



Prescription des arrêts de travail en médecine générale : description des critères fonctionnels et contextuels

Nadir Kellou¹, Paul Frappé², Catherine Barral³, Laurent Letrilliart^{1,4}

exercer 2010;92:68-74.

laurent.letrilliart@wanadoo.fr

1. Département de médecine générale, Université Lyon 1

2. Département de médecine générale, Université de Saint-Étienne

3. CTNERHI, Centre collaborateur de l'OMS pour la CIF en langue française, Paris

4. Laboratoire universitaire Santé, Individu, Société (SIS), EA 4129, Université Lyon

Contexte. La prescription des arrêts de travail comporte des enjeux économiques et sanitaires importants. Il s'agit d'un acte médical, pour lequel les médecins ne disposent pas d'outil adapté pour évaluer précisément l'incapacité professionnelle des patients liée à des facteurs contextuels.

L'objectif principal de l'étude AT-CIF (Arrêts de Travail en médecine générale à partir de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé) était de décrire les limitations fonctionnelles des patients et les facteurs environnementaux qui entrent en compte dans la prescription d'un arrêt de travail.

Méthode. Étude transversale descriptive réalisée en cabinet de médecine générale. Les investigateurs étaient 9 internes de la faculté de médecine de Lyon 1, préalablement formés à l'utilisation d'une liste sélective d'items dérivée de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF, OMS). Tous les patients auxquels un arrêt de travail a été prescrit entre décembre 2007 et mars 2008 ont été inclus.

Résultats. L'échantillon comportait 435 patients, dont l'âge médian était de 36 ans. La majorité était des hommes (54,3 %), employés (57,7 %), vivant en couple (71,7 %), avec des enfants (60,9 %), sans pathologie chronique (75,4 %). La majorité des arrêts de travail prescrits était des arrêts initiaux (81,1 %) et leur durée moyenne était de 4 jours. Les problèmes de santé les plus fréquemment à l'origine de l'arrêt étaient un syndrome grippal (20,7 %), une gastroentérite (10,5 %), une dépression (4,1 %), une lombalgie (3,9 %) et une infection aiguë des voies respiratoires supérieures (3,4 %).

La déficience de fonction organique la plus fréquente était une sensation de douleur (19,5 %). La limitation d'activité la plus fréquente était la capacité à fixer son attention (16,6 %). Lorsqu'un obstacle environnemental était identifié (43,2 %), il correspondait le plus souvent à un défaut d'adaptation du poste de travail (40,9 %).

Conclusion. La liste d'items dérivée de la CIF a été jugée simple et rapide d'utilisation par les investigateurs, et adaptée à la description des limitations fonctionnelles des patients en arrêt de travail. Seule la description des obstacles environnementaux à l'exercice de l'activité professionnelle a posé des difficultés aux médecins.

Mots-clés

Arrêt de travail

Incapacité

Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Introduction

En France, environ trois quarts des arrêts de travail sont prescrits par des médecins généralistes¹. Après une période de forte progression entre 1997 et 2002, puis une période de diminution entre 2003 et 2006, leur prescription a de nouveau augmenté². La majorité des arrêts de travail prescrits en 2005 étaient de courte durée (64 % de moins de 14 jours). Ces derniers représentaient 8 % des indemnités journalières. En 2002, la durée moyenne des indemnités journalières était de 9,9 jours par salarié, variant de 6,3 jours à Paris, à 15,4 jours dans les Bouches-du-Rhône³. Ces variations géographiques pourraient être en partie expliquées par le contexte économique (secteur d'activité,

catégories socioprofessionnelles, taux de chômage, etc.), et par l'état de santé des populations (affections de longue durée, pathologies donnant lieu à des soins de rééducation, etc.)⁴. Si différentes études ont permis d'identifier certains facteurs individuels et conjoncturels associés à la prescription des arrêts de travail, une part de la variabilité de leur prescription pourrait aussi s'expliquer par une proportion d'arrêts de travail inappropriés estimée à 15 % pour ceux de moins de 2 mois et à 17,5 % pour ceux de 2 mois et plus⁵. Le coût des arrêts de travail était de 5,3 milliards d'euros pour le régime général de l'Assurance maladie en 2005⁶.

L'arrêt de travail peut être comparé à un médicament. Sa prescription nécessite la même rigueur, car s'il



contribue habituellement au soulagement et à la guérison, il peut aussi être à l'origine d'effets secondaires s'il n'est pas prescrit à la « bonne posologie »⁷. Un arrêt de travail trop long ou trop court est susceptible de retarder le rétablissement du patient. En particulier, une interruption de travail inappropriée pourrait favoriser la survenue de troubles psychologiques comme la dépression⁸.

La prescription d'un arrêt de travail à un patient suppose que celui-ci « se trouve dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail »⁹, ce qui implique d'évaluer sa capacité fonctionnelle à exercer son activité professionnelle. Depuis 1995, en Grande-Bretagne, les médecins doivent faire figurer sur les certificats d'arrêt de travail une forme d'évaluation fonctionnelle¹⁰. Les pays scandinaves ont introduit la même exigence dans le but d'harmoniser les prescriptions et de limiter les coûts^{11,12}. Cependant, les médecins généralistes sont confrontés à la difficulté d'évaluer objectivement le degré d'incapacité fonctionnelle, du fait de l'absence d'un outil terminologique validé dans cette démarche¹¹. En l'absence de critères consensuels de prescription des arrêts de travail, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a émis quelques propositions, notamment de définir des intervalles de référence pour la durée des arrêts de travail intéressant les problèmes de santé les plus fréquemment impliqués¹³. Une étude suédoise récente a souligné l'intérêt potentiel d'utiliser la CIF pour décrire les incapacités fonctionnelles des patients en arrêt de travail¹⁴.

L'objectif principal de cette étude, intitulée AT-CIF (étude des critères fonctionnels et contextuels de prescription des Arrêts de Travail en médecine générale à partir de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé), était de décrire les situations des patients bénéficiant d'un arrêt de travail en termes de limitations fonctionnelles (déficiences organiques et limitations d'activité) en prenant aussi en compte les facteurs environnementaux liés au cadre de travail qui ont des répercussions sur la capacité au travail. L'objectif secondaire était d'évaluer la pertinence de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), sous une forme adaptée, comme outil de documentation des arrêts de travail en médecine générale.

Méthode

Recueil des données

AT-CIF était une étude transversale descriptive. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire papier, à partir de l'entretien avec les patients réalisé au cours de la consultation générant l'arrêt de

travail. Les investigateurs étaient 9 internes de médecine générale, en stage semestriel chez un médecin généraliste de la région Rhône-Alpes, dont un interne en stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS). Tous les patients des 8 médecins généralistes et de l'interne en SASPAS ayant bénéficié d'un arrêt de travail (sauf arrêt à temps partiel) lors d'une consultation au cabinet ou en visite à domicile, entre le 1^{er} décembre 2007 et le 21 mars 2008, ont été inclus.

Les données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle), les caractéristiques de l'arrêt de travail (problème de santé principal, durée, lieu, type, contexte spécifique éventuel de l'arrêt), et les comorbidités (pathologies chroniques) ont été recueillies dans la première partie du questionnaire. Le niveau de limitation fonctionnelle et contextuelle a été recueilli à partir d'une liste d'items dérivée de la CIF¹⁵, qui constituait la seconde partie du questionnaire.

À l'exception de l'interne en SASPAS, l'arrêt de travail a été prescrit par le maître de stage, l'interne investigateur ayant eu essentiellement un rôle d'observateur.



Développement d'une liste d'items dérivée de la CIF

La CIF, qui constitue l'une des deux classifications de référence dans la famille des classifications de l'OMS, a été développée pour décrire, dans un langage commun, les limitations fonctionnelles et les facteurs environnementaux associés, en tant que dimensions importantes de l'état de santé. Elle inclut toutes les perturbations fonctionnelles, organisées selon trois composantes : les déficiences des fonctions organiques et des structures anatomiques, les limitations d'activité (et restrictions de participation), et les facteurs environnementaux.

Une liste de 127 catégories a été définie par le comité scientifique de l'étude, en éliminant consensuellement 235 catégories parmi les 362 présentes au deuxième niveau de la classification. Le comité

scientifique était constitué de chercheurs en médecine générale, d'un professeur de médecine d'assurance sociale, d'un médecin-conseil national, d'un médecin du travail et d'experts du centre collaborateur de l'OMS pour la CIF en langue française. En pratique, les catégories d'activité éliminées ont été celles qui n'étaient pas susceptibles d'intervenir dans la motivation d'un arrêt de travail. En outre, toutes les catégories relatives aux structures anatomiques ont été éliminées de principe. Ainsi, la liste d'items dérivée de la CIF ne comportait plus, comme composantes, que les fonctions organiques (64 items), les limitations d'activité (42 items) et les facteurs environnementaux (21 items).

L'investigateur devait sélectionner une seule rubrique (la plus déterminante) pour chacune des 3 composantes et coter l'intensité de la limitation correspondant à chacune selon une échelle semi-quantitative de 1 à 4 (1 = limitation légère, 2 = modérée, 3 = grave, 4 = totale). Les investigateurs ont été préalablement formés à l'utilisation de la liste d'items dérivée de la CIF pendant une demi-journée. À la fin de l'étude, chaque investigateur a rempli un questionnaire de satisfaction sur le déroulement et les enjeux de l'étude.

Saisie et analyse des données

Chaque investigateur a saisi les données recueillies dans un masque de saisie développé sous Epi Data® (version 3.1). Le problème de santé justifiant l'arrêt de travail ainsi que les pathologies chroniques éven-

	<i>n (%)</i>
Sexe	
Hommes	236 (54,3 %)
Femmes	199 (45,7 %)
Âge	
15 à 29 ans	129 (29,7 %)
30 à 44 ans	182 (41,8 %)
45 à 62 ans	124 (28,5 %)
Niveau d'études	
Primaire	28 (6,5 %)
Secondaire	270 (62,2 %)
Supérieur	136 (31,3 %)
Profession	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	9 (2,1 %)
Cadre supérieur, profession intellectuelle	46 (10,6 %)
Employé	251 (57,7 %)
Ouvrier	89 (20,5 %)
Profession intermédiaire	40 (9,2 %)
Situation familiale	
Seul	123 (28,3 %)
En couple	312 (71,7 %)
Avec enfant	265 (60,9 %)
Sans enfant	170 (39,1 %)

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des patients

	<i>n (%)</i>
Mois de la consultation	
Décembre	128 (29,4)
Janvier	140 (32,2)
Février	115 (26,4)
Mars	52 (12,0)
Lieu de consultation	
Cabinet du médecin	431 (99,1)
Domicile du patient	4 (0,9)
Pathologie chronique	
Absence	32 (75,4)
Présence	107 (24,6)
Type d'arrêt de travail	
Initial	353 (81,1)
Prolongation	82 (18,9)
Durée de l'arrêt de travail	
≤ 7 jours	350 (80,5)
8 à 14 jours	32 (7,3)
≥ 15 jours	53 (12,2)
Contexte de l'arrêt de travail	
Grossesse	6 (1,4)
Accident de travail	31 (7,1)
Maladie professionnelle	2 (0,5)
Absence	396 (91,0)

Tableau 2. Caractéristiques des arrêts de travail

tuelles du patient ont été classifiés selon la Classification internationale des soins primaires (CISP-2, WONCA)¹⁶. L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel SPSS® (version 13.0). Elle a décrit l'ensemble des variables recueillies et analysé les limitations les plus fréquentes selon le sexe, l'âge et la profession.

Les données ont été recueillies et enregistrées sous forme anonymisée. Cette étude entrait dans le cadre d'application de l'engagement de conformité à la méthodologie de référence déclaré par le Collège lyonnais des généralistes enseignants auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Résultats

Caractéristiques des patients et des arrêts de travail

Un total de 435 patients, âgés de 15 à 62 ans, ont été inclus dans l'étude. La majorité des arrêts ont été prescrits à des hommes, âgés de 30 à 44 ans, ayant un niveau d'études secondaires, employés, vivant en couple avec des enfants à charge (*tableau 1*).

La majorité des arrêts de travail était des arrêts initiaux, d'une semaine ou moins, prescrits au cabinet médical à des patients indemnes de pathologie chronique (*tableau 2*). Leur durée médiane était de 4 jours. Le contexte était celui d'un accident de travail dans 7,1 % des cas.



	n (%)	Durée de l'arrêt (j)	
		médiane	(min-max)
Grippe	90 (20,7)	3	(1-9)
Gastroentérite présumée infectieuse	46 (10,5)	2	(1-5)
Dépression	18 (4,1)	15	(7-30)
Syndrome dorsolombaire sans irradiation	17 (3,9)	5	(2-60)
Infection aiguë des voies respiratoires supérieures	15 (3,4)	2	(1-7)
Fatigue/faiblesse générale	12 (2,8)	4	(1-75)
Sinusite aiguë/chronique	12 (2,8)	2	(2-5)
Syndrome dorsolombaire avec irradiation	11 (2,5)	10	(6-31)
Syndrome cervical	10 (2,3)	7	(2-34)
Bronchite aiguë/bronchiolite	10 (2,3)	2,5	(2-7)

Tableau 3. Top 10 des problèmes de santé associés à la prescription d'un arrêt de travail

Les infections virales épidémiques hivernales (grippe, gastroentérite, infections aiguës des voies respiratoires supérieures) ont été les principaux problèmes de santé ayant justifié la prescription d'arrêts de travail, avec les syndromes dépressifs et les lombalgies (tableau 3).

Limitations fonctionnelles associées aux arrêts de travail

La sensation de douleur était la fonction organique la plus souvent atteinte. L'impossibilité de fixer son attention était la limitation d'activité la plus fréquente. Une limitation en rapport avec un facteur environnemental a été identifiée pour 43,2 % des arrêts de travail, en premier lieu du fait d'un défaut

d'adaptation du poste de travail. L'intensité de l'ensemble des limitations variait de 1 à 4, avec une valeur médiane systématiquement égale à 3 dans chacune des composantes, à l'exception des obstacles environnementaux liés au transport pour lesquels elle était égale à 2 (tableau 4).

Parmi la liste d'items proposée, 46 rubriques (36,2 %) n'ont jamais été utilisées, dont 27 décrivant les déficiences des fonctions organiques, 10 les limitations d'activité et 9 les obstacles environnementaux. Inversement, seules une situation de déficience fonctionnelle (asthénie), une situation de limitation d'activité (nécessité d'une surveillance à domicile) et une situation d'obstacle environnemental (contagiosité) n'ont pas pu être classées par les investigateurs.

	n (%)	Intensité	
		médiane	(min-max)
Fonctions organiques (n = 434)			
Sensation de douleur	85 (19,5)	3	(1-4)
Fonctions respiratoires additionnelles	40 (9,2)	3	(2-4)
Fonctions de la tolérance à l'effort	35 (8,1)	3	(2-4)
Fonctions relatives à la mobilité des articulations	29 (6,7)	3	(2-4)
Fonctions de la défécation	29 (6,7)	3	(2-4)
Activités (n = 433)			
Fixer son attention	72 (16,6)	3	(1-4)
Soulever et porter des objets	67 (15,4)	3	(2-4)
Garder la position du corps	30 (6,9)	3	(1-4)
Changer la position corporelle de base	28 (6,4)	3	(1-4)
Utilisation des mains et des bras	26 (6,0)	3	(2-4)
Facteurs environnementaux (n = 188)			
Défaut d'adaptation du poste de travail*	76 (40,9)	3	(1-4)
Absence de mode de transport adapté ou de fauteuil roulant	22 (11,8)	2	(2-4)
Climat	18 (9,6)	3	(2-4)
Connaissances, pairs, collègues, voisins et membres de la communauté	16 (8,6)	3	(2-4)
Attitudes individuelles des personnes en position d'autorité	16 (8,6)	3	(3-4)

*Cet intitulé correspond à l'illustration associée à l'intitulé d'origine suivant : « Produits et systèmes techniques pour le commerce, l'industrie et l'emploi ».

Tableau 4. Top 5 des limitations fonctionnelles associées à la prescription d'un arrêt de travail



	Fonctions organiques		Activités		Facteurs environnementaux	
	Limitation	n (%)	Limitation	n (%)	Limitation	n (%)
Sexe						
Hommes	Douleur	43 (22,9)	Soulever, porter	40 (21,4)	Poste travail	36 (43,9)
Femmes	Douleur	42 (26,6)	Fixer son attention	38 (24,3)	Poste travail	40 (40,8)
Classe d'âge						
15-29 ans	Douleur	25 (24,5)	Fixer son attention	25 (23,4)	Poste travail	22 (39,3)
30-44 ans	Douleur	35 (24,3)	Fixer son attention	32 (24,1)	Poste travail	28 (40)
45-62 ans	Douleur	25 (24,4)	Soulever, porter	21 (20,6)	Poste travail	26 (47,3)
Profession						
Artisans	Douleur	2 (22,2)	Changer la position corporelle de base	2 (22,2)	Poste travail	2 (50,0)
Cadres	Douleur	7 (17,9)	Fixer son attention	12 (31,6)	Poste travail	10 (50,0)
Employés	Douleur	51 (25,9)	Fixer son attention	45 (23,0)	Poste travail	38 (38,0)
Ouvriers	Douleur	19 (25,3)	Soulever, porter	24 (30,5)	Poste travail	21 (51,2)
Professions intermédiaires	Douleur	6 (20,7)	Fixer son attention	8 (20,0)	Poste travail	5 (31,3)

Tableau 5. Limitation la plus fréquente pour chaque composante selon le sexe, l'âge et la profession

Limitations fonctionnelles selon le sexe, l'âge et la profession

Quels que soient le sexe, l'âge et la profession, la sensation de douleur était la déficience la plus fréquente des fonctions organiques. La limitation d'activité la plus fréquente était la difficulté à fixer son attention chez les femmes, chez les moins de 45 ans, et chez les cadres, employés et professions intermédiaires, alors qu'il s'agissait de la difficulté à soulever et porter des objets chez les hommes, les patients de plus de 45 ans et les ouvriers, et à changer la position corporelle de base chez les artisans. Quels que soient le sexe, l'âge et la profession, le défaut d'adaptation du poste de travail était le principal obstacle environnemental identifié (tableau 5).

Utilisation de la liste d'items dérivée de la CIF

La majorité des internes investigateurs a estimé que la liste sélective d'items de la CIF était simple (8/9) et rapide (8/9), avec une durée moyenne de remplissage déclarée de 3 minutes (1 à 10 minutes). La majorité des investigateurs a rencontré des difficultés à identifier les obstacles environnementaux (8/9) et certains doutaient de l'utilité de documenter cette composante (5/9). Aucun patient n'a refusé de participer à l'évaluation des limitations fonctionnelles et des facteurs contextuels en rapport avec l'arrêt de travail.

Discussion

Parmi les limitations fonctionnelles objectivées dans le cadre de la prescription d'un arrêt de travail, la douleur était la fonction organique la plus limitante (20 %), indépendamment du sexe, de l'âge et de la profession du patient. Malgré les progrès dans le traitement médicamenteux de la douleur, le repos reste au premier plan des mesures antalgiques. L'art du médecin réside dans sa capacité à évaluer la

durée de ce repos afin qu'il soit bénéfique au patient. En effet, une durée d'arrêt de travail inadaptée est susceptible de générer des troubles psychologiques à tendance dépressive, et d'être néfaste pour la santé du patient¹⁷.

La limitation d'activité à l'origine de la prescription d'un arrêt de travail intéressait le plus souvent la mobilité (52 %), qu'il s'agisse de mobiliser le corps ou de maintenir une position. La nature des limitations d'activité était en rapport à la fois avec l'âge et le sexe et avec le caractère manuel ou non du poste de travail : difficultés à fixer son attention pour les plus jeunes, les femmes, les cadres et les employés ; difficultés à soulever et porter des objets pour les plus âgés, les hommes et les ouvriers.

Un obstacle environnemental a été identifié dans 42 % des situations. Les facteurs environnementaux le plus souvent rapportés étaient un défaut d'adaptation du poste de travail et l'absence d'un mode de transport adapté. En accord avec le médecin du travail, la mise en place de solutions appropriées (télétravail, adaptation du poste de travail, covoiturage, etc.) pourrait éventuellement éviter ou raccourcir certains arrêts de travail¹⁸.

Limites de l'étude

La période du recueil s'est étalée sur la saison hivernale, période des épidémies virales, et l'étude a été réalisée dans une seule région, si bien que les résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des situations de prescription d'arrêts de travail en médecine générale.

L'évaluation de la capacité d'un patient à exercer son activité professionnelle suppose de connaître son poste de travail et les contraintes associées. En pratique de médecine générale, il est parfois difficile d'identifier formellement les obstacles liés à l'environnement professionnel du patient, cette



information étant apportée indirectement par l'entretien médical¹⁹. Une meilleure communication avec les médecins du travail serait susceptible d'améliorer la connaissance des fonctions occupées par le patient, des capacités requises, et des conditions de travail¹⁹. Cependant, une prise de contact systématique semble peu réaliste, particulièrement pour les arrêts de travail initiaux.

Utilisation de la liste d'items dérivée de la CIF

La liste sélective d'items dérivée de la CIF a été jugée simple et rapide d'utilisation par la majorité des investigateurs. L'évaluation fonctionnelle et contextuelle basée sur cet outil nécessitait une durée déclarée médiane de 3 minutes. Selon une étude qualitative menée au Royaume-Uni, les patients pour qui un arrêt de travail avait été prescrit souhaitaient une durée de consultation plus longue afin de pouvoir discuter de leurs conditions de travail et de l'évolution attendue, ce qui suppose une évaluation correcte de leur incapacité à travailler par leur médecin généraliste. En outre, le fait de discuter de la reprise de leur travail n'affectait pas négativement la relation avec leur médecin²⁰.

Les items de la liste constituent un outil valide de description des arrêts de travail en médecine générale, capable de documenter la quasi-totalité des situations. Il pourrait être encore simplifié en supprimant les 46 rubriques non utilisées, ce qui aboutirait à une liste de 81 items. Une étude norvégienne récente a montré que l'utilisation d'une échelle simplifiée dérivée de la CIF, ayant intégré 39 items de

la composante de participation, permettait d'évaluer l'incapacité fonctionnelle chez des patients en arrêt de travail depuis plus de 2 mois²¹.

Conclusion

La liste d'items dérivée de la CIF a été jugée simple, rapide d'utilisation, et adaptée à la description des limitations fonctionnelles des patients en arrêt de travail. Seule la description des obstacles environnementaux à l'exercice de l'activité professionnelle a posé des difficultés aux investigateurs.

Jusqu'à présent, peu de travaux scientifiques ont évalué des interventions destinées à améliorer les pratiques de prescription des arrêts de travail, d'autant qu'il n'existe pas en France de référentiel sur ce thème. Un essai randomisé réalisé par le service médical de l'Assurance maladie a montré que l'envoi aux médecins généralistes d'un courrier d'information personnalisé ou un entretien confraternel ne réduisait que d'un jour en moyenne la durée des arrêts de travail prescrits²². Il serait intéressant d'évaluer l'impact de l'utilisation de la classification développée à partir de la CIF sur les modalités de prescription des arrêts de travail en médecine générale, en termes de fréquence et de durée, ainsi que de satisfaction des médecins et des patients. Les investigateurs de l'étude AT-CIF étaient des internes de médecine générale, formés à l'utilisation de cette version simplifiée de la CIF. L'acceptabilité de cet outil en pratique courante devra donc être au préalable étudiée auprès des médecins généralistes en exercice.

Remerciements

Nous tenons à remercier les internes de médecine générale (Marie Adam, Stéphane Duée, Marie-Lison Barbier, Aurélien Guillerm, Émilie Bohyn, Grégory Dendleux, Bertrand Orcel, Sophie Layer), qui ont collaboré à ce projet, et les médecins enseignants cliniciens ambulatoires qui les accueillent. Nous sommes aussi particulièrement reconnaissants envers l'ensemble des membres du Comité scientifique de l'étude AT-CIF. Cette étude a été financée grâce au soutien de l'URCAM de la région Rhône-Alpes.

Summary

Background. Sick leaves certification involves important economic and health issues. It is a medical process, for which the physicians are in need of a work tool to assess precisely the patients' inability to work. The main aim of the AT-CIF study was to describe patients' functional limitations and the environmental factors involved in the sick leave certification process.

Methods. AT-CIF was a cross-sectional study, performed in general practice. The investigators were nine residents from Lyon 1 University, formerly trained to the use of a checklist derived from the International Classification for Functioning, Disability and Health (ICF, WHO). All the patients, who were prescribed a sick leave between December 2007 and March 2008, were included.

Results. The sample included 435 patients, with a median age of 36 years, who mainly were male (54.3%), employees (57.7%), lived in a couple (71.7%), with children (60.9%), without chronic disease (75.4%). Most sickness certifications were initial (81.1%) and their median length was of 4 days. The most frequently associated health problems were flu (20.7%), gastro-enteritis (10.5%), depression (4.1%), low back pain (3.9%), and acute upper respiratory infection (3.4%).

The most frequently reported impairment was a sensation of pain (19.5%). The most frequent activity limitation was for focusing attention (16.6%). When an environmental obstacle was identified (43.2%), it was mainly due to a lack of adaptation of the work station (40.9%).

Conclusion. The checklist derived from the ICF was considered quick and easy to use by the investigators, and suitable to describe functional limitations in sick leaved patients. The physicians were less familiar with incorporating environmental obstacles in their clinical assessment.



Références

1. Junod W. Prescription et contrôle des arrêts de travail pour cause de maladie au regard de la déontologie médicale. Rapport adopté lors de la cession du Conseil National de l'Ordre des Médecins, avril 2000.
2. Les comptes de la sécurité sociale. Commission des comptes de la Sécurité Sociale. Juin 2009.
3. Gissler E, Roquel T, Lejeune D, Mercereau F. Les dépenses d'indemnités journalières. Paris : IGAS-IGF, 2003.
4. Expert A. Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières maladie. Points de repère 2007; 11:1-12.
5. Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes à l'Assurance maladie. Point sur les actions 2005 et programme 2006. CNAMTS, février 2006.
6. Kusnik-Joinville O, Lamy C, Merlière Y, Polton D. Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie. Points de Repères 2006;5:1-12.
7. Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. Scand J Prim Health Care 2006;24:104-9.
8. Department for Work and Pensions. The role of GPs in sickness certification. A guide for medical registered practitioners. London: DWP, 2000.
9. ANAES. Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques. Septembre 2004.
10. Article L.321-1 du Code de la Sécurité Sociale. Décret n° 85-1353 du 17 décembre 1985 relatif au Code de la sécurité sociale (partie législative et partie décrets en conseil d'État). Journal Officiel du 21 décembre 1985. Modifié par la Loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007. Article 8.
11. Social Security Office. A guide to incapacity benefit: the personal capability assessment. Leeds: DWP Communications, 2002.
12. Krohne K, Brage S. New rules meet established certification practice: a focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care. Scand J Prim Health Care 2007;25:172-7.
13. Johansen K, Andersen JS, Mikkelsen S, Pass O, Raffnsøe S, Lyng E. Controlling sickness absence: a study of changes in the Danish sickness absence legislation since 1973. Health Policy 2008;86:109-18.
14. Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson DKG. How primary care physician make sick listing decision: the impact of medical factors and functioning. BMC Fam Pract 2008;9:3-15.
15. Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. Genève: OMS, 2001.
16. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brûlet J. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires : CISP-2. Bruxelles : Care Editions, 2000.
17. Buck PD, le Cessie S, van den Hout WB et al. Randomized comparison of a multidisciplinary job-retention vocational rehabilitation program with usual outpatient care in patients with chronic arthritis at risk for job loss. Arthritis Rheum 2005;53:682-90.
18. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. J Occup Rehabil 2005; 15:607-31.
19. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. Scand J Public Health 2009; 37:57-63.
20. O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. Fam Pract 2008;25:20-6.
21. Osteras N, Gulbrandsen P, Beth JS, Hofoss D, Brage S. Implementing structured functional assessments in general practice for persons with long-term sick leave: a cluster randomised controlled trial. BMC Fam Pract 2009;10:31-40.
22. Muller G, de Bailliencourt S, Pavan C et al. Prescriptions d'arrêts de travail : impact de deux actions d'accompagnement menées par le Service médical de l'Assurance maladie. Pratiques et Organisations des Soins 2004;37:189-95.