

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



ANNÉE 2021

N° 42

Réalisation d'une cartographie selon la norme BPMN du parcours de soins d'un patient en arrêt maladie, à visée pédagogique pour les internes de médecine générale.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 11/03/2021

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine
Par

LEMAIRE Etienne, Gautier
Né le 12/12/1992, à Reims

Sous la direction du Dr LEVY Yvan

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2019-2020

Président de l'Université
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales
Directeur Général des Services

Frédéric FLEURY
Pierre COCHAT
Damien VERHAEGUE

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON SUD - CHARLES MERIEUX
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)
UFR D'ODONTOLOGIE
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION (ISTR)
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Doyen : Gilles RODE

Doyen : Carole BURILLON

Directeur : Christine VINCIGUERRA
Doyen : Dominique SEUX

Directeur : Xavier PERROT

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)
POLYTECH LYON
I.U.T. LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)
OBSERVATOIRE DE LYON
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT
ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Directeur : Fabien DE MARCHI

Directeur : Yannick VANPOULLE
Directeur : Emmanuel PERRIN
Directeur : Christophe VITON

Directeur : Nicolas LEBOISNE
Directeur : Isabelle DANIEL
Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive,
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie,
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie,
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie,
FOUQUE Denis	Néphrologie,
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale,
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale,
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence,
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire	Biochimie et Biologie moléculaire,
LAVILLE Martine	Nutrition – Endocrinologie,
LINA Gérard	Bactériologie,
MION François	Physiologie,
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie,
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion,
SIMON Chantal	Nutrition,
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques,
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie,
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie,
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence,
BERARD Frédéric	Immunologie,
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie,
BOULETTEAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
CERUSE Philippe	O.R.L.,
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie,
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire,
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho,
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie – Pédiatrie,
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes,
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie,
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie,
KASSAI KOUPI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
LANTELME Pierre	Cardiologie,
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire,
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale,

LONG Anne
 LUAUTE Jacques
 MOJALLAL Alain-Ali
 PAPAREL Philippe
 PEYRON François
 PICAUD Jean-Charles
 POUTEIL-NOBLE Claire
 REIX Philippe
 RIOUFFOL Gilles
 RUFFION Alain
 SALLE Bruno
 SANLAVILLE Damien
 SAURIN Jean-Christophe
 SERVIEN Elvire
 SEVE Pascal
 THOBOIS Stéphane
 TRONC François
 WALLON Martine

Médecine vasculaire,
 Médecine physique et Réadaptation,
 Chirurgie. Plastique,
 Urologie,
 Parasitologie et Mycologie,
 Pédiatrie,
 Néphrologie,
 Pédiatrie,
 Cardiologie,
 Urologie,
 Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
 Génétique,
 Hépatogastroentérologie,
 Chirurgie Orthopédique,
 Médecine Interne, Gériatrique,
 Neurologie,
 Chirurgie thoracique et cardio,
 Parasitologie mycologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel
 BARREY Cédric
 BELOT Alexandre
 BOHE Julien
 BOSCHETTI Gilles
 BREVET-QUINZIN Marie
 CHO Tae-hee
 CHOTEL Franck
 COTTE Eddy
 COURAND Pierre-Yves
 COURAUD Sébastien
 DALLE Stéphane
 DEMILY Caroline
 DESESTRET Virginie
 DEVOUASSOUX Gilles
 DISSE Emmanuel
 DUPUIS Olivier
 GHESQUIERES Hervé
 GILLET Pierre-Germain
 HAUMONT Thierry
 LASSET Christine
 LEGA Jean-Christophe
 LEGER FALANDRY Claire
 LUSTIG Sébastien
 MARIGNIER Romain
 NANCEY Stéphane
 PASSOT Guillaume
 PIALAT Jean-Baptiste
 ROUSSET Pascal

Hématologie,
 Neurochirurgie,
 Pédiatrie,
 Réanimation urgence,
 Gastro-entérologie Hépat.
 Anatomie et cytologie pathologiques,
 Neurologie,
 Chirurgie Infantile,
 Chirurgie générale,
 Cardiologie,
 Pneumologie,
 Dermatologie,
 Psy-Adultes,
 Histo.Embryo.Cytogénétique,
 Pneumologie,
 Endocrinologie diabète et maladies métaboliques,
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
 Hématologie,
 Biologie Cellulaire,
 Chirurgie Infantile,
 Epidémiologie., éco. Santé,
 Thérapeutique – Médecine Interne,
 Médecine interne, gériatrie,
 Chirurgie. Orthopédique,
 Neurologie,
 Gastro Entérologie,
 Chirurgie Générale,
 Radiologie et Imagerie médicale,
 Radiologie imagerie médicale,

TAZAROURTE Karim
 THAI-VAN Hung
 TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
 TRINGALI Stéphane
 VOLA Marco
 WALTER Thomas
 YOU Benoît

Médecine Urgence,
 Physiologies – ORL,
 Anatomie et cytologie pathologiques,
 O.R.L.
 Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
 Gastroentérologie – Hépatologie,
 Cancérologie,

PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National

PIERRE Bernard

Cardiologie,

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy,
 ERPELDINGER Sylvie,

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian,
 PERDRIX Corinne,

PROFESSEUR AUMG Assistants Universitaires de médecine générale

DE CASTRO Remy,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire,
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène .hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques,
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie,
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
HAFLON DOMENECH Pierre-Yves	Pédiatrie,
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire,
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,
PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PETER DERECH Laure	Physiologie,
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire,
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,

ROSSIGNOL Audrey
SKANJETI Andréa
SUJOBERT Pierre
VALOUR Florent
VUILLEROT Carole

Immunologie,
Biophysique. Médecine nucléaire.
Hématologie – Transfusion,
Mal infect.
Médecine Physique Réadaptation,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine
BERHOUMA Moncef
BOLZE Pierre-Adrien
CHATRON Nicolas
DANANCHE Cédric
JAMILLOUX Yvan
KOPPE Laetitia
LE QUELLEC Sandra
PERON Julien
PETER DEREX
PUTOUX DETRE Audrey
RAMIERE Christophe
SUBTIL Fabien
VISTE Anthony

Pharm.fond.pharm clinique,
Neurochirurgie,
Gynécologie Obstétrique,
Génétique,
Epid.éco.santé,
Médecine Interne – Gériatrie,
Néphrologie,
Hémato.transfusion,
Cancérologie ; radiothérapie,
Physiologie – Neurologie,
Génétique,
Bactériologie-virologie,
Bio statistiques,
Anatomie,

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,
DEPLACE Sylvie,

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice
ANNAT Guy
CAILLOT Jean Louis
ECOCHARD René
FLANDROIS Jean-Pierre
LAVILLE Maurice
LLORCA Guy
MALICIER Daniel
MATILLON Yves
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PRACROS Jean-Louis
SAMARUT Jacques
TEBIB Jacques

Bactériologie – Virologie,
Physiologie,
Chirurgie générale,
Bio-statistiques,
Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière,
Thérapeutique – Néphrologie,
Thérapeutique,
Médecine Légale et Droit de la santé,
Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
Orthopédiste,
Pneumologie,

Biochimie et Biologie moléculaire,
Rhumatologie,

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier le Dr Levy pour m'avoir accompagné depuis le mémoire de DES, qui a ensuite débouché sur ce travail. Vos franches remarques ont toujours été pertinentes pour faire avancer cette thèse dans le bon sens. Je vous remercie pour votre investissement malgré cette période compliquée, et pour vos conseils durant le stage de niveau 1 que j'essaie de mettre en pratique au quotidien. Sans oublier les visites à domicile en tandem électrique qui m'ont fait (fortement) travailler l'équilibre.

Je remercie le Professeur Letrilliart d'avoir accepté de présider le jury de thèse et d'avoir mis en lumière d'importants détails dans la finalisation de ce travail, mais également pour l'apport nécessaire du CUMG de Lyon dans notre formation tout au long de l'internat.

Je remercie les professeurs Collin et Confavreux d'avoir accepté de faire partie du jury, et d'avoir amené des questionnements et des points de vue différents de ceux que nous avons durant l'élaboration de la thèse.

Je remercie vivement toutes les personnes qui ont bien voulu prendre de leur temps pour participer à ce travail : aux douze personnes interrogées, et à celles qui ont relu les diagrammes et ont ainsi participé à les améliorer.

Il me paraît nécessaire de noter ici que si je me suis lancé dans ces études, c'est en partie grâce au Docteur Liévoux, notre médecin de famille dont la gentillesse et l'empathie transparaissaient aisément durant les consultations de mon enfance, et dont l'image a stimulé mon envie d'être un jour médecin. Si vous lisez un jour cette thèse, j'espère que vous allez bien et que vous profitez de votre retraite méritée.

Au Dr Toupance, médecin généraliste chez qui je fis mon stage de médecine générale en début de 6^{ème} année, au cours duquel mon choix d'être médecin généraliste se confirma définitivement.

A tous mes co-internes et toutes les personnes avec qui j'ai pu travailler durant mes stages hospitaliers d'internat, et qui m'ont toutes, d'une manière ou d'une autre, aidé à évoluer. A toute l'équipe des urgences du CHAL, qui a réussi à me faire apprécier les urgences, m'a appris énormément de choses, et dont la bienveillance a permis que les premiers moments d'interne soient moins difficiles. A toute l'équipe du DM4, grâce à qui la prise en charge de patients polypathologiques est moins compliquée au quotidien, et dont la bonne humeur a rendu ce stage très agréable. A toute l'équipe des urgences de l'HFME, qui m'a permis de me rendre compte ce qu'était vraiment la pédiatrie... et que j'adore ça.

A tous mes maitres de stage de niveau 1 et de SASPAS : de manière extrêmement bienveillante, vous m'avez chacun montré votre manière d'exercer et d'être avec les patients, donné des conseils, corrigé des erreurs et mauvaises habitudes, ... Tout cela me sert au quotidien, et me suivra tout au long de mon exercice, je ne pourrai jamais vous remercier assez !

Au Dr Martin Naessens, qui a su rendre nos groupes d'échanges de pratique vivants et très intéressants, et nous faire comprendre que l'on avait quelqu'un sur qui compter pendant notre internat.

Au Dr Claire Berlioz, qui m'a permis de passer du monde de l'internat à celui de la « vie active » de manière douce, accueillante et bienveillante.

A mes parents : un énorme merci pour tout, pour mon enfance heureuse et stable, pour m'avoir permis de faire ces longues études sans aucune arrière-pensée, m'avoir supporté en P1 (ce qui n'a pas dû être facile, mention spéciale pour le craquage de

fin du premier semestre) et m'avoir ensuite soutenu tout du long. Quelques lignes ne suffisent pas pour tout dire... Je vous aime fort.

A Cécile et Nico : avec notre différence d'âge, vous avez été tous les deux pour moi des modèles, depuis aussi longtemps que je me souviens et encore maintenant, donc si j'en suis là c'est aussi grâce à vous. Merci pour votre soutien, et pour tout le reste, je vous aime. Et désolé Mich-Mich, avec la validation de cette thèse, c'est officiel : ce vieux contrat ne sera d'aucune utilité...

A papy et mamie : merci pour m'avoir toujours soutenu pendant ces études, et pour toutes vos merveilleuses attentions depuis que je suis petit.

A Nath, Vincent, Juju, Alex, et aux 4 petits monstres qui grandissent beaucoup trop vite : nos moments en famille ont toujours beaucoup compté, et m'ont parfois permis de bien décompresser à certains moments pré-exam. J'ai très hâte de vous revoir !

A mon pépère : depuis nos chamailleries dans l'enfance à la médecine et nos escapades DOM-TOMiennes respectives, ça fait un bon chemin ! Et je dois dire que pour moult raisons c'était bien sympa de le faire avec toi, souvent de près, parfois d'un peu moins mais jamais bien loin. Et franchement... voilà !

Merci et bravo à Paille 5 d'avoir supporté nos soirées remplies de médecins, pour les nombreuses embuscades en tout genre, et pour ton soutien sans faille.

A Dudu : je n'aurais pas imaginé que 10 ans et demi après ton arrivée fracassante en tongs et chapeau de paille on en serait là, mais j'en suis heureux. Merci pour tout !

A tous les petits chandis : merci d'avoir rendu cette soupette un brin plus farinette. Ou gariguette, à voir.

A Oro : merci, notamment, pour ton soutien pendant les premières années de médecine. Nos chemins ont fait que l'on s'est un peu perdu de vue dernièrement, mais l'on y remédiera.

A tous les copains de Lyon (Annemasse, Valence, team urgences HFME, ...) : merci pour les soirées et week-ends en tout genre, qui rendirent ces 3 années d'internat on ne peut plus agréable. Forcément, mention spéciale à mon homme en charentaise dont la tranquillité n'a d'égal que sa qualité d'écoute, et à mon recordman de co-interne qui n'a pas son pareil pour amener la bonne humeur en stage (et ailleurs).

A Anita : je ne pourrai jamais te remercier assez de m'avoir soutenu comme tu l'as fait, d'avoir supporté les sautes d'humeur de mon sale caractère, d'avoir tout relu plusieurs fois... et pour finir d'avoir bravé la loi (ce qui signifie plus que tout le reste !). Merci de rendre le quotidien si parfait et chaque temps libre un moment particulier, grâce à ton énergie débordante qui nous a stimulé à explorer tellement de choses, sur la terre, la neige ou dans l'océan. Et d'adorer le fromage. C'est pour tout ça que je t'aime et que j'ai confiance dans l'avenir.

LISTE DES ABREVIATIONS :

BPMN	Business Process Model and Notation
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

Table des matières

I) INTRODUCTION	15
II) MATERIEL ET METHODES	17
A) <i>Les entretiens.....</i>	<i>17</i>
B) <i>La modélisation.....</i>	<i>20</i>
C) <i>La relecture.....</i>	<i>20</i>
III) RESULTATS	22
A) <i>Figure 1 – Arrêt de travail courant.....</i>	<i>22</i>
B) <i>Figure 2 – Sous-processus du médecin traitant.....</i>	<i>23</i>
C) <i>Figure 3 – Sous-processus de l'entreprise.....</i>	<i>25</i>
D) <i>Figure 4 – Sous-processus de la CPAM.....</i>	<i>27</i>
E) <i>Figure 5 – Arrêt de travail long : point de vue du patient</i>	<i>29</i>
F) <i>Figure 6 – Procédure d'invalidité, régime général.....</i>	<i>31</i>
G) <i>Figure 7 – Procédure de contrôle médical inopiné au domicile d'un patient salarié.....</i>	<i>33</i>
IV) DISCUSSION.....	34
V) CONCLUSIONS.....	39
VI) BIBLIOGRAPHIE.....	41
VII) ANNEXES	45
A) <i>Annexe 1 – Notions de base sur la norme BPMN.....</i>	<i>45</i>
B) <i>Annexe 2 – Entretien 1 - Deux médecins conseils de la CPAM.....</i>	<i>47</i>
C) <i>Annexe 3 – Entretien 2 - Médecin du travail 1.....</i>	<i>50</i>
D) <i>Annexe 4 – Entretien 3 - Médecin du travail 2.....</i>	<i>53</i>
E) <i>Annexe 5 – Entretien 4 - Médecin de MPR 1.....</i>	<i>57</i>
F) <i>Annexe 6 – Entretien 5 - Médecin réalisant des contrôles inopinés au domicile des patients...59</i>	
G) <i>Annexe 7 – Entretien 6 - Médecin-conseil de la CPAM, chef du service des indemnités journalières du département du Rhône.....</i>	<i>60</i>
H) <i>Annexe 8 – Entretien 7 - Secrétaire général du comité médical du Rhône.....</i>	<i>62</i>
I) <i>Annexe 9 – Entretien 8 - Médecin de MPR 2.....</i>	<i>67</i>

J)	<i>Annexe 10 – Entretien 9 - Directrices des Ressources Humaines.....</i>	<i>68</i>
K)	<i>Annexe 11 – Entretien 10 - Chargé de relations commerciales de Medical Partner.....</i>	<i>71</i>
L)	<i>Annexe 12 – Entretien 11 - Médecin généraliste.....</i>	<i>72</i>
M)	<i>Annexe 13 – Entretien 12 - Assistante sociale de la Métropole de Lyon.....</i>	<i>75</i>
N)	<i>Annexe 14 – Attestation de suivi du MOOC Introduction à la cartographie des processus métiers avec BPMN</i>	<i>77</i>

I) INTRODUCTION

L'arrêt de travail est un enjeu de santé publique, notamment économique, avec en 2017 plus de 7 millions d'arrêts de travail indemnisés pour une dépense de 7,4 milliards d'euros. Un rapport rendu en 2019 a constaté que, sur cette année 2017, seuls 6% des arrêts avaient duré plus de 6 mois mais que ceux-ci avaient représenté près de la moitié (45%) des dépenses (1). C'est également un enjeu humain et médical lié au risque de désinsertion professionnelle. Une étude a conclu que le risque d'être au chômage ou inactif un an après un arrêt maladie était significativement augmenté quand la durée de l'arrêt dépassait un mois, et ce d'autant plus que la durée de l'arrêt était longue : on peut retenir que 11% des hommes et 15% des femmes étaient au chômage ou inactifs l'année suivant un arrêt de travail de plus d'un mois, et qu'à la suite d'un arrêt durant plus de 6 mois moins de 50% des personnes reprenaient une activité professionnelle (2). Les effets indésirables d'un arrêt maladie mal conduit peuvent donc être conséquents.

La prescription d'arrêt maladie tient une place importante dans la pratique des médecins généralistes libéraux. En effet, ils représenteraient 85% (3) ou 65% (4) de l'ensemble des prescripteurs, et cet acte est effectué toutes les 10 consultations selon l'analyse du contenu de 3 142 consultations de médecine générale (5). Pourtant, lors de plusieurs récents travaux de thèse (6–8), les médecins généralistes et internes de médecine générale ont rapporté que la santé au travail prenait peu de place dans leur enseignement, qu'ils ressentaient des difficultés dans ce domaine (notamment sur le temps partiel thérapeutique, les catégories d'invalidité, le rôle du médecin du travail et les relations avec le médecin-conseil), et qu'ils étaient demandeurs de bénéficier d'une formation sur les pathologies professionnelles et démarches administratives. Ces résultats concordent avec le fait qu'en 2012, seuls 26% des médecins généralistes français s'estimaient être bien informés sur les problèmes de santé et législation au travail, le rôle des médecins du travail, et les modalités de

réinsertion des salariés (9), et qu'ils perçoivent comme délicates les procédures administratives de l'arrêt de travail (10).

Le mode d'administration d'un médicament est nécessaire tant pour l'efficacité thérapeutique que pour éviter les effets indésirables potentiels : dans le cadre de l'arrêt de travail, l'équivalent du mode d'administration est l'organisation pratique et réglementaire de la prescription. Or, à notre connaissance, aucune étude ne porte sur ce sujet précis, malgré l'importance d'avoir une prescription la plus adaptée possible. Cette organisation pratique comprend des procédures administratives spécifiques, qui restent relativement stables dans le temps, et des acteurs constants, bien que nombreux. Nous pouvons donc appliquer à cette problématique la cartographie des processus, correspondant au principe de modéliser de manière formalisée l'ensemble des étapes d'un processus choisi, à un moment donné, tel qu'il est organisé et effectué en pratique. Cette méthode est habituellement utilisée par les entreprises pour apporter une vue d'ensemble de leurs activités, et ainsi optimiser leurs organisations en repérant des points d'amélioration puis les modifiant, préparant des audits, favorisant la collaboration interservices, ... Il en existe plusieurs catégories, dont le diagramme de collaboration, qui précise les actions propres à chaque intervenant et leurs conséquences, ainsi que les échanges et interactions entre les différents intervenants (11). La cartographie utilise comme langage la norme BPMN (cf Annexe 1), une notation graphique standardisée dont le but est d'avoir un langage commun indépendant de l'outil informatique utilisé, facilement compréhensible par toutes les personnes impliquées dans le processus représenté, de l'analyste aux dirigeants, jusqu'à la personne qui va le mettre en application (12).

Le but de notre étude était de décrire le parcours de soins d'un patient en arrêt maladie, avec les rôles et actions de chacun des acteurs, particulièrement le médecin généraliste, le médecin du travail, et le médecin-conseil de la CPAM, ainsi que d'illustrer les moyens de communication entre eux. Cela pourrait être utile pédagogiquement aux internes de médecine générale.

II) MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude de cartographie du parcours de soins d'un patient en arrêt maladie, avec dans un premier temps une étude de pratique effectuée par des entretiens ouverts avec les différents acteurs intervenant dans la prise en charge, puis dans un deuxième temps la réalisation de la modélisation incluant les différentes actions spécifiques à chaque acteur, et les moyens de communication entre eux. Étaient exclus des modélisations les particularités d'un arrêt de travail prolongé au-delà de 6 mois chez les patients fonctionnaires, et les problématiques dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Enfin, une relecture des modélisations a été demandée à plusieurs intervenants.

A) Les entretiens

Devant la diversité de professionnels de santé impliqués et les perspectives multiples du sujet, il était nécessaire de sélectionner de manière arbitraire les personnes les plus pertinentes à interroger. Hormis l'une des deux médecins-conseil de la CPAM et le médecin généraliste, les autres intervenants m'étaient inconnus avant la réalisation de ce travail, et ont été contactés de par leur profession et leur situation géographique, en leur demandant s'ils étaient d'accord pour s'entretenir au sujet d'un travail de recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Le premier entretien (Annexe 2) s'est déroulé le 08/08/2019 avec deux médecins-conseil de la CPAM, dans leur bureau. J'avais rencontré l'une de ces deux médecins lors d'une journée d'observation au service médical de la CPAM organisée par la faculté en partenariat avec la CPAM. Ma demande d'entretien, envoyée par mail, fut acceptée par le médecin-conseil régional de la CPAM. Il a duré 48 minutes. Par la

suite, un échange par e-mails a eu lieu pour préciser une question soulevée lors de la réalisation des modélisations.

L'entretien 2 eut lieu avec une première médecin du travail, du service de médecine au travail inter-entreprises AST Grand Lyon, le 03/10/2019 (Annexe 3) dans son bureau, suite à un échange par mails. Il a duré 43 minutes.

L'entretien 3 fut avec une autre médecin du travail d'AST (Agence Santé Travail) Grand Lyon, le 18/10/2019 (Annexe 4), dans son bureau également. Je fus mis en relation avec elle par mail, grâce à la première médecin du travail interrogée. Il a duré 71 minutes. Par la suite, trois courts entretiens téléphoniques ont eu lieu à ma demande, pour préciser des questions soulevées par la réalisation de la cartographie.

L'entretien 4 eut lieu avec une médecin de MPR (Médecine Physique et Réadaptatrice) de l'hôpital Val Rosay, le 05/11/19 dans son service (Annexe 5). J'ai pu entrer en contact avec elle suite à un échange par mail puis téléphonique avec la cadre de santé de son service. Il dura 25 minutes.

L'entretien 5 (Annexe 6) fut un entretien téléphonique avec un médecin réalisant des contrôles médicaux au domicile des patients en arrêt de travail, que j'ai pu contacter grâce au chargé de développement commercial de la société Medical Partner, contacté initialement par mail. L'entretien eut lieu le 07/11/19, et dura 19 minutes.

Une médecin-conseil de la CPAM, chef du service des indemnités journalières du département du Rhône, me proposa un entretien (Annexe 7 – Entretien 6) pour compléter les informations du premier entretien avec les deux médecins-conseil. Je me rendis dans son bureau le 12/11/2019 et l'entretien dura 21 minutes.

J'ai rencontré pour l'entretien 7 le secrétaire administratif du comité médical du Rhône. Suite à une prise de contact par mail, il diffusa ma demande d'entretien aux différents intervenants médicaux du comité, et devant l'absence de réponse de leur part, me proposa un entretien le 18/11/19, qui a duré 102 minutes (Annexe 8).

En ce même jour du 18/11/19, l'entretien 8 eut lieu avec une autre médecin MPR de l'hôpital Val Rosay, contactée par la même cadre de service (Annexe 9). Cet entretien dura seulement 8 minutes, ce médecin ne soulevant pas de problématique particulière concernant ce sujet.

La directrice du service des relations humaines d'une entreprise m'accorda un entretien le 21/11/19 (Annexe 10 – Entretien 9), après que j'eus contacté le directeur général de l'entreprise par l'intermédiaire de l'un de mes anciens maîtres de stage d'internat. Il se déroula dans les locaux de l'entreprise, et dura 35 minutes.

Un complément d'informations en ce qui concerne les contrôles médicaux au domicile me parut ensuite nécessaire, et le chargé de relations commerciales déjà contacté auparavant accepta un entretien téléphonique (Annexe 11 – Entretien 10) le 25/11/19.

J'ai interrogé un médecin généraliste le 27/01/20, lors de l'entretien 11 dans son cabinet médical, qui dura 35 minutes (Annexe 12). J'avais contacté par mail l'ensemble des collaborateurs de l'un de mes anciens maîtres de stage d'internat, plusieurs répondirent positivement puis cet entretien fut fixé avec l'un d'eux.

Une assistante sociale du personnel de la métropole de Lyon m'accorda un entretien le 14/02/20, après que ma demande d'entretien lui fut transmise. L'entretien 12 eut lieu dans les bureaux de la métropole de Lyon et dura 49 minutes (Annexe 13).

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone, avec l'autorisation des différentes personnes interrogées, pour permettre la retranscription. Seul l'entretien 10 et les entretiens de relecture ne furent pas enregistrés, par oubli de ma part.

Du fait que nous n'étions pas dans une enquête qualitative mais dans des entretiens d'études de pratique, nous n'avons pas réalisé de triangulation des données, ni de retranscription exacte par codage.

Ils ont été stockés sur mon ordinateur et disque dur personnels avant d'être retranscrits en annexe de la thèse, puis gravés sur des CD qui ont été joints à la thèse. Les fichiers sources ont été détruits.

B) La modélisation

La modélisation fut réalisée grâce au logiciel de cartographie Camunda Modeler®, selon la norme BPMN, version 2.0.

Elle fut débutée après avoir terminé la formation en ligne "Introduction à la cartographie des processus métiers avec BPMN" sur la plateforme FUN-MOOC, organisée par les professeurs de l'IAE à l'université Jean Moulin Lyon 3. Cette formation a conduit à l'obtention d'une attestation de suivi après validation des examens en ligne (cf annexe 14).

De nombreuses mises en page différentes ont été essayées, dans le but de faciliter la lecture après impression. Finalement, il a été choisi de couper en deux les modélisations en leur milieu, ce qui permet un agrandissement du texte et de la schématisation, et nécessite simplement d'accoler les deux parties d'un diagramme après impression, sans modification d'échelle entre elles.

C) La relecture

L'enquête de pratique s'est poursuivie pendant et après la réalisation des modélisations, par des questions posées à certaines des personnes interrogées suite à des questions soulevées lors de la modélisation, et par la relecture des différents diagrammes.

Cette relecture a été faite d'une part par mon directeur de thèse, ainsi que plusieurs internes en stage à son cabinet de niveau 1 ou 2, et ses associés au cabinet. Il y eut

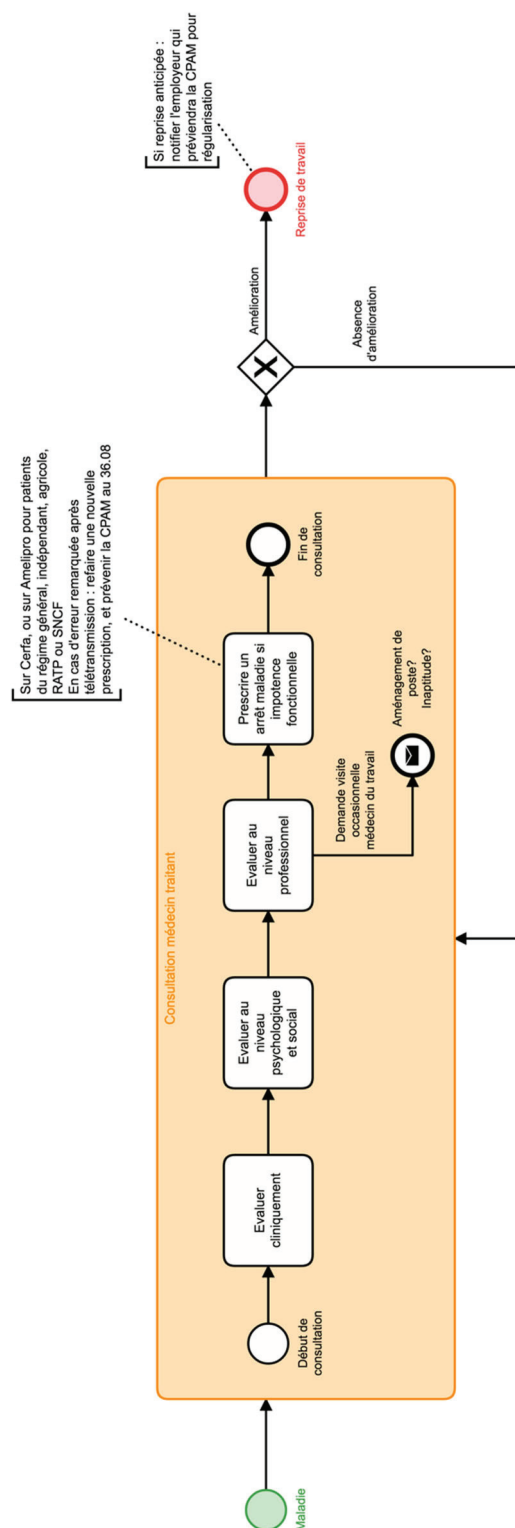
de nombreux allers-retours en fonction des remarques faites par les différents relecteurs, puis des modifications apportées aux modélisations.

D'autre part un médecin-conseil de la CPAM de la Réunion (où j'ai déménagé durant la rédaction de cette thèse), contactée via le médecin-conseil régional, m'accorda plusieurs entretiens de relecture.

Enfin, un médecin du travail exerçant à La Réunion accepta de relire les modélisations, et me donna son avis les concernant lors d'un entretien à son cabinet.

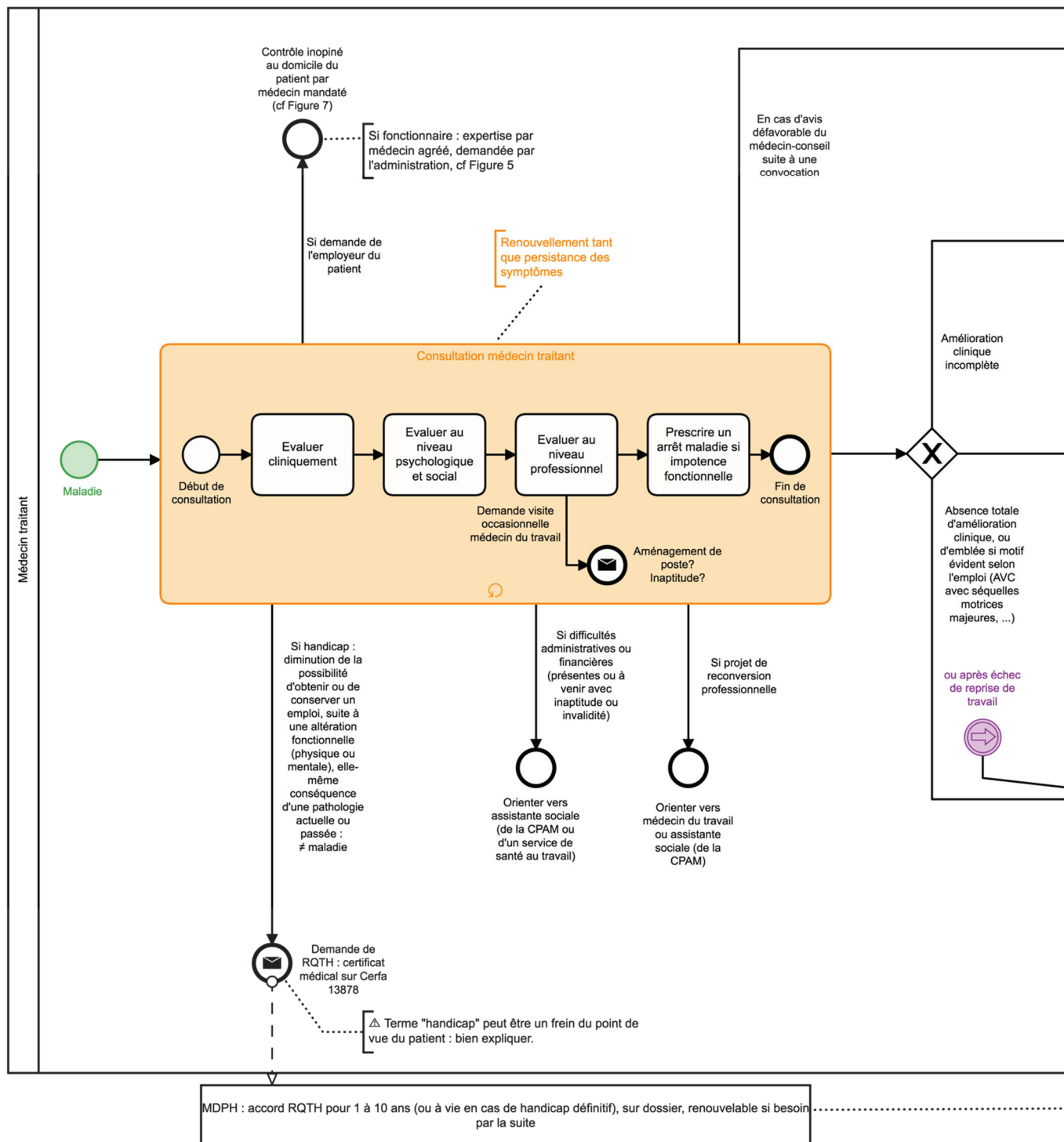
III) RESULTATS

A) Figure 1 – Arrêt de travail courant



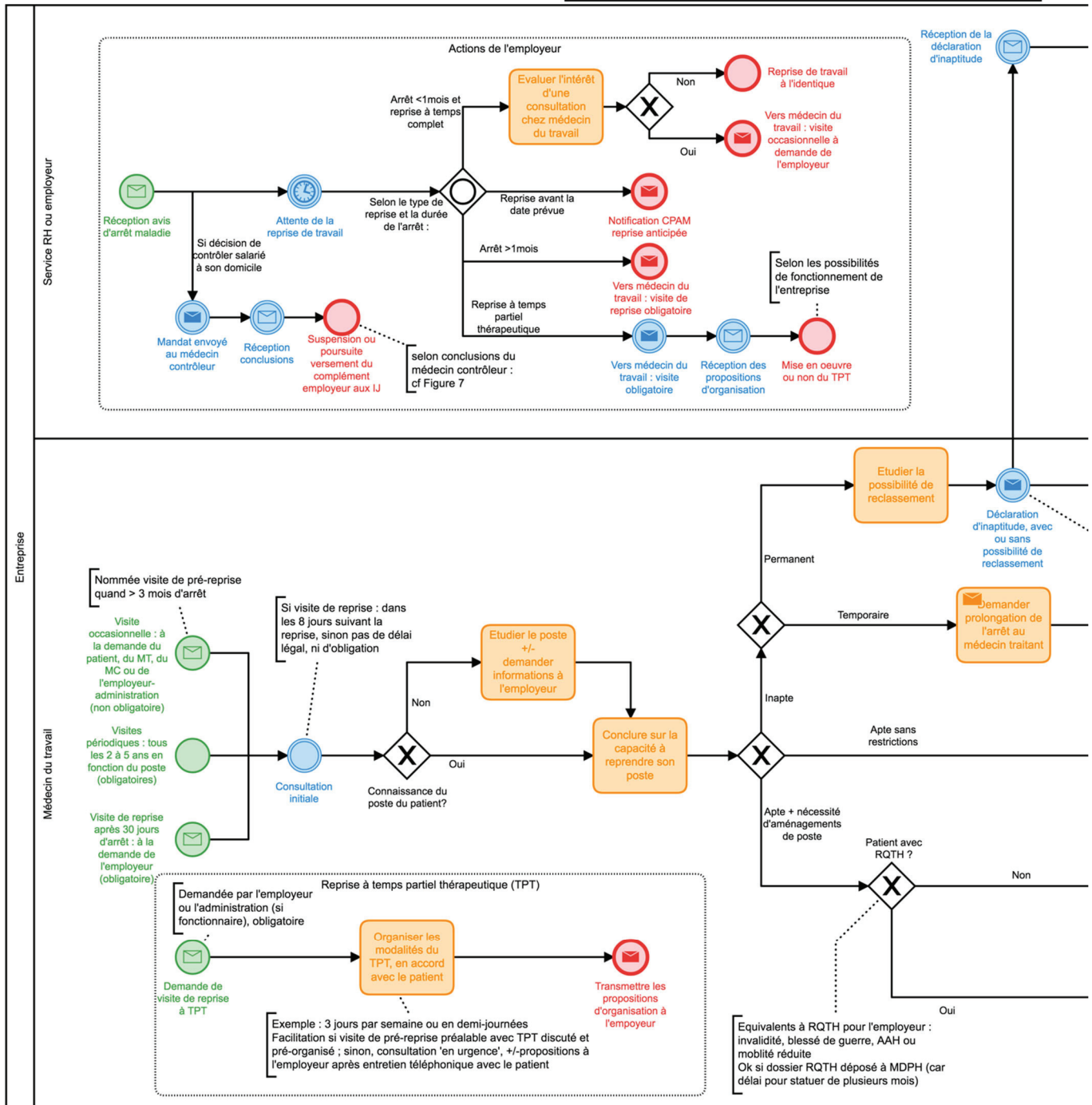
B) Figure 2 – Sous-processus du médecin traitant

Figure 2 - Sous-processus du médecin traitant



C) Figure 3 – Sous-processus de l'entreprise

Figure 3 - Sous-processus de l'entreprise

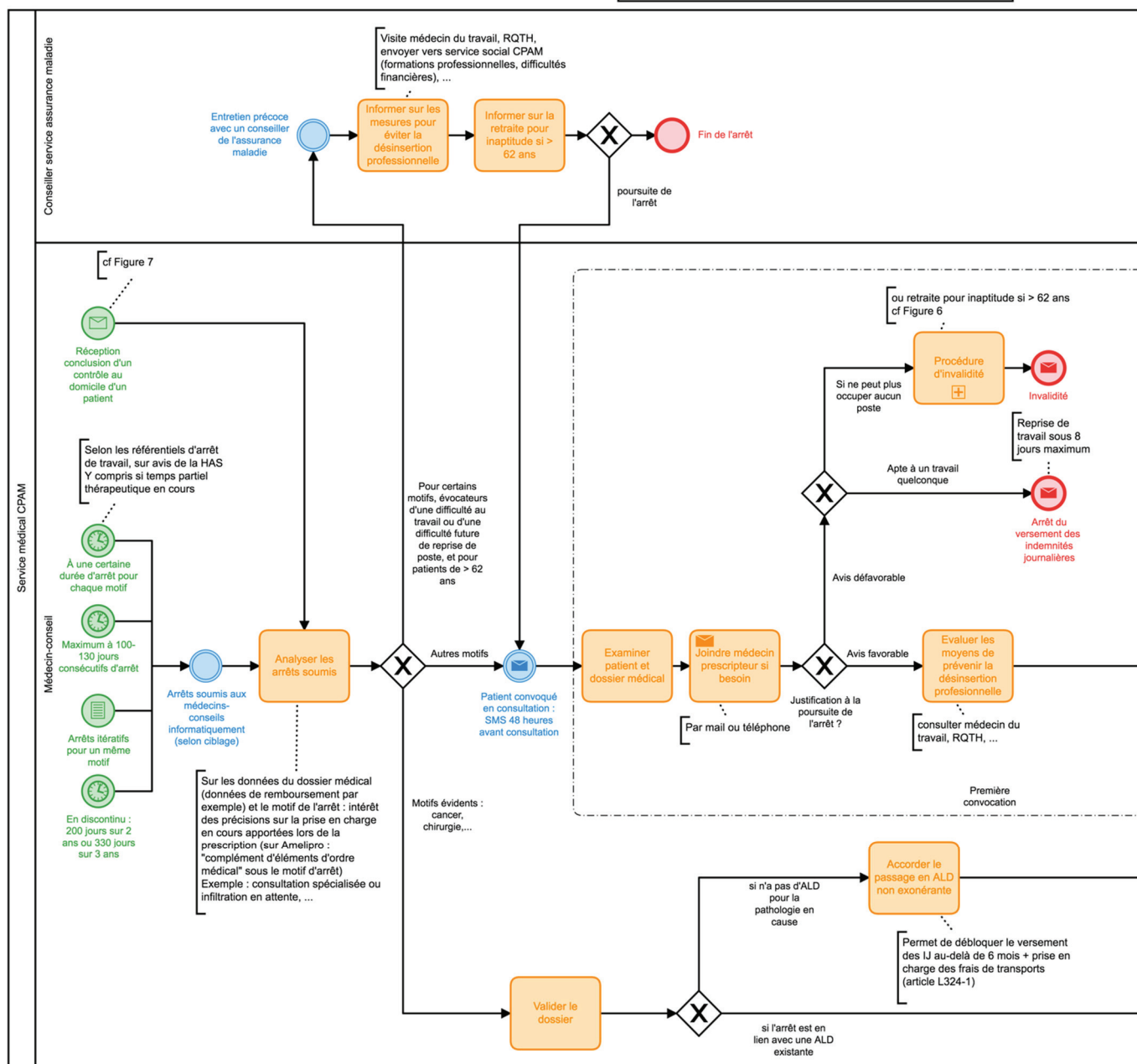


Nommé "Médecin de prévention" pour les fonctionnaires : exacts mêmes rôles et missions, mais procédure d'invalidité différente

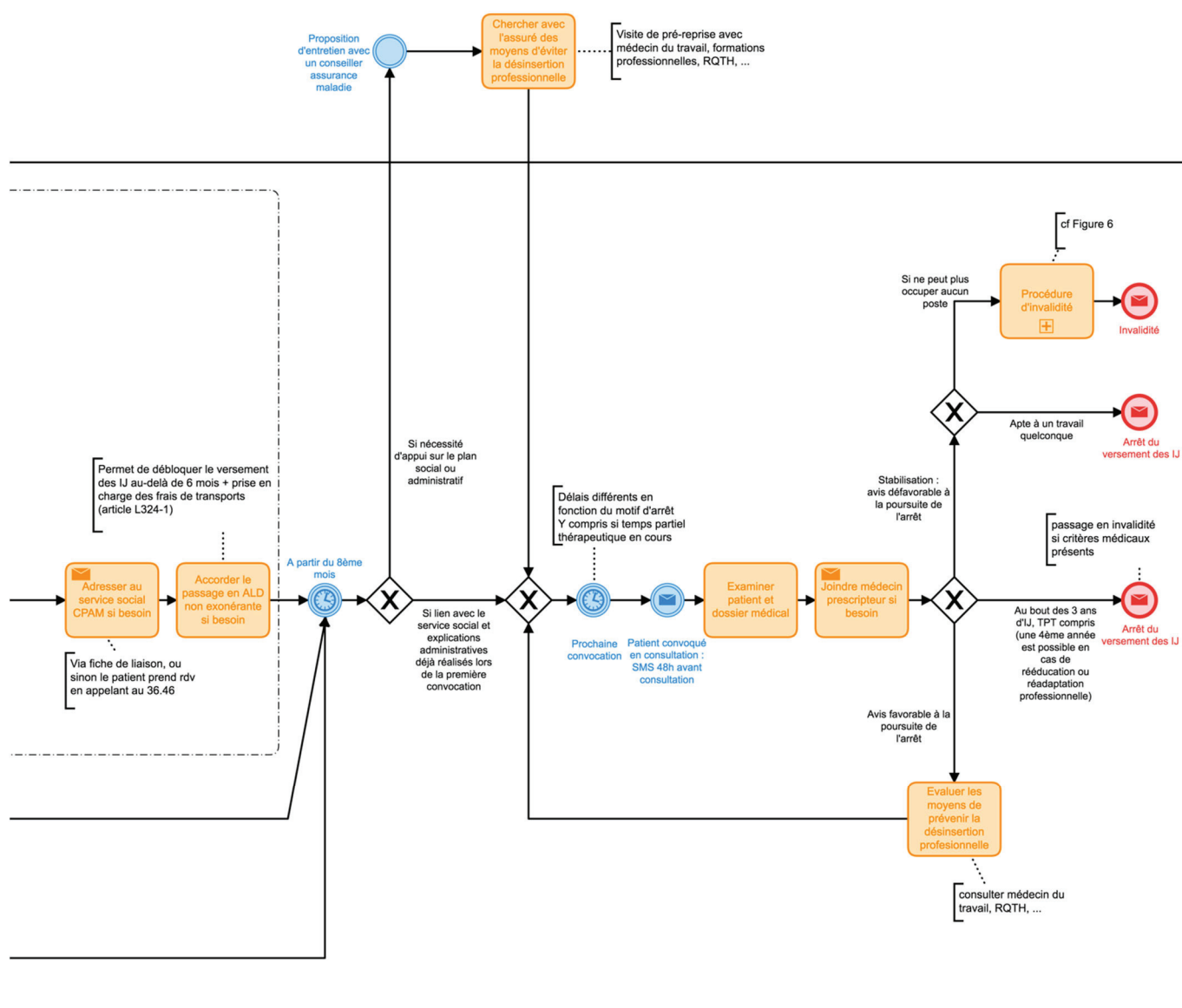
Sollicite des associations spécialisées pour chaque handicap
- Apporte une aide financière pour les aménagements de poste
- PSOP : accompagnement personnalisé des projets professionnels

D) Figure 4 – Sous-processus de la CPAM

Figure 4 - Sous-processus de la CPAM



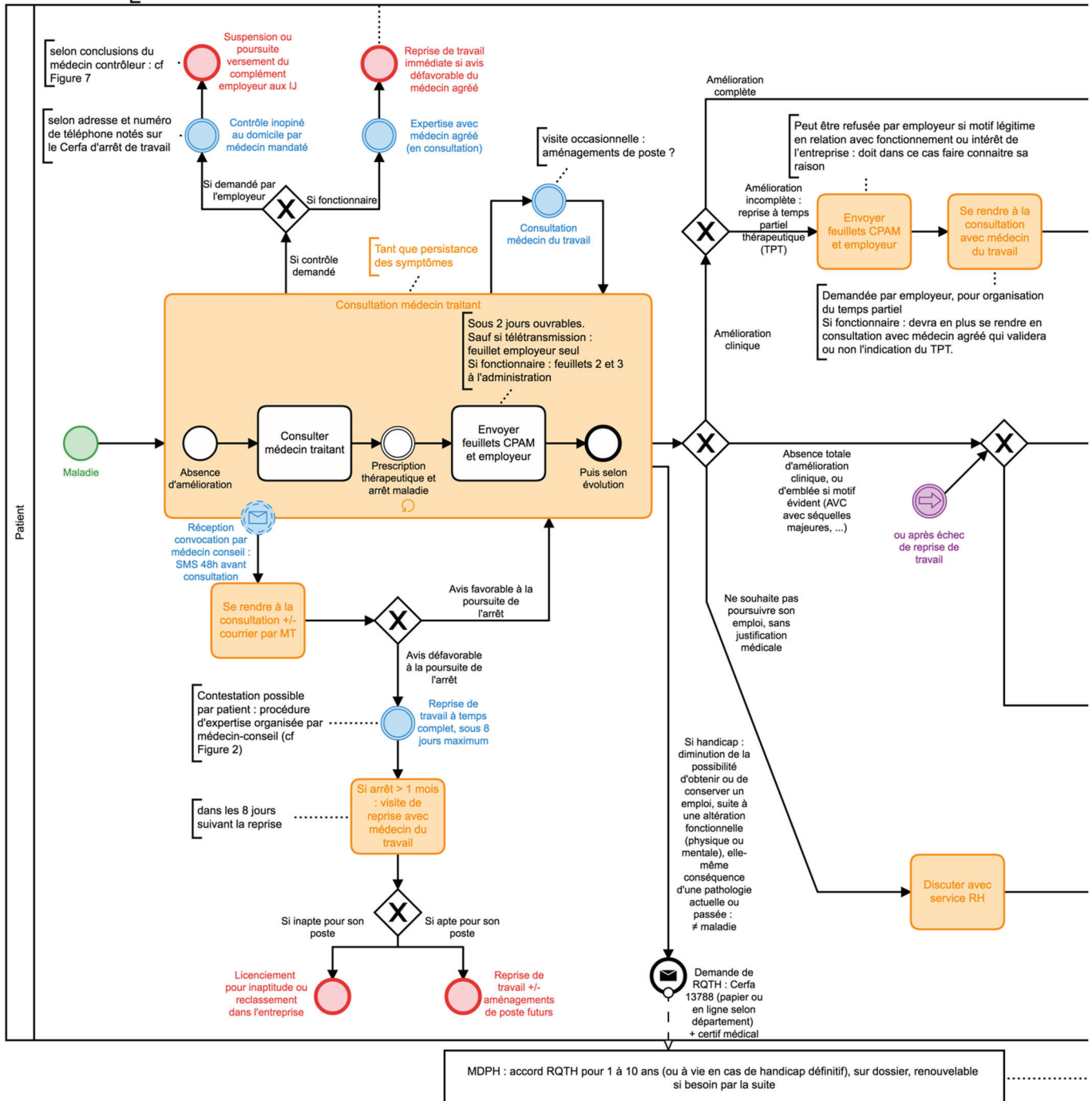
N'intervient pas pour les fonctionnaires : rôle du Comité Médical
Départemental pour contrôler les arrêts de travail de > 6 mois, les congés
longue durée ou longue maladie, en demandant l'avis des médecins agréés =
médecins statutaires, en plus des médecins de prévention

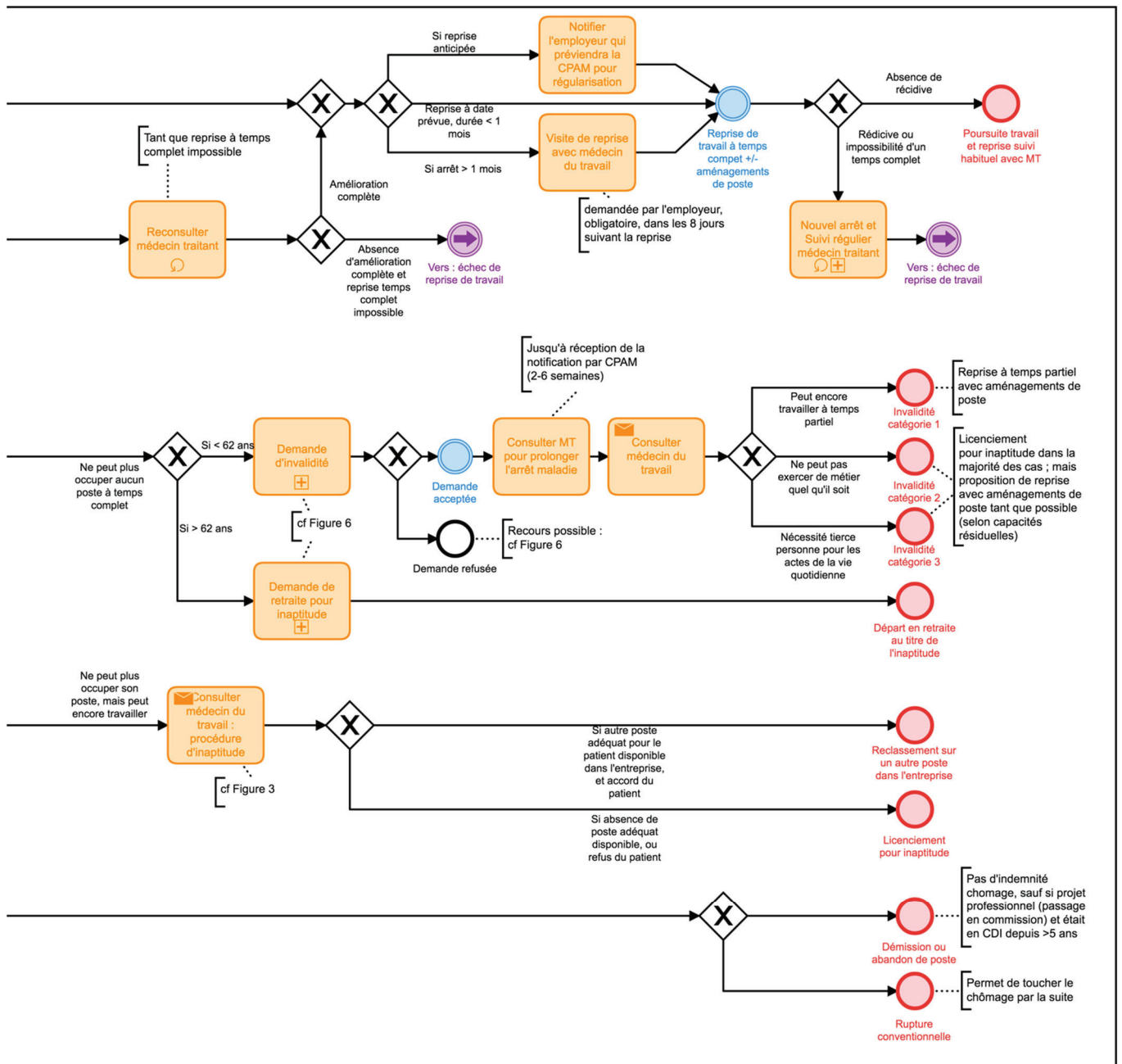


E) Figure 5 – Arrêt de travail long : point de vue du patient

Pour fonctionnaires : Médecins agréés = médecins statutaires : réalisent des consultations pour expertise sur demande de l'administration ou du comité médical départemental, ou pour contre-expertise sur demande du patient, dans le cadre de contrôle de l'arrêt de travail, d'avis sur poursuite des arrêts de travail >6 mois ou reprise après arrêts de travail >6 mois. En plus de l'avis du médecin de prévention.

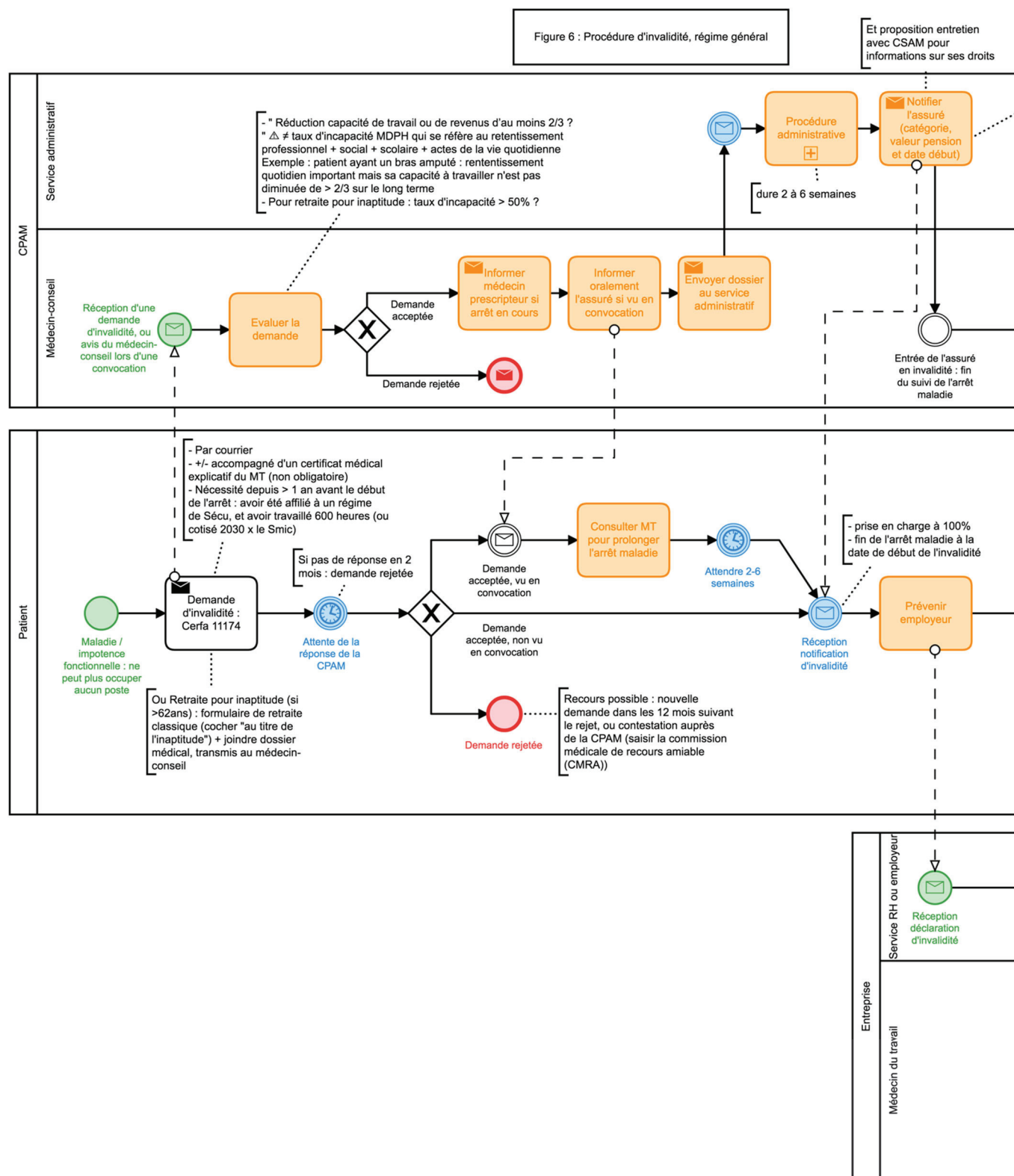
Figure 5 - Arrêt de travail long : point de vue du patient





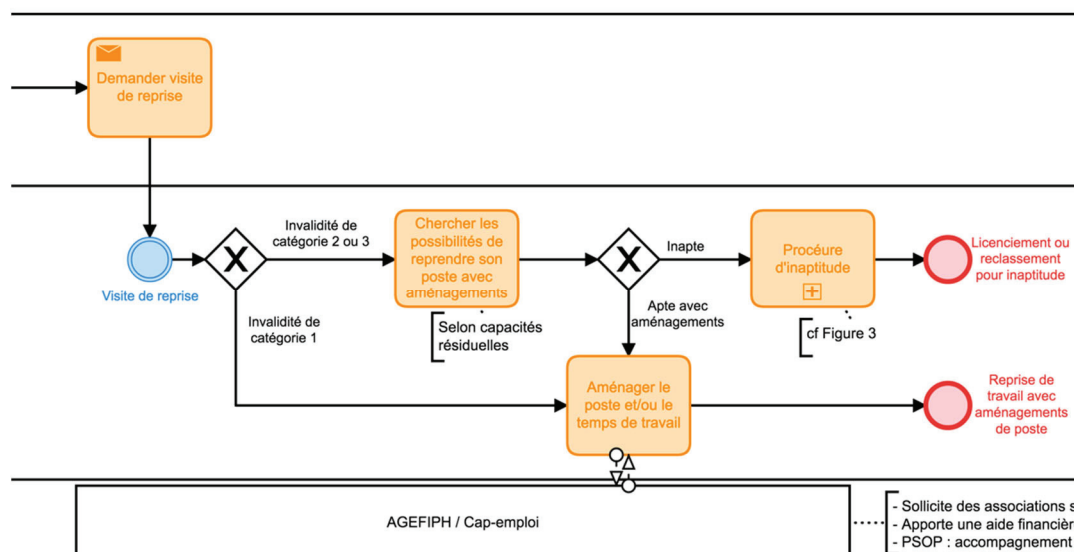
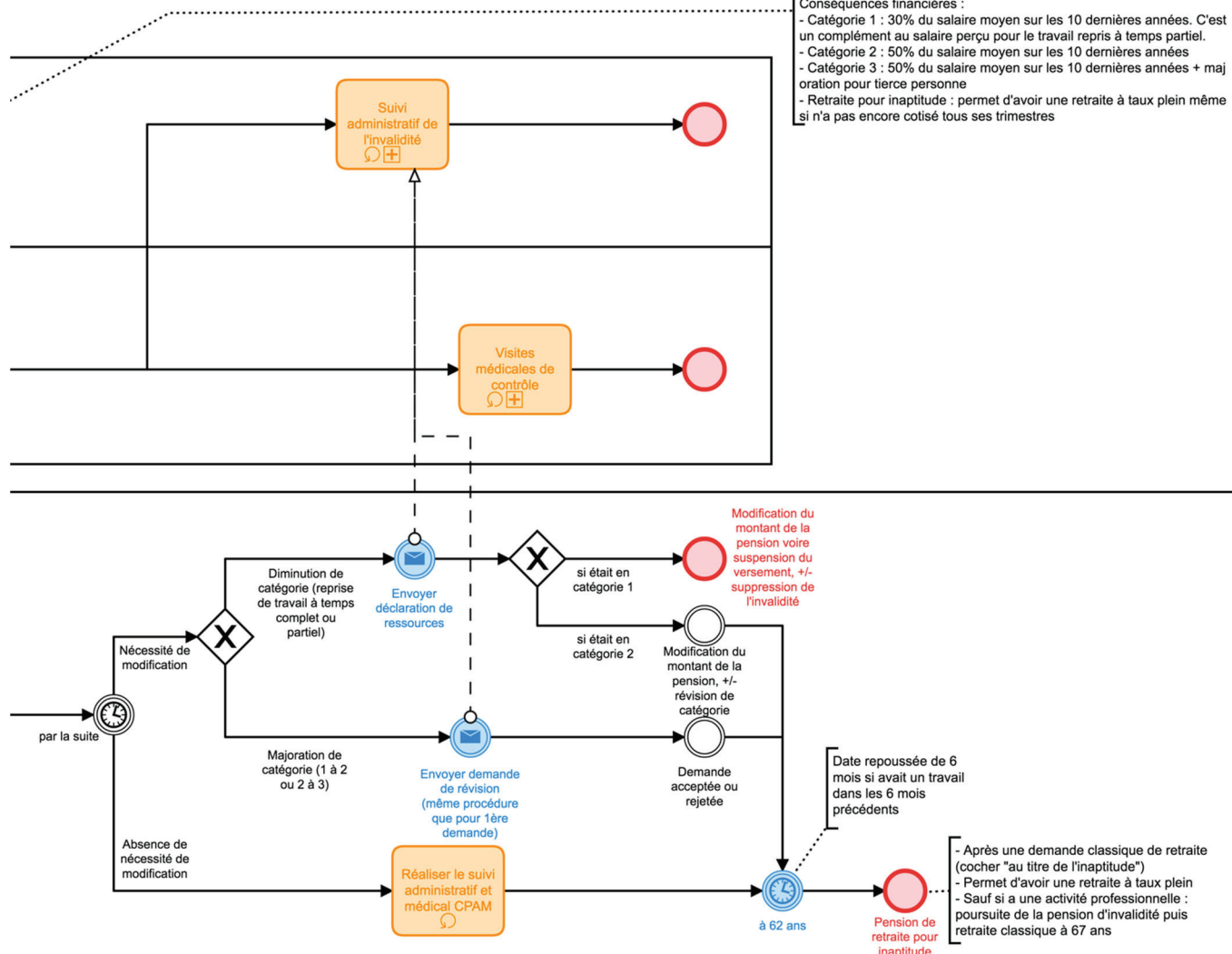
- Aide au maintien dans l'emploi, aménagement de poste : mobilisation réseau Cap-emploi, aide financière AGEFIPH
- Dispositifs dédiés à l'insertion professionnelle : stages de réadaptation ou rééducation professionnelle, contrats d'apprentissage
- Facilitation d'accès à l'emploi : fonction publique et entreprises > 20 salariés

F) Figure 6 – Procédure d'invalidité, régime général



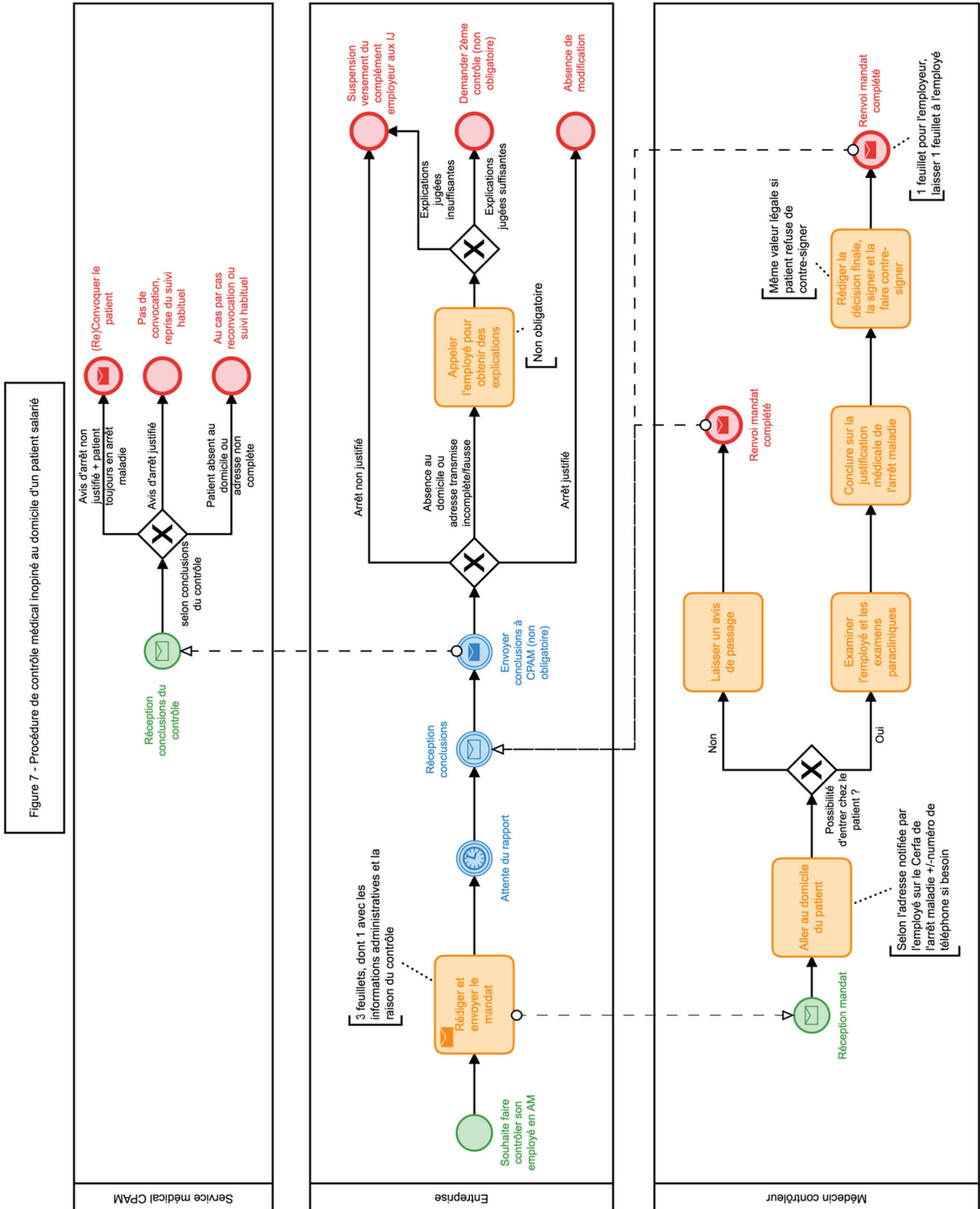
Conséquences financières :

- Catégorie 1 : 30% du salaire moyen sur les 10 dernières années. C'est un complément au salaire perçu pour le travail repris à temps partiel.
- Catégorie 2 : 50% du salaire moyen sur les 10 dernières années
- Catégorie 3 : 50% du salaire moyen sur les 10 dernières années + majoration pour tierce personne
- Retraite pour inaptitude : permet d'avoir une retraite à taux plein même si n'a pas encore cotisé tous ses trimestres



- Sollicite des associations spécialisées pour chaque handicap
 - Apporte une aide financière pour les aménagements de poste
 - PSOP : accompagnement personnalisé des projets professionnels

G) Figure 7 – Procédure de contrôle médical inopiné au domicile d'un patient salarié



IV) DISCUSSION

Aucune étude portant sur l'arrêt de travail n'a effectué de modélisation graphique comme telle. De nombreuses études se sont intéressées à la prescription de l'arrêt de travail, mais surtout concernant les critères décisionnels (13-18) et la durée de prescription (18,19), ou à l'acceptation de la prescription par le patient et notamment la notion de présentéisme (1,20-22). Enfin, plusieurs travaux ont étudié l'apport de la cartographie dans le domaine de la santé, mais aucun concernant l'arrêt maladie : ces travaux étaient portés plutôt sur le domaine administratif et organisationnel (23-25), ou sur la création et formalisation informatique des recommandations médicales (26,27), et l'un s'est intéressé spécifiquement au processus du service à domicile pour personnes dépendantes (28).

Concernant la méthode, il n'a pas pu être fait de travail en croisé, qui sert à s'assurer de la cohérence du processus représenté (29) : pour cela, un autre investigateur doit retranscrire en langage écrit les modélisations, alors qu'il n'a pris part ni au travail de cartographie ni à celui de recherche en amont. De plus, on ne peut exclure un biais lié à la subjectivité au moment de l'analyse de pratique dans le discours des personnes interrogées, et dans ma retranscription et mon interprétation des données. Néanmoins, ce biais a pu être limité en partie grâce au nombre et la variété d'acteurs interrogés, et aux questions posées dans un second temps à plusieurs de ces acteurs pour éclaircir certains points. Le fait que la relecture de la cartographie ait été réalisée par des médecins généralistes, un médecin du travail et un médecin-conseil différents de ceux interrogés lors de l'étude de pratique initiale a également participé à modérer ce biais. Enfin, bien que les procédures administratives concernant l'arrêt de travail soient relativement

stables dans le temps, des modifications surviennent ponctuellement, ce qui nécessitera une mise à jour des modélisations. Pour cela, il pourrait être intéressant de mettre en place une veille administrative conjointe avec un service médical de la CPAM et un ou plusieurs médecin(s) du travail.

L'utilisation de cette méthode est intéressante, car son principe est d'être la représentation fidèle d'un processus, au moment où l'étude de pratique est réalisée. Nous avons ainsi pu refléter au mieux la pratique quotidienne des différents acteurs intervenant dans le parcours de soins d'un patient en arrêt maladie, et les relations du médecin généraliste avec les autres acteurs telles qu'elles sont dans la pratique. De même, nous avons reproduit les différentes procédures réglementaires à suivre, notamment celle de la RQTH qui se déroule totalement en parallèle et sans lien avec les autres procédures de l'arrêt de travail, et celles que le patient lui-même doit réaliser. Cela pourrait aider le médecin généraliste à mieux appréhender le système dans son ensemble, et mieux guider ses patients dans le système de santé.

L'écart qu'il peut exister avec la pratique réelle provient du degré de complétude : les modélisations ne sont pas totalement exhaustives concernant certains sujets ou acteurs abordés, car un excès d'exhaustivité pourrait conduire à une trop grande complexité et rigidité des modélisations, et ainsi à potentiellement perdre de vue l'objectif initial (11). Pour cette étude, le degré de complétude était guidé par un objectif pédagogique, celui de ne pas masquer les messages que l'on souhaitait faire passer aux internes de médecine générale. Toujours selon cet objectif, les modélisations devaient leur être compréhensibles alors qu'ils n'ont et n'auront aucune formation sur la cartographie des processus : certains éléments du langage BPMN, peut-être plus adaptés mais plus complexes,

n'ont donc pas été inclus. De plus, pour qu'elles puissent être lisibles tout en étant distribuées sous format papier, l'organisation, le nombre et le format des schématisations ont été adaptés. Cette diffusion pourrait avoir lieu dans un premier temps aux internes de médecine générale de la faculté de Lyon, possiblement lors des journées d'étude durant le stage praticien de niveau 1, puis éventuellement en incluant les modélisations au Portfolio distribué à chaque interne en début d'internat. Nous envisageons de les diffuser dans un second temps grâce à un site internet d'aide à la décision thérapeutique, type Antibioclic (30), pour permettre une accessibilité au plus grand nombre. Cette possibilité nécessiterait sans doute une modification des modélisations, n'ayant pas été réalisées dans ce but mais plutôt dans un but pédagogique.

On remarque de ces modélisations leur nombre important et leur complexité, avec un diagramme entier consacré aux procédures que les patients doivent suivre, et l'impossibilité de représenter les 3 acteurs médicaux principaux sur un même diagramme par souci de lisibilité. Cette complexité est inhérente à l'organisation de notre système de santé, et a été décrite par des patients en arrêt de travail de longue durée (31). De même, on peut relever que la communication avec les médecins du travail et médecins-conseil n'apparaît pas de manière évidente. Le format choisi, séparant la prise en charge en différents diagrammes par acteurs, toujours dans ce souci de faciliter la lisibilité, ne permettait pas de les relier directement entre eux. Mais surtout, même si nous les avons représentés sur un diagramme commun, nous aurions d'autant pu mieux voir qu'ils sont en pratique limités, peu formalisés (principalement par courrier classique), le patient étant le seul lien constant entre ces trois acteurs. Par contre, la demande de visite occasionnelle auprès du médecin du travail apparaît

régulièrement dans les modélisations alors qu'elle est très variable en pratique selon les praticiens. Une récente étude s'est intéressée à cette relation concernant la visite de pré-reprise, qui est une visite occasionnelle (32) : les facteurs limitants rapportés par les médecins généralistes étaient en premier lieu les difficultés pratiques avec notamment le fait de ne pas connaître l'identité du médecin du travail, puis la méconnaissance des rôles du médecin du travail, et enfin les problèmes déontologiques liés au secret médical. On peut noter que ces difficultés, pour les mêmes raisons, sont également rencontrées dans différents pays européens (33–36).

La majorité des procédures modélisées ne sont réalisées que quand l'arrêt de travail se prolonge dans le temps et que la reprise s'avère difficile, ce qui ne concerne donc qu'une minorité des cas (1). Pour essayer d'améliorer les choses, au niveau européen, les sociétés belges de médecine générale, médecine du travail et médecine d'assurance publique ont mis en place des groupes d'échange de pratique où des praticiens des trois spécialités viennent discuter de leurs expériences personnelles (et non de dossiers précis de patients en commun) (37). En France, le rapport à forme d'audit missionné par le gouvernement sur l'arrêt de travail, rendu en 2019, a élaboré des propositions notamment sur les arrêts de travail de longue durée : il était proposé d'effectuer un accompagnement plus précoce (dans les 3 mois) par le service médical de la CPAM, une utilisation plus large de tous les outils à disposition (temps partiel thérapeutique, formations professionnelles, visite de pré-reprise), de favoriser le télétravail pour raison de santé, ou encore d'améliorer l'utilisation du DMP (Dossier Médical Partagé). Concernant ce dernier, les auteurs du rapport suggéraient de remplir de manière systématique des informations de santé au travail avec le nom du médecin du travail. Selon les rapporteurs, « Une évolution paraît nécessaire, qui implique de revoir les relations entre le "trio solitaire" »

(médecin prescripteur, médecin du travail et le médecin conseil) pour former un "trio solidaire". » (1). Les modélisations que nous avons créées clarifient deux des facteurs limitants à la visite de pré-reprise rapportés par les médecins généralistes (les rôles du médecin du travail et les problèmes déontologiques liés au secret médical) (32). Elles éclairent également d'autres difficultés dans le domaine de la santé au travail citées par les internes de médecine générale et médecins généralistes (le temps partiel thérapeutique, les catégories d'invalidité, les relations avec le médecin-conseil) (6-8). Les modélisations permettraient donc une meilleure connaissance du rôle des médecins du travail et des médecins-conseils, ce qui est nécessaire pour obtenir une meilleure collaboration inter-professionnelle (38,39). Enfin, avec la popularisation récente des réunions en visioconférence, il pourrait être envisagé d'organiser de courtes réunions entre médecins traitants, du travail et de la CPAM pour faire le point sur des dossiers précis : ce pourrait être une piste à envisager dans le cadre de la télé-expertise permettant ainsi que les différents acteurs soient rémunérés.

Ainsi, la cartographie réalisée pourrait être un nouvel outil pédagogique concernant l'arrêt de travail, destiné aux internes de médecine générale dans un premier temps : il leur permettrait d'adapter leur pratique, d'être plus proactif et prévenir au mieux la désinsertion professionnelle quand cela est possible. Cependant, bien que l'efficacité pédagogique des schémas dans leur ensemble ait été démontrée par facilitation de la mémorisation, de l'utilisation des données retenues grâce à l'apprentissage de la structuration des éléments, et la sélection des informations essentielles (40,41), une évaluation de cet outil serait utile après sa diffusion, pour juger son impact sur les connaissances et les pratiques des internes de médecine générale, avant une diffusion à plus large échelle.

V) CONCLUSIONS

L'importance médicale, socioprofessionnelle et économique de l'arrêt de travail, et sa fréquence élevée de prescription en médecine générale, contrastent avec les difficultés que les médecins généralistes ressentent dans ce domaine et l'absence d'étude à notre connaissance s'intéressant spécifiquement à l'organisation pratique et réglementaire de la prescription d'un arrêt de travail. Nous avons appliqué à cette organisation la cartographie des processus, qui est le principe de modéliser de façon formalisée l'ensemble des étapes d'un processus, et est utilisée habituellement par les entreprises pour apporter une vue d'ensemble de leurs activités et améliorer leurs organisations. La notation graphique utilisée dans ce domaine est la norme BPMN, qui est standardisée et permet d'avoir un langage commun indépendamment de l'outil informatique utilisé. Notre objectif était de réaliser une cartographie selon la norme BPMN du parcours de soins d'un patient en arrêt de travail, destinée pédagogiquement aux internes de médecine générale. Étaient exclus des modélisations les particularités d'un arrêt de travail prolongé au-delà de 6 mois chez les patients fonctionnaires, et les problématiques dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Après une étude de pratique des différents acteurs pouvant intervenir dans la prise en charge, nous avons modélisé plusieurs diagrammes de collaboration, qui ont ensuite été relus par plusieurs acteurs, pendant et après leur modélisation. Sept diagrammes ont ainsi été créés : le premier concerne l'arrêt travail de courte durée, trois se focalisent sur les actions du médecin généraliste, du médecin du travail et du médecin-conseil de la CPAM, un autre sur le point de vue du patient, et les deux derniers sur la procédure d'invalidité et de contrôle médical au domicile du patient. Notre étude a permis de clarifier les rôles et actions de chacun des acteurs, les moyens de communication entre eux et les différentes démarches administratives. Ces diagrammes pourraient faciliter la pratique des internes de médecine générale, leur permettre de mieux appréhender le système dans son ensemble et d'adapter au mieux leur prescription, pour ainsi être plus proactif et prévenir au mieux la désinsertion professionnelle. Après une diffusion souhaitée auprès des internes de médecine générale de la faculté de Lyon, une étude évaluant son impact serait utile avant une éventuelle diffusion à plus grande échelle.

D'autres travaux de recherche pourraient modéliser les spécificités de l'arrêt de travail au-delà de 6 mois pour le régime des fonctionnaires, et la problématique de l'accident du travail et des maladies professionnelles.

Le Président de jury,
Pr Laurent LETRILLART
Signature



VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 05/02/2021

VI) BIBLIOGRAPHIE

1. BERARD JL, OUSTRIC S, SEILLER S. Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail - Neuf constats, vingt propositions - Rapport fait à la demande du Premier ministre. 2019. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/partage/10899-rapport-relatif-a-la-prevention-l-efficacite-l-equite-et-la-maitrise-des-arrets-de-travail> [consulté le 15 novembre 2019].
2. BARNAY T, FAVROT J, POLLAK C. Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles. Etudes et Résultats, DREES. 2015;938.
3. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) Service Évaluation en Santé Publique et Service Évaluation Économique. Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques. 2004. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000075.pdf> [consulté le 15 novembre 2019].
4. LECOMTE-MEHANES G, MUNOZ J. Les arrêts de travail : enjeux d'interactions situées entre médecins et assurés - Rapport Arfi. LABERS (LABoratoire d'Etudes et de Recherche en Sociologie), Assurance maladie Finistère. 2019. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02152591/document> [consulté le 15 novembre 2019].
5. KANDEL O. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? Rev Prat - Médecine Générale. 2004;18(656):4.
6. DEBERSIN C. Enquête régionale sur la prescription des arrêts de travail par les médecins généralistes. Thèse de médecine : université Lille 2, 2017.
7. LAMBERT T, QUILLET M. Evaluation de la formation en Santé au travail et à la Sécurité Sociale au cours du stage de niveau 1. Thèse de médecine : université d'Angers, 2018.
8. MENNESSON K. Formation, pratiques et connaissances en matière de santé au travail des internes inscrits à la faculté de médecine de Rennes. Thèse de médecine : université de Rennes 1, 2016.
9. MENARD C, DEMORTIERE G, DURAND E, VERGER P, BECK F. Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés. Saint-Denis : INPES 2012.
10. SALIBA ML, IARMARCOVAI G, SOUVILLE M, VIAU A, ARNAUD S, VERGER P. Les médecins face à la santé au travail: une étude qualitative dans le sud-est de la France. Revue D'Épidémiologie Santé Publique. 2007;55(5):376-81.

11. BRANDENBURG Hans. L'approche processus: mode d'emploi. Paris: Edd'organisation; 2003. 142 p.
12. SHAPIRO R, WHITE S, BOCK C. BPMN 2.0 handbook Second Edition : Methods, Concepts, Case Studies and Standards in Business Process Modeling Notation (BPMN): 1 paperback. Edition Layna Fischer, 2011.
13. KELLOU N, FRAPPE P, BARRAT C, LETRILLART L. Prescription des arrêts de travail en médecine générale : description des critères fonctionnels et contextuels. *Exercer*. 2010;21(92):68-74.
14. MERKUS S, HOEDEMAN R, MAELAND S, WEERDESTEIJN K, SCHAAFSMA F, JOURDAIN M, et al. Are there patient-related factors that influence sickness certification in patients with severe subjective health complaints? A cross-sectional exploratory study from different European countries. *BMJ Open*. 2017;7(7):15-25.
15. FOURRE B. Critères décisionnels de prescription des arrêts de travail : une enquête transversale en médecine générale. Thèse de médecine : université Claude Bernard Lyon 1, 2006.
16. BESANCON F. Déterminants de la prescription des arrêts de travail par des médecins généralistes en situation de soins primaires. Thèse de médecine : université de Créteil, 2015.
17. KHIARI S. Analyse des comportements des médecins généralistes face à la prescription d'arrêt de travail en cas d'incident critique portant sur l'indication ou la durée : étude compréhensive observatoire. Thèse de médecine : université de Créteil, 2014.
18. ORVAIN C. La prescription d'arrêts de travail par les médecins généralistes : analyse des données de l'étude ECOGEN. Thèse de médecine : université d'Angers, 2019.
19. JOERGER J. L'arrêt de travail initial pour quatre pathologies communes en médecine générale : analyse de la durée et de la conformité de la prescription. Thèse de médecine : université de Nice, 2018.
20. GOSSELIN E, LAUZIER M. Le présentéisme - Lorsque la présence ne pas garante de performance. *Rev Francaise Gest*. 2011;211(2):15-27.
21. Malakoff Médéric Humanis présente les résultats de son Étude Absentéisme 2019. 2019. Disponible sur : <https://www.info-risques-professionnels.fr/absenteisme-2019-analyse-de-letude-realisee-par-le-cabinet-malakoff-mederic-humanis> [consulté le 23 décembre 2020].

22. MONNEUSE D. Une négociation qui ne dit pas son nom. La prescription des arrêts de travail par les médecins... et certains patients! *Negotiations*. 25 mai 2015;23(1):151-67.
23. DUCQ Y, DESCHAMPS JC, VALLESPER B. Re-engineering d'un système hospitalier par l'utilisation de la méthodologie GRAI. *J Eur Systèmes Autom.* 2005;39(5-6):605-36.
24. BROWN E. Workflow Modelling of Coordinated Inter-Health-Provider Care Plans. Thèse des sciences informatiques : université d'Adélaïde, Australie, 2005.
25. BENABDEJIL H. Modélisation des processus de soins : vers une implantation de nouveaux services à valeur ajoutée. Thèse des sciences physiques et de l'ingénieur, spécialité productique : université de Bordeaux, 2016.
26. WANG D, PELEG M, TU SW, BOXWALA AA, GREENES RA, PATEL VL, et al. Representation primitives, process models and patient data in computer-interpretable clinical practice guidelines: a literature review of guideline representation models. *Int J Med Inform.* 2002;68(1-3):59-70.
27. KAISER K, MARCOS M. Leveraging workflow control patterns in the domain of clinical practice guidelines. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2015;16(1):20.
28. LAMINE E, TAWIL AR, BASTIDE R, PINGAUD H. Ontology-Based Workflow Design for the Coordination of Homecare Interventions. 2014 In: 15th IFIP Working Conference on Virtual Enterprise, Amsterdam, Netherlands.
29. RAQUIN M, ARTIGUEBIEILLE C. Transformer par les processus : le pilotage du changement étape par étape. Eyrolles, 2013.
30. Antibioclic : Antibiothérapie rationnelle en soins primaires. Disponible sur : antibioclic.com [consulté le 25 décembre 2020].
31. CARDIS J. Expérience vécue des patients en arrêt de travail de longue durée : une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 patients. Thèse de médecine : université Claude Bernard Lyon 1, 2018.
32. PHILIP G. Communication entre les médecins généralistes et les médecins du travail autour de la visite de préreprise. Thèse de médecine : université Paris Descartes, 2017.
33. VANMEERBEEK M, GOVERS P, SCHIPPERS N, RIEPPI S, MORTELMANS K, MAIRIAUX P. Searching for consensus among physicians involved in the management of sick-listed workers in the Belgian health care sector: a qualitative study among practitioners and stakeholders. *BMC Public Health.* 2016;16:164-74.

34. STERN AF, MADAN I. Optimal communication from occupational physicians to GPs: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2012;62(605):833-39.
35. BUIJS P, VAN AMSTEL R, VAN DIJK F. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occup Environ Med.* 1999;56(10):709-13.
36. STRATIL JM, RIEGGER MA, VOLTER-MAHLKNECHT S. Cooperation between general practitioners, occupational health physicians, and rehabilitation physicians in Germany: what are problems and barriers to cooperation? A qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2017;90(6):481-90.
37. MOISE P. Incapacité de travail : mieux saisir qui est qui et qui fait quoi. SSMG. Disponible sur : https://www.ssmg.be/avada_portfolio/sante-et-bien-etre-au-travail [consulté le 03 février 2021].
38. D'AMOUR D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Thèse de médecine : université de Montréal, Canada, 1997.
39. BRIDGES D, DAVIDSON R, ODEGARD P, MAKI I, TOMKOWIAK J. Interprofessional collaboration : three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online.* 2011;16.
40. VEZIN JF. Schématisation et acquisition des connaissances. *Revue Française de Pédagogie.* 1986;77(1):71-8.
41. KLINKENBERG JM. À quoi servent les schémas? Tabularité et dynamisme linéaire. *Protée.* 2009;37(3):65-73.
42. FREUND J, RUCKER B. Real-life BPMN : using BPMN 2.0 to analyze, improve and automate processes in your company. Lakewood, Colo: Camunda; 2012.

VII) ANNEXES

A) Annexe 1 – Notions de base sur la norme BPMN

Elle est développée depuis 2004, adoptée en 2006 comme un standard par l'OMG (Object Management Group : consortium international travaillant sur la standardisation des modèles de spécifications des systèmes d'information), qui en organise sa maintenance ce qui a permis sa certification comme norme ISO (International Standardization for Organization), gage de qualité pour les entreprises : tout cela lui garantit une certaine durabilité.

Ce qui caractérise notamment cette notation est d'avoir peu d'éléments graphiques différents, qui sont simples, familiers et facilement distinguables les uns des autres, permettant une simplification visuelle et une bonne intuitivité. Ainsi, la modélisation peut être comprise et adoptée par tous les acteurs et utilisateurs du processus, malgré des points de vue différents sur ce processus, et sans nécessité de formation préalable (42).

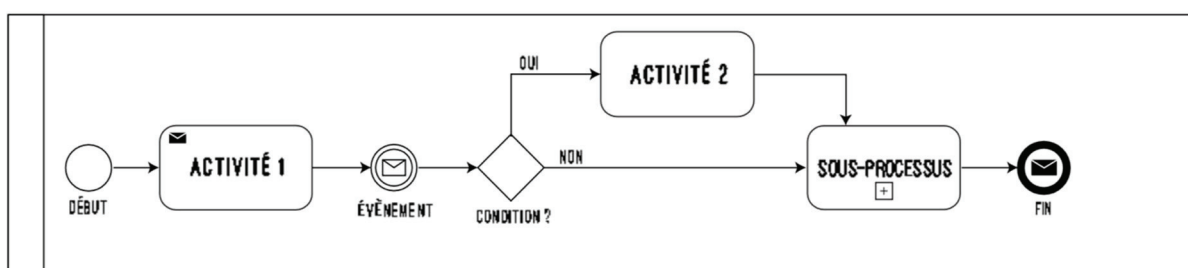


Figure 8 - Éléments graphiques de la norme BPMN, selon DISSON, HUIN, TALENS, université de Lyon 3 Jean Moulin

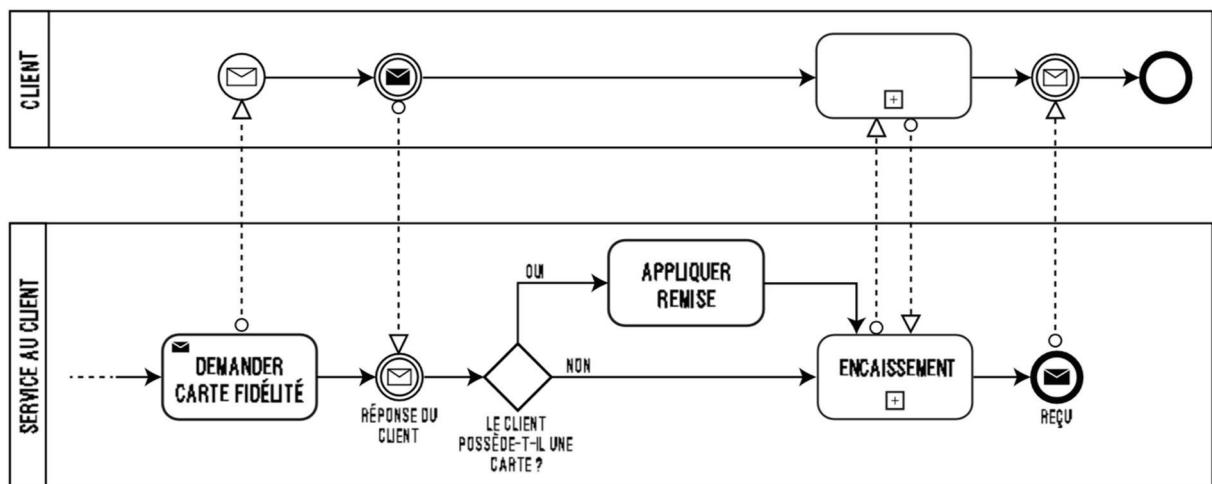


Figure 9 - Exemple de diagramme de collaboration, selon DISSON, HUIN, TALENS, université de Lyon 3 Jean Moulin

B) Annexe 2 – Entretien 1 - Deux médecins conseils de la CPAM

Le mode de sélection des patients en arrêt maladie a été modifié récemment, début juillet : plusieurs critères différents permettent de faire une première sélection :

- 100 à 130 jours d'arrêt consécutifs : permet de voir les patients et de statuer sur l'arrêt avant la borne des 180 jours (article L.324.1 et entrée en affection longue durée non exonérante ADLNE)
- Arrêts itératifs pour même motif
- 200 jours discontinus donc sans ouverture d'ALDNE ou 330 jours sur 3 ans

Elles me disent qu'il y a d'autres critères plus complexes, et qu'il me faudra voir cela avec leur supérieure.

L'ALDNE permet de ne pas bloquer le versement des indemnités journalières à 6 mois, d'accorder la prise en charge des transports pour cette affection, et de supprimer les jours de carence pour les prochains arrêts maladie pour ce motif.

Après ce premier tri, un deuxième est fait sur le plan du diagnostic, par le médecin conseil : ne vont pas être convoqués les patients dont l'arrêt est en rapport avec une ALD par exemple, ou pour un motif évident (cancer, ...). Mais ces dossiers sont tout de même validés.

Ce mode de sélection est propre au service médical de la CPAM, et ne dépend pas du service administratif. Ce sont deux entités totalement séparées, avec une organisation départementale pour le service administratif et une organisation régionale pour le service médical.

Les médecins-conseil n'ont de lien avec le service administratif seulement quand donnent leur accord pour l'entrée en ALDNE, ou quand notifient le désaccord pour la poursuite de l'arrêt maladie (passage en invalidité ou reprise de travail), via des formulaires spécifiques qui sont envoyés au service administratif.

Les consultations de suivi se faisaient auparavant à 8 mois puis au 18^{ème} mois, mais le manque de plus en plus important de MC a conduit à modifier les choses : le suivi se fera uniquement à M18, mais un rendez-vous à M8 avec un conseiller du service médical de la CPAM (nouveau

métier : CSAM conseiller services de l'assurance maladie) sera parfois fixé, dans le but d'éviter la désinsertion professionnelle. Il pourra notamment proposer au patient d'aller chez le médecin du travail pour effectuer une visite de pré-reprise, ou d'effectuer un bilan de compétences financé par la CPAM.

La visite de pré reprise peut être demandée soit par l'assuré, le médecin traitant ou le médecin-conseil. Son but est soit d'évaluer les adaptations de poste possible, soit de demander une réorientation professionnelle, soit de débiter une procédure de licenciement pour inaptitude.

Les bilans de compétences peuvent être financés via l'assurance maladie s'il est demandé par le service médical de la CPAM (par le médecin-conseil ou le CSAM), mais seulement si le patient a un employeur ; ou via le FONGECIF (qui provient des cotisations employeur) si ce bilan est demandé par le médecin du travail.

Les assistantes sociales de la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) centralisent toutes les demandes. Un bilan dure 24h, étalées sur 3 mois en 8 séances, avec également un entretien avec une psychologue du travail. L'arrêt de travail est forcément poursuivi pendant cette période.

Quand le médecin-conseil donne son accord, ou initie une procédure pour une entrée en invalidité :

- La procédure administrative dure 2 à 6 semaines.
- C'est l'arrêt du suivi par le médecin-conseil.
- Une éventuelle modification se fait soit automatiquement suite à la déclaration de ressources (si le patient reprend un emploi), soit sur une demande de révision (venant du médecin du travail ou du médecin traitant) en cas de passage d'une invalidité 1 à 2 ou 2 à 3. Les patients ne sont pas forcément revus par le médecin-conseil dans ce cas, qui peut statuer sur dossier.

Quand un patient relève d'une invalidité alors qu'il a déjà 62 ans, il bénéficiera de la retraite pour inaptitude, qui lui permettra d'avoir une retraite à taux plein même s'il n'a pas cotisé tous les trimestres nécessaires. La procédure est la même que pour une entrée en invalidité, sauf que

c'est un formulaire spécifique qui sera envoyé de la part du médecin-conseil au service administratif. Un patient déjà en invalidité arrivant à l'âge de 62 ans, pourra en bénéficier également, mais cela nécessitera un accord de la part du médecin-conseil, après demande.

La relation avec les médecins du travail se fait soit :

- Par le médecin-conseil avec une demande de visite de pré-reprise. Il ne marque quasiment jamais l'orientation qu'il pense être la mieux pour le patient, pour ne pas influencer le médecin du travail.
- Par le médecin du travail quand il demande une modification de l'invalidité ou quand il pense que le patient relève toujours de la médecine de soins et donc une prolongation de son arrêt.

La communication se fait par mail (messagerie classique, non sécurisée pour le moment) ou téléphone, ou par un courrier pré-rempli pour les demandes de pré-reprise.

Avec les médecins traitants, la relation est peu développée dans le cadre du suivi d'un patient en particulier. Les patients se faisant convoquer par mail ou SMS, avec un délai court de 48h, ils voient très rarement leur médecin traitant entre-temps, et donc n'ont pas de courrier de liaison. De même, le médecin-conseil ne rédige pas de compte-rendu de consultation, seulement parfois un papier pour la demande de visite de pré-reprise.

En fin de consultation, le médecin-conseil statue sur la poursuite ou non de l'arrêt maladie :

- Soit absence de compte-rendu si poursuite simple sans démarche entamée
- Soit papier pré-rempli pour demande de visite de pré-reprise
- Soit délivrance d'un courrier au patient, à destination du médecin traitant et du médecin du travail si pas de poursuite de l'arrêt maladie car « apte à un travail quelconque »
- Démarrage d'une procédure de mise en invalidité et fin de l'arrêt maladie (après la fin de la procédure administrative).

C) Annexe 3 – Entretien 2 - Médecin du travail 1

Le médecin du travail n'est pas informé directement d'un arrêt maladie. Il reçoit l'information soit par :

- Le salarié : de lui-même ou conseillé par son médecin traitant ou à la suite d'une visite chez le médecin-conseil.
- L'employeur :
 - Il en a l'obligation pour tous les arrêts maladie de plus de 30 jours : patient convoqué par le médecin du travail pour une visite de reprise dans les 7 jours qui suivent la reprise de travail, pour vérifier la compatibilité entre l'état de santé et le travail. C'est une obligation pour que le contrat de travail puisse être de nouveau actif (est suspendu pendant l'arrêt maladie).
 - Peut demander une visite occasionnelle, à tout moment, en cas d'absences répétées par exemple.
 - Suite à une prescription de temps partiel thérapeutique : le médecin du travail définit les modalités et fait des propositions à l'employeur.

En fin de consultation, le médecin du travail :

- Rend une fiche de visite au patient
- Donne une date de suivi
- Fait un courrier à l'employeur avec les préconisations, s'il y en a, pour l'adaptation du poste de l'employé, mais qui n'ont aucun caractère obligatoire.
- Fait un courrier au médecin traitant pour demander son avis.
- Fait un courrier au médecin-conseil :
 - Pour demander de poursuivre un peu plus longtemps l'arrêt pour une question d'organisation interne (impossibilité de voir le patient rapidement : période de congés, ...) ou parce que des dispositions sont en cours (aménagement de poste, formation, visite du poste), ou s'il pense qu'il relève toujours de soins actifs.
 - Pour informer du début d'une démarche d'invalidité.

Le médecin du travail a l'obligation de demander l'accord du patient pour discuter avec l'employeur ou le médecin conseil.

La communication avec les médecins traitants se fait soit par courrier, appel, ou mail. Avec les médecins-conseil, elle se fait soit via l'imprimé-type à remplir et à renvoyer dans le cas des visites de pré-reprise, soit par mail ou appel.

Pour suivre une formation professionnelle :

- En cas de procédure de reclassement : sera prise en charge par l'entreprise.
- En cas de reconversion durant un arrêt maladie, sans procédure d'inaptitude débutée : le patient doit contacter le service des ressources humaines, puis consulter son médecin du travail, qui va statuer non pas sur l'aptitude à reprendre son poste mais sur la capacité à suivre une formation. Le patient sera déclaré « apte », et cela équivaldra à une reprise de travail (via un budget dédié, Fongecif ou CPF).

Les différentes démarches que le médecin du travail peut réaliser :

- Adaptation de poste : l'employé n'est pas déclaré inapte, mais nécessite des aménagements, et garde son poste de travail.

Si refus de l'employeur pour un conseil individuel : il n'y a pas vraiment de recours possible pour l'employé ni le médecin du travail, soit prolongation de l'arrêt maladie, soit reprise de travail soit inaptitude.

Si refus de l'employeur pour un conseil collectif : dans ce cas ce dernier doit répondre par écrit en expliquant les raisons de son refus.

- Déclaration d'inaptitude c'est-à-dire que l'employé est « inapte pour son poste, mais apte à tels et tels autres postes » : l'employé doit donc changer de poste de travail.
 - La procédure commence par la visite de pré-reprise +/- l'étude du poste par le médecin du travail, s'il ne le connaît pas déjà +/- un contact auprès de l'employeur pour avoir des informations complémentaires.
 - Puis la visite de reprise où sera déclarée l'inaptitude.

"Avec possibilité de reclassement" :

- o Proposition de reclassement faite par l'employeur ; si refus par le patient : licenciement pour inaptitude
- o Absence de proposition de reclassement car absence de poste disponible : licenciement pour inaptitude sous 1 mois

"Sans possibilité de reclassement" : licenciement pour inaptitude sous 1 mois (sinon, l'employeur devra un mois de salaire)

Une contestation de la décision du médecin du travail est possible par l'employeur ou le salarié : elle passera par les prud'hommes, avec l'avis de l'inspecteur du travail, après expertise par le médecin inspecteur du travail qui va ouvrir le dossier du médecin du travail : celui-ci doit donc pouvoir s'appuyer sur des éléments médicaux objectifs, ou à défaut sur des avis de médecin spécialisé dans sa prise de décision initiale (psychiatre par exemple pour les problèmes psychoprofessionnels).

Pour les fonctionnaires : le médecin du travail s'appelle « médecin de prévention », et donne un avis sur demande de l'administration du fonctionnaire :

- Soit avant passage devant le comité médical pour délivrer un certificat médical expliquant la situation, qui sera joint au dossier qui sera présenté.
- Soit pour évaluer l'aptitude à la reprise (en plus de l'avis du comité médical) : mais il n'y a aucune obligation de la part de l'administration pour cela, même en cas de durée de plus de 30 jours.
- Soit pour des visites occasionnelles.

A noter que l'employeur n'est pas notifié directement de l'invalidité : il y a donc une nécessité de poursuivre l'arrêt maladie le temps que l'invalidité soit officiellement déclarée et que le patient ait le certificat, pour qu'il puisse ensuite contacter son service des ressources humaines qui l'adressera ensuite chez le médecin du travail.

D)Annexe 4 – Entretien 3 - Médecin du travail 2

Les différentes consultations chez le médecin du travail :

- VIP (visite d'information et de prévention) : visite initiale d'embauche puis périodiques tous les 5 ans ou tous les 2-3 ans selon les postes de travail.
- Visite de reprise : uniquement possible à la demande de l'employeur, et est obligatoire à partir de 30 jours d'arrêt. Elle se fait dans les 8 jours suivant la reprise.
- Visites occasionnelles :
 - À la demande du salarié : l'employeur ne sera mis au courant que si le patient le souhaite (sorte de signal envoyé que quelque chose ne va pas). A noter qu'il faut prendre en compte le problème assurantiel, si jamais le patient a un accident sur la route (accident de trajet), auquel cas si l'employeur est mis au courant cela facilitera la déclaration d'accident du travail...
 - À la demande de l'employeur
 - À la demande du médecin du travail
- Visite de pré-reprise : se nomme comme telle seulement si l'on est à plus de 3 mois d'arrêt. Elle n'est pas obligatoire, se fait à la demande du médecin-conseil, du médecin traitant ou du salarié, et il n'y a pas de délai légal pour recevoir l'employé.

Le seul retour réglementairement obligatoire que le médecin du travail doit faire à l'employeur est uniquement l'aptitude ou non du patient à son poste de travail. Si le médecin du travail pense qu'il est nécessaire de tenir l'employeur au courant de certains détails, il a l'obligation de demander au patient son accord, pour la rupture du secret médical.

Aucune de ces visites n'est imposable à part la visite de reprise.

En fin de consultation, le médecin du travail :

- Joint l'employeur pour les conclusions (aptitude ou non au poste, aménagements nécessaires, ...)
- Joint le médecin traitant s'il y a nécessité de soins, ou pour tenir au courant de l'évolution en cas d'échanges préalables (à la discrétion du médecin du travail).

- Appel +/- visite de poste si entreprise inconnue ou 'difficile' au niveau de la mise en place des aménagements de poste.

Au niveau de la relation avec les médecins-conseil (courrier, téléphone) : « très peu de relation avec les médecins conseil ».

- Soit pour une demande de prolongation des indemnités journalières car le patient est en cours de formation professionnelle,
- Soit pour une demande d'invalidité : cette médecin du travail rédige un courrier pour prouver la diminution de plus de 2/3 des capacités. Les médecins du travail ont un tableau des tâches qu'ils font remplir par les patients : différence entre ce qu'ils pouvaient faire avant et ce qu'ils font maintenant. Grande différence de vision avec les médecins conseil qui regardent l'aptitude à tout poste.

La relation avec les médecins traitants : « Peu de relation également, quoiqu'en augmentation récemment ». De plus en plus de médecins traitants envoient leurs patients chez le médecin du travail, pour des questions sur l'aptitude ou des demandes d'aménagement ; donc plus de retour de la part des médecins du travail pour répondre à la question posée, ou pour tenir au courant des aménagements ou des projets entrepris.

Elle trouve dommage qu'il y ait encore des patients qui se retrouvent au pied du mur alors que cela fait deux ans qu'ils sont en arrêt maladie, et qu'ils n'ont pas pris les devants. Pense qu'il faudrait avoir une meilleure relation avec les médecins traitant pour comprendre l'utilité de la visite de pré-reprise pour anticiper sur une inaptitude, une reconversion.

Elle a l'impression qu'il y a une réticence, défiance vis-à-vis des médecins du travail, et me rappelle encore une fois qu'ils sont soumis au secret professionnel, et que la seule chose qu'ils doivent transmettre à l'employeur, est si le patient est apte ou non pour son poste.

La déclaration d'inaptitude peut être faite :

- Pour raisons médicales
- Pour raisons socio-économiques et 'manque de temps' : consolidation proche de l'arrêt maladie par la CPAM avec la fin des indemnités journalières, mais pas de rendez-vous pris en

amont avec la médecine du travail, donc pas de mesures de maintien dans l'emploi débutées. Et donc, si pas d'inaptitude déclarée, le patient se retrouverait sans ressource.

Au sujet de la procédure d'invalidité : en cas d'invalidité déclarée par la CPAM, le patient a la possibilité de ne plus travailler, mais est en droit de continuer à le faire, cela est fonction du poste. Le médecin du travail détermine s'il peut travailler ou non, et avec quelles adaptations (au niveau des horaires notamment avec invalidité catégorie 1). La réalité financière est à prendre en compte : 30% du salaire par sécurité sociale, le reste avec le salaire (en cas de catégorie 1) et la prévoyance.

La déclaration d'invalidité est donnée au patient par la CPAM, qui la présente à son employeur :

- Catégorie 1 : visite du médecin du travail à la demande de l'employeur, pour réaliser les aménagements de poste nécessaires.
- Catégorie 2 : visite de reprise chez médecin du travail : « souhaitez-vous reprendre ? » : si oui, aménagement de poste, notamment horaire ; si non, licenciement pour inaptitude.

Les mesures visant au maintien dans l'emploi :

- Les aménagements de poste : restrictions ou préconisations
- La RQTH (reconnaissance de qualité de travailleur handicapé) et l'invalidité permettent la mobilisation par le médecin du travail de Cap-Emploi, géré par AGEFIPH (association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées), dont les fonds proviennent des cotisations employeurs. Cette association est un tiers acteur dans l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées :
 - Sollicitation d'associations spécialisées pour un handicap spécifique, pour proposer des aménagements de poste bien adaptés à la situation.
 - Participation financière pour les aménagements de poste, si l'employeur n'a pas les moyens d'acheter les outils ou les aides humaines préconisés.
 - PSOP (prestation spécifique d'orientation professionnelle) : mobilisation par Cap-emploi ou Pole emploi ou Mission locale ; accompagnement pour accepter sa situation de handicap,

évaluer les possibilités d’insertion ou de reclassement dans l’entreprise actuelle, envisager de nouvelles pistes professionnelles, faire de nouveaux projets...

- Pole d'appui de maintien dans l'emploi (PAM) : la loi du 20/07/2011 stipule que les services de santé au travail inter-entreprises (SSTI) ont pour mission le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle. Cela a conduit au développement des PAM par presque tous les SSTI : ils sont composés de psychologue, ergothérapeute, assistante sociale spécialisée, assistante administrative, et au moins un médecin. Son travail est de faire un bilan global sur les raisons du défaut de maintien dans l'emploi, et d'entreprendre une remobilisation du patient.

La loi "Avenir professionnel" de 12/2018 a modifié en profondeur les formations professionnelles, notamment leur financement, avec maintenant un reste à charge pour les personnes de plus de la moitié du coût total, en sachant qu'un bilan de compétences coûte environ 1200€. De ce fait, les organismes privés proposent maintenant des bilans de compétences de manière morcelée, et le patient choisit la partie du bilan à laquelle il veut participer.

Toutes les entreprises cotisent à la formation, et un patient peut accéder à une formation à partir de 5 ans dans l'entreprise : il augmente progressivement sa cotisation personnelle de formation, mais avec un plafond à 500€, voire 800€ s'il est très peu qualifié, porteur d'une invalidité ou RQTH. Le patient se tourne vers son employeur, qui l'adresse vers l'organisme de formation auquel il cotise, et va avoir un rendez-vous avec un conseiller professionnel.

Le temps partiel thérapeutique doit nécessairement faire suite à 4 jours d'arrêt maladie à temps complet, sauf en ALD (exonérante ou non) où le TPT peut être prescrit directement, et après 1 jour à temps complet en accident de travail.

E) Annexe 5 – Entretien 4 - Médecin de MPR 1

Le réseau Comète est une unité d'insertion socioprofessionnelle précoce (UISP), d'organisation nationale mais chaque unité locale dépend obligatoirement d'un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), avec un recrutement uniquement de patients passés en hospitalisation complète ou de jour de ce centre. « Précoce » dans le sens « recrutement précoce » : les patients apparaissant à l'équipe soignante, en aigu pendant l'hospitalisation, comme pouvant nécessiter une aide par l'unité Comète, lui sont adressés.

Le suivi peut se faire pendant 1 an, à partir de la sortie d'hospitalisation en rééducation (d'hospitalisation complète ou d'hospitalisation de jour).

C'est donc un recours pouvant se faire rapidement, avant l'aboutissement d'une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (pour une RQTH ou une notification pour orienter vers une structure spécialisée pour le handicap en question), qui met 9 mois en moyenne, sans compter le frein du terme « handicapé », qui peut mettre du temps à être accepté par les patients.

L'une des applications fréquentes de cette unité est la consultation pluridisciplinaire à 3 mois post-Accident Vasculaire Cérébral, qui est d'organisation et de financement nationaux : cette consultation est programmée pour évaluer les difficultés à 3 mois de l'AVC, notamment les troubles cognitifs et cognitivo-comportementaux pouvant empêcher la reprise du travail (trouble d'attention ou de concentration), et pouvant être traités par une rééducation spécifique. Elle se déroule avec un médecin de Médecine Physique et Réadaptative + un ergothérapeute +/- un neuropsychologue et un professionnel du réseau Comète. Attention, cette consultation n'est pas spécifique de ce réseau.

Les autres rôles du réseau Comète, qui lui sont spécifiques, sont :

- L'accompagnement du patient pour une reprise de travail progressive, et notamment de manière fréquente en temps partiel thérapeutique, avec un recueil de poste : font le point avec le patient sur toute une journée classique de travail, dès le transport le matin, puis toutes les activités, l'organisation habituelle au travail, ... et cherchent ensemble la meilleure organisation pour une reprise de travail. Un compte-rendu écrit est rendu au patient, avec des recommandations pour l'organisation du temps de travail, qu'il peut donner au médecin du

travail. Il y a légalement une possibilité maximale d'un an de temps partiel thérapeutique, compris dans les 3 ans d'arrêt maladie. Généralement, ce temps partiel thérapeutique est arrêté par le médecin-conseil plus tôt que cela.

- L'essai de reprise encadrée : nécessite un accord par le médecin-conseil + le patient + le médecin du travail + l'employeur + le médecin généraliste. Le patient est remis à son poste de travail, pendant qu'il est toujours en arrêt, mais avec la mise en place des adaptations suggérées de poste ou de temps de travail, avec en tout 3 journées ou 6 demi-journées. Le patient est accompagné par un médecin de Comète, dans le transport à l'aller et également sur son lieu de travail, avec débriefing à la fin. Il est notamment utile pour les patients présentant une anosognosie, pour se rendre compte que la reprise va être difficile. C'est un processus assez lourd à mettre en place, donc encore assez peu utilisé.
- Ils travaillent également, quand cela est nécessaire, sur une reconversion professionnelle, en conseillant des formations complémentaires, ...

La relation avec les médecins du travail sont plutôt unilatérales car ils ne prennent en charge que des patients recrutés pendant une hospitalisation au centre SSR associé.

La relation avec les médecins-conseil est soit :

- Une demande par le médecin-conseil de justifier l'arrêt prescrit, généralement par courrier, mail ou téléphone. Mais cela arrive de moins en moins.
- Un courrier du MPR donné au patient, à transmettre au médecin-conseil en cas de convocation, pour expliquer pourquoi le patient est toujours en arrêt maladie. Mais cela est difficile car les patients sont généralement convoqués avec un délai de quelques jours.

La relation avec les médecins traitants est une relation classique de spécialiste : courrier, téléphone, ...

Pour chaque handicap, il existe des structures spécifiques permettant d'évaluer les capacités du patient, et l'accompagner ensuite dans sa reconversion professionnelle, sa construction de projet futur : l'entrée dans tous les cas se fait par le dossier MDPH, mais avec 9 mois de délai pour la RQTH et la notification (= autorisation), puis encore un peu d'attente pour entrer dans la structure. L'exemple pour les patients cérébrolésés est LADAPT.

F) Annexe 6 – Entretien 5 - Médecin réalisant des contrôles inopinés au domicile des patients

Tout d’abord le contrôle débute par la demande de l’employeur, par un mandat avec 3 feuillets:

- Le premier pour la demande de contrôle, avec l’adresse transmise par l’employé sur le Cerfa, ainsi que certaines informations concernant le salarié (la raison du contrôle notamment).
- Les 2 derniers feuillets où sera noté le résultat du contrôle (un pour l’employeur, un pour l’employé). Ces 2 feuillets doivent être identiques, et seront signés par le médecin contrôleur et contre-signés par le salarié.

Le médecin se présente au domicile, et si le salarié ne répond pas ou refuse d’ouvrir au médecin, ou si celui-ci ne peut pas rentrer dans l’immeuble, il laissera un avis de passage dans la boîte aux lettres, et notifiera de cela l’employeur : cela veut dire qu’il n’a pas pu faire le contrôle, et l’employeur tire les conclusions qu’il veut de cela.

D’après lui, le salarié peut se justifier secondairement, mais il est légalement censé donner son adresse actuelle, correcte et complète à son employeur.

Le médecin doit répondre uniquement à la question si l’arrêt de travail est médicalement justifié ou non. Il fait donc le point avec le patient sur son domaine d’activité, son poste de travail, les raisons initiales de l’arrêt de travail, l’évolution de la pathologie, les ordonnances avec la consommation de médicaments depuis l’arrêt maladie, et les examens complémentaires réalisés ou non.

Il rédige ensuite la décision finale, la signe et demande au salarié de la contre-signer. Si celui-ci refuse, il le notifie sur les feuillets, cela ne change pas la validité du contrôle. Il laisse enfin un des deux feuillets au salarié, et renvoie le dernier à l’employeur. L’employeur n’aura donc toujours pas connaissance du diagnostic.

D’après lui, les conséquences en cas d’arrêt de travail injustifié ou de refus de contrôle ou d’absence au moment du contrôle, peuvent être que l’employeur est en droit de diminuer de moitié la part qu’il verse au salarié en complément des indemnités journalières de l’assurance maladie, et donc de favoriser une reprise de travail plus précoce.

G) Annexe 7 – Entretien 6 - Médecin-conseil de la CPAM, chef du service des indemnités journalières du département du Rhône

Le ciblage des patients en arrêt maladie est décidé de manière nationale. Il y a eu une modification récente, avec différents critères, placés à un moment ou sur des pathologies où le service médical de la CPAM peut avoir un impact dans l'accompagnement ou dans le contrôle :

- Soit à 100-130 jours, pour arriver avant la borne des 6 mois : cette durée est importante car on sait qu'au-delà une personne sur deux ne reprendra pas le travail, et pour savoir s'il y a une justification à passer en ALDNE et avoir droit à plus de 6 mois d'indemnités journalières (qui est normalement la durée maximale pour un motif d'arrêt maladie).
- Soit de manière plus précoce, notamment pour les troubles musculosquelettiques, les pathologies peu graves comme les entorses de cheville par exemple, ou les troubles anxiodépressifs en lien avec le contexte professionnel comme le burn-out.
- Soit pour des arrêts itératifs pour un même motif, ...

Ce sont des algorithmes informatiques qui 'sortent' des arrêts maladies du lot, avec un double critère "motif + durée d'arrêt" (selon les référentiels d'arrêt maladie). Donc il n'y a pas de délai universel précis de convocation...

Pour prévenir d'emblée la désinsertion professionnelle, et quand il n'y a pas de nécessité d'un contrôle par le médecin-conseil, le patient reçoit une invitation (et non pas une convocation) pour un rendez-vous d'accompagnement avec un conseiller technique de l'assurance maladie : son rôle est de recueillir les informations sur les difficultés liées au travail, faire le point avec l'assuré, et d'avoir un rôle de conseil sur les démarches à effectuer ou non (demande de visite de pré-reprise, réorientation professionnelle).

Au-delà de 6 mois, les patients sont reconvoqués pour évaluer si la poursuite de l'arrêt de travail est nécessaire, et en cas de stabilisation (c'est-à-dire d'absence d'amélioration attendue

grâce à l'arrêt maladie, qui permettrait une reprise de travail), une fin de l'arrêt maladie est décidée, soit par une reprise de travail, soit par une mise en invalidité. Cette dernière peut être décidée d'emblée par le médecin-conseil pendant une consultation de contrôle, soit demandée par le médecin traitant et acceptée par le médecin-conseil. Une invalidité « par forclusion » se produit quand un patient atteint 3 ans d'arrêt de travail et qu'il ne peut pas reprendre le travail.

Un patient en temps partiel thérapeutique peut être contrôlé de la même manière qu'en arrêt à temps complet, selon divers critères (durée, motif, ...) : le temps partiel thérapeutique doit être une manière temporaire de se réhabituer au travail, et il ne faut pas laisser au patient le temps de s'y habituer, car derrière il est presque aussi compliqué de reprendre du temps partiel au temps complet que directement d'un arrêt complet.

Si un employeur contacte la CPAM au sujet d'un contrôle au domicile, qui conclut à l'absence de justification à la poursuite de l'AM : le patient va être convoqué par le médecin-conseil pour réévaluer la situation.

H) Annexe 8 – Entretien 7 - Secrétaire général du comité médical du Rhône

Le comité médical est composé d'un secrétaire général, et de médecins agréés par l'Agence Régionale de Santé (généralistes et spécialistes, liste délivrée par le préfet pour 3 ans). Il se réunit une fois par mois pour gérer les dossiers transmis par les différentes administrations (territoriale, hospitalière et d'état), au sujet des congés maladie prolongés ou des réintégrations après congé maladie prolongé. Son avis est rendu à l'administration par un Procès-Verbal.

Le régime de contrôle se fait grâce à ces médecins agréés (liste proposée par l'Agence Régionale de Santé, validée par le préfet, pour 3 ans également), qui sont missionnés pour contrôler les agents, sur convocation pour rendez-vous au cabinet du médecin, ou en cas d'impossibilité pour le patient de se déplacer, une visite à domicile sera organisée.

Les fonctionnaires n'ont pas d'horaire de présence au domicile quand ils sont en arrêt maladie, et ne peuvent pas avoir de contrôle inopiné au domicile.

La prescription d'arrêt maladie est faite par un médecin généraliste ou spécialiste, sur le Cerfa habituel, le patient gardant le volet n°1, et donnant les volets 2 et 3 à son administration. Le patient a 48 heures pour le déclarer à son administration, comme dans le privé.

En cas d'arrêt maladie simple, le patient est en « Congé de Maladie Ordinaire » (CMO), qui est d'une durée maximale de 1 an sur 12 mois consécutifs (pour l'ensemble des motifs d'arrêt maladie sur les derniers 12 mois). Il est géré pendant les 6 premiers mois par son administration qui peut soit ne rien faire, soit demander un contrôle via une consultation avec un médecin agréé (une convocation sera envoyée à son domicile). Le patient est payé à plein salaire pendant 3 mois, puis est à demi-salaire (+/- complément par une prévoyance, souscrite personnellement).

Par contre, à 6 mois, un avis du comité médical est nécessaire pour la poursuite ou non de l'arrêt. La première étape est l'envoi d'un courrier de l'administration, ainsi que la copie des arrêts médicaux, au comité médical, qui va déjà évaluer le dossier, et se rapprocher du médecin prescripteur pour obtenir des informations complémentaires : pour cela, un courrier est envoyé en expliquant que le patient va passer en commission, et que pour bien comprendre la situation,

un certificat médical descriptif serait utile (pour faciliter les choses, une enveloppe pré-timbrée est associée au courrier pour renvoyer le certificat médical). Il n'y a donc pas d'échange direct entre les médecins agréés et le médecin prescripteur.

Le comité médical ne dispose pas d'une messagerie protégée, mais parfois des échanges par mails ordinaires sont faits, quand les 3 parties (patient, comité médical et médecin prescripteur) sont d'accord pour cela, notamment quand le temps presse (réunion du comité dans quelques jours par exemple).

A l'issue de la commission :

- Si la prolongation est justifiée : soit poursuite du CMO et réévaluation à 12 mois, soit entrée en CLD ou CLM si le patient est demandeur et remplit les critères.
- En cas de doute sur la pertinence d'une poursuite de l'arrêt, le comité peut demander une expertise via un médecin agréé, qui rendra son rapport au comité médical.

En cas de prolongation de 6 à 12 mois de CMO, à l'issue des 12 mois :

- Passage en « Congé Longue Maladie » (CLM) (ou congé grave maladie pour un contractuel non-fonctionnaire) : le patient peut en bénéficier seulement s'il a une pathologie qui fait partie d'une liste (décret du 14/03/1986), et si le patient est demandeur de cela. En cas de pathologie hors liste, mais « mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rendant nécessaire un traitement et des soins prolongés, et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée », une demande peut être faite au comité médical, avec un certificat médical expliquant les raisons de la demande, et un avis sera pris auprès du comité médical supérieur.

Le CLM peut durer 3 ans au maximum, avec un an à plein traitement.

- Passage en « disponibilité d'office pour raison de santé » (DORS) : c'est un statut pour les patients ayant épuisé leur congé maladie (CMO, CLD ou CLM), qui ne peuvent toujours pas reprendre leur emploi, mais pour qui il est estimé qu'il y a une probabilité qu'ils le puissent dans un futur proche.

En DORS, les patients ne cotisent plus pour la retraite, et ont des indemnités qui n'atteignent pas le demi-traitement. La durée maximale est de 3 ans.

- S'il est estimé qu'il n'y aucune probabilité de reprise de travail, va être lancée une procédure de reclassement ou d'invalidité (retraite pour invalidité ou licenciement sans pension).

Le dernier type de congé est le « Congé Longue Durée » (CLD) : pour en bénéficier il faut être atteint d'une pathologie faisant partie d'une liste de 5 affections (psychiatrie, oncologie, la polyomyélite, la tuberculose et le VIH). Il peut durer 5 ans au maximum, dont 3 ans à plein traitement.

A noter que si après 12 mois de CMO, le patient entre en CLM ou CLD, ces 12 mois seront compris dans les 3 ans de CLM ou les 5 ans de CLD. Il faut reprendre son emploi pendant 12 mois pour effacer l'historique de son CLM. Par contre, il n'y a que 5 ans de CLD par affection dans toute la carrière du fonctionnaire, même de manière morcelée en cas de rechute de la pathologie initiale (exemple fréquent d'une pathologie cancéreuse ou psychiatrique).

Un avis du comité médical est nécessaire au moment de la réintégration au poste, si l'arrêt a duré plus de 12 mois en CMO, ou pour n'importe quelle durée d'arrêt en CLM ou CLD : le patient est adressé chez un médecin agréé pour évaluer s'il est apte pour sa reprise (que ce soit reprise en plein horaire ou en temps partiel thérapeutique).

Un avis du médecin de prévention sera pris en complément selon l'avis de l'administration. Chaque administration a son propre service de médecine du travail. Les médecins du travail sont appelés "médecins de prévention", et ont le même rôle que le médecin du travail pour les patients du régime général.

A chaque étude de dossier au comité médical et par le médecin agréé, une évaluation de la probabilité de reprise à l'emploi est faite : si le comité considère qu'une reprise de travail est impossible, ils pourront déclarer une invalidité, qui correspond dans la fonction publique à une retraite pour invalidité, ou un licenciement avec ou sans pension (après l'avis du service des pensions du ministère des finances), notamment avant l'accord d'un congé long (CLM ou CLD).

Mais on ne peut pas se séparer d'un fonctionnaire qui n'a pas épuisé l'ensemble de ses congés statutaires. C'est-à-dire qu'un fonctionnaire qui est considéré inapte à tout emploi dès l'étude de

son dossier à 6 mois de CMO, sera réévalué par le comité médical à 12 mois, pour voir si son état a évolué.

S'il n'est inapte qu'à son poste, va être lancée une procédure de reclassement :

- Le médecin de prévention le déclare inapte à son poste.
- Le dossier est présenté devant le comité médical, avec certificat du médecin de prévention pour expliquer la situation : validation ou non de la demande.
- Essai d'aménagement de poste ; si l'aménagement de poste n'est pas suffisant ou possible :
 - Si le patient est demandeur du reclassement : on essaie d'abord un changement d'affectation sur un autre poste de même grade dans la même administration (si disponibilité de poste), et si cela n'est pas possible ou refusé par le patient, par un reclassement sur une autre administration ou un autre corps.
 - Si le patient n'est pas demandeur, ou refuse les propositions : soit retraite pour invalidité, soit licencié avec ou sans pension (après l'avis du service des pensions du ministère des finances : si le patient a refusé les propositions alors qu'a priori il n'y a pas de contre-indication médicale à cela, le service des pensions pourrait ne pas verser de pension).

Pendant la procédure de reclassement, le patient peut entrer en "période de préparation de reclassement" : c'est une sorte de contrat, si le fonctionnaire est acteur de son reclassement via des formations, ou des essais détachés avec une mise en situation, qui lui permet d'être à plein traitement (au lieu de demi-traitement).

Après un reclassement dans une autre administration, le patient entre dans une période d'essai d'un an, après laquelle il devient admissible à ce nouveau corps. A ce moment-là, il faut de nouveau déclarer l'inaptitude définitive sur son ancien poste.

Quand un fonctionnaire reprend à temps partiel thérapeutique, il est payé à plein salaire. Ce sont obligatoirement des périodes de 3 mois renouvelables, dans la limite de 1 an par affection sur l'ensemble de la carrière. La procédure :

1. Prescription du temps partiel : soit sur le Cerfa classique, soit sur un formulaire spécifique disponible depuis 05/2018, sur lequel est notamment présente une rubrique pour préciser le

pourcentage de temps partiel que l'on souhaite (50 à 90%). En l'absence d'information, ou via le Cerfa classique, il sera effectué un temps partiel à 50%.

2. Acceptation par un médecin agréé, sur demande de l'administration ; si l'avis du médecin agréé est de ne pas accorder le TPT, un avis auprès du comité médical sera pris pour trancher.

3. Organisation du temps partiel avec le médecin de prévention, comme dans le privé.

Pour chaque décision, une contestation est possible de la part du patient, par saisine du comité médical supérieur siégeant à Paris. Il réévalue les cas uniquement sur dossier, avec la transmission du dossier par le comité médical, qui peut être complété par une contre-expertise demandée par le patient, avec le médecin de son choix (mais qui ne sera valable uniquement si c'est un médecin agréé ou un PUPH).

En somme, le comité médical est consulté pour :

- La prolongation des CMO de plus de 6 mois.
- L'attribution et le renouvellement des CLM et CLD (les prolongations sont accordées pour 3 à 6 mois maximum) : le renouvellement est soit accordé sur dossier, soit après réévaluation par médecin agréé, selon les cas.
- Le contrôle régulier des patients en DORS (tous les 6 mois environ).
- La réintégration après 12 mois de CMO, ou n'importe quelle durée en CLM ou CLD.
- L'aménagement des conditions de travail après congé maladie ou DORS.
- En cas de reprise à temps partiel, seulement si avis discordant entre médecin agréé et médecin prescripteur.
- Durant la procédure de reclassement.

En cas d'impossibilité de reprendre à la fin des congés d'arrêt maladie (quel qu'ils soient) :

- Soit mis en DORS pour inaptitude temporaire
- Soit reclassement pour inaptitude définitive
- Soit retraite pour invalidité si impossibilité de reclassement ou si inaptitude permanente et définitive à toutes fonctions.

I) Annexe 9 – Entretien 8 - Médecin de MPR 2

Cette MPR revoit les patients qui poursuivent la rééducation alors qu'ils sont rentrés à domicile, sur 2 ou 3 demi-journées par semaine, parfois durant un an de prise en charge. Elle est donc souvent amenée à renouveler les arrêts maladies. Pour autant, ses rapports avec les médecin-conseils sont très peu développés : ils lui demandent parfois des compléments d'information suite à des convocations, ou avant de voir le patient en convocation (demande de comptes rendus d'hospitalisation ou de consultation, en cas de patient compliqué par exemple). Elle ne fait que très peu de demande d'invalidité, et laisse le soin au médecin traitant ou au réseau Comète d'accompagner le patient dans cette demande, mais par contre elle rédige régulièrement des certificats pour les dossiers de MDPH.

Les rapports avec les médecins généralistes sont ceux d'un spécialiste, avec les courriers de liaison.

Les seules fois où cette médecin oriente vers le médecin du travail, est quand elle prescrit des reprises en temps partiel thérapeutique. Sinon l'orientation et l'accompagnement du patient au niveau professionnel sont faits par le réseau Comète.

J) Annexe 10 – Entretien 9 - Directrices des Ressources Humaines

A la réception d'un avis d'arrêt médical, du point de vue de l'employeur :

1. Envoi des 3 dernières fiches de salaire à la CPAM pour le calcul du montant des indemnités journalières.
2. Le contrat de l'employé est suspendu jusqu'à la reprise de travail.
3. Au retour de l'employé : uniquement si l'arrêt a duré plus de 30 jours, le service des ressources humaines avertit le médecin du travail pour réaliser une visite de reprise. A noter que la visite de pré-reprise se fait uniquement à l'initiative de l'employé et n'est pas obligatoire.
4. En cas de reprise anticipée : l'employeur avertit la CPAM dans les 5 jours suivant la reprise, notamment pour qu'elle puisse arrêter le versement des indemnités journalières. En cas de reprise de travail à la date prévue, cela sera notifié dans la "déclaration sociale mensuelle".

La réponse du médecin du travail à l'employeur est soit :

- Apte pour son poste
- Apte avec restrictions ou aménagement de poste nécessaire. Dans leur entreprise, après réception d'un tel avis du médecin du travail, est organisée une réunion entre le service des ressources humaines (RH) + le manager de l'employé + l'employé, dans les premiers jours de la reprise, pour évaluer la faisabilité de ces aménagements, et organiser le poste. En cas d'impossibilité financière ou pratique de réaliser les aménagements, le service RH revient vers le médecin du travail pour lui expliquer pourquoi.
- Inapte pour son poste :
 - Avec dispense de reclassement car « Tout maintien du salarié dans un emploi serait préjudiciable à sa santé » ou « L'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi » : dans ce cas l'employeur ne propose pas de reclassement, et l'employé est licencié pour inaptitude.
 - Sans dispense de reclassement :

- o Le médecin du travail rend à l'employeur la fiche d'inaptitude en signalant la 'fiche de poste' compatible avec l'état de santé de l'employé.

- o L'employeur fait un état des lieux de tous les postes disponibles dans l'ensemble des établissements de l'entreprise. Puis a l'obligation de proposer une liste au médecin du travail, en décrivant les conditions physiques de tenue du poste (horaires, température, port de charge, ...), et les compétences requises pour chaque poste.

- o Le médecin du travail répond ensuite favorablement ou non pour chaque poste proposé.

- o En cas de refus par le patient des propositions de reclassement, l'employeur peut faire de nouvelles propositions de reclassement, ou licencier l'employé pour inaptitude.

Tout licenciement pour inaptitude doit passer par une réunion avec le Comité Social Économique (CSE, qui remplace le Comité d'Entreprise), au cours de laquelle on informe le CSE de la procédure d'inaptitude en cours et pour demander son avis. Ensuite, le patient est convoqué pour entretien préalable au licenciement, et enfin on procède au licenciement.

A noter qu'à partir de la déclaration d'inaptitude, le contrat de l'employé est suspendu pendant 1 mois, période pendant laquelle il n'est pas payé. Si au bout de ce délai il n'est toujours pas licencié ou reclassé, l'entreprise doit reprendre le paiement de son salaire, et donc a tout intérêt à avoir terminé la procédure dans le mois qui suit (même s'il n'y a rien d'obligatoire à cela).

Il ne faut pas oublier qu'une inaptitude ne peut être déclarée quand un patient est en arrêt maladie (ce serait un vice de procédure) : il passe déjà par une visite de reprise après la fin de son arrêt maladie, où l'inaptitude est déclarée par son médecin du travail.

En cas de contrôle à domicile mandaté par l'entreprise, concluant à l'absence de justification de la poursuite de l'arrêt maladie, la seule latitude de l'entreprise est d'arrêter de verser le complément employeur aux indemnités journalières (cela dépend des conventions collectives, mais la plupart du temps ce complément employeur est de 70 à 90% du salaire, les indemnités journalières correspondant à 70% du salaire en moyenne).

La différence entre une rupture conventionnelle et une démission est que la rupture conventionnelle ouvre droit au chômage dans les suites, comme le licenciement. Elle ne peut être faite que pour un contrat à durée indéterminée.

Quant une invalidité est déclarée par la CPAM, l'employeur n'est pas directement notifié : le patient en informe son service RH, qui l'adresse en visite chez le médecin du travail. En cas d'invalidité 1ère catégorie, cela va entraîner une modification du contrat, avec un passage à temps partiel, dont l'organisation va être décidée par le médecin du travail.

Si un patient a une demande de RQTH validée, la seule différence sera qu'en cas de préconisation d'aménagement de poste par le médecin du travail, il y aura davantage de moyens financiers à disposition, et que Cap-emploi pourra intervenir comme « facilitateur » : c'est lui qui prend contact avec l'entreprise, puis organise des visites de poste et propose des aménagements de poste, mobilise les fonds de l'AGEFIPH et monte les dossiers administratifs.

En cas de prescription de temps partiel thérapeutique :

1. Le médecin du travail confirme d'abord l'aptitude à la reprise à temps partiel.
2. Puis organise ce temps partiel : généralement il demande un temps de travail à 50% avec 5 demi-journées travaillées.
3. Si cela ne convient pas à l'employeur, le service RH revient vers le médecin du travail pour modifier l'organisation.

Au niveau des formations professionnelles, elles peuvent être financées par l'entreprise si elles entrent dans le cadre d'un reclassement au sein de l'entreprise. Si c'est pour un processus de reconversion, il n'y a pas de nécessité d'en informer l'employeur, et une aide financière peut être apportée par le Compte Professionnel de Formation (cotisations personnelles augmentant avec l'ancienneté), ou par Pôle emploi.

L'employeur et le service RH n'ont de relation qu'avec le médecin du travail et aucunement avec un autre médecin. Un certificat médical fait par un autre médecin que le médecin du travail n'a aucune valeur aux yeux de l'employeur.

K) Annexe 11 - Entretien 10 - Chargé de relations commerciales de Medical Partner

En cas d'absence au domicile, au moment des horaires de présence, ou si le médecin contrôleur n'a pas pu accéder au logement car toutes les informations nécessaires n'ont pas été remplies correctement par le patient sur le Cerfa (mauvaise adresse, ou numéro de digicode non rempli, ...), l'employeur peut appeler le patient pour avoir des explications, mais il n'est pas dans l'obligation de le faire et peut d'emblée suspendre le versement du complément employeur aux indemnités journalières.

En cas de contre-visite concluant à l'absence de justification médicale de poursuite de l'arrêt maladie, l'employeur suspendra immédiatement le versement du complément employeur.

Les conclusions de la contre-visite seront transmises à la CPAM seulement si l'employeur le décide. En cas d'absence simple au domicile, la CPAM ne reconvoque généralement pas les patients, mais le fait systématiquement en cas d'avis négatif à la poursuite de l'arrêt.

L) Annexe 12 – Entretien 11 - Médecin généraliste

Ses rapports avec les médecins conseils :

Il rappelle que la plupart du temps, pour les arrêts de travail courts, il n'y a pas de rapport particulier, mais il n'y en a pas non plus besoin.

Dans le cadre des arrêts de travail qui se prolongent, les rapports sont généralement limités, souvent par courrier à la suite de la convocation du patient "je me prononce en faveur d'une reprise de travail" par exemple. Et parfois des relations plus rapprochées, sur des cas particuliers et des dossiers compliqués qui se prolongent : a eu récemment une demande de rendez-vous de la part d'un médecin-conseil pour discuter de deux dossiers, et lui-même a déjà appelé ou initié une discussion par mail au sujet de plusieurs patients en particulier.

Il sent qu'il y a une volonté d'être plus en lien direct avec les médecins généralistes.

Il rappelle qu'il ne faut pas oublier que le secret médical s'applique également, de la même manière qu'avec un autre spécialiste, et qu'il faut demander l'accord au patient avant de discuter de son dossier avec le médecin-conseil quand celui-ci demande des informations complémentaires. L'intérêt du patient prime évidemment, et le patient peut décider de ne pas donner toutes les informations au médecin-conseil pour ne pas risquer de précipiter une entrée en invalidité : cela reste son choix et c'est au médecin d'essayer de lui donner le maximum d'informations pour qu'il puisse faire son choix.

Dans le cadre des demandes d'invalidité, il n'a pas tellement de relation avec les médecins-conseils, le patient remplit le formulaire de demande d'invalidité, qui est étudié ensuite par le médecin-conseil. Pour le passage d'une invalidité catégorie 1 à 2, il renvoie un autre certificat de réévaluation. Ce médecin n'a pas eu de cas de patient souhaitant rétrograder d'une catégorie 2 à 1 ou de 1 à 0.

Il est rarement au courant quand un de ses patients est convoqué pour une consultation avec un médecin-conseil. Dans le cas où il est prévenu par son patient, il ne fait pas toujours de courrier, car part du principe que son arrêt de travail est indiqué, et les comptes rendus des examens paracliniques que les patients apporteront justifieront l'arrêt ; pour les pathologies d'ordre psychiatrique type syndrome dépressif, il propose par exemple au patient d'imprimer la

dernière échelle d'Hamilton, pour donner un document objectif au médecin-conseil. Par contre, dans le cas d'un patient où il sent qu'il est en difficulté dans la prise en charge de l'arrêt et de la reprise de travail, il peut plus volontiers faire un courrier détaillé au médecin-conseil.

Ses rapports avec les médecins du travail :

Il demande souvent aux patients de voir rapidement leur médecin du travail, en cas d'arrêt de travail prolongé, pour une visite de pré-reprise, mais il leur est souvent répondu au secrétariat quand ils veulent prendre rendez-vous, qu'ils seront uniquement vus lors de la fin de l'arrêt pour une visite de reprise. Il déplore cela, notamment pour les cas de souffrance psychologique au travail, car lors de la reprise à la fin de l'arrêt, aucune mesure n'est prise en amont pour améliorer la situation, et le temps de mettre en place des mesures, les patients risquent d'être de nouveau en arrêt. Par contre, il est satisfait du rapport avec les médecins du travail, qui font dans la grande majorité des cas un compte-rendu de leur consultation.

Il n'a pas l'habitude de travailler en collaboration avec des assistantes sociales dans le cadre des arrêts de travail. Parfois, les patients peuvent lui dire en consultation qu'ils ont vu une assistante sociale de leur propre chef, mais c'est plus dans le cas de dossiers de CMU, rarement pour des problématiques professionnelles ou en rapport avec un arrêt de travail.

En ce qui concerne les patients fonctionnaires et les rapports avec les comités médicaux :

C'est pour lui assez flou, il trouve que cela dépend des administrations, mais en tout cas on lui demande de nombreux documents pour chaque patient. Par contre, dans l'autre sens, quand lui veut chercher des informations auprès d'un comité médical pour savoir où en est le dossier, il trouve cela très compliqué avec peu d'informations transmises. Il lui arrive d'avoir des courriers parfois suite aux réunions du comité médical et la discussion du dossier d'un patient.

Il a le sentiment que la prise en charge est plus prolongée pour ces patients, car les procédures prennent du temps.

"Que penses-tu du ressenti des patients au sujet de leur prise en charge, leur arrive-t-il de se sentir perdu au milieu des trois spécialistes différents ?"

Il répond que cela dépend des patients, certains comprennent très bien, mais d'autres confondent les termes notamment inversion médecin du travail et médecin-conseil. Mais les rôles de chacun sont généralement bien compris.

Au sujet la communication avec les différents spécialistes, et s'il la trouve suffisante actuellement ou non : pour la grande majorité des arrêts, qui sont courts, il n'y a aucune communication mais il n'y en a pas besoin. Ensuite, pour les arrêts longs, il trouve que la chose à améliorer selon lui, serait d'avoir plus de retour de la part des médecins-conseils : ils écrivent principalement dans les cas où ils ne sont pas d'accord avec la poursuite de l'arrêt maladie, mais il aimerait avoir leur retour également dans les cas où ils sont d'accord avec sa poursuite, pour avoir leur point de vue sur la suite à plus long terme, comme par exemple "d'accord pour la poursuite de l'arrêt mais penser à faire telle ou telle chose", ou "d'accord pour la poursuite de l'arrêt mais orientation probable vers ...".

En ce qui concerne les formations professionnelles, il y a évidemment plusieurs fois où il est arrivé à la conclusion en discutant avec des patients qu'il y avait une nécessité de réorientation professionnelle pour leur bien, mais cela reste flou pour lui de savoir à quel endroit le patient doit se rendre pour cela. Pour lui, il y a deux grands cas de figure : les travailleurs du bâtiment, mais qui bien souvent n'ont pas les ressources financières pour se permettre cela, et les cadres ou apparentés, plus aisés financièrement ce qui leur permet plus facilement de sauter le pas, et qui du coup n'hésitent pas à prendre les initiatives et se renseignent de leur côté sur les démarches à effectuer.

M) Annexe 13 – Entretien 12 - Assistante sociale de la Métropole de Lyon

- Avez-vous régulièrement des personnes que vous prenez en charge, en lien avec des arrêts maladies prolongés ?

Oui, avec notamment une augmentation du suivi des personnes qui sont en arrêts de travail, ces dernières années.

Les usagers viennent les voir de leur propre chef, ou conseillés par leur médecin de prévention ou leur supérieur hiérarchique, s'ils ont identifié une problématique sociale, ou encore via un relai technique par les ressources humaines : soit par le service des ressources humaines de proximité lorsque qu'un arrêt maladie est considéré à risque de passer en CLM ou CLD (notamment sur le motif de prescription), soit par la direction des ressources humaines au niveau fédéral lors du passage d'un CMO en CLD ou CLM. Dans ces deux cas, les usagers reçoivent un courrier leur proposant notamment de rencontrer un ou une assistant(e) social(e) avec leurs coordonnées.

Elle trouve que leur intervention en lien avec les arrêts maladies est importante au départ de l'arrêt, et à la fin des droits ou la reprise du travail. Au départ, elle aide surtout les usagers à comprendre leurs différents droits et différents types de congé maladie : beaucoup d'agents ignorent leurs droits et l'articulation de ceux-ci. En fin de congé et en cas de problématique pour la reprise de travail et de reclassement : il y a notamment des difficultés pour des usagers chez qui le médecin agréé certifie qu'il n'y a pas d'inaptitude pour tout poste, mais où le médecin de prévention note des restrictions importantes et donc une nécessité de reclassement. Mais en cas d'impossibilité de reclassement (soit à cause de la structure de la métropole, soit de par les compétences de la personne), l'usager est mis en disponibilité d'office pour raison de santé, il n'y a pas de licenciement pour inaptitude (par contre, l'usager touchera un demi-salaire). Il faut noter qu'en disponibilité d'office, les patients ne cotisent pas pour leur retraite ; et qu'en cas de retraite pour inaptitude à tout poste, l'usager touche une retraite pour inaptitude avec une rente mensuelle qui n'évoluera pas, quel que soit son âge : c'est donc différent en cas d'invalidité dans

le secteur privé, où la personne continue à cotiser pour la retraite, et au passage en retraite pour inaptitude sa pension de retraite sera différente de la rente d'invalidité.

On note tout de même que la fonction publique est en cours de modification, notamment avec la récente loi de 2019 qui souhaite une modernisation, avec une augmentation du nombre de contractuels et ouvre la porte à la négociation de salaires, et d'un autre côté à la démission et la rupture conventionnelle.

Ses rapports avec les différents médecins :

Avec le comité médical, il n'y a aucune relation : uniquement des interventions de la part de l'assistante sociale pour des dossiers très particuliers avec un problème spécifique, comme par exemple des patients qui ont besoin d'aide pour se rendre à une visite avec un médecin agréé demandée par le comité médical, ou demander au comité médical d'avancer le passage de son dossier pour un patient qui aurait besoin de reprendre le travail rapidement.

Par contre il y a de très nombreux rapports avec les médecins de prévention. Ces derniers leur adressent des patients suite à des visites, les assistantes sociales peuvent adresser des usagers suite à une visite alors qu'ils n'ont pas encore vu leur médecin de prévention (plus rare), et ont des réunions régulières avec également les psychologues et infirmières du service : des dossiers sont discutés, pour lesquels il y a une problématique en lien avec le handicap (en lien avec la cellule 'mission handicap'), puis les risques psychosociaux, puis les problématiques collectives.

N) Annexe 14 – Attestation de suivi du MOOC Introduction à la cartographie des processus métiers avec BPMN



FRANCE
UNIVERSITÉ
NUMÉRIQUE



ATTESTATION DE SUIVI AVEC SUCCÈS

Lemaire Etienne
a suivi avec succès le MOOC*

Introduction à la cartographie des
processus métiers avec BPMN - CARTOPRO'S 2020
proposé par Université Jean Moulin Lyon 3
et diffusé sur la plate-forme FUN
Le 23/03/2020

Enseignants

Eric DISSON
Maître de Conférences en Informatique

Leslie HUIN
Docteur en Informatique

Guilaine TALENS
Maître de Conférences en Informatique

<https://www.fun-mooc.fr>

* MOOC : cours en ligne

La présente attestation n'est pas un diplôme et ne confère pas de crédits (ECTS).
Elle n'atteste pas que le participant était inscrit à l'Université Jean Moulin Lyon 3.
L'identité du participant n'a pas été vérifiée.

LEMAIRE Etienne

Réalisation d'une cartographie selon la norme BPMN du parcours de soins d'un patient en arrêt maladie, à visée pédagogique pour les internes de médecine générale.

Thèse Médecine Générale : Lyon 2021 ; n° 42

RESUME : Introduction : L'importance médicale, socioprofessionnelle et économique de l'arrêt de travail, et sa fréquence élevée de prescription en médecine générale, contrastent avec les difficultés que les médecins généralistes ressentent dans ce domaine. De plus, nous n'avons pas retrouvé d'étude s'intéressant spécifiquement à l'organisation pratique et réglementaire de la prescription d'un arrêt de travail. Nous avons appliqué à cette organisation la cartographie des processus, qui est le principe de modéliser de façon formalisée l'ensemble des étapes d'un processus, et la notation graphique standardisée BPMN : elles sont utilisées habituellement par les entreprises pour apporter une vue d'ensemble de leurs activités et améliorer leurs organisations. Notre objectif était de décrire le parcours de soins d'un patient en arrêt maladie, avec les rôles et actions de chacun des acteurs, particulièrement le médecin généraliste, le médecin du travail, et le médecin-conseil de la CPAM, ainsi que d'illustrer les moyens de communication entre eux. Matériel et méthodes : Après une étude de pratique des différents acteurs médicaux et non médicaux, nous avons modélisé plusieurs diagrammes de collaboration, qui ont ensuite été relus par plusieurs des acteurs, pendant et après leur modélisation. Étaient exclues les particularités d'un arrêt de travail prolongé au-delà de 6 mois chez les fonctionnaires, et les problématiques des accidents du travail et maladies professionnelles. Résultats : Sept diagrammes ont été créés : le premier concerne l'arrêt travail de courte durée, trois se focalisent sur les actions du médecin généraliste, du médecin du travail et du médecin-conseil de la CPAM, un autre sur le point de vue du patient, et les deux derniers sur la procédure d'invalidité et de contrôle médical au domicile du patient. Discussion : La cartographie étant la représentation fidèle d'un processus, notre étude a permis de refléter la pratique quotidienne des différents acteurs intervenant dans la prise en charge, la communication entre eux et les différentes procédures administratives et réglementaires à suivre par les médecins et le patient. Il ressort des modélisations une complexité de l'organisation et un manque de communication entre les acteurs, surtout car cette dernière est en pratique limitée et peu formalisée, le patient étant le seul lien constant entre eux. Conclusion : Cette cartographie pourrait être un nouvel outil pédagogique, permettant de faciliter la pratique des internes de médecine générale, de mieux appréhender le système dans son ensemble et de favoriser la collaboration avec les médecins du travail et médecins-conseil de la CPAM : cela leur permettrait d'adapter leur prescription, d'être plus proactif et ainsi prévenir au mieux la désinsertion professionnelle. Après une diffusion souhaitée auprès des internes de médecine générale de la faculté de Lyon, une étude évaluant son impact serait utile avant une éventuelle diffusion à plus grande échelle.

MOTS CLES : Arrêt de travail, Modélisation spécifique au patient, Représentation graphique Prestation des soins de santé, Système de santé, Collaboration intersectorielle, Pédagogie, Enseignement

JURY : Président : Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent

Membres : Monsieur le Professeur COLIN Cyrille

Monsieur le Professeur CONFAVREUX Cyrille

Monsieur le Dr LEVY Yvan

DATE DE SOUTENANCE : 11/03/2021