

## **Coopération des équipes médicales du travail et des équipes médicales des généralistes sur la question du travail**

Rappel : Les « équipes médicales » en santé au travail sont composés de membres soumis au code de la santé publique soit : Médecins u travail, Internes en santé au travail, collaborateurs médecins, Infirmières en santé au travail (IST).

### **Poser le problème :**

Il est nécessaire de faire un état des lieux de la médecine générale face à la santé au travail, afin de ne pas argumenter uniquement du point de vue des médecins du travail.

Quel est le « continent commun » aux deux exercices ?

Pour les généralistes le patient est objet du soin

Pour les médecins du travail le but est de rendre le salarié/patient est acteur du soin

Comment les généralistes investiguent-ils le travail à partir de leur patient ? Sont-ils en situation d'apport ou en délégation adressée au Médecin du travail ?

Plusieurs « groupes » de médecins généralistes s'interrogent sur les questions, de santé au travail notamment :

Le SMG<sup>1</sup> (Syndicat de Médecine Générale) Notamment lors de leur 42<sup>e</sup> congrès du SMG : « *Santé et travail - Arrêtons les dégâts* », du 2 au 4 décembre 2016 à Nantes

<http://www.smg-pratiques.info/Reservez-la-date-42e-congres-du.html>

Ceux ayant participé au groupe « ESCALES<sup>2</sup> Enjeux de Santé au travail et Cancers : les Expositions à Supprimer dans les métiers portuaires.

L'APCME<sup>3</sup> de Port de Bouc (13) <http://www.apcme.net/>

Ceux actifs dans la lutte contre les expositions aux pesticides

Pour les généralistes les principales préoccupations sont dans les champs

- de la souffrance psychologique au travail
- des lombalgies et TMS
- des pathologies cardiovasculaires
- des pathologies cancéreuses environnementales : Cancer et travail
- des pathologies auto-immunes telles que thyroïdite
- des perturbateurs endocriniens

Et aussi :

Les relations avec les médecins conseil des assurances maladie posent parfois problème, notamment pour les **durées d'arrêt de travail « standardisées »** ex les lombalgies et les psychopathologies du travail. Les médecins conseil imposent une reprise de travail en contradiction avec les prescriptions de généralistes qui doit alors se « débrouiller » avec le médecin du travail. Cela passe par la procédure de « visite de Prereprise », où tant le médecin traitant, que le médecin du travail sont informés de l'injonction du médecin conseil.

---

<sup>1</sup> SMG : <http://www.smg-pratiques.info/>

<sup>2</sup> ESCALES : [http://www.msh.univ-nantes.fr/34368189/0/fiche\\_article/](http://www.msh.univ-nantes.fr/34368189/0/fiche_article/)

<sup>3</sup> APCME : <http://www.apcme.net/>

Cette visite de Préreprise peut aussi avoir des effets positifs dans la mesure où le médecin du travail fait retour au généraliste des situations de travail, des liens entre la santé du patient/salarié et de son travail. Cela permet la compréhension du lien entre la pathologie et le travail. L'exemple le plus probant est celui des pathologies cardiovasculaires. : Ex quand l'hypertension est liée au « stress »

Les **AT et MP** : Comment prendre en compte les droits sociaux des patients/salariés qui leurs sont souvent refusés ou niés.

A noter que la convention médecins/sécurité sociale prévoit un devoir de déclaration des MP AT par les médecins.

Or ces derniers méconnaissent les procédures complexes de réparation des MP. Ils rédigent souvent les CMI (Certificat Médical Initial) de déclaration, mais butent sur les notions de délai de prise en charge, de date de consolidation etc.

Anecdote : Pour qu'un patient ayant déclaré un cancer professionnel soit indemnisé, il est nécessaire que sur le CMI soit coché la case « consolidation » (avec soins) qui déclenche l'expertise du médecin conseil de la SS et le taux d'IPP, générateur d'une rente. Ceci n'ayant pas d'incidence sur la prise en charge médicale. Or il est très difficile de faire comprendre aux généralistes cette notion (administrative) qui heurte le sens médical commun.

Ne leur jetons pas la pierre car il faudrait aussi évoquer la pusillanimité des médecins du travail à rédiger les CMI, en miroir de l'ignorance des généralistes en matière de procédure de MP.

Le **suivi post-professionnel** par les généralistes, est encadré par des textes règlementaires, mais il est parfois difficile de les faire appliquer. Soit que les CPAM, les ignorent soit qu'elles exigent des attestations d'expositions exceptionnellement fournies aux exposés.

Il en résulte : une prise en charge des examens hors de ce cadre, par le régime d'assurance maladie et une invisibilité de cette surveillance post-professionnelle.

Les généralistes peuvent s'adresser aux consultations de pathologie professionnelles pour avoir un avis spécialisé, mais leur nombre est très insuffisant, face aux 16% des hommes salariés exposés à des cancérogènes<sup>4</sup>.

Concernant **les dispositifs de retour au travail et de maintien dans l'emploi**, utiles lors de la fin de l'arrêt maladie,

En cas de pathologie chronique telle que SEP, Cancer etc., la prise en charge est globale : médicale et sociale avec des intervenants différents : généralistes, infirmières, assistantes sociales, médecin du travail, médecin conseil. Une coopération entre ces intervenants est nécessaire car le retour au travail n'est pas toujours envisagé ou alors trop tardivement.

Dans les cas de lombalgies chroniques, il est souvent rapporté par les salariés la phrase de leur médecin traitant « il faut changer de métier » alors que l'exploration des conditions de travail permet parfois des améliorations qui ne profiteront pas qu'au seul salarié en souffrance, mais aussi à ses collègues de travail.

Parfois, la complexité des mesures à mettre en œuvre pour le reclassement dans l'entreprise provoque de l'incompréhension entre le médecin traitant et le médecin du travail.

Les dispositifs sont parfois mal utilisés par les généralistes. Ainsi est cité l'exemple d'une préconisation de bilan de compétence, sans que les motivations et le parcours professionnel du patient aient été explorés.

---

<sup>4</sup> Estimation des parts attribuables de cancers aux expositions professionnelles à l'amiante en France : utilisation des matrices développées dans le cadre du programme Matgene INVS 20/01/2015 BEH 3-4 <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2016/Estimation-de-parts-de-cancers-attribuables-a-certaines-expositions-professionnelles-en-France>

## **Il est donc nécessaire de toujours remettre le patient/salarié, au centre des démarches**

Pour les patients en **souffrance psychologique au travail** : quand le généraliste a épuisé tous ses outils, il s'adresse alors au Médecin du travail : « *que pouvez vous faire ?* » Ceci permet à ce dernier d'intervenir auprès de l'employeur. Mais vu les effectifs en charge par médecin du travail, il devient de plus en plus difficile d'assurer cette mission.

Les généralistes sont aussi préoccupés par **l'état de santé de leurs patients en l'absence de travail, au chômage.**

### **Équipes médicales du travail et des équipes médicales des généralistes**

**La notion d'équipe médicale du travail existe pour les généralistes** : beaucoup ont développé des réseaux de soins, notamment avec des infirmier[e]s avec qui ils ont mis en place des protocoles de surveillance de pathologies chroniques ex HTA, diabète, anticoagulants....

Il existe ainsi des réseaux de soins entre médecins et infirmières

Y a-t-il un parallèle entre cette délégation de tâche, ces protocoles et ceux de la médecine du travail ?

Ce peut être le cas pour les protocoles d'urgence, notamment dans les services médicaux du travail autonomes où le médecin du travail établit des protocoles de soins d'urgence pour, qu'en son absence, les infirmier[e]s du travail, parfois en 3X8, aient des instructions d'action.

#### **Le protocole en médecine du travail**

Passé entre le médecin du travail et l'Infirmière en santé au travail

Ce protocole ne peut être une simple délégation de tâche qui enfermerait l'IST et l'empêcherait de déployer sa propre clinique du travail.

Le protocole risque alors de rigidifier la relation de travail

Mais le protocole a aussi un rôle protecteur pour l'IST dans la mesure où il la protège : Exemple : un employeur se plaint au médecin du travail des questions posées sur le ressenti du travail lors de l'entretien infirmier. Il est facile de répondre que cela résulte du protocole établi.

La relation entre médecin du travail et IST passe t'elle par le protocole ou par une complicité professionnelle ?

Question : quelle légitimité pour une IST d'adresser directement un salarié à un généraliste ?

#### **Coopération Médecin du travail, médecin généraliste**

Deux types de coopérations sont possibles

- Coopération induite par le médecin du travail qui expose au généraliste les risques existants dans une entreprise.

Coopération à l'occasion d'un cas singulier d'un patient/salarié initiée par le généraliste :

Elle se confronte à la vision préétablie du travail par ces libéraux, qui voient le travail « à leur manière », parfois une vision stéréotypée des métiers

Dans ce cas, les échanges Médecin du travail/libéraux permet au médecin du travail d'apporter sa grille de lecture du travail, et d'aborder toute la complexité des relations interprofessionnelles.

Une approche simpliste voudrait que le médecin du travail se consacre à la prévention et le généraliste à la thérapeutique, aux soins.

Or le **code de la santé publique**, fait obligations aux différents médecins, intervenants dans la « boucle de soins » d'échanger et de délibérer entre eux. Si l'action du médecin du travail pourrait être considérée comme essentiellement préventive, il intervient aussi dans la « boucle de soins » par sa thérapie préventive : ex En cas de souffrance psychologique organisationnelle, il peut intervenir en entreprise ou retirer le salarié de la situation dangereuse pour sa santé.

Le médecin du travail doit donc revendiquer toute sa place dans le soin

Parfois la demande du généraliste au médecin du travail, prend la forme d'une injonction d'agir qui heurte ce dernier. Cette agressivité peut être lue, au delà d'une surestimation des pouvoirs d'action du médecin du travail, comme

- Une absence d'exploration du champ santé/travail de son patient qui ne lui permet pas de comprendre les causes de la pathologie
- Un refus d'aborder la relation santé/travail et il se « lave les mains » avec l'expression « c'est le rôle du médecin du travail, allez le voir »

Heureusement les relations sont le plus souvent moins agressives et prennent simplement la forme d'un échec thérapeutique de la part du généraliste et d'une demande de coopération au médecin du travail

#### Les différences d'approche entre les deux professions

Beaucoup de médecins (Généralistes ou du travail) ne considèrent pas le patient/salarié comme un acteur de sa santé.

- Ex : Ils pensent que leur rôle est d'amener le patient à l'observance de soins ou de comportements par des méthodes culpabilisantes ou inefficaces : (« prenez sur vous »), y compris dans leur travail quand il est pathogène.
- Ils peuvent considèrent le travail comme à priori aliénant, comme un facteur de risques et ne pensent pas que le travail peut être constructeur de la santé

Il y a donc nécessité pour les généralistes de faire l'instruction clinique de la question du travail, mais c'est à eux à inventer le vocabulaire et leurs propres méthodes d'investigation cliniques

#### Les évolutions en cours :

La montée des effectifs en charge par médecin du travail, et les évolutions législatives en cours (loi El KHOMRI, décret du 27/12/2016), en retardant tous les 5 ans, les visites médicales systématiques, ne permettront plus au médecin du travail, d'avoir une vision d'ensemble de l'entreprise, de son évolution, des rapports sociaux internes

Rédacteur Benoit de LABRUSSE