2021 pour la réalisation annuelle de 150 bilans de compétences, en partenariat avec l'UGECAM Alsace.

Un comité de pilotage et de suivi est mis en place, composé de

- UGECAM,
- CPAM
- Service Médical de l'Assurance Maladie
- Services de Prévention et de Santé au travail (AST 67 et ACST)
- Service Social (CARSAT)

Une information a aussi été réalisée en commission paritaire des médecins.

A partir de mars 2021, une campagne communicationnelle dynamique a été lancée auprès de professionnels libéraux par la diffusion de flyers, affiches et une vidéo de présentation en motion-design ainsi que par la réalisation d'un webinaire le 29 mars 2021.

A partir d'avril 2021, un démarchage par les délégués d'Assurance Maladie a été mis en place auprès de 246 médecins généralistes bas-rhinois prescripteurs d'arrêts itératifs (au moins 3 arrêts d'une durée de 8 à 15 jours en dehors des situations d'affection longue durée (ALD), maternités et accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP)) afin de présenter le dispositif. Les premiers retours ont été très encourageants avec 85% d'avis favorables.

Le 12 mai 2021, les premiers bilans de compétences ont été effectués à l'Institut Universitaire de Rééducation Clémenceau (IURC) à Strasbourg.

Dans les suites, une programmation de 2 sessions par mois a été décidée pour la réalisation des bilans de compétences.

Après accord, le dispositif expérimental a été reconduit pour l'année 2022 pour la réalisation de 150 bilans de compétences supplémentaires et un démarchage étendu à l'ensemble des médecins généralistes du département.

## 2.3.2 Déroulement de l'expérimentation

### 2.3.2.1 Signalement et entrée dans l'expérimentation

Après concertation entre les différents partenaires, l'expérimentation s'adresse à tout assuré affilié à la CPAM du Bas-Rhin qui se trouve en situation de salariat, en arrêt de travail ou non, et qui présente suite à un accident de la vie, ou une affection aiguë ou une affection chronique à expression locomotrice, une pathologie rachidienne ou une tendinopathie des membres supérieurs non reconnues comme maladie professionnelle.

Pour bénéficier du dispositif, le salarié – en général informé par une assistance sociale de l'Assurance Maladie, en parle avec son médecin traitant ou un médecin du travail qui décide de sa participation au programme et procède à son inscription en remplissant une fiche de signalement à destination de l'IURC.

L'IURC prend ensuite contact avec le salarié pour déterminer la date de réalisation de son bilan. Lors de cette étape, l'identité de l'employeur est vérifiée et une information est transmise aux services de santé au travail si l'accord de l'assuré est obtenu.

Si ce dernier se trouve en arrêt de travail, un relais de l'information vers le Service Médical via le serveur sécurisé PETRA est également effectué.

### 2.3.2.2 Bilan de capacités professionnelles

Réalisé par une équipe de professionnels de santé de l'IURC, le bilan de capacités se déroule en 4 étapes sur une demi-journée et peut accueillir 4 bénéficiaires par session.

Il comprend un bilan médical réalisé par un médecin spécialisé en médecine physique et rééducation, un bilan de situation professionnelle par un psychologue du travail, un bilan psychologique par un psychologue clinicien et un bilan des capacités physiques par un ergothérapeute avec bilan de la douleur, bilan Tampa, Bilan DDS, PILE, questionnaire Dallas.

Un accompagnement social est également proposé dont les coordonnées sont communiquées au bénéficiaire. Un questionnaire de satisfaction à chaud lui est transmis.

A noter que le bilan est intégralement pris en charge par la CPAM du Bas-Rhin ; le patient n'a donc rien à déboursier.

### 2.3.2.3 Synthèse du bilan

À l'issue du bilan, une synthèse pluridisciplinaire détaillée est établie qui détermine l'état capacitaire du salarié et des préconisations personnalisées pour l'accompagnement des bénéficiaires dans leur parcours professionnel. Ces préconisations peuvent être un aménagement du poste de travail via la médecine du travail, un reclassement professionnel dans l'entreprise ou encore une réorientation professionnelle via un accompagnement social proposé par la CARSAT.

La synthèse du bilan de capacités est transmise au patient, au médecin traitant et au médecin du travail après l'accord du patient s'il n'est pas l'adresseur.

Par ailleurs, un tableau de bord avec mention des pronostics professionnels est adressé une fois par mois via un mode de transmission sécurisé à la CPAM à des fins statistiques.



Il existe 4 pronostics différents qui sont codés de T1 à T4 et classés de la situation la moins à risque à la plus à risque de désinsertion professionnelle :

- Le pronostic T1 correspond à une situation du bénéficiaire compatible avec un maintien dans l'emploi sans aménagement avec surveillance.
- Le pronostic T2 désigne la situation d'un maintien dans l'emploi avec recommandations d'aménagement de poste.
- Le pronostic T3 correspond à la situation où un reclassement ou une reconversion est à envisager au sein ou en dehors de l'entreprise.
- Le pronostic T4, qui est le plus défavorable, désigne la situation à risque de sortie du milieu professionnel.

En cas de pronostics T3 ou T4, l'IURC envoie un signalement spécifique vers le Service Social pour renforcer l'accompagnement social et le cas échéant, intégrer le bénéficiaire dans le parcours de soins classique de PDP.

#### 2.3.2.4 Suivi des bénéficiaires

Dans les suites du bilan de capacités professionnelles, un suivi des bénéficiaires est réalisé à chaud puis avec 2 enquêtes à 6 mois et 1 an. Il s'agit de connaître leur niveau de satisfaction et les suites mises en œuvre après le bilan.

Le score de satisfaction est obtenu par un questionnaire complété par les bénéficiaires et portant sur plusieurs critères de qualité à savoir l'accueil et le lieu, le contenu du programme, les intervenants, l'organisation globale de la journée, la compréhension des objectifs, la qualité de la documentation et des informations transmises.

Des questionnaires semi-directifs effectués par téléphone par l'IURC sont aussi réalisés pour suivre les mesures mises en place.

Les retours de médecins traitants et des médecins du travail sont aussi recherchés respectivement lors d'appels téléphoniques initiés par l'UGECAM.

Durant le suivi, une évaluation de la situation médicale sociale et professionnelle des patients est organisée à partir de tableaux de score construits par l'équipe pluridisciplinaire de l'IURC.

L'évolution de ces scores est mesurée sur la base du jour du bilan, à 6 mois et à 1an.

SITUATION SOCIALE			
Catégorie	Score 0	Score 1	Score 2
Revenus (*)	En diminution	Inchangé	En augmentation
État social (CMRAT)	Pas de suivi	En cours	Oui
Soutien	Non	En cours	Oui
Milieu social	Non	Partiellement	Oui
RQTH (Handicap) et/ou Invalidité	Nécessaire mais non effectué	Nécessaire et en cours	Pas nécessaire Nécessaire et obtenu

(\*) facteur temps : comparaison à M-6mois

SITUATION MÉDICALE			
Catégorie	Score 0	Score 1	Score 2
Evolution (*)	Dégradation	Inchangé	Amélioration
Services santé (physio et médicamenteux)	Pas de suivi	En cours	Oui
Rééducation	Nécessaire mais non effectué	Nécessaire et programmé	Pas nécessaire Nécessaire et en cours
Exercices (*)	Dégradation	Inchangé	Amélioration
Pratique physique	Non	Partiellement	Oui

(\*) facteur temps : sur la comparaison à M-6mois

SITUATION PROFESSIONNELLE			
Catégorie	Score 0	Score 1	Score 2
Situation	Perte d'emploi	En arrêt	En activité
Conditions de travail (*)	Dégradation	Inchangé	Amélioration
Aménagement poste	Non adapté	En cours d'adaptation	Adapté
Autre professionnel (*) (Médecin du travail)	Pas de suivi	En cours	Oui (étude de poste)
Mobilité	Impossible	En difficulté	Autonome

(\*) facteur temps : sur la comparaison à M-6mois

Figure 3 : Tableau du calcul des scores (Banque de données de l'Assurance Maladie)

### 2.3.3 Bilan de l'expérimentation

Concernant la participation des médecins, le nombre de médecins généralistes ayant demandé au moins un bilan de capacités professionnels a augmenté de 2021 à 2022 passant de 39 à 58.

La participation des médecins du travail a quant à elle un peu baissé, passant de 5 à 2 médecins signaleurs de 2021 à 2022.

Le délai entre la réception du signalement et la réalisation du bilan à l'IURC est d'environ 1mois.

En 2021, sur les 60 demandes de bilans recevables, 49 patients ont pu bénéficier d'un bilan de capacités professionnelles. Le profil des bénéficiaires correspondait à un(e) patient d'un âge moyen de 47ans se trouvant majoritairement en arrêt de travail au moment du bilan pour une problématique de lombalgies.

En 2022, sur les 59 demandes recevables, 52 patients ont bénéficié du dispositif. Il s'agit majoritairement d'hommes d'un âge moyen de 45ans adressés pour lombalgies alors qu'il est en arrêt de travail.

Concernant la répartition des pronostics, on constate qu'environ 8 bénéficiaires sur 10 se trouvent, sur les deux années, dans une situation de pronostic professionnel intermédiaire T2 et T3 qui nécessitent des mesures d'accompagnement et d'aide pour le maintien ou le retour à l'emploi. Le pronostic T4 est le plus rare, ce qui est cohérent avec les objectifs de prévention précoce de l'expérimentation.



Figure 4 : Comparaison des résultats 2021 et 2022 de l'expérimentation (Banque de données de l'Assurance Maladie)

A l'issue du bilan, les enquêtes de satisfaction menées auprès des bénéficiaires à 6 mois et 1an indiquent un taux de satisfaction encourageant de 8,9/10. Cela témoigne que les patients trouvent dans ce dispositif un espace pour pouvoir exprimer leurs difficultés au travail et obtenir des réponses à leurs interrogations.

Aussi, la quasi totalité des bénéficiaires (96%) ont donné leur accord pour informer le médecin de santé au travail et 90% des patients relevant d'un accompagnement social l'ont accepté.

Concernant l'évolution de situations des bénéficiaires, on constate une amélioration significative des scores médicaux sociaux et professionnels entre le jour du bilan et les enquêtes à 1an. Cela peut s'expliquer par des démarches administratives initiées depuis le bilan, le maintien plus fort du lien avec l'entreprise et le service de santé au travail et un suivi médical plus rigoureux.

SCORES	Le jour J (sur les 101 bénéficiaires)	A 6 mois (sur 51 bénéficiaires)	A 1 an (sur 14 bénéficiaires)
Social	4,5/10	6,8/10	7,4/10
Médical	4,2/10	6,9/10	6,7/10
Professionnel	4,2/10	4,9/10	4,9/10

Figure 5 : Évolution des scores de situation (Banque de données de l'Assurance Maladie)

Par ailleurs, les données des situations administratives mettent en évidence une réduction nette du taux de bénéficiaires en arrêt travail à 1an du bilan au profit notamment de la mise en œuvre de mesure d'aménagement ou de protection, et d'une reprise d'activité qui a doublé.

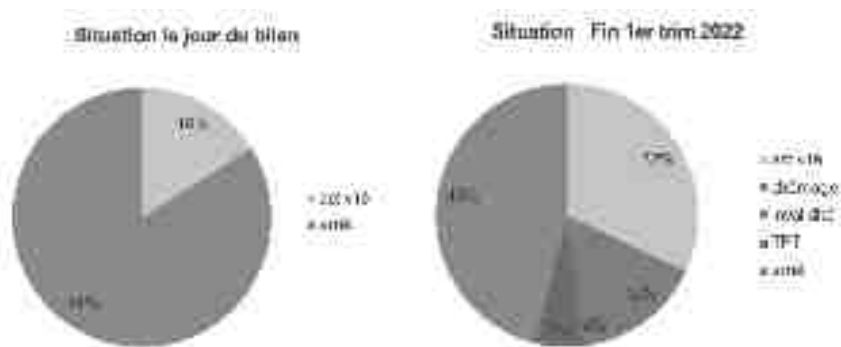


Figure 6 : Évolution des situations des bénéficiaires (Banque de données de l'Assurance Maladie)

#### 2.3.4 Axe d'amélioration de l'expérimentation

Même si les premiers résultats de l'expérimentation s'avèrent encourageants, des axes d'amélioration sont envisageables.

En effet, le nombre de signalements des médecins généralistes et a fortiori de médecins du travail reste globalement limité sur l'ensemble du département.

Cela peut s'expliquer en partie par le contexte sanitaire qui, par la mise en place de campagnes de vaccination anti COVID-19 et de restrictions sanitaires, a largement sollicité le corps médical, ne laissant ainsi que peu de place pour des préoccupations d'ordres socio-professionnelles.

La mobilisation en demi-teinte des médecins de ville pourrait aussi traduire une méconnaissance des outils à leur disposition notamment dans le champ de la prévention de la désinsertion professionnelle. L'importance d'une bonne communication est donc de mise et nécessite une attention toute particulière.

La différence de participation entre médecin généraliste et médecin du travail témoigne probablement d'une carence de collaboration entre professionnels de santé.

Enfin les enquêtes de satisfaction menées auprès des médecins à l'issue du bilan restent peu contributives en raison du manque de retours, ce qui peut interroger sur le degré de pertinence du bilan de capacités d'un point de vue du médecin généraliste.

En ce sens, une étude spécifique sur les attentes et les besoins du médecin généraliste dans l'expérimentation d'un parcours de soins coordonné de prévention de la désinsertion professionnelle dans le Bas-Rhin semble intéressante.

## 3 MÉTHODOLOGIE

### 3.1 Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de treize médecins généralistes bas-rhinois ayant participé à l'expérimentation menée par la CPAM du Bas-Rhin, en partenariat avec l'UGECAM Alsace, sur la prévention de la désinsertion professionnelle.

### 3.2 Initiation à la recherche qualitative

Préalablement à la réalisation des entretiens, la première tâche de ce travail a consisté à s'approprier la méthodologie de l'étude qualitative et le principe de la théorisation ancrée.

La lecture de certains ouvrages (28–30) s'est avérée nécessaire afin de préparer les entretiens, le recueil et l'analyse de données. Ces derniers m'ont été recommandés à la fois par des maitres de stage universitaires rencontrés pendant les différents terrains de stage d'internat et par le département de médecine générale de la Faculté de Strasbourg.

### 3.3 Sélection des participants

#### 3.3.1 Critères d'inclusion

Dans cette étude, les critères d'inclusion sont :

- Être inscrit au Conseil Département de l'Ordre des Médecins (CDOM)
- Exercer la spécialité de Médecine Générale dans le département du Bas-Rhin (67).

- Avoir adressé au moins un patient éligible aux critères du dispositif expérimental bas-rhinois entre janvier 2021 et août 2022.

### 3.3.2 Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion sont :

- Exercer une autre spécialité médicale
- Exercer une spécialité chirurgicale

### 3.3.3 Critères d'exclusion

Les participants exclus de cette étude correspondent aux médecins généralistes adresseurs n'ayant pas donné leur accord ou n'ayant pas donné suite à la prise de contact pour la réalisation des entretiens.

## 3.4 Prise de contact

Dans un premier temps, nous avons pris l'attache de la CPAM du Bas-Rhin afin de nous présenter et proposer notre sujet d'étude. Après l'accord de la direction, nous avons établi une convention de partage de données respectant la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles.

Dans un second temps, l'ensemble des médecins généralistes ayant participé au dispositif expérimental ont été contactés par courriel par la CPAM du Bas-Rhin, faisant brièvement part du sujet de thèse, de l'identité de l'enquêteur, et recherchant leur consentement exprès pour la transmission de leurs coordonnées (nom, prénom, ainsi qu'adresse postale, numéro de



téléphone et adresse électronique professionnels). Cette deuxième étape s'est déroulée d'octobre 2022 à mars 2023.

Enfin dans un dernier temps, les médecins ayant fourni leur accord, ont été contactés par téléphone, afin de leur exposer de façon plus large le sujet et de convenir d'un rendez-vous organisé dans le lieu et à la date de leur choix dans le but de réaliser une entrevue d'environ 40 minutes.

### 3.5 Déroulement des entretiens

Les entrevues s'appuyaient sur un guide d'entretien visant à référencer les principales thématiques à aborder et les questions à poser aux médecins.

Dans une démarche semi-directive, ce dernier n'a pas été utilisé de manière systématique ou linéaire, mais s'est avéré utile pour orienter et rythmer les échanges.

Il a été testé en amont lors d'un entretien avec le directeur de thèse.

Les entretiens ont été menés entre avril et juin 2023.

Au début des entretiens, une autorisation d'enregistrement de la discussion était formulée auprès du médecin interrogé. Ce dernier était également informé de la réalisation ultérieure d'une retranscription écrite et du respect de l'anonymat dans le cadre du recueil des données.

Les entretiens ont été réalisés par la même personne et enregistrés à l'aide d'une application dictaphone d'un téléphone portable.

Les entretiens ont débuté par une recontextualisation du sujet de l'étude avant d'aborder avec les médecins interviewés des questions générales sur leur représentation de la prévention de la désinsertion professionnelle, leurs connaissances sur le sujet et la place du médecin généraliste. Le reste de l'entretien a consisté à explorer leur retour d'expérience sur le dispositif expérimental en précisant leurs besoins, les difficultés rencontrées, les plus-values du dispositif, les pistes d'amélioration et en abordant les thématiques de la communication et de la formation.

Enfin, nous avons demandé aux médecins interrogés de nous fournir quelques données démographiques, à savoir leur âge, leur année d'installation ainsi que leur milieu et secteur d'exercice.

Un retour sur le travail de thèse était systématiquement proposé pour terminer la rencontre.

### 3.6 Analyse primaire

L'intégralité des entretiens a été retranscrit par écrit, avant d'être détruits. La retranscription a été réalisée sur support informatique par la même personne, en parallèle de la réalisation des entretiens. Les éléments du langage non verbal ont été mentionnés entre crochets.

Les données personnelles et géographiques ont été retirées dans le respect de l'anonymat.

L'ensemble des entretiens, le verbatim, constituait le corpus de l'étude.

L'analyse de contenu a suivi la méthodologie de la théorisation ancrée. Elle a été menée sous forme d'analyse ouverte et inductive. Aucune grille de codage n'a été définie au préalable.

Les verbatims ont fait l'objet d'un processus de codification des données par réduction des données brutes fournies par les entrevues afin d'en faire émerger des catégories pour une analyse thématique. Ce procédé a été réalisé à l'aide du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo.

## 4 RESULTATS ET DISCUSSION

### 4.1 Caractéristiques de la population étudiée

L'objectif de ce travail était de connaître les représentations et les besoins des médecins généralistes dans le cadre de l'expérimentation bas-rhinois portant sur la prévention de la désinsertion professionnelle.

Pour les mettre en évidence, nous avons opté pour une étude qualitative par entretiens semi-dirigés qui apparait comme la méthode la plus adaptée afin d'appréhender les pratiques et explorer l'expérience vécue des participants.

La sélection des participants a été réalisée sur la base du volontariat en essayant de respecter au mieux la diversité des profils des médecins adresseurs bas-rhinois, bien que la représentation statistique ne soit pas recherchée dans les études qualitatives.

Dans cette étude, treize médecins ont été interrogés. La saturation de données a été atteinte au bout du 9<sup>ème</sup> entretien mais 4 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de renforcer la validité méthodologique.

L'âge moyen des participants est de 54 ans avec des extrêmes allant de 34 à 66 ans. L'échantillon est constitué de 46% de femmes et 54% d'hommes.

Parmi eux, 46% exercent en secteur urbain, 38 % en secteur semi-rural et 16 % en rural. Les trois quarts des médecins interrogés sont installés dans un cabinet d'association.

Le nombre d'années de pratique de médecine générale libérale est en moyenne de 20 ans avec des extrêmes allant de 4 à 38 ans.

Concernant l'entretien, la durée moyenne est de 39 minutes avec des extrêmes allant de 29 minutes à 49 minutes.

Participants	Sexe	Age	Type d'activité	Lieu d'exercice	Année d'installation	Durée entretien
P1	Femme	34 ans	Semi-rural	Cabinet d'association	2018	37 minutes
P2	Homme	66 ans	Semi-rural	Cabinet d'association	1985	41 minutes
P3	Femme	63 ans	Semi-rural	Cabinet d'association	1995	49 minutes
P4	Femme	60 ans	Urbain	Seule	2017	39 minutes
P5	Homme	52 ans	Urbain	Seul	2001	40 minutes
P6	Homme	58 ans	Urbain	Cabinet d'association	2009	41 minutes
P7	Homme	62 ans	Urbain	Cabinet d'association	1992	29 minutes
P8	Femme	56 ans	Semi-rural	Cabinet d'association	2000	42 minutes
P9	Homme	62 ans	Urbain	Seul	1990	32 minutes
P10	Homme	62 ans	Urbain	Cabinet d'association	1992	36 minutes
P11	Femme	35 ans	Rural	Cabinet d'association	2019	33 minutes
P12	Homme	50 ans	Rural	Cabinet d'association	2001	47 minutes
P13	Femme	37 ans	Semi-rural	Cabinet d'association	2018	38 minutes

Figure 7 : Caractéristiques des médecins participants et durée des entretiens

## 4.2 Représentation de la PDP par les médecins généralistes

### 4.2.1 Problématique fréquente en médecine générale

Tous les participants s'accordent à dire que la prévention de la désinsertion professionnelle représente une problématique fréquente en médecine générale et concerne des situations souvent complexes, source de préoccupations et de difficultés, à la fois pour le patient lui-même et pour le médecin.

P12 :

*« Les situations sont nombreuses et je ne sais pas comment mes confrères se sortent de là avec leurs patients. »*

Cette observation concorde avec les résultats du travail de Chalenton (31) qui précise que les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans le processus de retour en emploi des patients en arrêt de travail de longue durée sont liées pour une partie au patient qui nécessite d'être évalué dans son ensemble sous une approche bio-psycho-sociale et pour une autre partie à la multiplicité et à la complexité des ressources mobilisables par le médecin traitant.

### 4.2.2 Enjeux multiples

Les participants de l'étude indiquent que la prévention de la désinsertion professionnelle a pour objectif de maintenir les patients en emploi en anticipant toute difficulté au travail, en favorisant des aménagements de postes de travail et en enravant les arrêts de travail prolongés.

Pour certains, la désinsertion professionnelle constituerait un enjeu sociétal, de politique du travail, et de Santé Publique en raison des répercussions économiques engendrées par les arrêts de travail de longue durée, la perte d'emploi et les errances des parcours de soins. Cela se retrouve également dans l'étude qualitative de Chalenton (31), qui indique que les problématiques de prévention de la désinsertion professionnelle sont au cœur des politiques pour l'emploi qui tentent de répondre à l'augmentation constante du nombre d'arrêts de travail depuis une dizaine d'années ainsi qu'à leur impact économique important à la fois pour la société, l'entreprise et l'individu.

P7 :

*« Il s'agit d'un impératif : un impératif à la fois dans l'intérêt du patient mais aussi de la société en général dans la mesure où quelqu'un qui est en risque de perte d'emploi va mal évoluer socialement et va coûter cher à la société. »*

#### 4.2.3 Population concernée

Ils évoquent tous des situations enkystées de patients en arrêt de travail prolongé pour lesquels la prise en charge s'est avérée longue et délicate.

Parmi eux, certains précisent que les risques de désinsertion professionnelle touchent principalement, les patients présentant des troubles musculosquelettiques ou psychologiques, ce qui coïncide avec les données de la littérature actuelle et notamment le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2017. (4)

P10 :

*« Ce sont sans nul doute les TMS et les problèmes psy qui nous donnent le plus de fil à retordre et les arrêts les plus longs et par conséquent les désinsertions professionnelles les plus importantes. »*

P6 :

*« Ça signifie pour moi, au vu des patients que je vois régulièrement pour des problèmes essentiellement musculo-squelettiques, souvent attribués aux contraintes du travail, des individus qui se retrouvent en arrêt plus ou moins prolongé de leur activité professionnelle et qui n'en voient pas le bout. »*

En particulier, les médecins interviewés soulignent, dans les populations atteintes de troubles musculo-squelettiques et à risque de désinsertion professionnelle, la prépondérance des métiers physiques et la nécessité d'une vigilance renforcée dans ces secteurs d'activité, faisant écho aux priorités du plan d'action du dernier Plan National de Santé au Travail. (2)

P13 :

*« Pour ce qui est des troubles musculo-squelettiques, ça concerne majoritairement des métiers physiques difficiles avec des ports de charges lourdes, des gestes répétitifs [...] »*

P4 :

*« Pour le travail physique, on sait qu'il y a un risque plus important de développer des troubles musculosquelettiques par exemple et il faut y être attentif »*

Il est à noter que l'âge n'est pas mentionné par les participants comme facteur à risque de désinsertion professionnelle. Toutefois, plusieurs études antérieures (32,33) s'accordent à dire



que l'avancée en âge augmente la durée de l'arrêt de travail. Or, on observe un vieillissement de la population, une accentuation des contraintes professionnelles ainsi qu'un allongement des carrières professionnelles lié au recul de l'âge légal de départ à la retraite, ce qui pourrait rendre les situations à risque de désinsertion professionnelle de plus en plus fréquentes ces prochaines années.

### 4.3 Facteurs de désinsertion professionnelle

En se basant sur leur expérience de terrain, les participants de l'étude ont identifié plusieurs facteurs favorisant une désinsertion professionnelle.

#### 4.3.1 Facteurs psychologiques

Une grande partie des médecins interrogés considèrent qu'une souffrance psychologique sous-tend très souvent des difficultés de maintien en emploi.

En effet, certains participants expliquent que l'expression à première vue de problématiques physiques en lien avec le travail peut en réalité dissimuler et/ou accompagner un sentiment de mal-être psychique. Ce résultat concorde avec les données issues du congrès national de santé au travail de juin 2014 sur la prévention de la désinsertion professionnelle (34) qui montrent que les éléments à l'origine des arrêts de travail initiaux sont des facteurs biomédicaux, comme la douleur et l'impuissance fonctionnelle, qui sont relégués avec le temps au second rang de facteurs psychosociaux prédominants.

P1 :

*« On se rend compte en connaissant les gens et en creusant un peu qu'il y a des problématiques sous-jacentes qui sont liées à un mal-être au travail. Parfois ce n'est pas directement exprimé mais on s'en rend compte dans le suivi en les voyant régulièrement. »*

D'autres indiquent que la douleur, la persistance de la sortie de l'emploi ainsi que l'enlissement dans diverses démarches de soins peuvent conduire ou entretenir une souffrance psychologique, qui peut se manifester de différentes manières.

P10 :

*« Des problèmes psychologiques ont commencé à émerger, avec de l'anxiété et des troubles de l'humeur qui l'ont conduit à des arrêts de travail répétés et à un enlissement de sa situation. »*

P10 :

*« Je pense que le patient est aussi, à force, noyé dans sa pathologie. Il y a plein de choses qui viennent interférer, notamment le versant psy, parce que la douleur l'envahit, lui change la vie. »*

Certains reconnaissent que la composante psychologique est parfois complexe à mettre en évidence ou à prendre en charge et peut devenir alors une source de retard diagnostique et thérapeutique.

P10 :

*« Pour les problèmes psychologiques, on n'a pas grand-chose, c'est laissé aux psychiatres et bien souvent les longs arrêts de travail pour des problèmes psy, ça ne se termine pas bien... Les gens reviennent rarement à leur vie précédente. »*

#### 4.3.2 Facteurs socio-professionnels

Plusieurs participants de l'étude considèrent que le rapport au travail a évolué ces dernières années en France. En effet, ils ont l'impression que la crise sanitaire COVID-19 a intensifié les préoccupations en lien avec la santé et le bien-être au travail et a, de ce fait, modifié la place et l'image du travail auprès des patients.

P1 :

*« La pandémie COVID a complètement modifié la façon de travailler avec le télétravail. Je trouve qu'il y a une aggravation de la souffrance au travail et des difficultés au travail. [...] Socialement, on voit beaucoup de questionnements chez nos patients. »*

Certains médecins interviewés font part du sentiment de distanciation avec le travail qui se dégage de plus en plus lors des consultations pour certains patients qui se plaignent d'une forme de maltraitance professionnelle en rapport avec une pression accrue de rentabilité et de productivité.

P9 :

*« Ces dernières années, il y a, je trouve, une prise de conscience d'une certaine maltraitance dans le milieu du travail en rapport avec une pression de rentabilité accrue de la part des*

*employeurs. On ressent au travers de nos patients des préoccupations fortes de la société autour des conditions de travail. »*

Ils déplorent que selon certains patients, le travail est le seul responsable de leurs maux et cela devient un prétexte pour s'éloigner du monde professionnel et justifier un cercle vicieux néfaste d'arrêts de travail prolongés.

P9 :

*« Aujourd'hui le travail est responsable de tout. En France, si j'ai mal au dos c'est à cause du travail [...] C'est un piège parce qu'on entérine le côté « le travail est responsable ». Si on dit "je ne vais pas bien donc je diminue le travail" donc forcément c'est le travail qui est fautif. »*

#### 4.4 Rôle du médecin généraliste au sein du dispositif expérimental bas-rhinois

##### 4.4.1 Les missions du médecin généraliste

La plupart des participants considèrent que le médecin généraliste occupe un rôle primordial dans la lutte contre la désinsertion professionnelle.

En effet, il représente très souvent le premier maillon du parcours de soins du patient et doit être, de ce fait, en mesure de cibler rapidement l'environnement et la problématique médicale présentée par le patient afin d'établir un diagnostic correct et envisager une prise en charge adaptée.

Certains participants évoquent l'importance de l'anamnèse qui doit notamment permettre au médecin traitant de mettre en lumière les caractéristiques de l'emploi (travail posté, travail de

nuit, charges horaires) ainsi que l'état des relations (ambiance générale, problème de mésentente éventuelle) et les conditions de travail (activité physique, port de charges lourdes, gestes répétitifs, aménagement de poste). Ces éléments permettent au médecin généraliste de dresser un état des lieux fiable de la situation au travail du patient, de mieux orienter son analyse et d'anticiper son évolution.

L'un des participants indique que ces questionnements doivent, le plus possible, utiliser des questions ouvertes afin de favoriser l'échange et faire émerger des éléments de réponse.

P12 :

*« On essaie de trouver des formulations qui ont pour but de creuser un peu la situation au travail avec des phrases ouvertes »*

L'ensemble des participants s'accordent pour souligner le rôle prépondérant d'écoute et d'information du médecin généraliste auprès des patients. Quelques-uns d'entre eux précisent qu'il s'agit, en pratique, de les alerter sur leur état de santé, de les prévenir des complications futures possibles ainsi que leur préconiser des pistes à suivre tout en leur laissant leur liberté de choix.

P10 :

*« Déjà de dire [...] ce qu'il va arriver aux patients, de prédire leur évolution. C'est-à-dire de leur expliquer que si on continue avec cet arrêt de travail si on continue avec cette démarche négative, ça risque de mal se terminer. »*

P10 :

*« On peut donner des pistes aux gens, on peut les aiguiller mais on ne peut pas prendre les décisions à leur place »*

En plus du rôle de sentinelle, la plupart des participants mettent en avant la mission de soins du médecin généraliste, qui peut être entreprise de différentes façons. Ces derniers signalent que la première cause de la désinsertion professionnelle réside dans le vécu de la douleur qu'il s'agit alors de traiter.

P9 :

*« Il faut traiter la cause et la première cause de la sortie du travail c'est la douleur. C'est le problème numéro un »*

#### 4.4.2 Options thérapeutiques

Pour se faire, le médecin traitant dispose de plusieurs outils, qu'il peut plus ou moins associer. Tout d'abord, les participants évoquent de manière unanime, le recours classique aux thérapeutiques antalgiques afin de soulager la plainte douloureuse. Les séances de kinésithérapie semblent aussi être une option thérapeutique largement partagée et rapidement proposée aux patients avant la réalisation d'éventuels examens complémentaires et la recherche d'avis spécialisés.

P9 :

*« On met en place des traitements antalgiques, de la kiné régulière, et quand ça ne va pas mieux on fait de l'imagerie et on fait appel à aux avis spécialisés des rhumatos. »*

Outre les thérapeutiques médicamenteuses et la kinésithérapie, les médecins généralistes peuvent aussi s'appuyer sur plusieurs dispositifs administratifs.

#### 4.4.2.1 Arrêt de travail

La totalité des participants évoquent la possibilité de recourir à l'arrêt de travail en cas de difficultés d'un patient avec son emploi. Il s'agit d'un dispositif facilement utilisable, qui permet d'extraire un patient de son environnement de travail, de lui permettre un temps de se reposer.

P6 :

*« Les outils c'est en fait la démarche de soins qui comprend l'arrêt de travail, qui pour moi suffit souvent à corriger certaines choses et à permettre que les patients se reposent. Je préfère prescrire un arrêt de travail que des anti-inflammatoires ou des antalgiques. L'arrêt de travail peut être très utile seul. »*

Toutefois, la grande majorité des participants mettent en garde sur les effets délétères des arrêts de travaux longs. Ils expliquent que les premiers arrêts de travail conditionnent la suite de la prise en charge et la durée totale de l'arrêt. Selon eux, les arrêts de travaux prolongés sont pénalisants pour le patient, qui se coupe du monde professionnel, qui se restreint lui-même dans ses capacités et ses activités par son statut d'"arrêté" et qui s'enlise in fine dans une situation stagnante. Le retour à l'emploi est alors d'autant plus difficile que l'arrêt a été long et que la reprise du travail a été peu ou mal préparée, ce qui concorde avec les données de l'ANAES et de l'article de Pichené- Houard.(33)

P10 :

*« À moment donné l'arrêt de travail est nocif, ça c'est sûr. Un patient qui n'a pas bossé depuis deux ans vous ne le remettez plus au boulot, c'est catastrophique. [...] Qui dit prolonger les arrêts de travail dit favoriser la désinsertion professionnelle. C'est en corrélation directe. »*

Tous les participants reconnaissent que l'arrêt de travail n'est pas une solution pérenne. Néanmoins, ils admettent que la prolongation des arrêts de travail dans des situations de difficultés au travail est une pratique courante, puisqu'elle permet de garantir au patient une sécurité financière par le versement d'indemnités journalières mais aussi de le protéger au niveau administratif dans l'attente d'une mise en invalidité ou d'un accord de licenciement pour toucher le chômage.

P5 :

*« On utilise l'arrêt de travail parce qu'il faut bien que les patients se retournent ! Jusqu'à ce que ça aboutisse à un accord de licenciement par exemple et qu'ils puissent toucher le chômage. Mais c'est juste pour leur rendre service en quelque sorte, ce n'est pas pour les guérir. »*

Malgré le fait que l'arrêt de travail est un dispositif courant, un des interviewés précise que la multiplicité des régimes sociaux actuels complexifie parfois la prise en charge du patient avec l'existence de nombreuses spécificités, ce qui obscurcit alors la compréhensibilité du système par ses utilisateurs. Il ajoute que l'option de l'arrêt de travail n'est pas forcément compatible avec l'ensemble des situations professionnelles puisque certains patients ne désirent pas être arrêtés, principalement les travailleurs indépendants et libéraux en raison de leurs contraintes professionnelles.



P6 :

*« Après il faut savoir qu'il y a des patients qui ne veulent pas être arrêtés. Pour ceux-là, il faut savoir composer avec leurs contraintes. Ce sont souvent des libéraux ou des indépendants qui ne peuvent pas s'arrêter de travailler. »*

Certains participants regrettent l'impact économique négatif des arrêts de travaux prolongés qui auraient pu être évités sur le budget allégué à la Santé alors que d'autres regrettent la tendance en médecine de ville à éviter les conflits avec le patient et aller à la facilité en prescrivait banalement des arrêts sans remettre en cause la pertinence de leur poursuite.

P12 :

*« Ça pénalise aussi la société qui paye des indemnités journalières pour des gens où on pourrait quand même faire autrement. Oui, les arrêts de travail prolongés mènent toujours à des situations pénalisantes et ce n'est pas une bonne solution. »*

P9 :

*« Malgré ma position, je pense que le monde libéral a souvent la fâcheuse habitude d'aller à la facilité... Le médecin va renouveler les arrêts maladie sans trop se poser de questions ni se fâcher avec le patient et finalement les situations traînent en longueur. »*

Plusieurs études (26,32) ont mis en évidence que la relation médecin-patient est au cœur de la prescription des arrêts de travail et que les médecins traitants peuvent être tiraillés par une dualité : d'un côté leur responsabilité économique et d'un autre côté leur fonction de soins.

Par ailleurs, une grande partie des médecins interviewés concèdent ne pas se sentir à l'aise dans les situations de renouvellement d'arrêt de travail. En effet, la réalisation de

prolongations d'arrêts de travail engage à chaque fois la responsabilité directe du prescripteur et implique un suivi rapproché avec des visites médicales régulières qui peuvent emboliser le planning de consultations.

P8 :

*« Le patient qui est en arrêt il doit venir au cabinet tous les mois pour prolonger son arrêt de travail et c'est toujours pour lui et pour nous des situations gênantes. »*

De plus, l'évaluation de l'incapacité au travail peut être source de difficultés pour le médecin généraliste car elle doit prendre en considération une problématique de santé parfois sans signe physique objectif ainsi que des multiples facteurs extra-médicaux dont le contexte socio-professionnel et le profil psychologique, bien souvent complexes à déterminer.

Dans son travail, Ruello (32) signale que certains médecins estiment ne pas avoir les compétences suffisantes pour ce type d'évaluation et regrettent un manque d'entraînement et de formation.

Les participants reconnaissent leur devoir de rationaliser au mieux les arrêts de travail afin de les justifier auprès de la Sécurité Sociale mais certains déplorent la campagne de contrôles et de mises sous objectifs de l'Assurance Maladie, jugée contre-productive.

P13 :

*« On essaie de faire en sorte que ça soit le plus justifié possible et qu'on ne prescrive pas des arrêts de travail pour rien. »*

P3 :

*« Venir sanctionner des médecins parce que certains patients sont en arrêt de travail longue durée c'est du délire... Si on veut dégoûter les jeunes médecins de s'installer, il faut continuer comme ça... »*

Enfin, plusieurs médecins participants s'interrogent sur la place du médecin généraliste dans le renouvellement des arrêts de travail et soulèvent la question d'un intervenant extérieur à la relation soignant-soigné pour la délibération de la poursuite (ou non) d'un arrêt de travail prolongé. Ce résultat se retrouve également dans le travail de thèse de Ruello (32) dans lequel certains médecins généralistes considèrent que la gestion de l'inactivité professionnelle sur le long terme n'est plus de leur ressort dans la mesure où ils se sentent moins compétents que les médecins du travail pour évaluer l'aptitude au travail.

P8 :

*« Pour moi, ce n'est pas au médecin généraliste de s'occuper des arrêts de travail. »*

P13 :

*« Pourquoi ça serait à nous, médecins généralistes, de tirer sur les arrêts de travail jusqu'à la fin ? N'y aurait-il pas quelqu'un d'autre ? »*

#### 4.4.2.2 Le temps partiel thérapeutique

Plusieurs médecins interviewés évoquent le temps partiel thérapeutique comme une alternative thérapeutique accessible en médecine générale.

Selon eux, il est couramment proposé pour permettre une reprise progressive du travail et favoriser ainsi un retour réussi à temps complet, en particulier dans les cas de suites

opératoires ou de syndromes dépressifs. Ces participants sont favorables à son utilisation plus fréquente dans le champ de la prévention de la désinsertion professionnelle, qu'ils considèrent, pour le moment, sous-exploité.

P12 :

*« En France, le temps partiel thérapeutique, il est rarement évoqué. Je trouve qu'il est plutôt évoqué sur des problèmes psychiatriques de dépression ou des cancers et c'est vrai que sur tout ce qui est mécanique, il est moins utilisé et ça pourrait. »*

Ce résultat rejoint les observations d'Olivier en 2018 qui montraient que les médecins généralistes du Nord le prescrivait peu fréquemment dans les problématiques de maintien en emploi. A l'inverse, notre résultat diffère des travaux de Couturier de Desmidt en 2017 (35) qui indiquaient que 90% des médecins généralistes prescrivait « souvent » voire « toujours » un temps partiel thérapeutique quand ils anticipaient une difficulté prévisible.

#### 4.4.2.3 La visite de pré-reprise

La visite de pré-reprise n'est abordée spécifiquement que par un seul participant de l'étude qu'il propose principalement dans le cadre des arrêts longue maladie. Ce résultat converge avec les travaux de Pires en 2014 (36) qui constatait que seulement 16% des visites de pré-reprise étaient à l'initiative des médecins généralistes. Bien que la fréquence d'utilisation et les raisons de ce faible recours n'ont pas été recherchées ici, Chalenton(31) ajoute dans son étude menée dans les Pyrénées Orientales que le faible recours des médecins traitants à la visite de pré-reprise s'explique par une méconnaissance de ses modalités de mise en place et de ses objectifs.

A l'inverse, nos résultats divergent avec les travaux de Couturier et Desmidt en 2017 (35) et d'Olivier en 2018 (37) qui mettaient respectivement en évidence que 92% des médecins généralistes du Maine et Loire et 93% des médecins généralistes du Nord déclaraient la connaître et l'utiliser.

Nous pouvons alors raisonnablement nous interroger sur l'existence d'une disparité régionale dans l'utilisation de la visite de pré-reprise par les médecins généralistes. Y a-t-il des différences régionales dans la représentation et la connaissance de la visite de pré-reprise chez les médecins généralistes ? Cela pourrait faire l'objet d'une étude dédiée.

#### 4.4.3 Les interlocuteurs PDP du MG

Le médecin généraliste est au cœur des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle. En fonction de ses besoins, il peut faire appel à différents intervenants.

##### 4.4.3.1 Le médecin du travail

Tous les participants de l'étude citent le médecin du travail comme l'interlocuteur de prédilection dans les problématiques de maintien en emploi car il leur apparaît comme l'acteur légitime pour statuer d'une conduite à tenir, connaissant l'environnement de travail du patient et pouvant y intervenir. L'adressage des patients à la médecine du travail peut être motivé par le besoin d'une évaluation de l'aptitude au poste d'un patient, d'une étude du poste de travail pour la mise en place d'aménagements éventuels ou encore de la réalisation d'une visite de reprise ou pré-reprise pour anticiper et optimiser le retour au travail.

La plupart des médecins interviewés insistent sur l'intérêt d'échanges plus fréquents et plus précoces entre le médecin généraliste et le médecin du travail dans les situations à risque de

perte d'emploi. Pour se faire, certains déclarent établir des courriers explicatifs à l'attention du médecin du travail correspondant alors que d'autres préfèrent laisser le patient le contacter directement, considérant qu'il soit le plus à même d'accomplir la tâche.

La majorité des médecins interviewés souhaiteraient une relation plus simple et plus directe avec le médecin du travail, qui reste pour le moment trop inconstante. D'après eux, les liens avec la médecine du travail sont généralement indirects ; le médecin traitant étant tenu informé soit simplement par le retour du patient en consultation soit via un compte-rendu bref, jugé souvent peu informatif.

Par ailleurs, certains participants regrettent le fait de ne pas mieux connaître leurs interlocuteurs médecins du travail et la manière de les contacter. Quelques-uns admettent avoir rencontré des difficultés ces dernières années à entrer en contact avec la médecine du travail.

Plusieurs participants révèlent que les patients, eux-mêmes, ont parfois des difficultés à être vus par leur médecin du travail référent que ce soit pour les visites programmées ou en cas de problématique aigue. Ils assurent qu'ils ont déjà été confrontés à des patients qui n'ont jamais été vus par un médecin du travail.

Ces résultats concordent avec ceux de Chalenton (31) qui mettait en évidence une méconnaissance de l'identité et des coordonnées des médecins du travail par le médecin généraliste ou par le patient ce qui entrave leur sollicitation précoce et courante.

P8 :

*« On n'a très peu de communication avec les médecins du travail. Il n'y a pas de réseau qui existe pour communiquer entre nous. Souvent on les connaît pas. Les patients ont eux-mêmes des difficultés pour les joindre. »*

Certains médecins interviewés justifient un recours non systématique et parfois tardif à la médecine du travail en raison d'une certaine image péjorative présente parmi les médecins généralistes, ce qu'on retrouve dans d'autres études. (27)

P1 :

*« Je pense qu'ils sont victimes d'une image péjorative de la médecine du travail. »*

En effet, certains participants dénoncent un problème d'accès à la médecine du travail, qui possède des horaires jugés incompatibles avec la médecine de ville.

P6 :

*« Nos horaires ne sont pas toujours très compatibles... [Rictus] Moi je finis souvent tard le soir, et pour trouver quelqu'un à la médecine du travail en fin de journée c'est compliqué. »*

D'autres réfrènt leur adressage en médecine du travail car ils émettent une réserve quant au véritable caractère impartial du médecin du travail vis-à-vis de l'entreprise. Ces doutes sur l'indépendance réelle du médecin du travail se retrouvent également dans l'étude de Chalenton(31) qu'il explique par le fait que « le médecin du travail est salarié et subordonné à

son employeur et que toutes les dépenses afférentes à la médecine du travail sont à la charge de l'employeur. »

P5 :

*« Les médecins du travail ne vont rien faire parce qu'ils sont payés par l'employeur et donc sont juge et partie »*

Par ailleurs, des participants font part de leurs doutes sur l'utilité et l'impact positif pour le patient du médecin du travail qui propose généralement des aménagements du poste de travail, pourvoyeurs de frais pour l'entreprise lorsqu'ils sont applicables ou à l'inverse, qui peuvent conduire au licenciement lorsqu'ils ne sont pas possibles. Pour Olivier (37), « certains médecins considèrent encore le médecin du travail comme dépendant du patronat et le rencontrer ne serait pas dans l'intérêt du patient » conduisant possiblement à des répercussions négatives sur sa situation professionnelle et son emploi.

P5 :

*« Les adaptations des postes de travail ça fait des frais et les entreprises ne vont pas le faire [...] c'est bien en théorie mais en pratique voilà... »*

P3 :

*« C'est à double tranchant dans la mesure où si on pense que la personne est inapte au poste et qu'il n'y a pas de poste adapté à son état de santé dans l'entreprise, ça mène au licenciement. »*



Enfin, quelques participants s'interrogent sur la problématique du secret médical et expliquent être plutôt réticents au fait de transmettre des informations à la médecine du travail afin de ne pas porter préjudice ni aux patients ni à leur secret professionnel, ce qui est convergent avec les résultats de Begue.(27)

P1 :

*« La question la plus importante reste pour moi celle du secret professionnel par rapport à l'emploi. C'est-à-dire qu'on a été très briefé sur le fait de pouvoir donner des informations ou pas et je suis donc assez réticente globalement au fait de transmettre ce genre d'infos pour ne pas porter préjudice à mon patient et aussi à mon secret. C'est une question importante et je ne sais jamais trop comment me placer par rapport à la médecine du travail »*

#### 4.4.3.2 Les médecins spécialistes

L'ensemble des médecins interviewés rapportent adresser très fréquemment leurs patients aux confrères spécialistes dans les situations à risque de désinsertion professionnelles. Les plus cités sont avant tout le rhumatologue afin d'obtenir une expertise sur les troubles musculo-squelettiques et la réalisation, si nécessaire, de gestes pratiques ; le chirurgien orthopédique pour déterminer l'intérêt ou non d'une intervention chirurgicale en cas de pathologie avancée ; et le psychiatre pour la prise en charge des troubles psychiques associés.

P7 :

*« Je m'entoure d'habitude d'avis de confrères spécialistes pour obtenir un diagnostic précis ou rechercher une conduite à tenir et des solutions thérapeutiques. »*

Les participants signalent que les médecins spécialistes en ville restent, pour eux, les correspondants les plus disponibles, même si certains déplorent, à l'instar d'autres études (31,38) l'allongement actuel des délais de consultations, qui complique la prise en charge. Dans son travail, Begue précise que « les délais de rendez-vous des spécialistes et des examens complémentaires ont été pointés du doigt à plusieurs reprises comme sources de prolongation de la durée de l'arrêt de travail sans bénéfice, et d'un surcoût pour l'Assurance Maladie. »(27)

P10 :

*« Ce qui nous handicape beaucoup dans notre prise en charge ce sont les délais de rendez-vous chez les spécialistes, chez les rhumatologues notamment, qui prolongent les durées des arrêts de travail de manière terrible et qui participent à la désinsertion professionnelle. »*

Selon certains participants, les limites de la médecine de ville sont aussi la durée réduite des consultations et une appréhension cloisonnée de la situation du patient.

P10 :

*« En ville, tous les spécialistes ont un quart d'heure pour appréhender la clinique le diagnostic le traitement, c'est forcément cloisonné et partiel. »*

Quelques participants évoquent alors le recours aux médecins hospitaliers, en particulier les médecins rééducateurs fonctionnels et le Centre de Pathologies Professionnelles afin de bénéficier de plateaux techniques et humains plus étoffés et orienter la conduite à tenir.

P2 :

*« Je transite aussi par des médecins rééducateurs fonctionnels qui eux vont parfois faire de la gestuelle, de la thérapie manuelle et orientent spécifiquement ce que la kiné doit faire. »*

#### 4.4.3.3 Le médecin conseil

Plusieurs médecins interviewés abordent le sujet du médecin conseil et considèrent, à l'unanimité, que les échanges sont insuffisants avec les médecins généralistes. Ils déplorent surtout l'absence d'accès rapide et direct au service médical de la Sécurité Sociale.

Même si dans le travail de Bègue (27) les relations avec les médecins généralistes sont spontanément décrites comme bonnes par la quasi-totalité des médecins conseils, ces derniers pointent aussi des difficultés relationnelles liées pour une partie au contexte de contrôle des prescriptions mal vécu par les médecins généralistes et pour une autre partie à la lourdeur des tâches administratives et à l'insuffisante prise en considération de la nécessité de rationalisation des dépenses de santé dans leur pratique.

P3 :

*« Si on avait un accès direct et facile avec le médecin conseil alors oui pourquoi pas ! [...] on ne va pas passer une heure au téléphone et tenter 10 fois pour joindre le médecin conseil. »*

Toutefois, un des participants admet actuellement une amélioration des relations avec les médecins conseils via le compte Ameli. Ce résultat converge avec les travaux de Bègue qui montrent une augmentation des échanges grâce à la mise en place de rencontres et de formations interprofessionnelles. L'influence positive de la nouvelle génération de médecins généralistes, décrite dans l'étude de Bègue par les médecins conseils comme « plus collective,

ouverte et plus consciente de la nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé que leurs aînés » favoriserait aussi cette tendance de collaboration renforcée. (27)

P10 :

*« Actuellement, on collabore mieux avec les médecins de la caisse, avec le compte AMELI c'est pas mal je dois dire, on est en progrès à ce niveau-là. »*

#### 4.4.3.4 Les professions paramédicales

La grande majorité des participants indiquent envoyer facilement leurs patients vers les kinésithérapeutes qui participent au suivi et à la prise en charge antalgique et enclenche la rééducation. Néanmoins, ils regrettent le manque de retour sur l'évolution des patients.

P13 :

*« Les kinés, on a pour l'instant très peu de retours du kiné... ça serait bien d'avoir un retour du kiné au bout d'une poignée de séances pour savoir comment ça évolue et si ça marche. »*

Certains interviewés proposent également à leurs patients un accompagnement par les psychologues de ville bien qu'il ne soit généralement pas remboursé.

#### 4.4.3.5 Les acteurs sociaux

Un des participants signale faire appel occasionnellement au Service Social pour entamer un accompagnement administratif et monter un dossier MDPH pour obtenir la reconnaissance de travailleur handicapé.

P6 :

*« Un recours qu'on a aussi c'est la MDPH. Ça me permet de donner un statut au patient de travailleur handicapé qui lui facilite certainement les choses au travail. C'est un outil que j'utilise de temps en temps. »*

Pour ce qui est de la mobilisation de la MDPH (peu citée dans nos entretiens), nos résultats divergent de l'étude quantitative d'Olivier qui indique qu'une majorité des médecins généralistes interrogés la proposent régulièrement (81% des médecins généralistes ont suggéré la RQTH au moins une fois dans l'année). (37)

Néanmoins, certaines études évoquent aussi des difficultés concernant les demandes de MDPH en pointant des lourdeurs administratives dans l'élaboration des dossiers qui sont à la charge des médecins généralistes. Dans le travail de Chalenton, certains médecins estiment que les procédures d'instruction traînent souvent en longueur en raison d'un trop grand nombre de dossiers réalisés à la suite de demandes impérieuses et injustifiées des patients et qui se soldent alors très souvent par un refus, laissant la sensation au médecin traitant d'avoir perdu son temps. (31)

Par ailleurs, certaines réticences à faire des demandes de RQTH peuvent aussi s'expliquer par la crainte de répercussions négatives de ce statut sur l'avenir professionnel du patient et sur son vécu personnel avec une atteinte de l'estime de soi ou la peur d'une stigmatisation.

## 4.5 Information et communication

### 4.5.1 Prise de connaissance du dispositif

La grande majorité des participants déclarent avoir pris connaissance de l'existence du dispositif expérimental via un mailing organisé par la CPAM du Bas-Rhin. Un des participants, signale, lui, avoir été informé par l'intermédiaire des délégués de l'Assurance Maladie venus présenter l'expérimentation au cabinet. Enfin, un autre participant a connu le dispositif par son frère, qui est médecin rééducateur à l'UGECAM et intervenant au sein du bilan de capacités professionnelles.

### 4.5.2 Les différents supports de l'information

#### 4.5.2.1 Le courriel

Les participants de l'étude ont été interrogés sur les méthodes d'information les plus adaptées selon eux à leur exercice.

Le mail est la méthode de communication la plus largement citée parmi les participants et apparaît donc une solution adaptée pour la transmission de l'information auprès des médecins généralistes. Certains participants mettent en avant son caractère pratique puisqu'il est facilement consultable, conservable et réutilisable. Le choix d'un rappel par mailing régulier semble également être plutôt bien accueilli pour garder à l'esprit l'existence du dispositif.

P7 :

*« L'envoi régulier des mails de la CPAM, cela m'a permis de prendre connaissance du dispositif et de l'utiliser en pratique. »*

Cependant, plusieurs médecins interviewés signalent certaines limites à l'utilisation du mail. En effet, depuis la période COVID-19 et l'intensification des échanges à distance, ces derniers craignent un usage trop systématique et massif du courriel, engendrant, à la fois, une surcharge chronophage de tri au détriment du temps médical et une perte de l'information, qui serait noyée dans un amoncellement de mails à lire.

P8 :

*« Les mails, il y en a trop, surtout depuis la Covid. On avait tellement de trucs à lire qu'on était noyé dans les infos. »*

P10 :

*« On est rapidement noyé et trop de mails tuent le mail. Le mail doit rester pour une information ciblée. »*

De plus, plusieurs participants partagent l'idée que l'identité de l'expéditeur conditionne grandement la lecture et l'intérêt porté au contenu du mail. Ils précisent qu'un courriel d'un confrère spécialiste ou d'une structure médicale comme l'UGECAM retient davantage leur attention qu'un courriel provenant de la CPAM.

P3 :

*« La plupart des mails de la Sécu, je les survole et puis terminé. Je les survole parce que je n'ai pas l'impression qu'il y a vraiment des choses pertinentes dedans. Pour moi ce ne sont pas des choses pratiques. »*

P9 :

*« Quand on voit un mail de Clémenceau (Institut universitaire rééducationnel Clémenceau), ce n'est pas un mail qu'on va jeter. On regarde, on copie les données intéressantes et le jour où on en a besoin on les ressort. »*

Par ailleurs, la majorité des participants sont favorables à l'utilisation d'une messagerie sécurisée commune pour le partage d'informations avec la Sécurité Sociale et les autres professionnels de Santé. Ils signalent que dans le cadre du dispositif expérimental, les échanges sont effectués pour le moment via les boîtes mails personnelles des médecins participants.

P1 :

*« Les mails d'AMELI je les reçois sur ma boîte mail privée et j'en reçois une tonne... On lit inévitablement en diagonale et on lit seulement ce qui nous intéresse. [...] Avec MS Santé, je lis plus attentivement tous les courriers et j'y prête plus attention. »*

P4 :

*« Pour moi, c'est de passer par Apicrypt parce que je travaille beaucoup avec et que ça marche super bien avec l'hôpital notamment. »*

Enfin, il semble que la pertinence de l'utilisation du courriel soit âge-dépendant. En effet, la communication par e-mail semble être mieux acceptée auprès des participants les plus jeunes. A l'inverse, les interviewés les plus âgés, déclarent globalement être moins réceptifs et moins à l'aise avec les échanges par courriel et restent attachés aux relations plus directes.



#### 4.5.2.2 Les délégués de l'Assurance Maladie

Certains médecins interviewés soulignent l'intérêt des délégués de l'Assurance Maladie pour la transmission de l'information auprès des médecins généralistes. Selon eux, ils permettent d'apporter des renseignements personnalisés et de répondre aux interrogations via un échange direct lors d'un temps dédié au cabinet médical. L'intérêt des visites des délégués médicaux de l'Assurance Maladie dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle émerge également dans le travail de Chalenton.(31)

P8 :

*« Les délégués de l'Assurance Maladie, ont le souci de nous informer et sont pour le coup des interlocuteurs privilégiés. Ils pourraient nous apporter des infos intéressantes sur la prévention de la désinsertion professionnelle. »*

P10 :

*« Pour moi, la relation humaine ça reste souvent le mieux finalement. »*

#### 4.5.2.3 Les réunions d'information

La mise en place de réunions d'informations par la CPAM semble être une option peu retenue par la majorité des participants en raison de contraintes horaires et de déplacement.

P5 :

*« En réunion je n'irai pas ça c'est sûr. Parce que je me passe le plus clair mon temps au cabinet et que je n'ai pas le temps pour des réunions en plus. »*

Seul un médecin interviewé défend l'organisation de réunion régulière sous la forme de mini-staff ciblée sur une situation donnée et à l'attention de l'ensemble des intervenants afin d'optimiser le suivi et la coopération entre les différents professionnels de santé.

P6 :

*« Moi, j'aimerais surtout l'organisation de mini-staff, vous voyez. Des petits groupes où on parlerait de situations concrètes de patients en intégrant les médecins traitants, mais aussi l'UGECAM et la médecine du travail. On pourrait se réunir une à deux fois par mois pour discuter de cas de patients qui posent problème. »*

#### 4.5.2.4 Le support papier

Le support papier est très peu évoqué par les participants de l'étude. A fortiori, aucun d'entre eux ne le désigne comme la meilleure méthode d'information. Toutefois, selon un participant, les prospectus et flyers pourraient permettre, combinés aux envois de mails, une diffusion plus large aux médecins et même à l'ensemble des professionnels de santé ; rappelant que les différents supports ne sont pas antinomiques.

### 4.6 Motivations et attentes initiales des médecins généralistes

#### 4.6.1 Les motivations du MG à la participation au dispositif

L'ensemble des médecins interviewés justifient le recours au dispositif expérimental après le constat d'être confronté à une situation complexe, en suspens, et sans évolution favorable prédictible pour le patient. Ils décrivent, tous, la mise en place de différentes thérapeutiques, non résolutive et finalement la prise de conscience de l'absence de solution pérenne.

Les participants de l'étude expliquent aussi leur intérêt pour le dispositif à la suite de leur prise de conscience de faire face à une situation enlisée dans des arrêts de travail répétés ou prolongés, sans issue évidente dans laquelle commencent à émerger des effets néfastes pour le patient et son avenir professionnel. Leur choix de participer repose donc, en grande partie, sur la volonté d'enrayer la spirale négative des arrêts de travail successifs.

Certains participants ajoutent avoir également voulu éviter au maximum les conséquences financières, psychologiques et sociales préjudiciables d'une perte d'emploi en adressant les intéressés réaliser le bilan de capacités professionnelles à l'UGECAM.

#### 4.6.2 Les attentes initiales du MG

En adressant leurs patients réaliser le bilan de compétences à l'UGECAM, la majorité des participants espéraient obtenir une expertise globale d'une situation précise en faisant appel aux compétences d'une équipe pluriprofessionnelle spécialisée.

En effet, certains médecins interviewés, confrontés à une situation atypique ou interpellante, s'attendaient à une révision du diagnostic pré-établi et à un approfondissement de la problématique médicale.

D'autres précisent avoir recherché, en plus des investigations médicales, un accompagnement social et administratif pour leurs patients.

Plusieurs participants cherchaient également une solution concrète à mettre en œuvre pour permettre un retour adapté à l'emploi comme par exemple, la mise en place d'aménagements de postes de travail ou l'orientation vers une formation pour un reclassement professionnel.

Quelques participants de l'étude admettent aussi avoir profité de cette opportunité afin de justifier des arrêts de travaux prolongés.

Un des médecins interrogés comptait sur le dispositif pour entamer une procédure de réhabilitation au travail en incluant les patients dans un parcours rééducatif spécialisé réalisé en hôpital de jour.

Enfin, plusieurs participants espéraient provoquer une remobilisation de leurs patients par une prise de conscience des difficultés et une modification de leur représentation du travail et du vécu de leur pathologie.

#### 4.7 Retour du patient

L'ensemble des médecins interrogés affirment avoir pu échanger au moins une fois dans les suites du bilan, avec leurs patients sur leur expérience et constatent, à l'unanimité un retour globalement positif. Les principales sources de satisfaction des patients sont l'accueil lors du bilan, la qualité de l'information et des intervenants ainsi que le sentiment d'écoute et de prise en considération de leur problématique.

#### 4.8 Plus-values du dispositif

##### 4.8.1 Avis sur la synthèse

La majorité des participants de l'étude sont satisfaits de la synthèse reçue à la suite du bilan de capacités professionnelles. Ils soulignent le caractère complet, compréhensible et

synthétique du compte-rendu, qui apporte une vision différente de la problématique du patient. Certains médecins interrogés, mettent aussi en avant les préconisations innovantes du bilan, en particulier sur le plan social, qui dépassent le cadre strict du soin.

P13 :

*« Un bilan assez complet réalisé par des experts du domaine qui nous proposent des préconisations auxquelles on n'aurait pas forcément pensé. »*

P13 :

*« La participation du service social c'est aussi un point intéressant et utile. »*

#### 4.8.2 Accessibilité et simplicité d'utilisation

Certains médecins interrogés soulignent le caractère pragmatique du dispositif qui offre, selon eux, une prise en main facile avec une fiche synthétique à remplir envoyée par courriel, permettant de faciliter des signalements précoces. Ils précisent aussi l'existence de liens efficaces avec les interlocuteurs du dispositif qui permet une planification rapide des bilans de capacités professionnels.

P4 :

*« C'est super facile d'envoyer un patient faire le bilan à l'UGECAM. On vous envoie une petite fiche à remplir, le rendez-vous est ensuite vite planifié »*

P8 :

*« Moi ce que j'avais apprécié c'était que le retour était très rapide. Les rendez-vous ont été donnés très rapidement aux patients, j'ai trouvé ça assez remarquable. »*

#### 4.8.3 Centralisation et pluridisciplinarité

Un grand nombre de participants mettent en évidence l'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire du dispositif.

P11 :

*« La force de ce dispositif, c'est la prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient. On est au-delà du plan purement médical, c'est ça qui est intéressant. »*

En particulier, ils valorisent l'implication de psychologues et d'ergothérapeutes, qui ne sont pas accessibles en ville et du service social pour faire le point au niveau administratif. L'intervention de ces derniers, en plus du médecin rééducateur, permet d'aborder les différents pans d'une situation et d'offrir une expertise pour un patient donné.

P8 :

*« Nous, en ville, on n'a pas accès aux ergothérapeutes. Leur recours n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale donc oui rien que pour ça c'est déjà un plus. Et les psychologues c'est pareil, ce n'est généralement pas remboursé donc les gens ne vont pas y aller spontanément même si on les leur adresse. »*

P8 :

*« Ça fait appel à des gens qui connaissent le milieu du travail et qui savent trouver, sans doute mieux que moi, des solutions pour le patient. Il y a un psychologue, un ergothérapeute, un médecin rééducateur c'est-à-dire les professionnels qui gravitent autour du milieu professionnel et qui savent analyser le patient dans sa globalité. C'est la grande force du dispositif. »*

De plus, la plupart des médecins interviewés apprécient le caractère centralisé du dispositif qui permet de faire une évaluation pluriprofessionnelle dans une seule et même structure en un temps donné, offrant un gain de temps dans le parcours de soins.

P13 :

*« Le fait que ça soit centralisé oui. L'idée du tout en un. On gagne du temps évidemment. »*

Par ailleurs, certains participants relèvent aussi la force de proposition du bilan qui offre une démarche objective et des préconisations médico-sociales et/ou rééducatives adaptées et complémentaires à la prise en charge entamée par le médecin traitant.

Avec le recours au bilan de capacités professionnelles, plusieurs participants partagent le sentiment d'être moins isolé et de pouvoir se décharger d'une situation complexe pour laquelle les options thérapeutiques évidentes ont souvent été toutes épuisées.

P3 :

*« On est dans une démarche objective, le patient a été vu par d'autres professionnels de santé et nous, on se sent moins seuls. »*

P12 :

*« La valeur orientation et solutions envisageables à proposer. Quand le patient arrive dans ce genre de situation, on ne sait plus quoi faire. [...] ça permet de nous sortir de là. Quand je dis nous, c'est le couple médecin-patient. L'intérêt principal c'est la force de proposition. »*

#### 4.8.4 Prise en compte du patient

L'approche du bilan centrée sur le patient est une plus-value du dispositif largement évoquée par les participants de l'étude. Ces derniers indiquent que le bilan participe à améliorer le vécu des patients sur leurs problématiques et à les faire entrer dans une phase d'acceptation.

Ils considèrent que la réalisation d'une évaluation de situation personnalisée en compagnie d'experts contribue à faire prendre une part active au patient dans la prise en charge et à faire émerger en lui un sentiment de reconnaissance et de reprise de confiance.

P6 :

*« Le bilan permet aux patients de voir que leur problème est vraiment pris en compte et pris en charge et qu'ils ont une forme de reconnaissance. Ils voient qu'ils sont écoutés [...] ça leur fait beaucoup de bien. »*

P12 :

*« Ça ouvre les portes vers d'autres horizons. Le patient qui ne peut plus aller au travail, rien que le fait de réfléchir à ce qu'il pourrait faire d'autre et ouvrir le champ des possibles, ça rend déjà la situation moins insupportable. »*

#### 4.8.5 Intérêts économiques

Quelques médecins interrogés soulignent également l'intérêt économique du dispositif à différents niveaux.

Déjà, ils se félicitent de la prise en charge du bilan qui est entièrement financé par la CPAM du Bas-Rhin, ce qu'ils considèrent comme un facteur incitatif important pour l'utilisation générale et répétée du dispositif par les médecins traitants.



P8 :

*« Le fait que ça soit pris totalement en charge par l'Assurance Maladie, ça déçoit beaucoup de choses. »*

Par ailleurs, ils expliquent que le recours à un tel dispositif peut également participer à la conservation des revenus d'un patient par la mise en place d'aménagements de postes de travail ou l'inclusion dans un parcours rééducatif spécialisé, favorisant un retour pérenne à l'emploi. L'obtention de statuts administratifs comme la reconnaissance de travailleur handicapé ou d'allocations sociales peut aussi contribuer à pallier une éventuelle perte financière occasionnée par la désinsertion professionnelle.

Enfin, un médecin interrogé indique que la recherche active de solutions pour un retour à l'emploi via la participation à une expertise objective telle que le bilan de capacité professionnelle permet généralement de limiter la durée des arrêts de travail et par conséquent de réduire leurs coûts pour la Sécurité Sociale.

P7 :

*« C'est avant tout d'éviter des conséquences pour le patient en facilitant des signalements précoces c'est certain. Et secondairement pour la Sécurité Sociale en réduisant les charges économiques des arrêts de travail. »*

## 4.9 Limites et freins du dispositif

### 4.9.1 Synthèse du bilan

Plusieurs participants de l'étude estiment que les préconisations de la synthèse du bilan de capacités professionnelles restent trop théoriques et sont parfois peu applicables en pratique.

P2 :

*« Après ils ont proposé un aménagement de poste mais il n'y a pas de possibilité de poste adjacent donc c'est un peu dommage... »*

D'autres médecins interviewés auraient souhaité un examen médical plus approfondi et espéraient une réévaluation complète du diagnostic ainsi qu'une analyse détaillée de la pathologie et des capacités résiduelles.

P13 :

*« Une description plus précise des troubles. Parce qu'ils notent tendinopathie bilatérale de la coiffe et gonarthrose évoluée. Point. Rien de plus. Le bilan est quand même réalisé par des médecins rééducateurs et ils ont plus d'expertise pour définir et préciser les troubles [...] Donc oui j'aurai aimé avoir un bilan médical plus étoffé. »*

Par ailleurs, un des participants regrette la trop faible prise en compte de la douleur dans la synthèse, qu'il considère comme la principale source de difficultés au retour à l'emploi.

P12 :

*« J'ai trouvé aussi que sur les propositions en termes d'antalgie, j'aurais aimé être plus guidé. [...] Quand on a eu des patients qui sont tombés rapidement dans une addiction médicamenteuse, on aimerait être guidé à la fois sur le plan de l'écoute et de la prise en compte du vécu douloureux et comment faire pour déshabituer des patients qui sont algiques accros aux anti-douleurs. »*

Enfin, on note que deux médecins interrogés déclarent n'avoir jamais reçu de synthèse du bilan, sans explication évidente selon eux.

#### 4.9.2 Méthode de communication

Malgré la diffusion généralisée d'une information dématérialisée, certains participants estiment qu'une communication par courriels de la part de la CPAM n'est pas suffisante pour espérer une prise de connaissance et une utilisation massive du dispositif auprès de l'ensemble des médecins généralistes.

P2 :

*« Si j'avais eu simplement le mail de la Sécu je ne sais pas si j'aurai utilisé ce dispositif.*

P9 :

*« Je ne suis pas sûr que tout le monde soit au courant de l'existence de ce dispositif. Je ne suis pas certain que l'info soit dans toutes les têtes des médecins de ville. »*

#### 4.9.3 Multipllicité des dispositifs et charge administrative supplémentaire

Plusieurs participants reconnaissent la pluralité des dispositifs et outils existants pour accompagner actuellement la prise de décision du médecin généraliste.

Toutefois, il semble que cette multiplicité puisse aussi représenter une source de perturbations pour certains.

En effet, quelques participants révèlent éprouver de plus en plus de difficultés pour se tenir correctement informé des dernières innovations ainsi que pour les utiliser à bon escient.

P3 :

*« Aujourd'hui, on a plein de dispositifs pour plein de choses c'est ce qui fait que j'ai l'impression d'être dans une jungle et que j'ai dû mal à savoir bien emmancher les choses.*

*[...] je commence à peiner dans l'utilisation de tout ce qui est offert. »*

Ils regrettent également la lourdeur administrative qui découle de l'utilisation des divers dispositifs, qui est, selon eux, chronophage et qui se fait au détriment du temps médical.

Quelques médecins interrogés admettent, en plus, que la charge administrative inhérente à l'utilisation d'un dispositif pénalise son appropriation par le médecin généraliste.

P13 :

*« Le frein, c'est que tous ces dispositifs, ça nous prend du temps, à nous médecins généralistes*

*[...] Le temps administratif ça nous pèse... »*

#### 4.9.4 Capacité de réponses du dispositif

Certains participants expriment leur doute quant à la capacité d'absorption du dispositif et craignent un flux de demandes rapidement trop important par rapport à l'offre disponible au niveau de l'unique centre strasbourgeois.

Ils redoutent une saturation rapide des rendez-vous et par conséquent un allongement des délais de prise en charge. Un des médecins interrogés craint alors à terme la nécessité d'une sélection des cas à adresser.

P10 :

*« Malheureusement, le frein principal c'est qu'il soit victime de son succès. Je crains qu'au bout d'un moment, ces structures soient très vite surchargées et donc que le délai s'allonge... Et la limite sera alors de devoir probablement sélectionner les cas à envoyer et c'est toujours dommage ça... »*

#### 4.9.5 Accessibilité et sectorisation géographique

Un des participants, qui exerce dans une zone frontalière avec un autre département, regrette pour le moment la sectorisation géographique, qui la bride dans la prise en charge de ses patients.

P11 :

*« Pour moi, la limite dans mon exercice, c'est la sectorisation géographique. Seuls les patients relevant de la CPAM du Bas-Rhin sont acceptés pour le moment. Je regrette qu'on ne puisse pas, pour le moment en tout cas, adresser tous les patients. »*

Un autre participant s'interroge, quant à lui, sur la pertinence d'un unique centre d'évaluation en soulevant la question de l'accessibilité pour les personnes isolées, éloignées ou sans permis de conduire.

P13 :

*« Le fait que ça soit uniquement réalisé à l'UGECAM à Strasbourg, ça soulève toujours la question des gens qui ne peuvent pas se déplacer. »*

#### 4.9.6 Facteur patient

Certains participants considèrent que la réussite du dispositif réside en partie dans l'investissement du patient, ce qui n'est pas toujours acquis.

En effet, plusieurs médecins interviewés considèrent que le degré de motivation réelle du patient à faire évoluer sa situation constitue une des limites principales au dispositif.

P4 :

*« Il ne faut pas oublier le facteur « patient », qui est peut-être un peu perdu ou qui ne veut pas changer de poste ou s'adapter au problème. Le patient ne veut pas perdre son travail c'est normal alors il veut faire comme il a l'habitude et parfois il ne s'implique pas suffisamment dans la prise en charge et traîne les pieds pour prendre un rendez-vous. »*

Un d'entre eux, précise qu'il a déjà fait face à des refus de participation au bilan pour des patients éligibles et que le manque d'implication peut provenir d'une peur du changement, d'une complaisance dans la situation actuelle, ou des craintes de confrontation avec l'employeur. Ainsi, la volonté et l'investissement du patient sont fondamentaux pour envisager des possibilités de reprise. Dans cette perspective, le développement d'un outil d'évaluation de la motivation du patient pourrait aider le médecin généraliste à orienter sa prise en charge.

P6 :

*« J'ai eu un ou deux refus pour des patients qui n'ont pas pu ou voulu réaliser le bilan. »*

Par ailleurs, un médecin interrogé fait aussi part de son doute concernant la capacité des patients à saisir l'intérêt de s'impliquer dans un bilan de capacités professionnels alors qu'ils ne sont pas en arrêt de travail ou en arrêt de courte durée.

P13 :

*« Je ne sais pas si les gens sont ouverts pour aller faire un bilan comme ça alors qu'ils ne sont pas en arrêt de travail. Je ne suis pas certaine qu'un patient qui soit en arrêt transitoire et assez court, comprenne l'indication et son intérêt à effectuer ce genre de bilan avant la reprise de son activité. »*

#### 4.9.7 Lacunes de suivi et délai des prises en charges

Plusieurs participants de l'étude s'accordent à dire que les préconisations tardent souvent à se mettre en place pour les patients.

Par exemple, l'un d'entre eux, signale, un délai d'environ un an avant que son patient ne puisse débiter le parcours rééducatif spécialisé qui a été proposé dans la synthèse du bilan de capacités professionnelles.

P3 :

*« Le délai ! Ce n'est pas assez rapide... En tout cas dans mon cas de figure puisque le patient a mis plus d'un après mon signalement pour bénéficier d'une rééducation. »*

Les démarches sociales et les aides à la reconversion professionnelle semblent également traîner en longueur selon différents participants, retardant de ce fait, un peu plus, le retour à l'emploi.

P6 :

*« Pour d'autres, c'est plus compliqué et hyper long malgré les préconisations effectuées, la COMETE et les aides à la reconversion. Il y a des gens qui, malgré tout ça, restent en arrêt de travail. »*

Certains médecins interrogés expliquent les délais post-bilan par la lenteur administrative, le manque d'investissement des patients pour entamer une solution concrète, les difficultés de lien avec la médecine du travail ou encore la résistance des employeurs aux propositions d'adaptations de postes ou de reclassement.

P6 :

*« Je pense qu'il y a plusieurs facteurs : la bureaucratie, les lenteurs administratives, les résistances des employeurs, les craintes des patients, certains patients n'osent pas aller à la confrontation avec leur employeur... »*

Enfin, quelques participants regrettent le manque d'accompagnement et de réévaluation de la part des équipes du dispositif dans les suites du bilan de capacités professionnelles. Selon eux, les patients ne bénéficient pas pour le moment d'un suivi concret et n'ont souvent que leur médecin traitant comme interlocuteur en attendant une concrétisation des préconisations du bilan.



P4 :

*« Il y aurait encore des efforts à faire pour moi au niveau du suivi des patients après le bilan pour vraiment trouver une solution à la problématique et suivre leur avancée dans le retour à l'emploi. »*

#### 4.10 Axes d'amélioration

##### 4.10.1 Concernant la communication

###### 4.10.1.1 Révision de la transmission de l'information

Dans notre étude, aucune méthode de transmission de l'information vers les médecins généralistes n'a fait l'unanimité parmi notre panel de participants. Cela peut s'expliquer par la diversité des pratiques (rural/urbain, seul/en association), des habitudes de travail (degré d'informatisation, différences générationnelles) ainsi que par la multiplicité des supports et des sources d'information (sites internet, courriel, papier, formation...).

Bien que l'existence d'une méthode de communication universelle semble utopique, il paraît intéressant de privilégier la combinaison d'une information écrite à une information orale afin d'en optimiser la diffusion à l'ensemble du public visé.

En ce sens, la poursuite d'un mailing d'information cadencé associé à la mise en place régulière de visites dédiées de délégués médicaux et la proposition de réunions d'informations dans les locaux des services de santé au travail ou de l'Assurance Maladie, semble être une solution pertinente.

A notre connaissance, aucune étude récente ne porte spécifiquement sur les méthodes d'informations des médecins généralistes. Un futur travail sur le sujet pourrait être intéressant.

#### 4.10.1.2 Ouverture de la communication

Plusieurs participants de l'étude proposent une ouverture de la communication sur le dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle à l'ensemble des acteurs de santé pouvant intervenir dans le parcours de soins du patient. Ils expliquent qu'une diffusion plus large permettrait des rappels plus fréquents à différents niveaux et donc de favoriser un recours systématisé au dispositif en cas de besoin.

P2 :

*« Ça serait bien de le diffuser à l'ensemble des intervenants. [...] Si un confrère spécialiste me dit qu'il serait pertinent d'adresser tel patient faire un bilan de capacités professionnelles à l'UGECAM, on se dirait tiens oui pourquoi pas. »*

#### 4.10.1.3 Création d'une plateforme d'appui

Certains médecins interviewés évoquent l'idée de mettre en place une plateforme d'appui aux médecins généralistes, accessible via un numéro unique, afin de les aiguiller au mieux vers le dispositif adapté en fonction des situations présentées. Selon l'un d'entre eux, cette plateforme d'appui pourrait s'intégrer dans le cadre des CPTS.

P3 :

*« Ça serait de mettre en place un numéro unique. De créer un numéro avec une personne dont le boulot serait de nous aiguiller en fonction de nos besoins vers le bon dispositif. Ça pourrait s'imaginer dans le cadre des CPTS par exemple. »*

En 2017, les préfetures de certaines régions ont mis en place via un numéro unique une plateforme « Info-Santé- Emploi » (39) qui a pour rôle d'informer et d'orienter vers les acteurs régionaux compétents, les salariés ou les employeurs, les travailleurs indépendants ou les exploitants agricoles confrontés à des problématiques de santé ou une situation de handicap qui peuvent compromettre, à terme, leur maintien en emploi. Compte tenu de la multiplicité des dispositifs existants et de leur méconnaissance habituelle, il serait intéressant de développer ces plateformes d'appui pour le maintien en emploi en Alsace et plus largement à l'échelle nationale.

#### 4.10.1.4 Renforcement du caractère préventif

Une grande partie des médecins interrogés insistent sur l'intérêt d'un signalement précoce afin d'optimiser la prise en charge et de réduire le risque de perte d'emploi.

Certains participants admettent avoir adressé leurs patients trop tardivement et sont favorables à une meilleure communication sur le caractère avant tout préventif du dispositif.

P11 :

*« Il faudrait être davantage informé sur le caractère préventif du dispositif. »*

Ce résultat concorde avec plusieurs travaux et articles antérieurs (19,26,31,32,37) qui attestent de la nécessité de prendre en charge le plus en amont possible dans le parcours de soins les patients à risque de désinsertion professionnelle afin favoriser un retour à l'emploi réussi. Cet impératif d'intervention précoce se retrouve dans les objectifs des plans (national et régional) de santé au travail.(2,17)

#### 4.10.2 Concernant la collaboration entre les acteurs

L'ensemble des participants encouragent une meilleure collaboration entre les professionnels de santé sur le champ de la désinsertion professionnelle.

Plusieurs médecins insistent sur la nécessité d'échanges plus précoces, plus étroits et plus systématiques avec la médecine du travail et les médecins conseils concernant les problématiques en lien avec le travail et susceptibles de s'enliser.

P4 :

*« On pourrait aussi améliorer la coordination voire la coopération je dirai même entre le médecin traitant et le médecin du travail... Parce qu'en vrai, après le bilan on se retrouve à nouveau un peu seuls, le patient et le médecin généraliste... »*

Ces données concordent avec les travaux de thèse de Ruello, Olivier et Chalenton (31,32,37) qui affirment qu'une coordination renforcée entre les professionnels de santé du maintien en emploi, basée sur la précocité d'action et l'anticipation, est indispensable pour élaborer et instituer un processus de reprise du travail payant après des arrêts de travail de longue durée. Afin de faciliter les échanges, il serait pertinent de développer une identification systématique des partenaires qui passerait, pour tout patient, par l'attribution en début de carrière professionnelle d'un médecin-conseil référent pour sa prise en charge socio-professionnelle, un médecin du travail référent pour sa prise en charge professionnelle au même titre qu'un médecin traitant pour sa prise en charge médicale.

D'autres médecins sont également favorables à davantage inclure l'employeur dans les discussions afin d'anticiper le retour au travail tout en prenant en considération les contraintes de l'entreprise.

P5 :

*« Que les entreprises jouent le jeu derrière oui. Mais en même temps, les chefs d'entreprise ont toujours le mauvais rôle. Je pense qu'il ne faut pas oublier que ce sont eux qui font tourner la boîte [...] s'il n'y a pas d'échanges, de retours et des solutions de reclassement derrière, on ne peut rien faire nous. »*

Pour se faire, certains participants proposent la création d'une messagerie sécurisée unique entre tous les professionnels de santé pour le partage rapide et réciproque d'informations importantes.

P7 :

*« Ça serait bien de pouvoir les contacter directement par mail sécurisé comme nous les faisons avec tous nos confrères. Cela permettrait de signaler rapidement des problématiques de santé des patients et d'échanger réciproquement au même endroit des informations médicales ou par rapport à des procédures administratives.*

Ce résultat converge vers la proposition dans le travail de thèse de Chalenton (31) de réunir sur une même plateforme les identités et les coordonnées de l'ensemble des éléments du réseau, partenaires et dispositifs d'aides compris.

### 4.10.3 Concernant les signalements

#### 4.10.3.1 Élargissement des indications de signalement

Certains participants demandent une ouverture des signalements aux autres pathologies professionnelles que les troubles musculo-squelettiques.

En effet, ces derniers expliquent être régulièrement confrontés à des travailleurs présentant par exemple des troubles du sommeil, des syndromes douloureux chroniques, ou encore des syndromes anxio-dépressifs, pour lesquels ils nécessiteraient de l'aide et une expertise pluridisciplinaire objective.

P1 :

*« Ouvrir davantage les indications de signalements pour nous permettre d'adresser d'autres pathologies qui sont problématiques au travail comme la fibromyalgie, les syndromes douloureux chroniques. »*

En particulier, un des médecins interrogés, propose la création d'une instance spécifique au burn-out qui est une pathologie fréquente et hautement pourvoyeuse d'arrêt de travail prolongé dans sa patientèle.

P13 :

*« On pourrait imaginer un accès spécial burn-out parce que c'est un problème qui touche beaucoup de monde. Mettre en place, par exemple, un dispositif de prévention de la désinsertion spécifique au burn-out pour savoir ce qui est possible de faire, mis à part prescrire des arrêts à rallonge. »*

Par ailleurs, un des participants préconise l'intégration aux critères d'éligibilité des personnes au chômage pour raison d'état de santé professionnel afin de les réintégrer au monde professionnel.

P6 :

*« Ça ne concerne pour le moment que les actifs en arrêt ou non. Si ces patients sont au chômage pour des raisons d'état de santé professionnel, je ne vois pas pourquoi ils ne pourraient pas bénéficier de ce dispositif. On devrait les intégrer pour les remettre justement dans le monde du travail. »*

Enfin, selon le rapport de Berard et al. de 2019 (40), le signalement des patients à risque de désinsertion professionnelle pourrait être amélioré par la création d'un nouveau formulaire Cerfa d'arrêt de travail, papier ou dématérialisé, sur lequel une case « risque de désinsertion professionnelle » activerait une visite auprès du médecin-conseil et du médecin du travail si elle était cochée.

#### 4.10.3.2 Élaboration d'un logigramme

Certains participants de l'étude sont favorables à l'élaboration d'une aide décisionnelle sous la forme d'un organigramme permettant de statuer des conduites à tenir en fonction des pathologies. Ils estiment qu'un arbre décisionnel standardisé permettrait aux médecins généralistes de mieux cibler les patients et d'optimiser les prises en charge.

P11 :

*« On devrait être mieux informé des tableaux à adresser. Peut-être par la communication par l'UGECAM de critères précis d'adressage précoce. A partir de quel moment il y a un bénéfice à adresser les patients à l'UGECAM, c'est sans doute ça qui reste à définir. »*

Il est largement admis dans la littérature actuelle qu'une même problématique de santé au travail ne conduit pas toujours à la même évolution ni à la même durée d'arrêt de travail.(32,33) Il est donc important d'évaluer le patient selon une approche bio-psycho-sociale afin de déterminer précocement des signaux d'alerte. Pour le moment aucun outil validé n'est disponible en ville pour le médecin généraliste. Toutefois, l'élaboration d'un outil combinant les caractéristiques de la pathologie (ostéo-articulaire ou psychiatrique), de l'activité professionnelle (facteurs de pénibilité, risques psycho-sociaux) de la dimension psycho-sociale (niveau socio-économique, motivation) ainsi que l'âge (proximité de la retraite) et la durée de l'arrêt de travail (arrêt de longue durée) semble être une piste de réflexion intéressante.

#### 4.10.3.3 Pré-identification des sujets à risque

Un des médecins interrogés propose un système de pré-identification des sujets à risque de désinsertion professionnelle en se basant sur le motif et la durée des arrêts de travail déclarés auprès de la CPAM. Cela permettrait, selon lui, d'aider les médecins généralistes à sélectionner les patients les plus à risques et à les adresser rapidement vers le bilan de capacités professionnelles. Ce résultat rejoint la proposition faite par Chalenton dans son travail de thèse.(31)



P12 :

*« Est-ce qu'il faut une information plus ciblée à partir d'un motif et d'une durée d'arrêt de travail ? C'est possible. [...] S'il y avait, un peu sur ce modèle-là, la possibilité de pré-identifier des situations à risque, ça serait pas mal. »*

#### 4.10.4 Concernant le suivi

##### 4.10.4.1 Mise en place de réunions pluridisciplinaires de suivi

En raison de démarches souvent longues à concrétiser, un des participants préconise la mise en place de réunions régulières d'avancement et de suivi regroupant le médecin généraliste, les intervenants du bilan de capacités professionnelles, le médecin du travail, le médecin conseil et les assistantes sociales. Ces réunions de concertation auraient l'objectif, selon lui, de participer à une bonne transmission de l'information entre les acteurs de santé, d'uniformiser la prise en charge et d'assurer l'avancement des démarches entamées.

P4 :

*« Ce qui serait sympa d'avoir, c'est de pouvoir participer à une réunion pluridisciplinaire, un peu comme à l'image des prises en charges oncologiques. [...] Si tout le monde était d'accord, ça me paraîtrait intéressant pour mieux gérer et utiliser les résultats du bilan.*

Cette proposition de réunions de concertation pluridisciplinaire se retrouvent également dans le travail de thèse de Chalenton (31) qui ajoute qu'une rémunération des actions et du temps consacré aux réunions pourrait être prévue afin de valoriser le rôle du médecin traitant.

#### 4.10.4.2 Mise en place d'un parcours de réhabilitation au travail

Certains médecins suggèrent aussi d'étoffer les offres de soins par la mise en place d'un parcours de réhabilitation au travail à l'instar du modèle allemand.

En effet, ils développent l'idée de la poursuite du bilan par un séjour rééducatif spécifiquement orienté pour une reprise progressive de l'emploi. Ce parcours rééducatif consisterait en une sorte de cure de préparation au travail qui intégrerait, en plus d'une composante médicale, la médecine du travail et le service social et qui serait suivie d'une reprise échelonnée de l'activité professionnelle sur plusieurs semaines.

Une reprise progressive du travail représente, pour ces médecins interrogés, la solution la plus efficace pour un retour durable à l'emploi.

P4 :

*« En Allemagne, avec les patients qui présentent des difficultés au travail, on a la possibilité de les diriger vers une sorte de cure qui est prise en charge par la Berufgenossenschaft et qui permet d'évaluer la situation et de préparer les patients à la suite, à leur retour au travail. Ils font les bilans complets, s'occupent de la rééducation. Tout s'enchaîne et le médecin généraliste n'a pas besoin de s'en charger. »*

P12 :

*« Il y a un truc qui existe en Allemagne et qu'on n'a pas en France qui s'appelle la Stufenweise Eingliederung et qui veut dire la reprise progressive. Quel que soit la pathologie parce que ça ne concerne pas que les problèmes mécaniques, on peut prescrire une reprise avec une première semaine à 2 heures de travail puis la semaine suivante à 4 heures puis 6 heures avant*

*reprise à temps complet, sachant que comme les gens ils sont encore en arrêt et encore indemnisés par la Caisse allemande, ça coûte zéro à l'employeur. »*

#### 4.10.5 Prise en charge de la douleur

Selon plusieurs études, la douleur est le principal symptôme présent dans les troubles musculo-squelettiques et pose souvent le problème de son évaluation et de sa prise en charge. Un des participants de l'étude admet rencontrer souvent des difficultés dans la gestion de la douleur de ses patients et regrette la trop faible prise en compte de cette dernière lors du bilan de capacités professionnelles. Il est favorable, de ce fait, à l'intégration au sein de l'expertise pluridisciplinaire d'une analyse détaillée de la douleur ainsi que de stratégies antalgiques adaptées afin de mieux soulager les patients et de lutter contre les addictions médicamenteuses. L'intervention d'un algologue semble être pour lui une solution intéressante.

P12 :

*« Si je vois un truc pour compléter le dispositif, c'est le côté consultation de la douleur et addiction médicamenteuse. Ça enferme tellement les gens que s'ils arrivent à avoir un algologue qui arrive à proposer des solutions pour une décroissance, ça nous aiderait beaucoup. C'est d'autant plus utile que souvent les patients ne sont pas bien soulagés par ce qu'on leur prescrit. »*

## 4.11 Formation médicale

### 4.11.1 Formation médicale antérieure

Aucun participant ne déclare avoir suivi durant son cursus universitaire ou professionnel de formation portant sur la thématique de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Ce résultat diverge d'une étude française menée auprès de 750 médecins généralistes qui a révélé que 36% d'entre eux avaient suivi une formation en santé au travail.(41)

L'ensemble des participants de notre étude estiment ne pas être suffisamment formés sur le sujet.

Toutefois, la majorité d'entre eux considèrent la lutte contre la désinsertion professionnelle comme primordiale en médecine générale et sont ouverts à la réalisation d'une formation spécifique, ce qui concorde avec les travaux d'Olivier, Chalenton, Prael et Ben Saïd. (31,37,38)

L'étude d'Olivier a d'ailleurs permis d'établir un lien statistique entre le sentiment d'être bien formé du médecin généraliste et un recours optimisé à la médecine du travail dans les situations à risque prévisible lors de la reprise du travail.

P6 :

*« Une réelle formation sur le sujet je n'en ai pas eu. Je suis demandeur ! »*

Seul un participant exprime clairement son scepticisme quant à l'intérêt d'une formation future.

P5 :

*« Il ne faudrait pas plus de formation dans la mesure où il n’y a pas de solution médicale derrière. »*

#### 4.11.2 Modalités de formation

Au sein de la prévention de la désinsertion professionnelle, plusieurs thématiques de formation émergent chez les médecins interrogés. Parmi elles, une mise au point sur le réseau existant du maintien en emploi avec une présentation des missions et des coordonnées des différents acteurs semble être particulièrement plébiscitée.

Cela est corroboré par la thèse de Chalenton (31) qui présente le réseau du maintien en emploi comme un système dense, constitué de « partenaires et de dispositifs d’aides à la reprises multiples et complexes tant les rôles, les dispositions réglementaires et l’accessibilité à ces ressources sont hétérogènes et changeants », qui impose donc la nécessité d’acquérir des connaissances solides sur le sujet.

P11 :

*« Tout simplement la présentation des différents dispositifs et leurs coordonnées. Je pense que c’est déjà pas mal. Et ensuite un point sur les différents acteurs du domaine c’est toujours utile. »*

Un des participants est demandeur, de manière plus spécifique, d’une formation sur les rôles et le fonctionnement de la médecine du travail afin d’améliorer les échanges et la collaboration entre le médecin du travail et le médecin traitant. Ce résultat concorde avec l’étude de l’INPES de 2012 (42) qui indique que « les relations entre médecins généralistes et médecins du travail

sont souvent évoquées comme empreintes d'un manque de compréhension » et ajoute que 65% des médecins du travail considèrent que les médecins traitants ne comprennent pas bien leur métier.

P1 :

*« Ça pourrait être intéressant d'avoir une formation, en lien avec la médecine du travail [...] Savoir comment et quoi proposer à nos patients et aussi savoir ce qu'on peut leur dire et ne pas dire. »*

Par ailleurs, les questions de la gestion des arrêts de travail prolongés et de comment dire non à l'arrêt de travail apparaissent comme de potentielles sources de formation à développer.

En effet, selon l'étude quantitative réalisée par Lofgren auprès de 5455 médecins suédois, un tiers des médecins trouve qu'il y a au moins un arrêt de travail posant problème par semaine.

(41) L'évaluation de l'aptitude au travail et par conséquent la prolongation ou non d'un arrêt de travail est difficile à évaluer pour le médecin généraliste, en raison de l'absence d'outils validés et de manque d'informations liées aux contraintes du poste de travail.

P10 :

*« Les formations sur comment dire non à l'arrêt de travail c'est aussi intéressant. »*

Dans cette perspective, l'inclusion de la prévention de la désinsertion professionnelle dès la formation médicale initiale des étudiants en médecine semble une option pertinente afin d'améliorer la connaissance et la compréhension des ressources mobilisables, de développer la coopération entre le médecin généraliste et ses partenaires et d'ouvrir le champ à une approche bio-psycho-sociale du patient, essentielle dans les situations complexes.

La formation post-universitaire sur la thématique du maintien en emploi pourrait également être renforcée en proposant plus régulièrement des formations dédiées. Il serait intéressant de faire intervenir directement les médecins du travail, les médecins conseils ou les assistants sociaux pour répondre de manière pragmatique aux besoins et questionnements des médecins généralistes. L'intégration au DPC (développement professionnel continu) des formations sur la prévention de la désinsertion professionnelle permettrait également d'inciter les médecins généralistes à y participer par leur prise en charge financière.

Concernant la nature de la formation, on observe une tendance, parmi le panel interrogé, en faveur de topos en présentiel, même si plusieurs participants alertent sur d'éventuels problèmes de disponibilité en lien avec des contraintes professionnelles, horaires ou géographiques. Dans notre étude, la préférence pour des formations présentiels peut s'expliquer par le profil moyen des participants à savoir un médecin expérimenté de 54 ans, probablement moins consommateur de nouvelles technologies que les nouvelles générations, ce que soutient le travail de Laures portant sur les déterminants de la participation à une formation médicale continue associative présentielle en médecine générale, dans lequel les médecins interrogés ne perçoivent pas, selon leur âge, l'informatique de la même façon.

Parallèlement, le e-learning a fait ses preuves et pourrait aussi devenir un support approprié de formation sur le maintien en emploi. Le développement de formations dédiées sur ces modalités avec la mise en place de formats courts, condensés et réguliers semble être la piste à privilégier afin de convenir au plus grand nombre.

P6 :

*« En présentiel déjà, car je trouve ça plus intéressant et instructif que les formations en distanciel. Je pense qu'il faudrait une formation de base théorique et continuer la formation par la participation régulière à des réunions pratiques type mini-staff. »*

P11 :

*« Pour le présentiel, le problème c'est se dégager du temps. On a de plus en plus de contraintes professionnelles... sans compter les contraintes horaires ou géographiques... »*

#### 4.12 Limites de l'étude

Malgré l'avantage d'une approche qualitative permettant d'explorer au mieux les pratiques et les représentations des médecins généralistes, notre étude comporte des biais dont le plus important est celui de mémorisation de cas par les médecins interrogés. En effet, beaucoup de participants avouaient eux-mêmes ne pas se souvenir précisément de tous les détails concernant des situations de patients qui pouvaient remonter jusqu'à deux ans auparavant.

Par ailleurs, notre étude a sélectionné, sur la base du volontariat, un nombre restreint de médecins généralistes bas-rhinois. Il serait intéressant d'élargir ce travail à l'échelle nationale et de le mettre en perspective avec d'autres études afin d'évaluer les attentes des médecins généralistes et l'impact d'un parcours de soins coordonné. Quant à l'expérimentation des bilans de capacités physiques et professionnelles en lien avec l'UGECAM, des études seront probablement diligentées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour en évaluer l'intérêt, l'efficacité et le coût.



## 5 CONCLUSION

Dans un contexte de vieillissement de la population active, de prévalence des maladies chroniques et du recul progressif de l'âge de départ en retraite, la thématique du maintien en emploi est une des préoccupations politiques majeures.

Les pouvoirs publics ont impulsé, ces dernières années, une refonte du cadre législatif et ont établi de nouvelles lignes directrices en matière de santé et de sécurité au travail.

La loi Santé au Travail du 2 août 2021 et le 4<sup>ème</sup> Plan National de Santé au Travail donnent la priorité à des mesures en faveur du maintien en emploi des salariés.

Pour la Haute Autorité en Santé « le maintien en emploi constitue un facteur de santé et d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé ».

La désinsertion professionnelle est le processus qui conduit à l'exclusion durable d'un salarié de l'emploi.

Tous les travailleurs sont potentiellement exposés à un tel risque soit en raison de problèmes de santé (accidents, maladies chroniques, handicap...) et ou de santé au travail (accidents de travail ou de trajet, maladies professionnelles, burn-out...).

La prévention de la désinsertion professionnelle consiste à anticiper le risque de perte de l'activité professionnelle pour raison de santé. Elle a pour objectif de réduire la sinistralité et d'aider les personnes à se maintenir à leur poste dans leur entreprise en proposant des aménagements, ou dans un autre poste ; mais également à proposer des solutions de formation ou de facilitation de reclassement dans d'autres entreprises.

Elle renvoie à une volonté d'intervenir tout au long de la vie professionnelle dans une logique de prévention à la fois primaire, secondaire et tertiaire et s'inscrit ainsi dans une démarche de précocité d'actions.

Dans cet objectif, la PDP s'appuie sur un réseau pluridisciplinaire d'opérateurs avec des compétences complémentaires dont fait partie le médecin généraliste. On y retrouve entre autres les SPST, le service social et le service médical de l'Assurance Maladie, les Cap Emploi.

En raison de sa position de premier recours du système de soins en général et de son rôle de centralisateur des informations sur l'état de santé de ses patients, le médecin traitant représente un maillon essentiel de ce dispositif. En abordant le patient selon une approche bio-psycho-sociale, il est plus à même de déceler et d'anticiper le plus en amont possible la survenue d'un risque de désinsertion professionnelle dû à des problématiques de santé.

Porte d'entrée de la PDP, il assure, au-delà de sa mission de soins, un rôle essentiel dans la détection en déclenchant des signalements précoces. Par ailleurs, il accompagne son patient dans son parcours thérapeutique et socio-professionnel et sollicite les autres intervenants pour une prise en charge.

En effet, face à des situations très souvent complexes, et pour éviter l'enlèvement dans des arrêts de travail prolongés qui peuvent éloigner le patient du monde du travail, la chaîne de compétences s'avère indispensable et le recours à des ressources et partenaires spécialisés est incontournable.

Afin d'optimiser le repérage précoce, le signalement des situations à risque et de lutter contre la sinistralité des arrêts de travaux prolongés, la CPAM du Bas-Rhin a mené, à partir de 2021,

une expérimentation sur le champ de la désinsertion professionnelle. Elle propose aux patients détectés par les médecins généralistes la réalisation d'un bilan de capacités physiques et professionnelles qui permet une évaluation précoce d'un pronostic de retour à l'emploi avec préconisation pour des patients atteints de troubles musculo-squelettiques déterminés.

Bien que les premiers résultats soient encourageants, des difficultés demeurent dans la mobilisation des médecins généralistes et dans l'obtention de leur retour d'expérience.

Dans ce cadre, cette étude qualitative a été réalisée afin de déterminer quelles sont les représentations et les besoins des médecins traitants participants au dispositif expérimental.

La prévention de la désinsertion professionnelle est considérée par les médecins généralistes interrogés, comme une problématique fréquente et préoccupante au croisement de multiples champs de l'action publique et relevant d'importants enjeux socio-économiques.

Ils sont conscients de représenter un rouage essentiel du dispositif du maintien en emploi du fait de leur rôle de sentinelle, de prescripteur et de coordonnateur du parcours de soins des patients.

Le bilan de capacités physiques et professionnelles apparaît comme une option intéressante, accessible et simple à utiliser, qui offre une aide à la fois pronostique et thérapeutique via une expertise pluridisciplinaire centralisée.

L'approche du bilan centrée sur le patient participe à remobiliser le patient et à le rendre acteur et vecteur de sa prise en charge. Le financement intégral par l'Assurance Maladie semble être un facteur incitatif pour la mobilisation des médecins généralistes et leur utilisation du dispositif.

Toutefois des axes d'amélioration sont envisageables, notamment dans la communication sur le dispositif expérimental auprès des professionnels de santé. L'ouverture de la communication à l'ensemble des acteurs, médicaux et paramédicaux, associée à la mise à disposition des médecins généralistes, via un numéro unique, d'une plateforme d'appui et d'aide à l'orientation semblent être des pistes intéressantes.

Par ailleurs, une coordination renforcée entre les intervenants du maintien en emploi, basée sur la précocité d'action et l'anticipation, est indispensable pour instituer un processus de reprise du travail payant après des arrêts de travail prolongés.

Afin de faciliter les échanges, il serait pertinent de développer une identification systématique, pour tout travailleur dès le début de carrière, des partenaires du maintien en emploi (médecin traitant, médecin du travail et médecin conseil référents), qui pourraient échanger sur une messagerie sécurisée unique.

Dans cette étude, l'élargissement des indications de signalement est plébiscité et permettrait à terme de mieux répondre à la diversité des problématiques à risque de désinsertion professionnelle auxquelles les médecins généralistes sont confrontés.

Ces derniers sont aussi favorables à l'élaboration d'un logigramme, basé sur un système de pré-identification des sujets à risque en partenariat avec l'Assurance Maladie, permettant de définir des critères précis de signalement précoce et de standardiser les conduites à tenir en fonction des situations.

Afin d'améliorer l'efficacité du réseau de maintien en emploi, la mise en place de réunions pluridisciplinaires de suivi et le développement d'un parcours de réhabilitation au travail, selon l'exemple du modèle allemand, semblent représenter des pistes prometteuses.

Notre étude révèle une connaissance inégale chez les généralistes des acteurs et des dispositifs d'aide au maintien en emploi. La réalisation de formations médicales dédiées permettrait d'optimiser les démarches de retour à l'emploi et de lutter efficacement contre la désinsertion professionnelle.

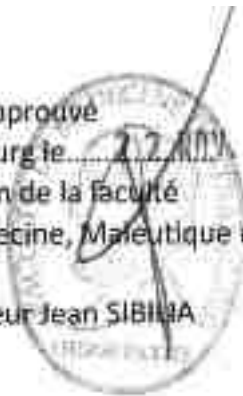
Enfin, il y a l'intérêt manifeste des médecins généralistes à être plus impliqués dans des réseaux pluridisciplinaires afin de se sentir moins isolés face à des situations de plus en plus complexes.

VU  
Strasbourg le 15 novembre 2023  
La présidente du jury de thèse

Professeure Maria GONZALEZ



VU et approuvé  
Strasbourg le 22 NOV 2023  
Le doyen de la faculté  
de Médecine, Malentique et Science de la Santé  
Professeur Jean SIBILIA



## 6 ANNEXES

### Guide d'entretien

#### **Présentation**

##### **Exposition de mon sujet de thèse :**

Depuis 2021, une expérimentation sur le champ de la prévention de la désinsertion professionnelle est menée auprès des médecins généralistes bas-rhinois afin d'évaluer l'intérêt d'une mise en place précoce d'un pronostic de retour à l'emploi avec préconisation dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés. Mon travail se focalise sur le rôle et les attentes du médecin généraliste dans le cadre ce dispositif innovant.

#### **Autorisation d'enregistrement**

##### **Implication dans la prévention de la désinsertion professionnelle**

- Que représente la PDP pour vous ?
- Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le champ de la PDP ?
- Dans votre exercice, avez-vous déjà été confronté(e) à des problématiques de maintien en emploi pour un patient avant la mise en place de l'expérimentation ?
- Si oui, quelles ressources aviez-vous mobilisé ?

##### **Découverte de l'expérimentation**

Récemment vous avez participé à une expérimentation sur la PDP en adressant un ou plusieurs de vos patients réaliser un bilan de compétences professionnelles.

- Comment avez-vous pris connaissance de l'existence de cette expérimentation ?
- Quelle méthode d'information serait la plus pertinente et la plus appropriée pour vous ?

##### **Implication dans l'expérimentation**

- Pouvez-vous me décrire le profil du (d'un) patient que vous avez sélectionné ?
- Quelle(s) problématiques de maintien en emploi avez-vous rencontré avec ce patient ?
- Qu'est-ce qui vous à inciter à utiliser ce dispositif pour ce patient ?
- Quelles en étaient vos attentes initiales ?

**Retour d'expérience**

Après réalisation du bilan de compétences à l'IURC, une synthèse des résultats vous a été adressée.

- Quel en était le contenu ? Qu'en avez-vous pensé ? A-t-elle répondu à vos attentes ? Si non, que vous-a-t-il manqué ?
- Quel retour vous a adressé le patient ? A-t-il été satisfait ?

**Suite de prise en charge et situation actuelle**

- À la suite de la réalisation du bilan de compétences, quelle suite avez-vous donné en pratique ? // Comment avez-vous organisé la suite de la prise en charge ?
- Quelle est la situation actuelle du patient ?

**Perspectives d'amélioration de la prise en charge**

- Quels sont pour vous les plus-values de ce parcours de soins coordonnés ?
- Quelles en sont les limites ?
- Selon vous, si nécessaire, quelles modifications devraient être apportées au dispositif ?
- Seriez-vous prêt à réutiliser ce dispositif ?

**Données démographiques**

Age

Sexe

Mode d'exercice (seul, cabinet de groupe, MSP)

Zone d'exercice (urbain, rural ; semi-rural)

Année d'installation

**Conclusion**

Avez-vous quelque chose à ajouter sur le sujet ?

Souhaitez-vous un retour sur mon travail ?

## 7 BIBLIOGRAPHIE

1. République Française, Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail (1). 2021-1018 août 2, 2021.
2. Ministère du Travail et du Plein Emploi et de l'Insertion. Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. 2023 [cité 21 sept 2023]. Plans santé au travail (PST). Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/plans-gouvernementaux-sante-au-travail/article/plans-sante-au-travail-pst>
3. Santé et itinéraire professionnel (2007-2010) | DARES [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/enquete-source/sante-et-itineraire-professionnel-2007-2010>
4. Aballea P, Du Mesnil du Buisson MA. La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2017 déc [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/La-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-salaries-malades-ou.html>
5. République Française ,Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
6. Les-differents-types-de-handicap - CCAH [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CAAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
7. République Française ,Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). 2005-102 févr 11, 2005.
8. Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. (Articles L5213-1 à L5213-2-1) - Légifrance [Internet]. Code du Travail. Sect. Section 1, Article L5213-1. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006189802>
9. République Française ,Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail (1). 2011-867 juill 20, 2011.
10. Garner H, Méda D, Senik-Leygonie C. La place du travail dans les identités. Econ Stat. 2006;393(1):21-40.
11. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs)
12. Ipsos [Internet]. 2014 [cité 2 oct 2023]. VICAN2 : La vie 2 ans après un diagnostic de cancer. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/vican2-la-vie-2-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer>
13. Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap. DARES Anal. juin 2011;(n°41).
14. Synthèse - Vue d'ensemble et faits marquants. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2017. (L'état de santé de la population en France).
15. Sinistralité de la branche AT-MP : les chiffres 2021 [Internet]. 2022 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/sinistralite-de-la-branche-at-mp-les-chiffres-2021/>
16. Rapport annuel 2021 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels | L'Assurance Maladie [Internet]. 2022 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://assurance->



maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-annuel-assurance-maladie-risques-professionnels

17. 4ème Plan Régional de Santé au Travail (PRST4) : actions en faveur de de la santé au travail pour la période 2022-2025 - Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://grand-est.dreets.gouv.fr/4eme-Plan-Regional-de-Sante-au-Travail-PRST4-actions-en-faveur-de-de-la-sante>
18. Rapport national d'activité 2021. Comete France; 2021.
19. Miennee A. prévention de la désinsertion professionnelle chez les patients en arrêt de travail prolongé en médecine générale : le service social de la CARSAT comme interlocuteur ? [thèse d'exercice de docteur en médecine]. Université de Caen-Normandie; 2017.
20. Gautier A, Bera N. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. 2009 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/barometre-sante-medecins-generalistes-20092>
21. Durée arrêts de travail - Traumatismes, accidents et interventions chirurgicales : Mémos | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/arrets-travail/arrets-travail-referentiels-duree-5>
22. Un fonctionnaire peut-il bénéficier d'un temps partiel thérapeutique ? [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12788/personnalisation/resultat>
23. Décret n° 2022-373 du 16 mars 2022 relatif à l'essai encadré, au rendez-vous de liaison et au projet de transition professionnelle. 2022-373 mars 16, 2022.
24. Travail M du, l'Insertion du P emploi et de, Travail M du, l'Insertion du P emploi et de. Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. 2023 [cité 21 sept 2023]. La convention de rééducation professionnelle en entreprise. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/salarie-travailleur-independant-ou-agent-public/etre-en-arret-de-travail/article/la-convention-de-reeducation-professionnelle-en-entreprise>
25. Invalidité [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/invalidite-handicap/invalidite>
26. Rathouis D. La prescription d'arrêts de travail en Alsace : Etat des lieux, répercussions et outils permettant d'optimiser la prise en charge des patients en arrêt de travail et le retour à l'emploi [thèse d'exercice de docteur en médecine]. Université de Strasbourg; 2015.
27. Begue C, Delaborde A, Huez JF, Tessier-Cazeneuve C, Mener É, Roquelaure Y, et al. Troubles musculo-squelettiques : rôles des médecins-conseils et relations interprofessionnelles: Santé Publique. 1 juin 2016;Vol. 28(2):197-206.
28. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin; 2015.
29. Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé & CNGE Productions. 2021.
30. Pellacia T. Comment réussir son mémoire ? Du choix du sujet à la soutenance. De Boeck supérieur; 2020.
31. Chalenton Q. Ressources mobilisées et difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans le processus de reprise du travail des patients en arrêt de longue durée. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de dix médecins généralistes des

Pyrénées Orientales. [thèse d'exercice de docteur en médecine]. Université de Montpellier; 2020.

32. Ruello N. De l'arrêt de travail de longue durée vers la reprise du travail : difficultés et pratiques. [thèse d'exercice de docteur en médecine]. Université de Rennes 1; 2014.

33. Pichené-Houard A, Guyot S, Gilles M. Vieillesse, maintien en emploi et dans l'emploi, retour au travail : état de lieux et perspectives de prévention. *Réf En Santé Au Trav.* juin 2020;(n°162):18-39.

34. Falcy M, Hache P, Zana JP, Nikolova-Pavageau N, Chouanière D, Deville De Periere G. 33e Congrès national de santé au travail. Lille, 3 au 6 juin 2014 - Article de revue - INRS [Internet]. 2014 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TD%20213>

35. Couturier AL, Desmidt L. Connaissances et pratique des médecins généralistes du Maine-et-Loire concernant la visite de pré-reprise et le temps partiel thérapeutique [thèse d'exercice de docteur en médecine]. Université d'Angers; 2017.

36. Pires S, Tone F, Wloch K, Fantoni-Quinton S. Utilisation et intérêt de la visite de pré-reprise : enquête réalisée auprès de médecins du travail. *Arch Mal Prof Environ.* 2016;

37. Olivier PG. Connaissance et utilisation des outils du maintien dans l'emploi par les médecins généralistes du Nord [thèse d'exercice de docteur en médecine]. Université Lille 2; 2018.

38. Prael T, Saïd LB. Arrêts et Accidents du travail de plus de 3 mois: étude qualitative du vécu, des attentes et des difficultés des patients et des médecins généralistes prescripteurs [thèse d'exercice de médecine]. Faculté de Médecine de Marseille; 2020.

39. Le Numéro Info Santé Emploi : une orientation pour rester en emploi | La préfecture et les services de l'État en région Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/auvergne-rhone-alpes/Actualites/Le-Numero-Info-Sante-Emploi-une-orientation-pour-rester-en-emploi>

40. Berard JL, Oustric S, Seillier S. Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travaux - Neuf constats, vingt propositions. 2019.

41. Laures P. Déterminants de la participation à une formation médicale continue associative présentielle en médecine générale [thèse d'exercice de médecine]. Université de Montpellier; 2016.

42. Verger P, Ménard C, Richard JB, Viau A. Médecin du travail/médecins généralistes : regards croisés. INPES. 2011;

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : WIEBER Prénom : RAPHAËL

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

À Combleux, le 12/11/2023

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

---

## RÉSUMÉ

**INTRODUCTION :** En France, 1 à 2 millions de salariés sont menacés à court ou moyen terme par un risque de perte d'emploi. La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) représente un enjeu majeur des politiques publiques. Mobilisant un faisceau d'intervenants, elle vise à maintenir un individu dans l'emploi (au sein de son entreprise) ou en emploi (dans une autre entreprise). Elle s'inscrit dans une démarche d'anticipation et de précocité d'action. Si le médecin du travail est identifié par la législation comme l'acteur pivot de la PDP, il n'en demeure pas moins que le médecin généraliste a un rôle à jouer pour aider à la réinsertion professionnelle, en raison de sa proximité et sa relation privilégiée avec le patient.

Afin de développer le repérage précoce des situations à risque et de lutter contre la sinistralité des arrêts de travaux prolongés, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin a mis en place, depuis 2021, une expérimentation proposant aux médecins généralistes, la réalisation de bilan de capacités physiques et professionnels pour des patients atteints de TMS.

**MÉTHODOLOGIE :** Afin de déterminer les représentations et les besoins des médecins traitants, une étude qualitative, suivant le principe de la théorisation ancrée, a été réalisée avec 13 entretiens semi-dirigés, menés auprès de médecins généralistes bas-rhinois ayant réalisé au moins un signalement au dispositif expérimental.

**RÉSULTATS :** Pour ces derniers, le bilan de capacités physiques et professionnelles apparaît comme une option intéressante, accessible, simple à utiliser, offrant une expertise pluridisciplinaire centralisée qui contribue à rendre le patient acteur de sa prise en charge. Toutefois des axes d'amélioration seraient envisageables, en particulier, un renforcement de la communication et de la collaboration interprofessionnelle, un élargissement des indications de signalements et une révision du suivi post-bilan. La réalisation de formations médicales dédiées permettrait aussi d'optimiser les démarches de retour à l'emploi.

**CONCLUSION :** Malgré une mobilisation difficile, ce dispositif suscite l'intérêt des médecins traitants interrogés par l'aide thérapeutique et pronostique apportée. Il renforce également leur intégration dans un réseau de compétences et met en exergue leur rôle primordial en matière de PDP.

---

Rubrique de classement : Médecine générale

---

Mots-clés : désinsertion professionnelle, prévention, bilan de capacités, parcours, collaboration, pluridisciplinarité

---

Présidente : GONZALEZ Maria, Professeure

Assesseurs :

- HERZOG Florent, Docteur
  - ROUGERIE Fabien, Docteur
  - LENERTZ John, Docteur
- 

Adresse de l'auteur : 161 Chemin du Bois de Plommaz, 74920 COMBLOUX