

Prescriptions d'arrêts de travail : impact de deux actions d'accompagnement menées par le Service médical de l'Assurance maladie

Prescriptions for sick leave: impact of two accompanying measures conducted by the French Health Insurance Medical Service

Muller G¹, de Bailliencourt S², Pavan C³, Forterre B⁴, Boyer D⁵, Aimar-Adda P⁶, Allemand H⁷

Résumé

Objectif : Evaluer et comparer l'efficacité de deux actions d'accompagnement des médecins généralistes par les médecins-conseils du régime général sur les prescriptions d'arrêts de travail en risque maladie, accident du travail/maladie professionnelle.

Méthodes : Etude prospective, randomisée, à trois groupes parallèles sur trois circonscriptions de caisse. Après sélection par leur profil de prescription, les médecins généralistes ont été répartis en un groupe témoin, un groupe destinataire d'un courrier personnalisé et un groupe accompagné par courrier personnalisé suivi d'entretiens individuels confraternels. L'accompagnement s'est déroulé de mai à septembre 2004 et l'analyse a porté sur une comparaison des arrêts de travail prescrits par chacun des groupes durant le dernier trimestre 2004, complétée par une série chronologique montrant les profils de prescription de chaque groupe.

Résultats : L'accompagnement par entretiens confraternels n'a pas montré d'efficacité supérieure au courrier personnalisé. En moyenne, chaque médecin de ces deux groupes a prescrit un jour d'arrêt de travail de moins par journée analysée que ceux du groupe témoin : pour le groupe courrier $p = 0,04$ en inter régime et $p = 0,0049$ pour le régime général et pour le groupe entretiens confraternels, $p < 0,05$ en inter régime et $p = 0,05$ pour le régime général.

Conclusion : Les entretiens confraternels n'ont ajouté aucune valeur à un courrier personnalisé sur les prescriptions d'arrêts de travail. Les explications sont multiples mais la prédominance des causes extra médicales dans les prescriptions d'arrêts de travail semble un des motifs les plus plausibles.

Prat Organ Soins 2006;37(3):189-95

Mots-clés : accompagnement ; indemnités journalières ; arrêts de travail ; entretiens confraternels ; assurance maladie ; rappels (*reminders*).

Summary

Aim: To assess and to compare the effectiveness of two accompanying measures for general practitioners carried out by medical advisers of the general scheme on prescriptions for sick leave as regards health risks, occupational health and safety.

Methods: A randomised prospective study in three parallel groups over three health fund districts. After selection on the basis of their prescription profile, general practitioners were divided up into a control group, a group which received a personalised letter and a group which received a personalised letter and was followed up by individual academic detailing. Accompaniment took place from May to September 2004 and the analysis covered a comparison of sick leaves prescribed by each of the groups during the last quarter of 2004, rounded off by a chronological series showing the prescription profiles of each group.

Results: Accompaniment by academic detailing did not prove to be more effective than personalised letters. On average, each physician from both these groups prescribed one day's sick leave less per analysed day than physicians in the control group: for the letter group $p = 0.04$ inter-scheme and $p = 0.049$ for the general scheme and for the group in which interviews were conducted among colleagues, $p < 0.05$ inter-scheme and $p = 0.05$ for the general scheme.

Conclusion: Academic detailing did not add any value to a personalised letter as regards prescriptions for sick leave. Explanations are multiple, but the predominance of extra-medical causes in prescriptions for sick leave seems to be one of the more plausible reasons.

Prat Organ Soins 2006;37(3):189-95

Key words: accompaniment; daily benefits; sick leave; academic detailing; health insurance; reminders.

¹ Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Mulhouse (CNAMTS).

² Statisticienne, Direction régionale du service médical d'Aquitaine (CNAMTS).

³ Cadre, Direction régionale du service médical du Nord-Est (CNAMTS).

⁴ Médecin-conseil, Direction régionale du service médical de Rhône-Alpes (CNAMTS).

⁵ Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Cahors (CNAMTS).

⁶ Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Paris (CNAMTS).

⁷ Médecin-conseil national (CNAMTS).

INTRODUCTION

L'amélioration de sa pratique est une démarche fondamentale dans l'activité d'un médecin. De nombreux outils sont proposés, comme les formations médicales continues, les diffusions de recommandations de pratique clinique, la visite confraternelle (*academic detailing*), la revue de pairs, les envois de rappels (*reminders*). Leur objectif est d'inciter le professionnel concerné à modifier son comportement et ses pratiques [1-4].

En 1999, les médecins-conseils de l'Assurance maladie ont appliqué avec succès les méthodes d'accompagnement dans le cadre de la prise en charge du diabète non insulino-dépendant : entretiens confraternels et diffusion de recommandations de bonnes pratiques édictées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) [5].

Ces actions ont une efficacité variable. La visite confraternelle est décrite comme efficace seule ou associée à d'autres interventions, mais son effet s'épuise au fil du temps [2, 6, 7]. Afin d'évaluer l'efficacité des actions d'accompagnement effectuées par les praticiens conseils, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a initié plusieurs expérimentations. Parmi elles, le service du contrôle médical a prouvé l'efficacité d'interventions téléphoniques pour l'accompagnement des médecins généralistes dans leurs prescriptions d'antibiotiques [8]. Notre étude portait sur les prescriptions d'arrêts de travail par les médecins généralistes. Ce choix était dicté par une progression constante des indemnités journalières pour arrêt de travail versées depuis 1999, avec une nette accélération en 2003 (progression de 6 % par rapport à 2002 pour un coût de 5,4 milliards d'euros). Cette progression concernait les risques maladie et accident du travail / maladie professionnelle [9, 10].

La prescription d'un arrêt de travail fait partie intégrante de l'arsenal thérapeutique du médecin. Elle dépasse le cadre purement médical et obéit à des causes multifactorielles. Les pathologies génératrices de l'arrêt de travail sont multiples et il n'existe pas à ce jour de référentiel sur son indication et sa durée même si la Haute autorité de santé travaille sur ce sujet [11]. Se surajoutent aux causes médicales des facteurs aggravants, d'une part individuels (sexe, âge, niveau d'étude, niveau de qualification professionnelle), d'autre part collectifs, liés soit à l'entreprise (statuts, conditions de travail et pénibilité), soit à l'environnement général (facteurs climatiques, niveau de développement socio-économique de la région) [12, 13, 14].

Malgré l'absence de référentiels médicaux, nous avons élaboré un projet d'accompagnement des médecins généralistes libéraux par les médecins-conseils du régime général. L'accompagnement devait répondre à des critères d'efficacité (baisse des prescriptions d'arrêt de travail), d'efficience au niveau des ressources attribuées et montrer une valeur ajoutée liée à une intervention du service du contrôle médical. Le schéma retenu était celui d'une expérimentation randomisée contrôlée, à trois groupes où l'accompagnement consistait, soit en l'envoi d'une lettre de sensibilisation et d'une documentation par le service du contrôle médical, soit en un entretien confraternel renforcé par des rappels réguliers avec proposition d'une aide aux prescripteurs par les médecins-conseils.

L'objectif de cette étude était d'évaluer et de comparer l'efficacité de ces deux actions d'accompagnement réalisées auprès des médecins généralistes par les médecins-conseils du régime général sur les prescriptions d'arrêts de travail en risque maladie et accident du travail / maladie professionnelle. Cette expérimentation concernait les circonscriptions de caisses primaires d'assurance maladie de la Marne, de Nantes et de Strasbourg.

METHODES

1. Population étudiée

La population était constituée par les médecins généralistes installés dans les circonscriptions de la Marne, de Nantes et de Strasbourg. Les médecins remplaçants et les généralistes de plus de 63 ans ont été exclus de l'étude.

Le ciblage des médecins généralistes s'est fait par interrogation des bases de données inter régimes¹ de l'Assurance maladie sur l'ensemble de l'année 2003. Nous avons retenu deux indicateurs :

- le volume d'arrêts de travail indemnisés dans la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003,
- le nombre d'assurés ayant perçu des indemnités journalières sur le nombre total d'assurés actifs² durant la même période.

Ces deux indicateurs ont été déclinés pour chaque médecin et leur combinaison a permis de classer ces médecins. Nous avons retenu tous les médecins compris entre le 60^e et le 95^e percentile afin d'obtenir un nombre de 100 médecins par groupe, taille minimale pour la pertinence des résultats et taille maximale pour la faisabilité au niveau des services médicaux impliqués. Ce choix nous a permis de cibler les

¹ Par données inter régime, on entend les données provenant des bases de remboursement du régime général, de la mutualité sociale agricole, le régime social indépendant (RSI), le régime des marins, le régime minier, le régime militaire, les Clercs de notaires, la SNCF, la Caisse mutuelle d'assurance maladie du culte.

² Est « assuré actif » tout assuré social âgé de 16 à 65 ans susceptible de percevoir des indemnités journalières.

médecins généralistes qui prescrivait des arrêts de travail plus fréquemment et de manière plus importante que leurs confrères. Les médecins situés au-delà du 95^e percentile ont fait l'objet d'actions d'une autre nature.

2. Echantillonnage

Un système automatisé a réparti aléatoirement la population sélectionnée en trois groupes au niveau de chaque circonscription test.

- Groupe 1 : groupe témoin envers lequel il n'y a eu aucune action ;
- Groupe 2 : médecins ayant fait l'objet d'une action d'accompagnement sous forme de lettre de sensibilisation accompagnée d'une documentation adressée par le service du contrôle médical ;
- Groupe 3 : médecins ayant fait l'objet d'une action d'accompagnement sous forme d'entretiens confraternels renforcés par des rappels avec proposition d'aide par les médecins-conseils.

3. Modalités d'interventions

L'étude s'est déroulée sur six mois, de mai à octobre 2004.

Interventions sur le groupe 1 : les médecins de ce groupe ont servi de témoins par rapport aux deux autres groupes et n'ont fait l'objet d'aucune action. Ces médecins ne savaient pas qu'ils participaient de manière individuelle à une étude. Les contacts entre les médecins de ce groupe et les médecins-conseils étaient ceux dictés par les impératifs professionnels habituels (demande de prestations, renseignements, etc.).

Interventions sur le groupe 2 : le service du contrôle médical a adressé aux médecins de ce groupe un ensemble d'informations comprenant une lettre de sensibilisation, leurs statistiques de prescription et un lexique informatisé sur la législation des arrêts de travail.

La lettre de sensibilisation reprenait succinctement la progression des prescriptions d'arrêts de travail, situait le médecin en fonction de ses confrères par rapport à ses prescriptions plus importantes d'arrêt de travail et décrivait les supports annexes : un profil de prescription et un lexique.

Le profil synthétisait, dans un tableau, les prescriptions de ce médecin comparées aux moyennes de la circonscription et aux moyennes régionales pour l'année 2003. Les données présentées portaient sur le nombre d'arrêts de travail prescrits, la clientèle active, le nombre de patients ayant eu des arrêts de travail, le nombre moyen de jours d'arrêt de travail par patient

ayant bénéficié d'arrêts de travail, le rapport patients avec arrêts de travail / patients actifs et le nombre moyen de jours d'arrêts de travail par patient actif. Ces données étaient schématisées dans un diagramme en radar³.

Le lexique résumait la législation en matière d'arrêts de travail sous la forme d'un cédérom Mac® et PC.

Interventions sur le groupe 3 : après envoi d'une lettre de sensibilisation sur le contexte et les enjeux des arrêts de travail, et annonçant l'expérimentation, les médecins-conseils ont été reçus par les médecins inclus pour un entretien confraternel. L'entretien portait sur plusieurs points :

- présentation générale sur l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie résultant des arrêts de travail ;
- présentation du profil individuel à partir des indicateurs et des données du relevé individuel d'activité professionnelle (Riap) présentés sous la forme d'un diagramme en radar ;
- réponses à un questionnaire relatif aux difficultés rencontrées par ce médecin en matière de prescription d'arrêt de travail ;
- discussion médicale sur les principales affections génératrices d'arrêts de travail ;
- distribution d'un lexique papier et informatisé (cédérom Mac® et PC) rappelant la législation en matière d'arrêt de travail ;
- proposition d'aide pour les situations difficiles (renseignements téléphoniques via une ligne directe avec le médecin-conseil accompagnateur, examen de l'assuré au service médical, examen conjoint, etc.).

A l'issue de l'entretien, les médecins ont reçu une lettre personnalisée reprenant les principales lignes de l'entretien et tous les mois pendant trois mois, le service du contrôle médical leur a envoyé une lettre rappelant la proposition d'aide et décrivant un point de la législation sur les arrêts de travail (rappels). Pendant cette période, le médecin généraliste pouvait solliciter l'aide du médecin-conseil accompagnateur.

La Commission nationale de l'informatique et des libertés a donné son accord pour le traitement des données répertoriées pour les besoins de l'étude.

4. Indicateur de résultats

L'analyse statistique portait sur le volume total d'indemnités journalières remboursées durant le dernier trimestre 2004. Les informations étaient issues des bases inter régimes (Riap) mais aussi du régime général *stricto sensu*⁴.

³ Un diagramme en radar permet de comparer les valeurs de plusieurs séries qui ont un nombre d'indicateurs relativement important. Chaque indicateur a son propre axe des ordonnées partant d'un seul point central. Des traits relient entre elles toutes les valeurs d'une même série.

⁴ Le régime général *stricto sensu* exclut les sections mutualistes comme les mutuelles de l'éducation nationale, de la fonction publique, des étudiants, qui gèrent par délégation la part obligatoirement de l'assurance maladie de leurs adhérents.

5. Traitement des données

L'analyse consistait en une comparaison intergroupes comprenant tous les médecins inclus, notamment ceux qui avaient refusé l'accompagnement (analyse en intention de traiter). Cette analyse était faite sur le dernier trimestre 2004, après vérification de l'homogénéité des groupes sur le dernier trimestre 2003.

Dans un premier temps, l'évolution du volume d'arrêts de travail a été comparée groupe par groupe sur les données du régime général *stricto sensu* ainsi que sur celles de l'inter régime pour le dernier trimestre 2004. Ces comparaisons deux à deux des moyennes ont été réalisées à l'aide du test paramétrique de Student avec un risque d'erreur de première espèce fixé à 5%. Au préalable, les variances de chaque groupe n'ont pas été jugées significativement différentes (condition nécessaire pour l'utilisation du test de Student).

Dans un second temps, une série chronologique journalière, issue des données du régime général *stricto sensu*, a permis de suivre en parallèle les prescriptions des trois groupes et de voir graphiquement l'impact de l'intervention auprès des professionnels de santé.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS®.

RESULTATS

1. Population incluse

Les requêtes informatisées ont permis la création de trois groupes composés respectivement de 128 médecins généralistes pour les groupes 1 et 2 et 125 médecins pour le groupe 3 (tableau I). Tous les médecins du groupe 2 ont reçu les documents prévus. Pour le groupe 3, 113 médecins ont eu un entretien confraternel. Les entretiens n'ont pu être réalisés pour cause de refus (huit cas) ou d'indisponibilité du médecin pour maladie ou arrêt d'activité (quatre cas). Quatre médecins ont refusé que l'accompagnement se poursuive après l'entretien confraternel. L'accompagnement s'est déroulé en totalité pour 109 médecins du groupe 3.

2. Homogénéité des groupes

Les groupes ont été créés à partir de la population de médecins ciblés sur les données inter régime de l'année 2003 et les médecins ont été répartis aléatoirement afin de garantir l'homogénéité. Une comparaison intergroupe avant intervention a été

Tableau I : Répartition des médecins généralistes inclus en fonction des circonscriptions

	Nantes	Marne	Strasbourg	Total
Groupe 1	56	33	39	128
Groupe 2	56	33	39	128
Groupe 3	55	32	38	125

Tableau II : Nombre moyen d'arrêts de travail prescrit chaque jour d'octobre à décembre 2003 (régime général) selon les groupes de médecins

	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux de Student		
		Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Groupe 1	12,0*		NS (0,68)	NS (0,48)
Groupe 2	11,8			NS (0,27)
Groupe 3	12,4			

NS : non significatif au seuil de 5%.

* Explication: chaque médecin du groupe 1 a prescrit en moyenne 12 jours d'arrêt de travail par jour analysé durant ce trimestre.

Tableau III : Nombre moyen d'arrêts de travail prescrit chaque jour d'octobre à décembre 2004 (en inter régime) selon les groupes de médecins

	Moyenne	Degré de signification des tests deux à deux de Student		
		Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Groupe 1	11,2		0,04	0,05
Groupe 2	9,9			NS (0,87)
Groupe 3	10,0			

NS : non significatif au seuil de 5%

réalisée sur les données du régime général pour le dernier trimestre 2003 et a permis de vérifier l'absence de différence significative pour le nombre de jours d'arrêt de travail prescrit, entre les trois groupes de praticiens (tableau II).

3. Résultats pour l'inter régime (tableau III)

Les trois groupes ont été comparés pour les données inter régime pour le dernier trimestre 2004. Les



Figure 1. Prescription journalière d'arrêts de travail par groupe de médecins (octobre 2003 - décembre 2004)

médecins des groupes 2 et 3 ont prescrit significativement moins d'arrêts de travail que ceux du groupe 1 ($p = 0,04$ et $p < 0,05$). En moyenne chaque médecin des groupes 2 et 3 a prescrit un jour d'arrêt de travail de moins par jour analysé, il n'y a pas de différence entre les groupes 2 et 3 ($p = 0,87$).

4. Résultats pour le Régime général

a) Analyse du volume moyen de prescriptions d'arrêts de travail pour le dernier trimestre 2004 (tableau IV)

Les médecins des groupes 2 et 3 ont prescrit moins de jours d'arrêts de travail que ceux du groupe 1 (p égal respectivement à 0,049 et 0,05 ; cette dernière valeur étant à la limite de la signification statistique). Les profils de prescriptions pour les médecins des groupes 2 et 3 étaient comparables ($p = 0,997$). En moyenne chaque médecin des groupes 2 et 3 prescrivait un jour d'arrêt de travail de moins par journée analysée que ceux du groupe 1 pour ce trimestre.

Tableau IV : Nombre moyen d'arrêts de travail prescrit chaque jour d'octobre à décembre 2004 (régime général) selon les groupes de médecins

	Degré de signification des tests deux à deux de Student			
	Moyenne	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Groupe 1	10,1		0,049	0,050
Groupe 2	9,1			NS (0,997)
Groupe 3	9,1			

NS : non significatif au seuil de 5%

b) Série chronologique

Nous avons représenté, pour le régime général *stricto sensu*, les prescriptions quotidiennes d'arrêts de travail des médecins de chaque groupe, du 1^{er} octobre 2003 au 31 décembre 2004 (figure 1). Les courbes étaient comparables avant le début des actions d'accompagnement.

En volume, les médecins du groupe 1 ont prescrit durant le dernier trimestre 2004, 119 620 jours d'arrêts

de travail contre 106 856 jours pour le groupe 2 et 104 417 jours pour le groupe 3, soit une différence de 12 764 jours pour le groupe 2 et 15 203 jours pour le groupe 3. Le gain moyen par médecin et par mois était de 36 jours pour les médecins des groupes 2 et 3.

DISCUSSION

Le choix des circonscriptions d'étude s'est fait sur la base du volontariat. Afin d'obtenir le nombre de médecins nécessaires à cette étude, il fallait des circonscriptions ayant une taille suffisante et pour des raisons de faisabilité, nous avons estimé leur nombre à trois.

Cette expérimentation a démontré l'efficacité d'un accompagnement des médecins généralistes mené par le service du contrôle médical en matière d'arrêts de travail, à partir d'une sensibilisation par courrier personnalisé suivie ou non d'entretiens confraternels et de rappels. D'autres expériences ont prouvé qu'une politique active auprès des assurés et des médecins traitants peut être efficace, ainsi en Belgique où a été montré l'influence de l'accompagnement par le médecin-conseil après cure chirurgicale de hernie discale [15]. Alors que les entretiens confraternels ont montré leur efficacité dans la prise en charge d'une maladie chronique ou dans les prescriptions d'antibiotiques [5, 8], ils n'ajoutent aucune valeur à un courrier personnalisé pour les prescriptions d'arrêts de travail. Ce constat nous suggère les observations suivantes.

Les assurés et les médecins savent que les prescriptions d'arrêts de travail peuvent être objets de contrôles. Aussi, une lettre de sensibilisation peut être considérée comme le signal avant-coureur d'un contrôle si le médecin ne modifie pas ses pratiques et induire ainsi une baisse significative des prescriptions (et ce d'autant que le médecin est classé parmi ceux qui prescrivent le plus d'arrêts de travail).

La période de cette étude, c'est-à-dire le 2^e semestre 2004, a été riche en communications de la CNAMTS sur les arrêts de travail⁵⁻⁶⁻⁷. Ces communications peuvent expliquer partiellement le maintien dans le temps de l'efficacité de ces deux méthodes d'interventions chez des médecins déjà sensibilisés par des contrôles antérieurs. En même temps, l'ANAES publiait en

septembre 2004 un état des lieux sur les arrêts de travail et des propositions pour l'amélioration des pratiques [11]. Ces actions, qui s'apparentent à des rappels nationaux pour notre étude, ont pu participer à faire infléchir durablement les prescriptions d'arrêts des médecins des deux groupes.

D'autres facteurs ont pu minorer l'impact des entretiens confraternels. L'absence de référentiel et les causes multifactorielles des arrêts de travail en sont les principaux responsables. En effet, tous les entretiens confraternels menés par le Service du contrôle médical pour améliorer les pratiques médicales ont fait la promotion des recommandations de bonnes pratiques portant sur des pathologies chroniques telles le diabète ou l'hypertension artérielle, ou sur le bon usage des antibiotiques. Ces recommandations permettent une discussion médicale entre le médecin-conseil et le médecin prescripteur allant au-delà du seul constat statistique de sur-prescription. Ces référentiels ont fait défaut aux médecins-conseils pour les arrêts de travail. Aux multiples pathologies organiques ou fonctionnelles, peuvent s'ajouter des facteurs extra-médicaux comme des facteurs personnels (âge, sexe), le contexte économique et les conditions de travail [9, 10, 12]. Tous ces facteurs ont dilué l'impact des entretiens confraternels qui n'ont porté que sur des thèmes généraux et des discussions de cas ponctuels.

Enfin, contrairement à la rédaction d'une ordonnance médicamenteuse, certains médecins ne considèrent pas la prescription d'un arrêt de travail comme un acte médical et thérapeutique, et la délèguerait volontiers à un organisme de contrôle. Certains pays ont opté pour un système de cogestion du risque (par exemple la Norvège et la Suède) [16].

En conclusion, la régulation des arrêts de travail doit pouvoir profiter des actions d'accompagnement du service du contrôle médical en complément des actions de contrôle et des actions législatives (réglementation, prise en charge du risque, organisation du travail). L'accompagnement par entretien confraternel entre médecins prescripteurs et médecins-conseils, modalité coûteuse en ressources humaines et en temps, n'a pas montré une efficacité supérieure à l'envoi aux médecins d'un courrier de sensibilisation personnalisé avec leurs profils individuels de prescription, dans un contexte riche en actions de communications dans le domaine des arrêts de travail.

⁵ CNAMTS. Régulation médicalisée des dépenses de santé : point de situation sur le plan d'actions de l'Assurance maladie. Communiqué de presse du 11.05.04.

⁶ CNAMTS. Lettre d'information aux médecins N°1. Septembre 2004.

⁷ CNAMTS. Arrêts de maladie : une étude dresse le profil des patients en arrêt de travail de 2 à 4 mois. Communiqué de presse du 06.10.04.

Remerciements

Les auteurs remercient les médecins-conseils chefs de services, médecins-conseils et personnels administratifs des services médicaux de la Marne, de Nantes et de Strasbourg qui ont réalisé l'étude, ainsi que M. Vincent Ortis de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes.

Le groupe « Accompagnement des prescriptions d'arrêt de travail » était constitué de Mme le Docteur Patricia Aimar-Adda, Mlle Ségolène de Bailliencourt, M. le Docteur Didier Boyer, M. le Docteur Pierre Chrétien, Mme le Docteur Bruna Forterre, M. le Docteur Christian Foucher, M. le Docteur Gérard Muller, Mme Céline Pavan.

REFERENCES

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Qualité des soins. Revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire.* Paris : ANAES ; novembre 1999.
2. Durieux P. *Les actions de diffusion et de formation.* In : Jolly D, ed. *Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale II. Les actions de diffusion, de formation et d'encadrement des pratiques.* Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 1998;11-8.
3. Ravaud Ph. *Les actions d'encadrement des pratiques.* In : Jolly D, ed. *Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale II. Les actions de diffusion, de formation et d'encadrement des pratiques.* Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 1998;18-22.
4. Grimshaw J. *La mise en œuvre des recommandations de pratique clinique.* In : Jolly D, ed. *Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale II. Les actions de diffusion, de formation et d'encadrement des pratiques.* Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 1998;22-4.
5. Ricordeau P, Durieux P, Weill A, Chatellier G, Vallier N, Bissery A, et al. *Effect of a nationwide program of educational outreach visits to improve the processes of care for patients with type 2 diabetes.* *Int J Technol Assess Health Care* 2003;19:705-10.
6. Majumdar SR, Soumerai SB. *Why most interventions to improve physician prescribing do not seem to work.* *CMAJ* 2003;169:30-1.
7. Eccles MP, Grimshaw JM. *Selecting, presenting and delivering clinical guidelines : are there any "magic bullets" ?* *Med J Aust* 2004;180(6 Suppl):S52-4.
8. Marchal C, Hourcade S, Vidal P, Bouric S, Urbanski M, Allemand H, et al. *Mesure de l'efficacité d'une méthode d'accompagnement individuel des médecins généralistes dans leurs prescriptions d'antibiotiques : l'audit-retour d'information avec échanges confraternels.* *Rev Med Ass Maladie* 2005;36:133-41.
9. Midy F. *Les indemnités journalières versées au titre des arrêts maladie par le régime général : état des lieux et déterminants.* *Rev Med Ass Maladie* 2005;36:237-46.
10. Vallier N, Saba G, Ricordeau Ph, Fender P, Allemand H. *Motifs médicaux et environnement socioprofessionnel des assurés en arrêt de travail du régime général.* Paris : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; octobre 2004.
11. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Arrêts maladie : Etat des lieux et proposition pour l'amélioration des pratiques.* Paris : ANAES ; septembre 2004.
12. Chevalier A, Goldberg M. *L'absence au travail : indicateur social ou indicateur de santé ?* *Sciences Sociales et Santé* 1992; 47-65.
13. Ericksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. *Work factors as predictors of sickness absence : a three month prospective study of nurses' aides.* *Occup Environ Med* 2003;60 (4):27-8.
14. Kivimaki M, Vahtera J, Pentti J, Feriè JE. *Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees : longitudinal cohort study.* *BMJ* 2000;320:971-5.
15. Donceel P, Du Bois M. *Influence d'une politique active du médecin conseil sur la réintégration professionnelle. Incapacité de travail après cure chirurgicale pour hernie discale lombaire.* *Rev Med Ass Maladie* 2002;33:5-14.
16. Soderberg E, Alexanderson K. *Gatekeepers in sickness insurance : a systematic review of the literature on practices of social insurance officers.* *Health Soc Care Community.* 2005;13(3):211-23.