

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N°3

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Par

Florence Doussin

Née le 5 juillet 1977 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 23 janvier 2009

**RELATIONS ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET
LES MÉDECINS DU TRAVAIL**

**Reprise d'une enquête de 1997 réalisée par des médecins de la Mutualité
Sociale Agricole : évolution des pratiques et évaluation des solutions pour
améliorer la santé au travail des patients.**

Président : Monsieur le Professeur Géraut

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Senand

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
1.1. QUELQUES DONNEES STATISTIQUES	5
1.2. ROLES ET MISSIONS DU MEDECIN DU TRAVAIL.....	6
1.3. LE SECRET MEDICAL.....	7
1.4. L'IMAGE DU MEDECIN DU TRAVAIL.....	7
1.5. LA PROBLEMATIQUE	7
1.6. ETAT DES ETUDES SUR LA QUESTION.....	8
1.7. LA QUESTION	9
2. METHODE	10
2.1. ENQUETE.....	10
2.2. ENVOI.....	12
2.3. LES TESTS STATISTIQUES	12
3. RESULTATS	13
3.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	13
3.2. FREQUENCE DES CONTACTS AVEC LE MEDECIN DU TRAVAIL	15
3.2.1. <i>Pour l'ensemble de l'échantillon.....</i>	<i>15</i>
3.2.2. <i>Influence de la connaissance du médecin du travail</i>	<i>18</i>
3.2.3. <i>Influence de la connaissance du rôle du médecin du travail</i>	<i>18</i>
3.2.4. <i>Influence de l'ancienneté d'exercice.....</i>	<i>19</i>
3.3. FACTEURS LIMITANT LA COLLABORATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES MEDECINS DU TRAVAIL	20
3.4. IMAGE DU MEDECIN DU TRAVAIL AUPRES DU MEDECIN GENERALISTE.....	23
3.5. DECLARATIONS DE MALADIES PROFESSIONNELLES	27
3.6. DECLARATIONS DE MALADIES A CARACTERE PROFESSIONNEL	28
3.7. CERTIFICATS DE LIMITATION D'APTITUDE	28
3.8. COLLABORATION PLUS IMPORTANTE	28
3.9. UTILITE DE LA FICHE DE LIAISON	28
3.10. PARTICIPATION AUX FMC TRAITANT DE LA SANTE AU TRAVAIL	29
3.11. PROVENANCE DE LA CONNAISSANCE EN SANTE AU TRAVAIL	30
3.12. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES OU ELECTRONIQUES SUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES	31
3.13. UTILITE DU GUIDE.....	32
3.14. COMMENTAIRES.....	32
4. DISCUSSION	33
4.1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	33
4.2. COMPARAISON AVEC L'ENQUETE DE 1997	34
4.2.1. <i>Le taux de réponse</i>	<i>34</i>
4.2.1.1. <i>Intérêt pour la santé au travail des médecins généralistes</i>	<i>34</i>
4.2.1.2. <i>Comparaison possible avec l'enquête de 1997</i>	<i>35</i>
4.2.2. <i>Caractéristiques de l'échantillon.....</i>	<i>35</i>
4.2.2.1. <i>Vieillesse et féminisation de la population médicale</i>	<i>35</i>
4.2.2.2. <i>La répartition en classes d'âge et classes d'ancienneté d'exercice</i>	<i>36</i>
4.2.3. <i>Fréquence des contacts avec le médecin du travail.....</i>	<i>36</i>

4.2.3.1. Pour l'ensemble de l'échantillon.....	36
4.2.3.2. Influence de la connaissance du médecin du travail	37
4.2.3.3. Influence de la connaissance du rôle du médecin du travail.....	37
4.2.3.4. Influence de l'âge et de la durée d'installation	38
4.2.4. <i>Facteurs limitant la collaboration</i>	38
4.2.4.1. Non connaissance du médecin du travail.....	39
4.2.4.2. Méconnaissance du rôle du médecin du travail	39
4.2.4.3. Aucun facteur limitant	39
4.2.4.4. Facteur limitant « peu d'efficacité ».....	40
4.2.5. <i>Image du médecin du travail</i>	40
4.2.5.1. Médecin de sélection	40
4.2.5.2. Indépendance du médecin du travail	41
4.2.5.3. Médecin de santé publique	42
4.2.5.4. Médecin de prévention des risques professionnels	42
4.2.6. <i>Collaboration entre les médecins généralistes et les médecins du travail</i>	42
4.3. PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES EN 2008.....	42
4.3.1. <i>Les déclarations de maladies professionnelles et de maladies à caractère professionnel</i>	42
4.3.2. <i>Certificats de limitation d'aptitude</i>	43
4.4. EVALUATION DES SOLUTIONS PROPOSEES	43
4.4.1. <i>Utilité de la fiche de liaison</i>	43
4.4.2. <i>Participation à des FMC</i>	44
4.4.3. <i>La réalisation d'un guide sur les indications à faire appel au médecin du travail</i>	45
4.5. EVALUATION DE LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL	45
4.5.1. <i>Provenance de la connaissance en santé au travail</i>	45
4.5.2. <i>Les références bibliographiques</i>	47
4.6. SOLUTIONS POSSIBLES.....	48
5. CONCLUSION	49
6. BIBLIOGRAPHIE	52
7. ANNEXES	58

1. INTRODUCTION

Toute société s'articule autour de la valeur fondamentale du travail. La santé au travail est un domaine qui suscite un intérêt important des pouvoirs politiques. Ceux-ci ont instauré en 2004 de nouvelles lois sur la réforme de la médecine du travail. Les études en cours du Ministère du Travail évaluent également la souffrance morale au travail. Le public est aussi sensibilisé à ce sujet du fait de l'actualité qui a fait état de suicides probablement liés au travail dans de grandes entreprises. Dans la pratique quotidienne, le médecin généraliste est confronté à des demandes croissantes d'aide concernant la souffrance au travail. Il s'agit toujours de situations délicates qui nécessitent une prise en charge rapide [43, 24, 60, 39].

Au cours de mes remplacements, j'ai dû faire face à des situations difficiles : de souffrance morale liée à la pression des cadences ou de la hiérarchie, au peu de reconnaissance du travail allant d'un simple stress à des dépressions vraies, de relations conflictuelles aboutissant à des impasses ; de maladies professionnelles (notamment de troubles musculosquelettiques empêchant parfois toute reprise de travail et évoluant vers des situations graves tant psychologique, familiale que financière) nécessitant une reconversion ; de renouvellement d'arrêts de travail. Il n'est pas toujours facile de contacter le médecin du travail pour obtenir de l'aide dans les démarches. Parfois le patient ne lui accorde que peu de confiance. Il revient au médecin généraliste de le convaincre de l'utilité de ces démarches. Encore faut-il s'y intéresser et les connaître pour permettre au patient un retour dans l'activité professionnelle. Une meilleure connaissance du rôle du médecin du travail et une meilleure collaboration permettraient d'améliorer certaines situations qui doivent être prises en charge très rapidement pour éviter une pérennisation de situations qui deviennent vite inextricables.

1.1. QUELQUES DONNEES STATISTIQUES

La médecine du travail concerne tous les salariés. En 2007 [46], l'effectif salarié du régime général s'élève à 18,3 millions d'individus. Le nombre d'accidents du travail avec arrêt de travail se monte à 720 150. Ces cas sont en hausse de 2,8% par rapport à l'année précédente. L'indice de fréquence demeure stable et concerne 39,4 accidents du travail pour 1 000 salariés. Le nombre d'accidents mortels s'établit à 622. En 2007, on dénombre 43 832 maladies professionnelles, soit une hausse de 3,6% par rapport à 2006.

L'évolution des principales maladies professionnelles fait apparaître que les affections périarticulaires sont toujours en augmentation. Les lombalgies sont devenues la troisième cause de maladies professionnelles. Au total, les troubles musculosquelettiques représentent les trois-quarts des maladies professionnelles reconnues [28].

1.2. ROLES ET MISSIONS DU MEDECIN DU TRAVAIL

Selon la loi du 11 octobre 1946, le rôle du médecin du travail (détaillé en annexe 1) est « exclusivement préventif et consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène de travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ». Il est le conseiller de l'entreprise pour l'amélioration des conditions de vie et de travail en son sein ; pour l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ; pour la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances ; pour l'hygiène générale de l'établissement, la prévention et l'éducation sanitaire. Son travail se partage en suivi médical des salariés, en action sur le milieu de travail et en activités connexes.

Le suivi médical comprend des visites médicales obligatoires (d'embauche, périodiques dont les surveillances médicales renforcées et de reprise) et facultatives (à la demande de l'employeur ou de l'employé et visite de préreprise). La description de ces visites est donnée en annexe 1.

L'action sur le milieu de travail comprend les visites d'entreprise, les études pour la prévention des risques, la participation au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et la rédaction du plan d'activité et de la fiche d'entreprise.

Les activités connexes du médecin du travail incluent la participation au conseil d'administration du service interentreprises, à la veille sanitaire (en communiquant les études pour la surveillance des risques au travail) et à la commission médico-technique. La réforme de 2004 [64] a notamment pour objectif de donner une place plus importante à l'action en milieu de travail. C'est cette réforme qui a introduit la surveillance médicale renforcée, permettant un meilleur suivi des salariés exposés.

1.3. LE SECRET MEDICAL

Le secret médical [8, 65, 55] s'impose à tout médecin (cf. annexe 2). Le médecin traitant ne peut communiquer des informations au médecin du travail qu'avec l'accord du patient, soit par lettre adressée au médecin du travail par l'intermédiaire du patient, soit par téléphone en présence du patient [18]. Les certificats médicaux de limitation d'aptitude établis par les médecins généralistes et remis à l'employeur sont préjudiciables pour les patients. Ils relèvent d'ailleurs exclusivement du médecin du travail. C'est son rôle de juger de l'aptitude et de conseiller sur les aménagements des conditions de travail nécessaires. C'est lui qui connaît le mieux le milieu de travail et c'est le médecin généraliste qui connaît le mieux l'état de santé du patient [70]. On comprend donc que de bonnes relations permettent d'améliorer la santé au travail des patients.

1.4. L'IMAGE DU MEDECIN DU TRAVAIL

Que l'on se place du point de vue du patient ou de celui du médecin généraliste, l'image du médecin du travail diffère peu. Le médecin du travail reste un médecin de sélection depuis la mise en place de la médecine du travail [35] et un médecin non indépendant puisque salarié de l'entreprise. Il faut passer au-dessus de ces a priori pour bien conseiller le patient dans ses démarches et le motiver à s'adresser au médecin du travail. En pratique, les patients sont souvent réticents à contacter le médecin du travail.

1.5. LA PROBLEMATIQUE

Le manque de relations entre médecin traitant et médecin du travail peut entraîner un déficit de prise en charge des patients ayant des problèmes de santé au travail. Or ces problèmes de santé peuvent jouer un rôle sur l'aptitude et entraîner un risque d'accident du travail. Ce déficit peut conduire à une sous-déclaration de maladie professionnelle. Dans le cas où la visite de reprise n'est pas demandée (car parfois non connue), les arrêts de travail peuvent s'éterniser.

1.6. ETAT DES ETUDES SUR LA QUESTION

De nombreux travaux concernant les relations entre médecins généralistes et médecins du travail ont été réalisés.

Une thèse [65] écrite en 1996 : « La place du secret dans les relations entre médecins généralistes et médecins du travail » de Christine Reymond a été élaborée à partir d'entretiens réalisés avec cinq médecins du travail et cinq médecins généralistes. Elle conclut à une amélioration de la confiance dans les relations, variables en fonction des individualités. Le secret médical n'apparaît pas comme un frein puisque les médecins ne transmettent des informations qu'avec l'accord de leur patient.

En 1997, l'enquête [50], « Photographie des pratiques relationnelles entre les médecins généralistes et les médecins du travail », menée par des médecins du travail de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) auprès des médecins généralistes, reste une référence sur le sujet. Cette étude amène à la conclusion suivante : les contacts dans les situations nécessitant une collaboration entre les médecins généralistes et les médecins traitants sont irréguliers en raison de problèmes matériels et de disponibilité. Des propositions ont été émises. Parmi elles, l'établissement d'une fiche de liaison remise au salarié par le médecin du travail et destinée à son médecin traitant. Cette fiche comprendrait notamment les coordonnées du médecin du travail et la fiche de poste minimale. Elle prône par ailleurs la promotion de Formations Médicales Continues (FMC) avec des médecins du travail pour familiariser les médecins généralistes à l'environnement sanitaire professionnel. Enfin, elle propose la réalisation d'un guide renseignant les médecins généralistes sur le rôle précis du médecin du travail.

Deux thèses, publiées l'une [66] en 2000, l'autre [37] en 2003, aboutissent aux mêmes conclusions et estiment que les propositions faites suite à l'enquête de 1997 sont envisageables et attendues par les médecins généralistes.

Plus récemment, une étude qualitative [68] de 2007 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, fondée sur des entretiens avec les acteurs participant à la déclaration des maladies professionnelles, montre une faible implication des médecins

praticiens dans l'émission de certificats médicaux initiaux. Cette enquête souligne le manque de relations entre médecins généralistes et médecins du travail ainsi que le manque de formation des médecins sur les problématiques de santé au travail.

1.7. LA QUESTION

Constate-t-on toujours, dix ans après l'enquête menée en 1997, un manque de relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail ? Les facteurs limitants sont-ils toujours liés à des difficultés pratiques ? Les médecins généralistes ont-ils une meilleure connaissance de la santé au travail ? Les propositions émises à l'issue de l'enquête de 1997 ont-elles été appliquées et sont-elles efficaces ? La formation médicale, tant initiale que continue, apporte-t-elle une solution ? Compte tenu des résultats, quelles perspectives pourraient être envisageables ?

2. METHODE

2.1. ENQUETE

Le questionnaire (annexe 3) se veut volontairement bref. Les médecins généralistes peuvent ainsi le renseigner facilement. Les questions portent sur des renseignements permettant de caractériser l'échantillon en fonction de l'âge, du sexe, de l'ancienneté d'exercice. Il s'intéresse de même à la participation éventuelle des médecins interrogés à des FMC relatives à la médecine du travail. On reprend les questions abordées dans le questionnaire de l'enquête de 1997. La fréquence de leurs contacts avec le médecin du travail (dans le cas où son intervention est nécessaire) est ainsi évaluée dans quatre situations courantes.

On distingue les situations :

- au cours d'un arrêt de travail :

- visite de préreprise lorsque des difficultés à la reprise du travail sont prévisibles,
- visite pour organiser un mi-temps thérapeutique ;

- en dehors d'un arrêt de travail :

- lorsque le médecin généraliste suspecte une pathologie liée au travail,
- dans la situation où un aménagement des conditions de travail paraît utile pour le patient.

La question des facteurs limitant cette collaboration est ensuite abordée :

- aucun,
- médecin du travail non connu,
- difficultés pratiques (disponibilité),
- méconnaissance du rôle du médecin du travail,
- secret médical,
- peu d'efficacité de la médecine du travail.

On s'interroge ensuite sur l'image du médecin du travail perçue par les médecins généralistes :

- médecin de sélection,
- médecin de santé publique,
- médecin indépendant dans ses avis,
- médecin de prévention des risques professionnels.

Dans la pratique courante des médecins généralistes, on s'interroge sur leurs habitudes dans le domaine de la santé au travail :

- dans la déclaration de maladies professionnelles ou de maladies à caractère professionnel,
- dans la rédaction de certificat de limitation d'aptitude.

Les propositions qui avaient été abordées dans l'article tiré de l'enquête de 1997 sont testées en sollicitant leur avis sur la fiche de liaison et l'utilité d'un guide. Cette fiche de liaison sur laquelle figureraient les coordonnées du médecin du travail et une description minimale du poste de travail pourrait être transmise au médecin généraliste pour classement dans le dossier du patient. Le guide proposé décrirait le rôle du médecin du travail et les situations nécessitant son intervention.

On essaie enfin de faire le point sur leur formation en médecine du travail :

- participation à des FMC, avec l'intervention de médecins du travail et les thèmes abordés ;
- provenance de leur connaissance dans le domaine de la santé au travail : formation initiale, expérience, FMC ;
- références bibliographiques et électroniques sur les maladies professionnelles.

2.2. ENVOI

Le questionnaire a été envoyé à 250 médecins généralistes tirés au sort (125 médecins exerçant en Loire-Atlantique et 125 en Vendée), par courrier accompagné d'une lettre explicative. L'envoi a eu lieu courant juin 2008.

Les données ont été exploitées de façon anonyme sur EXCEL. Comme dans la précédente enquête, les effectifs ont été répartis en trois classes d'âge (moins de 39 ans, compris entre 40 et 49 ans et plus de 50 ans) et en trois classes d'ancienneté d'exercice (inférieure à 10 ans, comprise entre 10 et 19 ans et supérieure à 20 ans).

2.3. LES TESTS STATISTIQUES

Les tests statistiques du Khi2 et de Fischer sont utilisés à l'aide du logiciel EPI INFO.

3. RESULTATS

3.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Les 250 questionnaires ont été envoyés de manière anonyme à 125 médecins généralistes de Loire-Atlantique et 125 médecins généralistes de Vendée. Sur ces 250 questionnaires, 176 réponses sont revenues. Le taux de réponse spontanée s'élève donc à 70,4%.

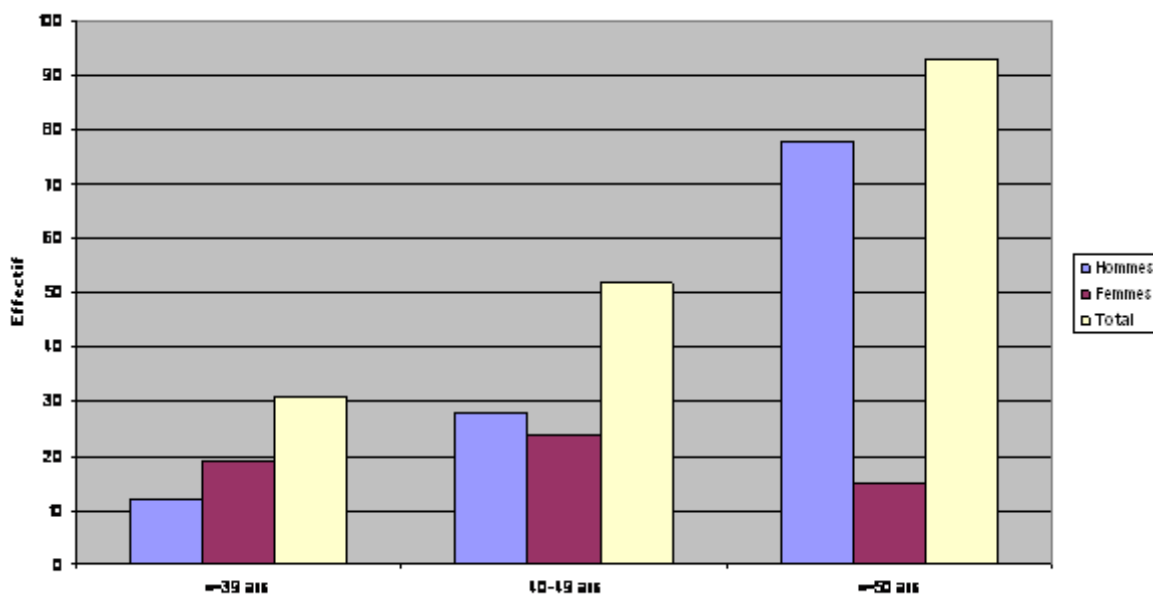
Compte tenu de l'anonymat des réponses, il n'a pas été possible de déterminer la part de médecins installés dans un département ou un autre.

	Effectifs		Âge moyen	Ancienneté moyenne d'exercice	Formation FMC Médecine du travail	
Hommes	118	67,0%	51,5	21,4	29	24,6%
Femmes	58	33,0%	44,2	11,8	12	20,7%
ENSEMBLE	176	100,0%	49,1	18,2	41	23,3%

Tableau 1 – Caractéristiques de l'échantillon en fonction du sexe

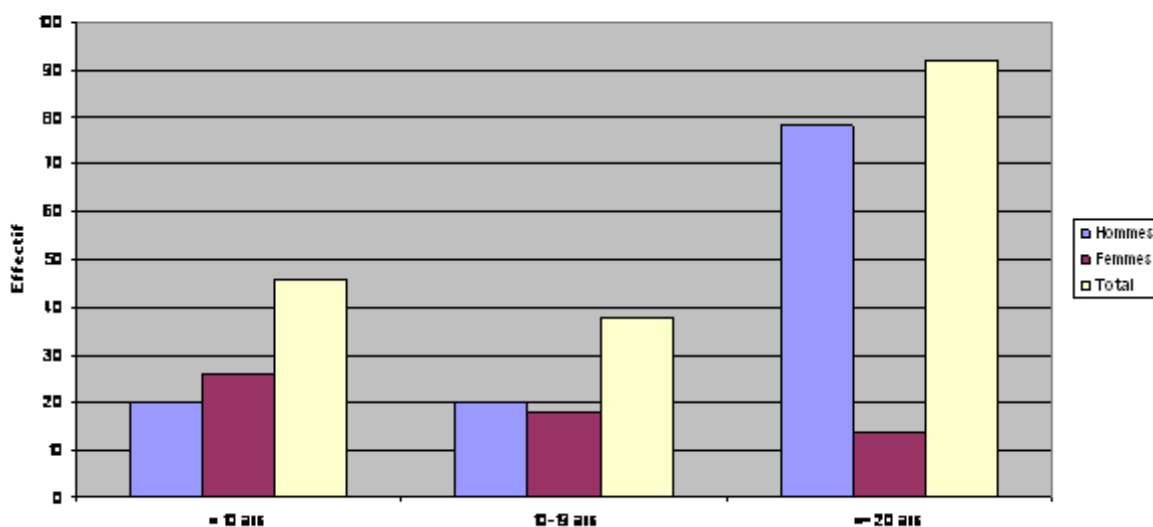
L'effectif de cet échantillon se compose de deux-tiers (67%, n = 118) d'hommes et d'un tiers de femmes (33%, n = 58). La moyenne d'âge de cet échantillon est de 49,1 ans étendue de 29 à 68 ans (écart-type = 8,63). L'âge moyen est de 51,5 ans pour les hommes et de 44,2 ans pour les femmes.

L'ancienneté moyenne d'exercice est de 18,2 ans étendue de 1 à 40 ans (écart-type = 10,25) : pour les hommes de 21,4 ans et pour les femmes de 11,8 ans.



Graphique 1 - Répartition de l'effectif en classes d'âge

L'échantillon est réparti en trois classes d'âge (cf. graphique 1). Les moins de 39 ans représentent 17,7% (n = 31) de l'échantillon dont 61,3% de femmes. La deuxième tranche d'âge concerne les 40-49 ans et représente 29,7% (n = 52) de l'échantillon dont 46,1% de femmes et 53,9% d'hommes. Pour les plus de 50 ans, l'effectif de cette tranche d'âge représente 53,1% (n = 93) de l'échantillon. Les hommes y sont largement majoritaires avec 83,9%, les femmes ne représentant que 16,1%.



Graphique 2 - Répartition de l'effectif en classe d'ancienneté d'exercice

La répartition en fonction de l'ancienneté d'exercice (cf. graphique 2) est partagée en trois classes. La première, correspondant à moins de 10 ans d'exercice, représente 26,3% (n = 46) de l'effectif total dont 56,5% de femmes et 43,5% d'hommes. Ensuite, celle concernant les généralistes installés depuis 10 à 19 ans représente 21,7% (n = 38) de l'effectif dont 52,6% d'hommes et 47,4% de femmes. Enfin, les généralistes installés depuis plus de 20 ans représentent 52,6% (n = 92) dont 84,8% d'hommes et 15,2% de femmes.

La répartition en classe d'âge et la répartition en durée d'installation diffèrent. En effet, on constate un effectif plus faible dans la classe d'âge des moins de 39 ans (n = 31 soit 17,7%) que la classe d'ancienneté d'exercice inférieure à 10 ans (n = 46 soit 26,3%). On repère de ce fait un effectif plus important dans la classe d'âge 40-49 ans (n = 52 soit 29,7%) que dans la classe d'ancienneté d'exercice 10-19 ans (n = 38 soit 21,7%). On l'explique par l'installation plus tardive des jeunes médecins généralistes. C'est pourquoi on sera amené à observer des différences entre la classe d'âge moins de 39 ans et la classe d'ancienneté d'exercice moins de 10 ans. Tout comme on pourra constater des différences dans les réponses entre la classe d'âge 40-49 ans et la classe d'ancienneté d'exercice 10-19 ans.

Parmi l'effectif global, 23,3% ont participé à au moins une FMC sur la médecine du travail.

3.2. FREQUENCE DES CONTACTS AVEC LE MEDECIN DU TRAVAIL

3.2.1. Pour l'ensemble de l'échantillon

Les résultats relatifs aux sollicitations du médecin du travail sont détaillés dans le tableau 2, selon que celles-ci s'inscrivent dans le cadre ou en dehors d'un arrêt de travail.

CIRCONSTANCE		Non-réponse		Systématique		Pas toujours		Jamais		Le cas ne s'est pas présenté	
Pendant un arrêt de travail	Situation A : Lorsque des difficultés sont prévisibles lors de la reprise du travail	1	0,6%	101	57,4%	61	34,7%	8	4,5%	5	2,8%
	Situation B : Dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique	1	0,6%	90	51,1%	71	40,3%	11	6,3%	3	1,7%
	Autres circonstances	15									
En dehors d'un arrêt de travail	Situation C : Lorsque le médecin généraliste suspecte une pathologie liée au travail	0	0,0%	69	39,2%	82	46,6%	12	6,8%	13	7,4%
	Situation D : Lorsqu'un aménagement des conditions de travail paraît utile pour le patient	2	1,1%	114	64,8%	47	26,7%	8	4,5%	5	2,8%
	Autres circonstances	5									

Tableau 2 - Sollicitations du médecin du travail par le médecin généraliste dans des situations de pratique courante

De manière générale, dans la pratique quotidienne des médecins généralistes :

- lorsque des difficultés sont prévisibles à la reprise du travail : ils sont 57,4% à solliciter le médecin du travail de manière systématique, 34,7% ne le font pas toujours et 4,5% ne le font jamais ;
- dans le cadre d'un mi temps thérapeutique, 51,1% sollicitent le médecin du travail de manière systématique, 40,3% ne le font pas toujours et 6,3% ne le font jamais.

Pendant un arrêt de travail, ils le sollicitent pour d'autres circonstances :

- un arrêt de travail de longue durée, plus d'un mois ou plus de trois mois (n = 3),
- pour un aménagement de poste (n = 4),
- lors de conflits employeur/employé, stress, harcèlement (n = 4),
- en cas d'incapacité (n = 1),
- quand ils ignorent la réalité du terrain (n = 1),
- pour un arrêt en rapport avec le travail (n = 1),
- quand ils doutent de la pénibilité du travail (n = 1).

En dehors d'un arrêt de travail, lorsqu'ils suspectent une pathologie liée au travail, ils sont 46,6% à solliciter le médecin du travail de manière irrégulière, 39,2% à le solliciter systématiquement et 6,8% à ne jamais le faire.

Lorsqu'un aménagement des conditions de travail paraît utile pour le patient, ils sont 64,8% à solliciter le médecin du travail systématiquement, 26,7% ne le font pas toujours, 4,5% ne le font jamais.

En dehors d'un arrêt de travail, ils sollicitent le médecin du travail dans d'autres circonstances :

- stress, harcèlement (n = 2),
- reclassement (n = 1),
- conseil par rapport à la législation (n = 2),
- grossesse et travail (n = 2).

Un seul médecin signale qu'il s'abstient de contacter le médecin du travail par courrier ou par téléphone et demande au patient d'effectuer cette démarche. Très peu de médecins n'ont jamais été confrontés à ces quatre situations : 2,8% pour une suspicion de difficultés à la reprise du travail, 1,7% pour un mi-temps thérapeutique, 7,4% pour une suspicion de pathologie liée au travail et 2,8% pour un aménagement des conditions de travail.

C'est surtout pour un aménagement des conditions de travail qu'ils sollicitent le médecin du travail.

Dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, les femmes sont plus nombreuses à recourir au médecin du travail : 65% contre 45% ($p = 0,01$). Pour les autres situations, ils ont sensiblement les mêmes réponses.

La participation à au moins une FMC sur la médecine du travail n'influe pas sur la fréquence des contacts avec le médecin du travail.

3.2.2. Influence de la connaissance du médecin du travail

CIRCONSTANCE	CONTACT DU MEDECIN GENERALISTE											
	Systématique				Pas toujours				Jamais			
	Médecin du Travail connu		Médecin du Travail non connu		Médecin du Travail connu		Médecin du Travail non connu		Médecin du Travail connu		Médecin du Travail non connu	
Situation A (p=0,191)	46	66,7%	55	51,4%	19	27,5%	42	39,3%	3	4,3%	5	4,7%
Situation B (p=0,895)	35	50,7%	55	51,4%	27	39,1%	44	41,1%	5	7,2%	6	5,6%
Situation C (p=0,003)	37	53,6%	32	29,9%	22	31,9%	60	56,1%	4	5,8%	8	7,5%
Situation D (p=0,01)	52	75,4%	62	57,9%	12	17,4%	35	32,7%	1	1,4%	7	6,5%

Tableau 3 - Influence de la connaissance du médecin du travail par le médecin généraliste sur les relations en pratique quotidienne

La connaissance du médecin du travail influe sur la fréquence des contacts (cf. tableau 3). Dans le cadre d'une pathologie suspectée liée au travail, quand le médecin du travail est connu, les médecins généralistes le sollicitent plus fréquemment : 53,6% contre 29,9% lorsque le médecin du travail n'est pas connu ($p = 0,03$). De même, dans la situation d'un aménagement des conditions de travail nécessaires pour le patient, lorsque le médecin du travail est connu, la fréquence des contacts systématiques est plus importante : 75,4% contre 57,9% ($p = 0,01$).

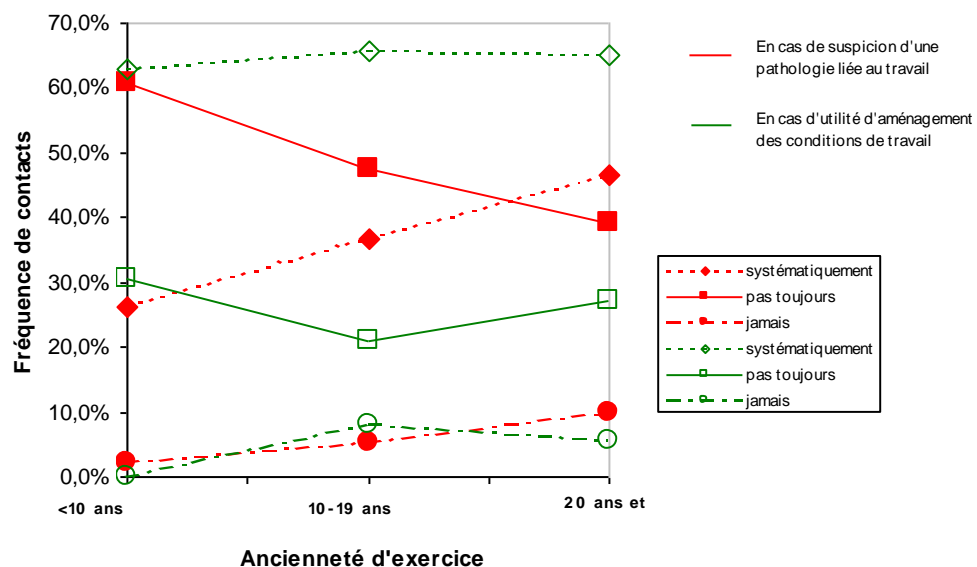
3.2.3. Influence de la connaissance du rôle du médecin du travail

CIRCONSTANCE	CONTACT DU MEDECIN GENERALISTE											
	Systématique				Pas toujours				Jamais			
	Rôle du Médecin du Travail connu		Rôle du Médecin du Travail non connu		Rôle du Médecin du Travail connu		Rôle du Médecin du Travail non connu		Rôle du Médecin du Travail connu		Rôle du Médecin du Travail non connu	
Situation A (p=0,009)	94	62,3%	7	28,0%	47	31,1%	14	56,0%	6	4,0%	2	8,0%
Situation B (p=0,12)	82	54,3%	8	32,0%	59	39,1%	12	48,0%	8	5,3%	3	12,0%
Situation C (p=0,012)	65	43,0%	4	16,0%	67	44,4%	15	60,0%	8	5,3%	4	16,0%
Situation D (p=0,13)	100	66,2%	14	56,0%	39	25,8%	8	32,0%	5	3,3%	3	12,0%

Tableau 4 - Influence de la connaissance du rôle du médecin du travail par le médecin généraliste sur la fréquence des contacts du médecin généraliste avec le médecin du travail

La connaissance du rôle du médecin du travail influe aussi sur la fréquence des contacts (cf. tableau 4). Dans la situation de difficultés présumées à la reprise de travail, la différence est significative ($p = 0,009$). Ceux connaissant le rôle du médecin du travail sont 62% à le contacter de manière systématique contre seulement 28% lorsque son rôle est méconnu. La différence n'est pas significative dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique. Par contre, pour une suspicion de pathologie liée au travail, on observe également une différence significative ($p = 0,012$). Les médecins généralistes connaissant le rôle du médecin du travail sont 43% à le solliciter de manière systématique et 16% seulement dans le groupe déclarant ne pas le connaître. Dans la dernière situation, celle d'un aménagement des conditions de travail nécessaire pour le patient, la différence n'est pas significative.

3.2.4. Influence de l'ancienneté d'exercice



Graphique 3 - Fréquence des contacts en cas de suspicion d'une pathologie liée au travail et d'utilité d'aménagement des conditions de travail en fonction de l'ancienneté

L'ancienneté influe sur la fréquence des contacts avec le médecin du travail (cf. graphique 3).

On observe pour les situations rentrant dans le cadre d'un arrêt de travail (difficultés prévisibles à la reprise et mi-temps thérapeutique) qu'il n'y a pas de différence significative en fonction de l'âge ou de la durée d'installation. C'est dans la situation de suspicion de pathologie liée au travail qu'on observe une augmentation de la fréquence des contacts avec l'ancienneté. La différence est limite ($p = 0,06$) pour les durées d'installation et significative pour les différentes tranches d'âge ($p = 0,007$). Les moins de 39 ans sont 25,8% à contacter le médecin du travail de manière systématique, les 40-49 ans 28,8% et les plus de 50 ans 49,5%. On ne note pas de différence significative dans la situation d'utilité d'aménagement des conditions de travail.

3.3. FACTEURS LIMITANT LA COLLABORATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES MEDECINS DU TRAVAIL

	Effectif total n=176	
Aucun élément limitant	39	22,2%
Médecin du travail non connu	107	60,8%
Difficultés pratiques (disponibilité)	99	56,3%
Méconnaissance du rôle du médecin du travail	25	14,2%
Problèmes déontologiques liés au secret médical	24	13,6%
Peu d'efficacité de la médecine du travail (absence ou peu de résultats)	50	28,4%
Autres facteurs	13	7,4%

Tableau 5 - Facteurs limitant la collaboration

22,2% des médecins interrogés ne déclarent aucun facteur limitant la collaboration avec le médecin du travail. 60,8% déclarent comme facteur limitant le fait de ne pas connaître le médecin du travail. 56,3% invoquent des difficultés pratiques. 28,4% mettent en avant le peu d'efficacité de la médecine du travail. 14,2% déclarent méconnaître le rôle du médecin du travail. Pour 13,6% enfin, ce sont les problèmes déontologiques liés au secret médical qui les freinent dans leur collaboration.

La question ouverte « autres facteurs » leur a permis de rappeler l'item « difficultés pratiques », en particulier, pour quatre d'entre eux, la difficulté à le contacter par téléphone du fait d'horaires différents, de changements fréquents de médecin du travail et de secrétaires qui font barrage.

Ils ont également cité d'autres facteurs limitants :

- non réponse de la majorité des médecins du travail (n = 1),
- refus du patient (n = 3),
- faible possibilité d'action du médecin du travail (n = 1),
- méconnaissance du fonctionnement des régimes spéciaux (n = 1),
- rôles respectifs mal définis (le médecin du travail devrait prescrire l'arrêt maladie quand il détermine une inaptitude) (n = 1),
- redondance des examens complémentaires (le médecin du travail adresse le patient directement chez le spécialiste, sans tenir compte des examens complémentaires déjà réalisés) (n = 1).

On n'observe pas de différence significative entre les femmes et les hommes pour ces facteurs limitants.

La participation aux FMC sur la médecine du travail n'influe pas non plus sur les réponses.

	DUREE D'INSTALLATION		
	< 10 ans	10 - 19 ans	>= 20 ans
Aucun élément limitant (p=0,053)	13,0%	15,8%	29,3%
Médecin du travail non connu (p=0,334)	69,6%	60,5%	56,5%
Difficultés pratiques (disponibilité) (p=0,217)	63,0%	63,2%	50,0%
Méconnaissance du rôle du médecin du travail (p=0,614)	10,9%	18,4%	14,1%
Problèmes déontologiques lié au secret médical (p=0,0000)	17,4%	31,6%	4,3%
Peu d'efficacité de la médecine du travail (p=0,132)	19,6%	39,5%	28,3%

Tableau 6 - Influence de l'ancienneté d'exercice sur les facteurs limitant la collaboration entre médecins généralistes et médecins du travail

	TRANCHE D'ÂGE		
	<= 39 ans	40-49 ans	>= 50 ans
Aucun élément limitant (p=0,003)	9,7%	11,5%	32,3%
Médecin du travail non connu (p=0,094)	74,2%	65,4%	53,8%
Difficultés pratiques (disponibilité) (p=0,018)	67,7%	67,3%	46,2%
Méconnaissance du rôle du médecin du travail (p=0,747)	12,9%	17,3%	12,9%
Problèmes déontologiques lié au secret médical (p=0,012)	19,4%	23,1%	6,5%
Peu d'efficacité de la médecine du travail (p=0,88)	25,8%	30,8%	28,0%

Tableau 7 - Influence de l'âge des médecins généralistes sur les facteurs limitant la collaboration entre médecins généralistes et médecins du travail

En fonction de la durée d'installation ($p = 0,05$) et de l'âge ($p = 0,003$), on observe une différence significative (cf. tableau 6 et 7). Ce sont surtout les plus anciens qui ne trouvent aucun facteur limitant leur collaboration avec les médecins du travail : 29,3% des installés depuis plus de 20 ans, 15,8% pour ceux qui sont installés depuis 10 à 19 ans et 13% des moins de 10 ans d'installation.

En ce qui concerne les difficultés pratiques, on remarque une différence significative en fonction de l'âge ($p = 0,018$) et non significative en fonction de la durée d'installation. Les moins de 39 ans sont 67,7% à le noter comme facteur limitant, les 40-49 ans 67,3% et les plus de 50 ans 46,2% seulement. Pour les plus jeunes, le facteur limitant « difficultés pratiques » est le frein le plus important.

En fonction de l'ancienneté, on note également une différence très significative pour le facteur limitant « secret médical » ($p = 0,00000\dots$). Ce sont surtout les médecins installés depuis 10 à 19 ans qui le citent (31,6%). A moins de 10 ans d'installation, il passe à 17,4% et pour les installés depuis plus de 20 ans, il tombe à 4,3%.

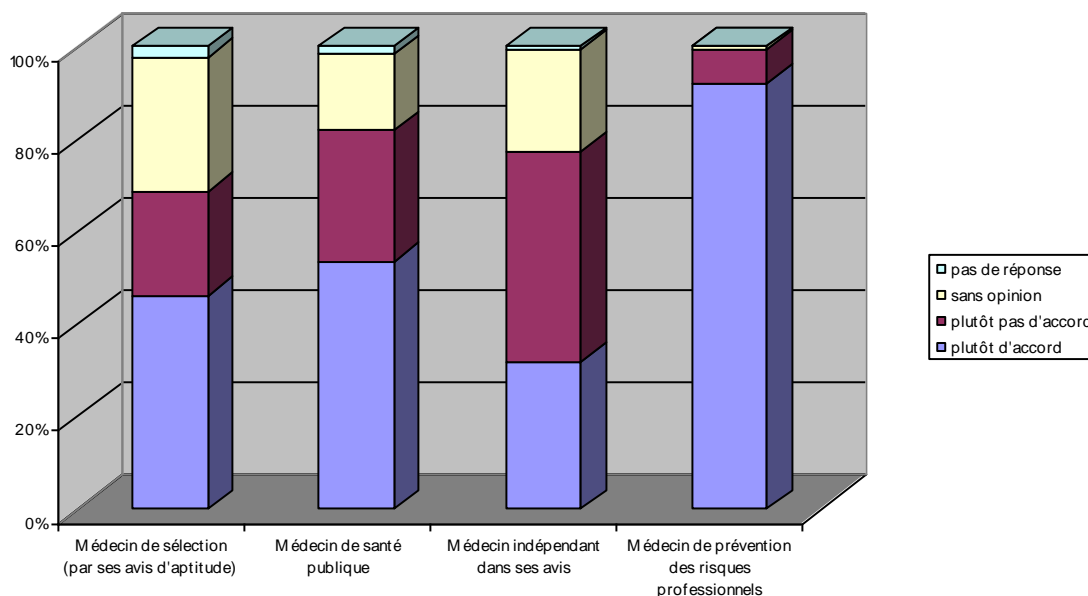
En résumé, pour les installés depuis moins de 10 ans, le fait de ne pas connaître le médecin du travail s'avère être le facteur limitant prépondérant dans la collaboration. Viennent ensuite les difficultés pratiques et enfin le peu d'efficacité de la médecine du travail. En ce qui concerne les installés depuis 10 à 19 ans, ce sont les difficultés pratiques qui sont notées en premier lieu, puis le médecin du travail non connu et enfin le peu d'efficacité de la médecine du travail. Les médecins installés depuis plus de 20 ans invoquent d'abord le médecin du travail non connu, puis les difficultés pratiques et enfin le peu d'efficacité de la

médecine du travail. On remarque que dans cette catégorie les médecins sont plus nombreux à ne déclarer aucun facteur limitant ; ils apparaissent aussi moins influencés par le secret médical dans leur collaboration avec le médecin du travail.

3.4. IMAGE DU MEDECIN DU TRAVAIL AUPRES DU MEDECIN GENERALISTE

	plutôt d'accord	plutôt pas d'accord	sans opinion	ne se prononcent pas
Médecin de sélection (par ses avis d'aptitude)	46,0%	22,7%	29,0%	2,3%
Médecin de santé publique	53,4%	28,4%	16,5%	1,7%
Médecin indépendant dans ses avis	31,8%	45,5%	22,2%	0,6%
Médecin de prévention des risques professionnels	92,0%	7,4%	0,6%	0,0%

Tableau 8 – Image du médecin du travail



Graphique 4 – Image du médecin du travail

Ils sont 46% à être plutôt d'accord avec l'affirmation « médecin de sélection », 22,7% à n'être plutôt pas d'accord et 29% sans opinion.

Ils sont 53,4% à être plutôt d'accord avec l'affirmation « médecin de santé publique », 28,4% à n'être plutôt pas d'accord et 16,5% sans opinion.

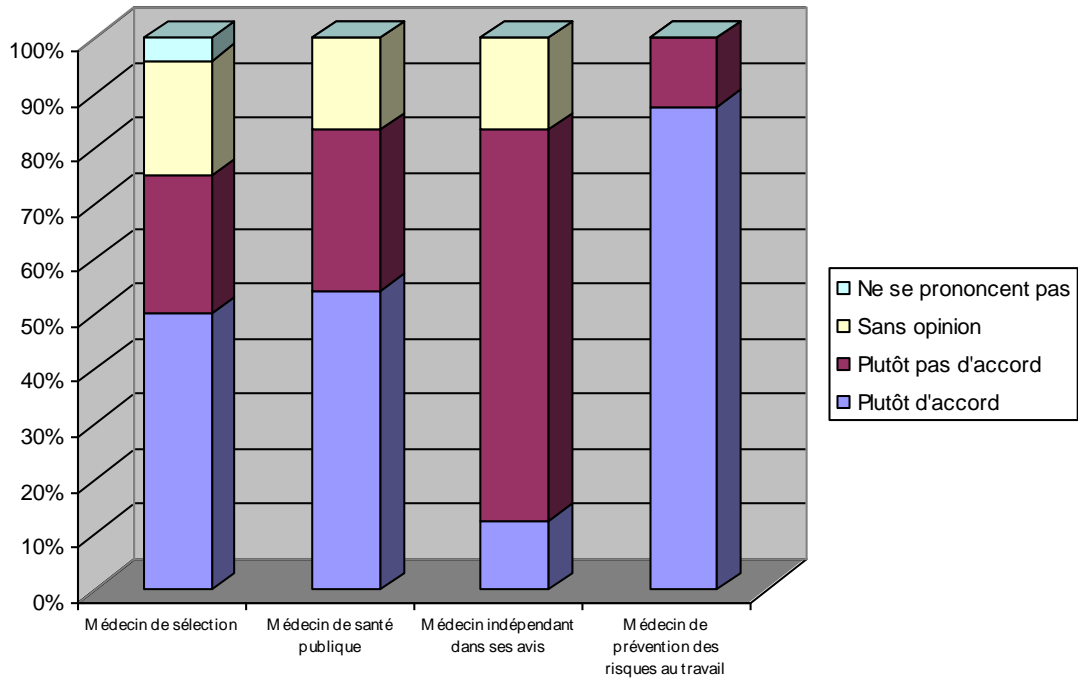
45,5% ne sont plutôt pas d'accord avec l'affirmation « médecin indépendant dans ses avis », 31,8 % seulement sont plutôt d'accord et 22,2% sont sans opinion.

Pour l'affirmation « médecin de prévention des risques au travail », ils sont largement majoritaires à être d'accord avec cette affirmation (92%). Seuls 7,4% d'entre eux ne sont plutôt pas d'accord et 0,6% n'expriment pas d'opinion.

Les réponses à la question ouverte sur « l'image du médecin du travail » montrent qu'il est perçu comme un médecin assez limité dans ses moyens et largement limité dans l'application de ses mesures thérapeutiques (aménagement de poste). Même s'ils le considèrent non indépendant du fait de son statut de salarié de l'entreprise, ils affirment qu'il reste un bon interlocuteur sur le terrain.

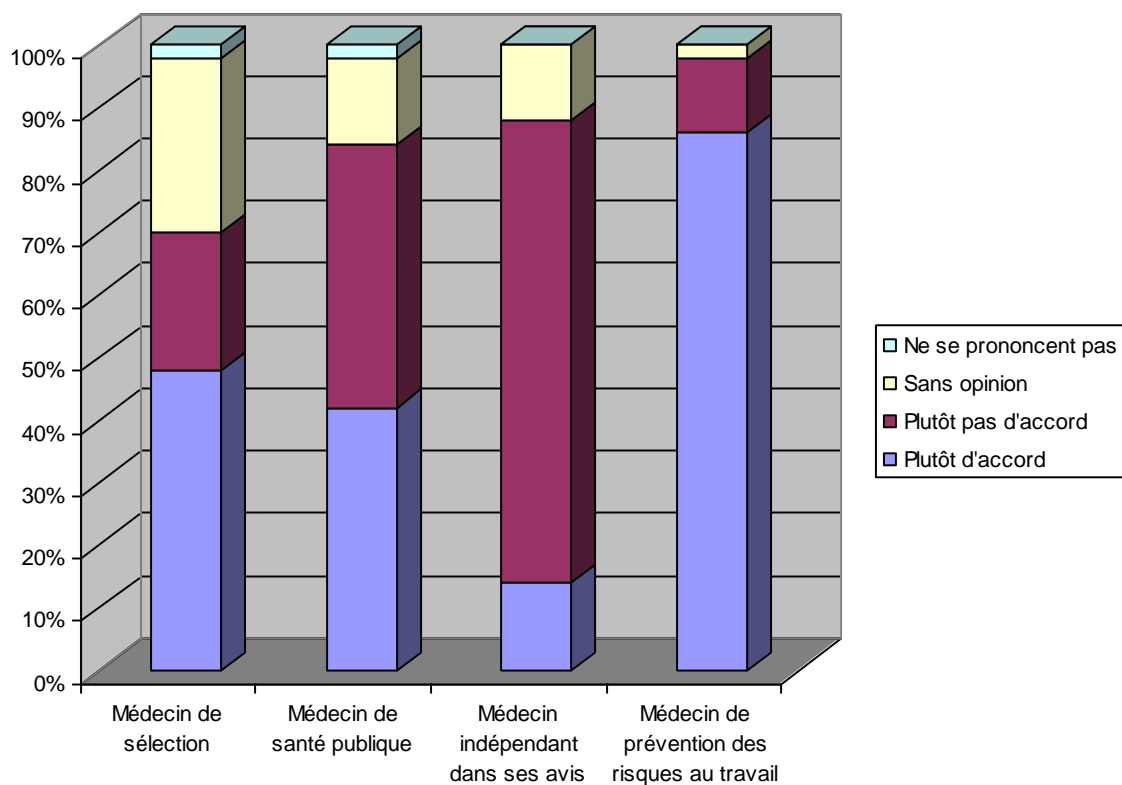
Pour les médecins ayant participé à au moins une FMC sur la médecine du travail et les non participants, il n'y a pas de différence significative.

Les hommes sont plus nombreux à penser qu'il ne s'agit pas d'un médecin de sélection à 28% contre 12% pour les femmes ($p = 0,02$) mais les deux sont majoritaires à être plutôt d'accord avec cette affirmation. Il n'y a pas de différence significative pour les autres affirmations.



Graphique 5 – Image du médecin du travail pour les médecins généralistes déclarant un facteur limitant « secret médical »

Les médecins déclarant comme facteur limitant « le problème déontologique lié au secret médical » sont majoritaires. 70,8% ne sont plutôt pas d'accord avec l'affirmation « médecin indépendant dans ses avis » ($p = 0,02$). Ils ne sont que 45,5% pour l'ensemble de l'échantillon.

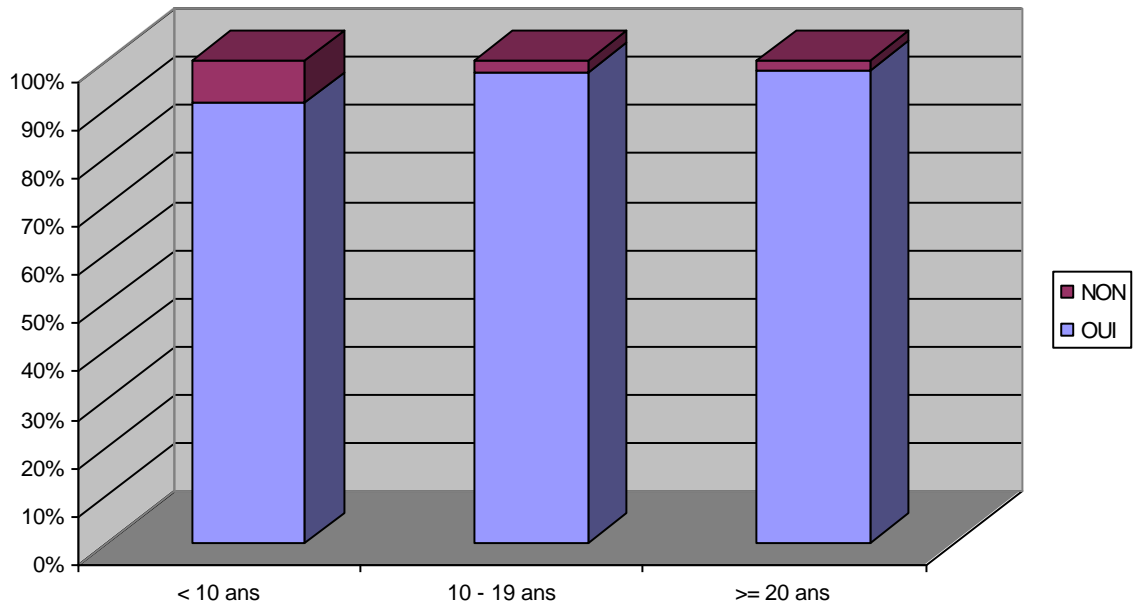


Graphique 6 – Image du médecin du travail pour les médecins généralistes déclarant un facteur limitant « peu d'efficacité »

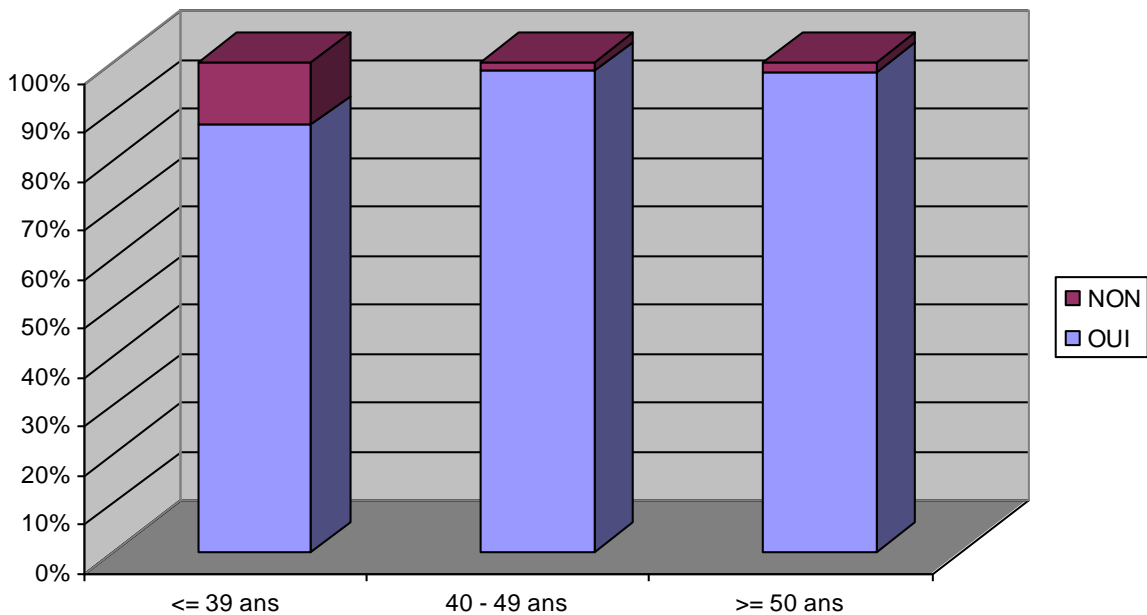
La même observation se vérifie pour les médecins déclarant comme facteur limitant « peu d'efficacité de la médecine du travail ». Ils sont plus nombreux à n'être plutôt pas d'accord avec l'affirmation « médecin indépendant dans ses avis » : 74% dans cette catégorie contre 45,5% pour l'ensemble de l'échantillon. La différence est particulièrement significative ($p = 0,00003$).

Il n'y a pas de différence significative en fonction de l'âge ou de la durée d'installation.

3.5. DECLARATIONS DE MALADIES PROFESSIONNELLES



Graphique 7 – Médecins déclarant des maladies professionnelles en fonction de leur ancienneté d'exercice



Graphique 8 – Médecins déclarant des maladies professionnelles en fonction de leur âge

Ils sont 96% à être amenés à faire des déclarations de maladies professionnelles. Le taux atteint 100% pour les participants aux FMC sur la médecine du travail. On ne note pas de différence significative entre les hommes et les femmes. Par contre, le critère de l'âge entre en ligne de compte. En effet, les moins de 39 ans sont moins nombreux à faire des déclarations de maladies professionnelles : 87% contre 98% pour les plus de 50 ans. La différence se révèle significative ($p = 0,02$).

3.6. DECLARATIONS DE MALADIES A CARACTERE PROFESSIONNEL

68,8% des médecins interrogés rédigent des déclarations de maladies à caractère professionnel. 25,6% ne le font pas. Ils sont 5,7% à ne pas répondre à cette question en précisant ne pas connaître la différence entre maladie professionnelle et maladie à caractère professionnel. On ne remarque pas de différence significative en fonction de la participation aux FMC ni en fonction de l'âge ou de l'ancienneté d'exercice.

3.7. CERTIFICATS DE LIMITATION D'APTITUDE

Ils sont 69% à en délivrer contre 27,8%. On ne relève pas de différence significative en fonction de la participation aux FMC, ni en fonction de la connaissance du rôle du médecin du travail, ni en fonction de l'âge ou de la durée d'ancienneté.

3.8. COLLABORATION PLUS IMPORTANTE

82,4% des médecins estiment qu'une meilleure collaboration serait nécessaire alors que 16,5% n'en voient pas l'utilité. 1,1% ne se prononcent pas. On ne distingue pas de différence significative en fonction du sexe ou de l'ancienneté.

3.9. UTILITE DE LA FICHE DE LIAISON

Elle comporterait les coordonnées du médecin du travail et une fiche minimale de poste de travail.

86,9% considèrent la fiche de liaison comme un outil indispensable alors que 13,1% n'en voient pas l'utilité. A 94,8%, les femmes semblent plus sensibilisées ($p = 0,029$) que les hommes (83,1%).

Un seul médecin émet des réserves sur l'intérêt de recevoir des renseignements sur le poste de travail de son patient, en considérant que seul le médecin du travail en a besoin pour remplir son rôle. Certains précisent également qu'ils souhaitent la recevoir uniquement en cas de problèmes.

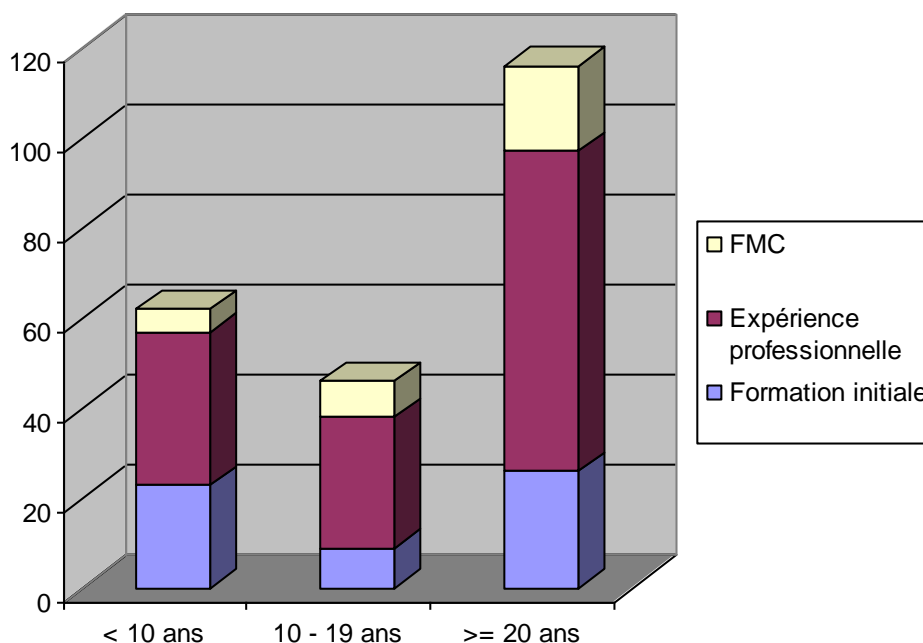
3.10. PARTICIPATION AUX FMC TRAITANT DE LA SANTE AU TRAVAIL

23,3% des médecins généralistes ont déjà participé à une FMC sur la médecine du travail : 24,6% pour les hommes, 20,7% pour les femmes.

Chaque participant a assisté en moyenne, depuis le début de son installation, à deux FMC. La majorité de ces FMC (87,8%) a été organisée avec des médecins du travail. Les sujets suivants ont été abordés :

- accident du travail, maladie professionnelle (n = 11),
- souffrance morale au travail (n = 6),
- relation médecin traitant médecin du travail (n = 3),
- aptitude, inaptitude (n = 2),
- rôle du médecin du travail (n = 3),
- arrêt de travail (n = 4),
- troubles musculosquelettiques (n = 3),
- certificats, législation (n = 3),
- visite de préreprise (n = 1).

3.11. PROVENANCE DE LA CONNAISSANCE EN SANTE AU TRAVAIL



Graphique 9 – Provenance des connaissances en santé au travail en fonction de l'ancienneté d'exercice

Les médecins questionnés sont majoritaires (76%) à dire qu'elle provient de leur expérience indépendamment de leur durée d'installation, de leur tranche d'âge et de leur sexe.

33% affirment que leur connaissance dans le domaine de la santé au travail découle de leur formation initiale. On relève une différence significative ($p = 0,04$) en fonction de l'âge et de la durée d'installation. Pour les moins de 39 ans, ils sont 51,6% à l'affirmer ; pour la tranche d'âge 40-49 ans, 30,8% ; et pour les plus de 50 ans, 28%. Ces chiffres sont similaires pour les différentes durées d'ancienneté d'exercice.

12,8% des médecins généralistes affirment que leur connaissance dans le domaine de la santé au travail provient des FMC. En fonction de la connaissance du rôle du médecin du travail, on constate une différence significative ($p = 0,03$). En effet, 20,5% des médecins indiquant connaître le rôle du médecin du travail attribuent ces acquis aux FMC, contre 4% de ceux déclarant le méconnaître.

3.12. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES OU ELECTRONIQUES SUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES

14,8% des médecins n'en citent aucune et 50% ne répondent pas à la question. Les références données sont souvent imprécises comme « internet » (3,4%).

Ils sont 14,2% à référencer l'assurance maladie, que ce soit son tableau des maladies professionnelles ou son site internet, sur lequel on peut trouver le tableau des maladies professionnelles.

5,7% se réfèrent au guide d'accès aux tableaux des maladies professionnelles de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), disponible sur son site internet ou sur document papier.

4,5% des médecins consultent les revues professionnelles (Prescrire, Le Concours Médical, La Revue du Praticien).

2,3% ont recours à des ouvrages : Desoille H. Précis de médecine du travail (Masson, Paris, 1987) ; Les maladies professionnelles (Ed mai 1995) ; Cassou B. Les risques au travail (Ed La Découverte, 1985).

D'autres références sont citées de manière beaucoup moins fréquente :

- l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (1,1%)
- référence auprès d'un médecin du travail connu (ami, conjoint) (1,1%)
- cours suivis pendant leur formation initiale et les notes prises lors des FMC (1,1%)
- site de la Haute Autorité de Santé (HAS) (0,6%)
- un guide édité par un laboratoire (0,6%)

3.13. UTILITE DU GUIDE

7,4% déclarent l'avoir reçu.

75,7% de ceux qui ne l'ont pas reçu estiment qu'il serait utile. Plus les médecins sont jeunes, plus ils sont demandeurs : 87,1% des moins de 39 ans contre 67% des plus de 50 ans ($p = 0,04$). En revanche, la différence n'est pas significative ($p = 0,109$) lorsqu'on compare l'ancienneté d'exercice : 88,9% des médecins installés depuis moins de 10 ans contre 67,8% des médecins installés depuis plus de 20 ans souhaitent le recevoir. Ceux méconnaissant le rôle du médecin du travail sont 96% à désirer un tel guide.

3.14. COMMENTAIRES

Ceux qui ont inscrit des commentaires ont globalement de bonnes relations avec leur confrère médecin du travail, qui peut être parfois un ami ou un conjoint. Beaucoup soulignent même l'importance d'améliorer cette collaboration, notamment dans les situations de psychopathologies liées au travail. Ils portent un grand intérêt au domaine de la santé au travail. Ils expriment un désir de formation par le biais de FMC qui leur paraissent indispensables en complément du guide. Quelques-uns ont des a priori négatifs sur la profession. Ils sont nombreux à s'interroger sur l'indépendance du médecin du travail et sur ses moyens dans l'entreprise pour améliorer les conditions de travail. Ils sont conscients pour certains de la démographie défavorable aux médecins du travail et s'inquiètent des futures transformations du secteur de la santé au travail. Ils refuseraient d'être amenés à endosser la rédaction des certificats d'aptitude pour pallier la raréfaction du nombre des médecins du travail.

4. DISCUSSION

4.1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Les relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail ont suscité beaucoup de travaux. Cependant, le contexte actuel de transformation de la médecine du travail (la réforme de 2004 et celles à venir) et l'évolution des pathologies liées au travail justifient de faire le point sur les pratiques actuelles. L'objectif consiste également à chercher à évaluer l'état de la formation des médecins généralistes dans le domaine de la santé au travail.

L'élaboration du questionnaire s'est faite dans une volonté de généraliser les questions. Ainsi la fréquence de sollicitation du médecin du travail dans quatre situations nécessitant sa collaboration est abordée sans limite de temps, alors qu'elle était posée dans l'enquête de 1997. Les généralistes devaient y répondre sur leur pratique l'année en cours. De ce fait, on observait un nombre plus grand de médecins généralistes n'ayant jamais été confrontés à ces situations. On constatait alors moins de réponses sur la fréquence des contacts avec le médecin du travail. Ce biais de recrutement a justifié pour l'analyse de s'intéresser uniquement aux contacts systématiques, irréguliers, absents.

La conclusion amenant à constater une augmentation de fréquence des contacts avec le médecin du travail doit donc être nuancée. Cependant, le fait d'amener plus de médecins généralistes à se prononcer sur leurs habitudes donne une bonne représentation de la pratique relationnelle entre les médecins généralistes et les médecins du travail.

Par ailleurs, la répartition en classes d'âge et d'ancienneté d'exercice différentes conduit à une interprétation en fonction de l'âge plutôt qu'en fonction de la durée d'installation. En effet, dans la caractérisation de l'échantillon, on peut remarquer un effectif plus faible des moins de 39 ans comparé à l'effectif des installés depuis moins de 10 ans. Cet élément est en rapport avec la tendance croissante du retard à l'installation des médecins généralistes. Les réponses parmi la classe « durée d'ancienneté inférieure à 10 ans » sont donc

biaisées par un effectif qui comprend des médecins plus âgés qui exercent depuis plus de 10 ans car installés à un âge plus avancé.

Le pourcentage de déclarations de maladies à caractère professionnel semble disproportionné, compte tenu du nombre réel de déclarations aboutissant à l'Inspection Médicale Régionale du Travail. On peut en effet noter que ces déclarations émanent principalement du médecin du travail. En 1994 [67], à l'Inspection Médicale Régionale du Travail des Pays de la Loire, parmi les déclarations réceptionnées, 85,1% étaient remplies par des médecins du travail et 8,9% par des médecins généralistes. En 2002 [42], 536 déclarations de maladies à caractère professionnel sont parvenues à l'Inspection Médicale Régionale du Travail des Pays de la Loire. Avec un taux de 68,8% de médecins généralistes ayant déclaré des maladies à caractère professionnel, on s'interroge sur la compréhension de cette question. Il s'agit probablement d'un biais d'interprétation.

Des questions générales peuvent amener quelques difficultés d'interprétation. Cependant la brièveté du questionnaire permet un fort taux de réponses : 70,4%.

4.2. COMPARAISON AVEC L'ENQUETE DE 1997

Pour comparer les deux enquêtes, il convient de se référer aux différents tableaux de résultats de 1997 en annexe 4 et de deux tableaux comparatifs en annexe 5.

4.2.1. *Le taux de réponse*

4.2.1.1. Intérêt pour la santé au travail des médecins généralistes

Un taux élevé à 70,4% (176 questionnaires renvoyés) est satisfaisant en comparaison avec le taux habituel de réponses aux enquêtes. On confirme ainsi un fort intérêt des médecins généralistes pour la santé au travail. Leurs commentaires soulignent d'ailleurs cette affirmation. Les médecins généralistes évoquent leurs difficultés dans les situations de souffrance morale liée au travail. Ils déplorent le manque de collaboration avec le médecin du travail. Ils se réjouissent également de ce travail et souhaitent qu'il puisse améliorer les relations avec les médecins du travail.

4.2.1.2. Comparaison possible avec l'enquête de 1997

En 1997, l'enquête « Photographie des pratiques relationnelles entre les médecins généralistes et les médecin du travail », menée par des médecins du travail de la MSA a porté sur 6 départements : Loire, Hérault, Gard, Saône-et-Loire, Loire-Atlantique et Yvelines. Trente généralistes par département ont été tirés au sort. Au préalable, chaque médecin généraliste avait été informé par un contact téléphonique de l'enquête à venir. Ils ont ainsi obtenu un taux de réponse de 91%, ce qui correspondait à 162 questionnaires retournés.

Les deux échantillons sont donc de même proportion et peuvent être comparés.

4.2.2. *Caractéristiques de l'échantillon*

4.2.2.1. Vieillesse et féminisation de la population médicale

Les résultats de l'enquête de 2008 soulignent le vieillissement de la population médicale. En effet, la moyenne d'âge de l'échantillon s'élève à 49,1 ans et l'ancienneté moyenne d'exercice à 18,2 ans. La tranche d'âge des plus de 50 ans est majoritaire (52,6%).

Les femmes représentent 33% de l'échantillon. Elles sont plus jeunes (61,3% des moins de 39 ans) et majoritaires dans la classe d'ancienneté d'exercice inférieur à 10 ans.

Ce phénomène se constate à l'échelle nationale. Les données de la démographie médicale en France en 2007 [16] dénombrent un effectif total des médecins généralistes en activité régulière de 96 889 individus. 38% de femmes et 62% d'hommes constituent cet effectif, les femmes sont majoritaires dans les générations de généralistes de moins de 40 ans. L'âge moyen national pour les hommes est de 51 ans, de 46 ans pour les femmes. Ces moyennes sont tout à fait proches des moyennes de l'échantillon. On note une petite différence par rapport à la population nationale. En effet, l'échantillon de 2008 comporte un peu moins de femmes mais garde sensiblement les mêmes proportions.

Dans ce contexte démographique défavorable caractérisé par des départs massifs à la retraite, on va assister à un déficit de médecins [19]. Ce phénomène touchera autant la médecine générale que la médecine du travail et nécessitera une meilleure collaboration

4.2.2.2. La répartition en classes d'âge et classes d'ancienneté d'exercice

On constate un échantillon de médecins généralistes plus âgé que celui de 1997 (cf. graphiques 1 et 2, annexe 4). La tranche d'âge des plus de 50 ans est majoritaire (52%) en 2008, alors qu'elle ne l'était pas en 1997. Les médecins généralistes femmes (cf. tableau 1, annexe 4) sont un peu plus représentées dans l'étude de 2008 que dans celle de 1997 où la répartition se faisait comme suit : 74,7% d'hommes et 25,3% de femmes.

Dans l'échantillon de 2008, les répartitions en tranches d'âge et en classes d'ancienneté d'exercice sont différentes. En 1997, elles se suivaient. On rappelle à nouveau qu'on observe un effectif plus élevé dans la classe d'ancienneté d'exercice inférieure à 10 ans que dans la classe d'âge moins de 39 ans, ce constat s'expliquant par le retard à l'installation des jeunes généralistes.

4.2.3. *Fréquence des contacts avec le médecin du travail*

4.2.3.1. Pour l'ensemble de l'échantillon

Les réponses sont assez satisfaisantes dans le sens où plus de la moitié des généralistes sollicitent le médecin du travail dans les situations pendant un arrêt de travail. C'est surtout lorsque les médecins généralistes pensent qu'un aménagement des conditions de travail serait utile au patient qu'ils sollicitent le médecin du travail de manière systématique (64,8%). Ce qui correspond sans doute au rôle le plus connu des médecins généralistes et le plus important à leurs yeux. Dans la situation de suspicion d'une pathologie liée au travail, les contacts sont très irréguliers. Ils ne sont en effet que 39,2% à contacter le médecin du travail de manière systématique et 46,6% à le faire de manière irrégulière. On peut en déduire qu'ils s'intéressent peu au dépistage de maladies professionnelles.

Pour comparer les fréquences de contacts entre les médecins généralistes et les médecins du travail avec celles de 1997 (cf. tableau 1, annexe 5), on doit faire abstraction des réponses : « le cas ne s'est pas présenté » et de l'absence de réponse. Comme dit plus haut, dans l'enquête de 2008, les médecins généralistes sont très peu à ne pas avoir eu affaire à ces situations.

En 2008, on constate une nette augmentation de la fréquence des contacts. Ils sont notamment moins nombreux à ne jamais prendre contact avec le médecin du travail dans les quatre situations de pratique courante nécessitant son intervention.

En effet, en 1997, dans la première situation d'une visite de préreprise, seuls 38,3% d'entre eux sollicitaient le médecin du travail de manière systématique, 40,7% de façon irrégulière et 21% jamais.

Pour un mi-temps thérapeutique, 29% le sollicitaient de manière systématique, 43% de manière irrégulière et 27% jamais.

Dans le cadre d'une suspicion de pathologie professionnelle, les contacts étaient systématiques pour 34,8%, irréguliers pour 46,1% et absents pour 19,1%.

Dans la situation d'un aménagement nécessaire des conditions de travail, ils étaient 48,3% à le faire de manière systématique, 31% de manière irrégulière et 20,7% jamais.

4.2.3.2. Influence de la connaissance du médecin du travail

La connaissance du médecin du travail influe sur la fréquence des contacts, notamment dans les situations de pathologie suspectée liée au travail et d'utilité d'aménagement des conditions de travail. Ceux qui ignorent son identité cherchent moins à solliciter le médecin du travail. Le constat était également valable dans l'enquête de 1997 mais de manière encore plus marquée (cf. tableau 5, annexe 4).

4.2.3.3. Influence de la connaissance du rôle du médecin du travail

La connaissance du rôle du médecin du travail influe aussi sur la fréquence des contacts. Ceux qui avouent méconnaître le rôle du médecin du travail le contactent moins souvent dans les situations de difficultés prévisibles à la reprise du travail et de pathologie suspectée liée au travail. Ce qui semblerait dire qu'ils ne connaissent pas la visite de préreprise et qu'ils ne considèrent pas que le médecin du travail peut les aider dans la détection de pathologies professionnelles. Et encore pourrait-on penser qu'ils ne s'impliquent

pas dans le repérage de maladies professionnelles étant donné qu'ils ne connaissent pas bien le domaine de la santé au travail. Ceci est évoqué dans une enquête qualitative menée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur portant sur la déclaration de maladies professionnelles [68].

Tout ceci suggère que si le rôle du médecin du travail était mieux connu, la collaboration entre les deux médecins serait plus importante et productive, le tout dans l'intérêt du patient.

4.2.3.4. Influence de l'âge et de la durée d'installation

Dans la situation d'un arrêt de travail, lorsque le médecin généraliste suspecte des difficultés à la reprise ou souhaite appliquer un mi-temps thérapeutique, la fréquence des contacts semble identique quels que soient l'âge ou l'ancienneté d'exercice. En revanche, dans la situation d'une pathologie professionnelle, la différence est significative ($p = 0,06$ pour l'ancienneté, $p = 0,007$ pour l'âge) : les moins de 39 ans n'étant seulement que 25,8% à faire appel au médecin du travail de manière systématique contre 49,5% pour les plus de 50 ans. Cette corrélation entre fréquence des contacts et degré d'ancienneté se retrouvait aussi dans l'enquête de 1997 mais concernait toutes les situations (cf. graphique 5, annexe 4).

Par rapport à l'enquête de 1997, on observe une croissance de la fréquence des contacts en 2008. C'est majoritairement dans la catégorie « durée d'installation de moins de 10 ans » que la fréquence augmente le plus. Ce qui laisse supposer une meilleure sensibilisation des plus jeunes au sujet.

4.2.4. Facteurs limitant la collaboration

La non-connaissance du médecin du travail est notée comme le premier facteur limitant la collaboration. Puis viennent les difficultés pratiques, le peu d'efficacité de la médecine du travail, la méconnaissance du rôle du médecin du travail et enfin les problèmes déontologiques liés au secret médical.

4.2.4.1. Non connaissance du médecin du travail

Cette limite est notée en premier lieu aussi bien en 1997 qu'en 2008. La solution proposée en 1997 d'instaurer une fiche de liaison n'est pas appliquée. Elle permettrait pourtant d'améliorer la collaboration entre les deux médecins en portant notamment à la connaissance du médecin généraliste l'identité du médecin du travail du patient.

4.2.4.2. Méconnaissance du rôle du médecin du travail

Les médecins généralistes sont moins nombreux à déclarer la méconnaissance du rôle du médecin du travail : 14,2% contre 30,9% en 1997 (tableau 2, annexe 5). Dans l'enquête de 2008, la méconnaissance du rôle du médecin du travail chez les moins de 39 ans (13%) est notée moins fréquemment qu'en 1997 (44%). Pour les plus de 50 ans, il n'y a pas de différence significative. Ce qui pourrait sous-entendre que la formation initiale s'est améliorée.

4.2.4.3. Aucun facteur limitant

Les médecins installées depuis plus de 20 ans sont plus nombreux à ne noter aucun facteur limitant. Il sont également moins nombreux à invoquer le secret médical comme facteur limitant. Un médecin expérimenté s'orientera plus facilement vers le médecin du travail d'un patient, d'autant plus qu'il aura déjà eu l'occasion de le contacter par le passé.

Par rapport à l'enquête de 1997, on observe une augmentation significative d'absence de facteurs limitant la collaboration : 22% en 2008 contre 14,2% en 1997. Ce qui laisse suggérer une nouvelle fois une amélioration des relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail. Cependant, ce sont toujours les difficultés pratiques et la non-connaissance du médecin du travail qui freinent cette collaboration. Les médecins interrogés en 2008 (56,3%) sont plus nombreux à relever les difficultés pratiques comme obstacle à la collaboration qu'en 1997 (46,8%). Ce constat est regrettable compte tenu de l'évolution des modes de communication lors de cette dernière décennie (téléphonie, courriel...).

4.2.4.4. Facteur limitant « peu d'efficacité »

Un autre fait intrigant est l'augmentation du facteur limitant « peu d'efficacité ». Il rentre en ligne de compte dans 28,4% des réponses en 2008 contre 21% en 1997. On peut renvoyer à la question du pouvoir du médecin du travail [41] dans l'entreprise et rappeler que le médecin du travail n'est que le conseiller de l'entreprise. Il n'est pas limité dans ses moyens ; pourtant l'application de ses conseils ne dépend pas de lui mais de l'entreprise et de la volonté du chef d'entreprise. Son rôle est de le convaincre de prendre en compte la prévention des risques.

4.2.5. Image du médecin du travail

L'image du médecin du travail comme un médecin de sélection non indépendant reste ancrée. Les médecins généralistes s'accordent nettement sur le fait que le médecin du travail est un médecin de prévention des risques professionnels. Ils sont un peu moins nombreux en 2008 à approuver l'affirmation « médecin de sélection » et leurs réponses sont similaires sur l'indépendance du médecin du travail (cf. tableau 4, annexe 4).

4.2.5.1. Médecin de sélection

Ils sont pour 46% plutôt en accord avec cette affirmation. 55,6% l'étaient en 1997. Ils sont un peu plus nombreux en 2008 à n'être plutôt pas d'accord (22,7% contre 14,2%). La différence est significative ($p = 0,0007$). L'avis sur la question apparaît plus nuancé qu'en 1997. Ces notions de médecin de sélection [35] persistent du fait de l'histoire de la médecine du travail.

Dans les premières lois de 1942 organisant la médecine du travail, il était demandé au médecin du travail de procéder lors de l'embauche à l'examen d'aptitude des travailleurs, avec une volonté de confier au médecin d'usine un rôle de sélection et d'orientation de la main-d'œuvre. La loi de 1942 introduit la dénomination de médecin du travail. La loi du 11 octobre 1946 généralise la médecine du travail dans sa forme de 1942. Avec la définition nouvelle des missions des médecins du travail, la vérification d'aptitude reste perçue comme une sélection de la main-d'œuvre. La notion d'aptitude a finalement été généralisée à l'ensemble des examens médicaux soumis au médecin du travail. Ainsi

l'aptitude est-elle devenue progressivement la notion centrale de la médecine du travail. C'est dans les lois de 1976 qu'apparaissent la notion de reclassement après inaptitude et l'introduction du tiers-temps d'action sur le milieu de travail.

Pour l'année 2004, les médecins du travail du régime général ont délivré près de 470 000 avis d'inaptitude, 200 000 d'entre eux concernaient une inaptitude temporaire. Pour la MSA, 7 746 avis d'inaptitude ont été émis dont 4 218 d'avis d'inaptitude temporaire. Cette image de sélection persiste. Le temps médical disponible devient insuffisant pour que le médecin du travail réponde aux obligations réglementaires. Les prochains départs à la retraite des médecins du travail vont aboutir à une diminution conséquente de leur nombre. Les médecins généralistes redoutent de devoir rédiger des certificats d'aptitude.

4.2.5.2. Indépendance du médecin du travail

Cette image n'a pas changé. Les médecins généralistes le considèrent toujours comme non indépendant à 45,5% (40,7% en 1997) et indépendant à 31,8% (32,7% en 1997). L'indépendance du médecin du travail est toujours d'actualité dans la mesure où il est salarié de l'entreprise. Cependant, des idées nouvelles apparaissent pour renforcer son indépendance et son pouvoir vis-à-vis de ses recommandations.

Le Conseil Economique et Social saisi par le Premier Ministre le 20 décembre 2007 a adopté un avis sur « l'avenir de la médecine du travail » le 27 février 2008, qui juge la médecine du travail en situation critique. Il insiste sur l'urgence de la réforme afin de recentrer l'action des médecins du travail sur les salariés les plus exposés. Il s'interroge aussi sur la possibilité d'accès au dossier médical personnel des médecins du travail concernant les expositions professionnelles et s'inquiète de l'indépendance du médecin du travail. A ce sujet, il suggère de conserver un financement par les cotisations des employeurs mais déconnecté du nombre de visites effectuées par le médecin du travail. La gouvernance en serait confiée aux partenaires sociaux. Un article [54] suggère que les structures de médecine du travail soient associées aux caisses d'assurance maladie comme pour la MSA et imagine même un corps de médecins du travail fonctionnaires dépendant du médecin inspecteur du travail de la Direction Régionale du Travail. Il conclut que c'est aux médecins du travail de rester vigilants par rapport aux transformations à venir et de faire entendre leur voix sur le sujet. Ce qui réglerait le problème d'indépendance du médecin du travail.

4.2.5.3. Médecin de santé publique

On constate une diminution d'avis en faveur de cette affirmation (53,4% contre 72,8% en 1997). Cette remarque est étonnante car la réforme 2004 tendait justement à renforcer ce rôle.

4.2.5.4. Médecin de prévention des risques professionnels

Ils lui reconnaissent majoritairement ce rôle quelle que soit l'année de l'enquête.

4.2.6. *Collaboration entre les médecins généralistes et les médecins du travail*

Ils sont plus nombreux en 2008 (16,5% contre 3,7% en 1997) à penser qu'ils n'en ont pas besoin. Par contre, ils sont autant à souhaiter plus de collaboration (82%). La collaboration n'est pas encore suffisante. Cependant on note une petite amélioration, compte tenu de la part plus importante de médecins à l'estimer bonne en l'état.

4.3. PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES EN 2008

4.3.1. *Les déclarations de maladies professionnelles et de maladies à caractère professionnel*

Les moins de 39 ans rédigent moins de déclarations de maladies professionnelles. Il faut rappeler la difficulté à remplir les certificats initiaux [17]. Le médecin sait que si la déclaration est mal renseignée, elle peut ne pas être reconnue. On constate l'importance d'une meilleure formation plus pratique sur le sujet de la santé au travail.

Les maladies à caractère professionnel sont théoriquement toutes les maladies susceptibles d'être d'origine professionnelle. Elles n'entrent ni dans le cadre des maladies professionnelles indemnisables ni dans celui du système complémentaire de réparation (Comité Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles). Les victimes d'une maladie à caractère professionnel ne bénéficient pas de la réparation des maladies professionnelles indemnisables et sont prises en charge au titre de l'assurance maladie. La déclaration des maladies à caractère professionnel est en théorie une obligation

légale pour tout docteur en médecine. Mais en pratique, très peu de médecins déclarent des maladies à caractère professionnel et la grande majorité des déclarations émanent de médecins du travail et de prévention [42]. Ces déclarations permettent d'informer sur la fréquence des manifestations pathologiques en lien avec le travail.

Dans l'enquête de 2008, les chiffres de déclaration de maladies à caractère professionnel sont élevés (68,8%) mais moins que les déclarations en maladies professionnelles indemnisables. Ce chiffre semble un peu étonnant compte tenu du fait qu'on relève très peu de déclarations à l'inspection régionale du travail. Comme on le suggère dans les limites de l'enquête, ce chiffre correspond sans doute à une mauvaise interprétation de la question. Seuls 5,7% des sondés s'interrogent sur la différence entre ces deux type de déclaration.

4.3.2. Certificats de limitation d'aptitude

69% des médecins interrogés déclarent établir des certificats de limitation d'aptitude. C'est beaucoup trop et révélateur du fait que les médecins généralistes ne connaissent pas bien le rôle du médecin du travail ou cèdent un peu trop souvent aux désirs des patients. Or ces certificats peuvent avoir de graves conséquences (un licenciement par exemple) et nuire ainsi au patient. Quand une modification d'aptitude est prévisible, l'intervention du médecin du travail est alors nécessaire.

On ne relève pas de différence significative quels que soient l'âge, le sexe, la participation à des FMC ou la connaissance du rôle du médecin traitant. En d'autres termes, les FMC ne permettent pas de faire passer quelques messages simples. Les médecins généralistes ne connaissent qu'imparfaitement le rôle du médecin du travail.

4.4. EVALUATION DES SOLUTIONS PROPOSEES

4.4.1. Utilité de la fiche de liaison

Ils la souhaitent pour 86,9% d'entre eux. Certains ne souhaitent la recevoir qu'en cas de problème. D'autres soulignent qu'ils n'ont pas besoin de connaître la fiche de poste et que cet outil n'est utile que pour le médecin du travail.

Le fait de ne pas connaître le médecin du travail vient en premier lieu dans les facteurs limitant la collaboration. Le gain de temps serait significatif si le médecin généraliste savait systématiquement comment accéder rapidement aux coordonnées du médecin du travail. Les échanges en seraient ainsi favorisés. Après chaque examen médical, le médecin du travail remet au salarié ou au patient une fiche d'aptitude. Sur celles-ci sont inscrites ses coordonnées. Malheureusement, le patient ne la conserve pas toujours. Il est toujours délicat de demander à son employeur l'adresse du médecin du travail lorsqu'il s'agit par exemple de consulter en raison d'une souffrance morale liée à la pression de la hiérarchie. D'où la proposition de la fiche de liaison comme solution à la méconnaissance du médecin du travail.

A ceci près que la voie papier semble démodée. A l'heure d'Internet, le courriel systématique adressé au médecin traitant de la part du médecin du travail quand celui-ci prend en charge le patient semble plus efficace (un patient connaît en général le nom et les coordonnées de son médecin généraliste, à la différence du médecin du travail). Ce courriel notifierait uniquement les coordonnées du médecin du travail et pourrait être intégré au logiciel qu'ils utilisent. Le médecin généraliste pourrait ainsi archiver ses coordonnées dans le dossier du patient.

En conclusion, cette fiche semble un outil intéressant sous la forme de courriel systématique, cette formule suppose une réflexion sur la pratique de l'outil internet chez les médecins généralistes.

4.4.2. Participation à des FMC

Près d'un médecin interrogé sur quatre déclare avoir participé à au moins une FMC sur la médecine du travail. Il s'agit de FMC locales organisées dans la majorité des cas avec des médecins du travail. Les thèmes essentiels y sont abordés. Pourtant, la participation aux FMC n'influe ni sur la fréquence de sollicitation du médecin du travail ni sur la production de certificat de limitation d'aptitude. Ce qui suppose que les FMC locales n'ont pas permis de transmettre des messages simples pour modifier la pratique des médecins généralistes. Il faut alors réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour faire passer ces messages.

Il semble judicieux de procéder à un rappel des connaissances théoriques, mais aussi de prévoir des stages pratiques. Ils pourraient être effectués auprès des services de pathologies professionnelles et prévoir la participation à des consultations et à des réunions du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

4.4.3. La réalisation d'un guide sur les indications à faire appel au médecin du travail

Ce guide pourrait résumer les rôles et missions du médecin du travail et les situations nécessitant son intervention.

Ils sont nombreux à être demandeurs d'un tel guide pour aider leur pratique quotidienne, notamment ceux qui ne connaissent pas le rôle du médecin du travail. Pour faciliter l'utilisation du guide, devraient y figurer les références du « guide d'accès aux tableaux des maladies professionnelles » édité par l'INRS, celles des tableaux des maladies professionnelles du site de l'Union Nationale des Caisses de Sécurité Sociale (UNCASS), ainsi qu'à minima, les coordonnées téléphoniques des services du centre de pathologies professionnelles. Cela permettrait de contacter facilement un interlocuteur adapté qui répondrait ainsi rapidement en cas de doute à propos d'une déclaration de maladie professionnelle. Avoir un relais sûr d'information au niveau des centres de pathologies professionnelles semble d'autant plus essentiel que la démographie des médecins du travail va décroître rapidement.

4.5. EVALUATION DE LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE AU TRAVAIL

4.5.1. Provenance de la connaissance en santé au travail

On voit que les connaissances des médecins généralistes dans le domaine de la santé au travail proviennent principalement de leur expérience (confrontation à des situations cliniques) et peu de leur formation initiale. Les plus jeunes sont plus nombreux à citer leur formation initiale.

La formation initiale actuelle est-elle mieux adaptée ? Dans la réalité, le nombre d'heures et le mode de cours (travaux pratiques, cours magistraux) ainsi que l'arrivée de

l'enseignement de la médecine du travail dans le cursus sont très disparates d'une faculté à l'autre. Une étude réalisée en 2004 [31] sur l'enseignement de la médecine du travail en deuxième cycle des études médicales en France révèle une durée moyenne d'enseignement de 9,1 heures +/- 4,4 heures. Les notions d'accident du travail et de maladie professionnelle sont abordées dans toutes les facultés, les autres thèmes variant quantitativement et qualitativement d'une faculté à l'autre. L'assiduité des étudiants étant également fluctuante, environ 30% des étudiants arrivent en fin de cursus sans avoir reçu d'enseignement de médecine du travail.

Dans sa conclusion, cette étude souligne l'inadaptation de l'enseignement de la médecine du travail au cours du deuxième cycle des études médicales, face aux enjeux de santé publique posés par la santé au travail. A la faculté de médecine de Nantes, un enseignement de huit heures, réalisé en quatrième année de deuxième cycle, se situe dans la moyenne nationale. Le choix de la quatrième année est judicieux car l'étudiant est d'autant plus sensibilisé à l'enseignement de la médecine au travail qu'il sera rapidement confronté à ces problèmes. C'est rarement dans les stages hospitaliers mais plutôt lors des stages chez le praticien, au cours d'un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé (SASPAS) ou encore lors des remplacements de médecine générale qu'on les rencontre. Le stage en médecine du travail, pendant l'internat de médecine générale au cours du stage chez le praticien, apparaît primordial et doit être promu.

Au cours du troisième cycle, il paraît souhaitable de transmettre aux étudiants des messages simples très pratiques. Il serait bénéfique de leur donner, par exemple, l'occasion de rédiger un certificat initial d'accident du travail – maladie professionnelle et de renseigner un dossier auprès de la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) ; de découvrir l'indemnisation des maladies professionnelles et les modalités de prise en charge de la mise en invalidité ; d'apprendre à gérer les arrêts de travail et à proscrire la rédaction de certificats de limitation d'aptitude défavorables au patient... N'apprend-on pas au tout début des études de médecine la notion de « primum non nocere », ne pas nuire au patient ? L'enseignement de médecine du travail devrait permettre au médecin généraliste qui s'installe de conseiller au mieux son patient dans ce domaine, en l'incitant toujours à consulter dans son intérêt le médecin du travail lorsque c'est nécessaire.

En ce qui concerne les médecins installés, c'est la formation continue, par le biais des FMC, qui prend le relais avec une certaine efficacité. En effet, ceux qui estiment avoir une

bonne connaissance du rôle du médecin du travail déclarent la devoir à cette formation continue. Pour autant, on y décèle quelques lacunes, mises en évidence, par exemple, encore une fois par le nombre beaucoup trop élevé de certificats de limitation d'aptitude rédigés par les médecins généralistes.

En résumé, l'enseignement de la médecine du travail est de plus en plus indispensable au vu de l'évolution du monde du travail, que ce soit pour respecter l'intérêt des patients et l'obligation pour le praticien de déclarer les maladies professionnelles. Dans le cursus universitaire, on peut souhaiter que le nombre d'heures de l'enseignement soit augmenté et que les modalités retenues gardent toujours le souci de s'adapter aux nouvelles réalités professionnelles. Tout au long de la vie professionnelle des médecins, la formation devrait reprendre les notions essentielles en les confrontant à la réalité vécue par les participants et en les élargissant notamment par des rencontres systématiques avec les médecins du travail. On peut citer comme exemple la campagne de sensibilisation entreprise en région PACA à l'initiative de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) pour favoriser les contacts entre médecins généralistes et médecins du travail [5]. Cette dynamique pourrait s'élargir aux autres régions.

5.5.2. Les références bibliographiques

La moitié des médecins n'a pas répondu à cette question. 14,8% font état de leur incapacité à citer une référence bibliographique. Pour les autres, les références sont souvent imprécises (par exemple « internet »...).

Il existe pourtant un guide d'accès aux tableaux des maladies professionnelles indemnissables consultables sur le site de l'INRS [47], exhaustif et très clair. Il est également possible d'avoir un accès direct aux tableaux sur le site de l'UNCASS. L'information du guide d'accès n'est peut-être pas assez relayée. Si on devait concevoir un guide, il serait intéressant d'informer les médecins du travail sur ces références.

4.6. SOLUTIONS POSSIBLES

La fiche de liaison pourrait être transmise par voie électronique. Grâce à l'outil informatique, le médecin du travail pourrait envoyer un courriel de manière automatique au médecin traitant avec ses coordonnées, à la fin de chaque examen médical.

Le guide des situations nécessitant l'intervention du médecin du travail pourrait être utile. Peut-être sous forme de recommandations claires données par la HAS et disponibles sur son site ?

Comme développé ci-dessus, il faudrait donner une place plus importante à la santé au travail pendant la formation initiale par un rappel théorique en fin de cursus et des stages en médecine du travail.

Enfin, en ce qui concerne la formation continue, les FMC semblent la meilleure solution mais dans une forme différente puisque dans notre échantillon elles n'ont pas permis de limiter la délivrance de certificat de limitation d'aptitude. L'expérience, menée depuis 2006 en région PACA par l'ORS, est une initiative à suivre. On pourrait envisager des FMC articulées autour des centres régionaux de pathologies professionnelles.

5. CONCLUSION

A l'issue de l'analyse, l'enquête révèle dans une certaine mesure une amélioration des relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail ainsi qu'une meilleure sensibilisation des médecins généralistes à la santé au travail. En effet, plus de la moitié des médecins généralistes sollicitent le médecin du travail au cours d'un arrêt de travail pour une visite de préreprise ou pour un mi-temps thérapeutique, alors qu'ils n'étaient qu'un tiers en 1997. Un peu moins de la moitié le contacte pour une suspicion de pathologie liée au travail alors qu'ils n'étaient qu'un tiers en 1997. Deux-tiers des médecins généralistes font appel à lui pour un aménagement des conditions de travail alors que moins de la moitié le faisaient dix ans auparavant. Un médecin généraliste sur cinq ne remarque pas de frein à la collaboration. Ils sont aussi moins nombreux à déclarer ne pas connaître le rôle du médecin du travail.

Cependant, la connaissance du médecin du travail et de son rôle influent toujours sur la fréquence des contacts. L'image du médecin du travail, même si elle est moins marquée, reste pour beaucoup celle d'un médecin de sélection, non indépendant dans ses avis. Ils sont aussi 69% à établir des certificats de limitation d'aptitude alors qu'ils relèvent pourtant de la responsabilité du médecin du travail.

Leur formation en santé provient de leur expérience pour les trois-quarts. D'ailleurs, les plus de cinquante ans sont moins freinés dans leurs relations. La formation initiale est encore bien présente pour les moins de 39 ans. Par contre, la participation aux FMC ne modifie pas leurs habitudes.

La concrétisation des propositions pour améliorer les relations entre médecins généralistes et médecins du travail sont majoritairement attendues.

Même si les médecins du travail semblent plus sensibilisés à leurs relations avec leurs confrères médecins du travail, ils aimeraient voir leur collaboration plus importante.

On peut encore améliorer la connaissance du médecin du travail par la fiche de liaison et de son rôle en renforçant la formation initiale en médecine du travail et en favorisant une formation médicale continue plus adaptée.

La prise en charge de la santé au travail nécessite encore un renforcement des relations entre médecins généralistes et médecins du travail. La visite de préreprise doit être encore plus largement utilisée pour favoriser le retour au travail dans de bonnes conditions. La prévention des risques serait aussi mieux prise en compte avec la déclaration systématique des pathologies liées au travail.

Dans les deux ans à venir, on va observer une carence en médecin du travail du fait des départs en retraite massifs sans remplacement. La réforme est en marche depuis quelques années mais n'apporte pas toute satisfaction. Une loi est en préparation risquant de faire disparaître la notion d'aptitude. Le médecin du travail sera un spécialiste auquel on fait appel uniquement pour les cas qui posent problème. Il ne faudrait pas que l'avis d'aptitude incombe aux médecins généralistes qui connaissent peu le terrain du travail, spécialité de la médecine du travail.

Pour mieux dépister les maladies professionnelles, il faut renforcer la formation initiale, reconnaître une formation médicale continue plus poussée avec une importance donnée à la pratique : réalisation de stages sur les maladies professionnelles en assistant à des consultations et de pathologies professionnelles, et à des réunions du CRRMP. Il faudrait encore favoriser les contacts téléphoniques avec les services de pathologies professionnelles. Le nombre de médecins du travail allant diminuer, leur disponibilité s'en verra amoindrie.

Au moment où l'accent est mis sur la participation active du patient en ce qui concerne sa santé, il convient de l'anticiper. Tout salarié doit avoir accès au document unique d'évaluation des risques de l'entreprise obligatoire dans chaque établissement. Ce document comprend pour chaque poste les risques chimique, physique, biologique et psychologique auxquels le salarié est exposé. Tout comme le dossier médical personnel, le patient peut le transmettre à son médecin traitant qui reste le réel coordinateur des soins du patient.

Ce travail peut être utile pour la pratique quotidienne en médecine générale mais il manque le point de vue des médecins du travail au moment même où leur spécialité est en

voie de grande transformation. La situation pourrait être évaluée à nouveau après les réformes en espérant encore une évolution favorable des relations entre médecins généralistes et médecins du travail.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Aguer-Barascud N. Médecine du travail. Point de vue d'une interne en fin de spécialité. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2007, 68 : 3-4.
2. Ameille J. Mieux prendre en charge et prévenir l'asthme professionnel. Revue des Maladies respiratoires, 2005 ; 22 : 4S22-4S24.
3. Ameille J., Pairon J.-C. Cancers professionnels : 5000 à 20 000 nouveaux cas annuels. La Revue du Praticien, 2004, 54 ; 15 : 1637-1694.
4. American Diabetes Association. Hypoglycemia and Employment/ Licensure. Diabetes Care, 2005 ; 28 : S61.
5. Arnaud S., Viau A., Iarmarcovai G., Verger P. Système d'information en Santé, Travail et Environnement. Une démarche santé-travail pour les médecins praticiens, mars 2006.[en ligne] Disponible sur : <http://sante.travail.free.fr/smt6/communic/2005-2006/2006-03-07/SISTEPACA.pdf> . (Page consultée le 12/12/2008)
6. Cador B., Gouffier C., Ameille J., Trutt B. Les orphelins du système complémentaire : à la recherche de nouvelles maladies professionnelles – Etude de 550 malades. Archive des Maladies professionnelles, 1996, 58 ; 3 : 248-250.
7. Catilina P., Manlhiot C. Rapport du médecin du travail au comité de reconnaissance des maladies professionnelles et secrets professionnels. Archive des Maladies Professionnelles, 1996, 58 ; 3 : 241-243.
8. Catilina P., Roure-Mariotti M.-C. Médecine et risque au travail. Guide du médecin en milieu du travail. Masson, Paris, 2002, 695 p.
9. Choudat D. Critères de reconnaissance des maladies professionnelles. Archives des Maladies Professionnelles, 2000 ; 61 ; 4 : 223-236.
10. Choudat D. Déclaration, reconnaissance, indemnisation des maladies respiratoires professionnelles. Archives des Maladies Professionnelles, 2000, 61 ; 8 :536-544
11. CINERGIE. Surveillance médicale renforcée et handicap. Echocinergie, 2006, 15 : 2-16.
12. Code de déontologie médicale. Journal Officiel de la République Française, Paris, 1988, 17p
13. Code de la santé publique. Dalloz, Paris, 2008, 2639p.
14. Code de la sécurité sociale. Code de la mutualité. Dalloz, Paris, 2008, 3235p.

15. Code du travail. Dalloz, Paris, 2008, 3000p.
16. Conseil National de l'Ordre des médecins. LEBRETON-LEROUVILLOIS G. L'Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2007. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2007.pdf> . (Page consultée le 12/12/2008)
17. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Maladies professionnelles : le rôle des médecins traitants. Bulletin de l'ordre des médecins n°10, décembre 2001. [en ligne]. Disponible sur : <http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/Archives/html/210/210BOMN210P10A1.htm> (Page consultée le 12/12/2008)
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Partageons mieux les informations. Bulletin de l'ordre des médecins n°10, décembre 2001. [en ligne]. Disponible sur : <http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/Archives/html/210/210BOMN210P10A2.htm> . (Page consultée le 12/12/2008)
19. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale. Les spécialités en crise. Situation au 1^{er} janvier 2006 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etude39-2-partie1.pdf> . (Page consultée le 12/12/2008)
20. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Visite de Préreprise. Bulletin de l'Ordre des Médecins n°12, février 2003. [en ligne]. Disponible sur : <http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/Archives/html/312/312BOMN312P15A1.htm> . (Page consultée le 12/12/2008)
21. Conso F., Contassot J.-C., Falcy M., Faupin F., Fumery J.-L., Garnier R., Hermouet C., Lafon D. Salariées enceintes exposées à des substances toxiques pour le développement fœtal. Surveillance médicale. Société française de médecine du travail. Documents pour le médecin du travail, 101 : 9-21. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/inrs01_catalog_view_view/017CB4C2D36A2D46C1256FD5002CA326/\\$FILE/tm3.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/inrs01_catalog_view_view/017CB4C2D36A2D46C1256FD5002CA326/$FILE/tm3.pdf) . (Page consultée le 12/12/2008)
22. Dalphin J.C., Réduire la sous-déclaration en maladie professionnelle des cancers bronchiques : une action SPLF-SFMT. Revue des Maladies Respiratoires, 2002 ; 19 : 149-151.
23. De Lamberterie G., Maître A., Goux S., Brambilla C., Perdrix A. Sous-déclaration des cancers bronchiques professionnels. A propos d'une expérience pilote au CHU de Grenoble de 1996 à 1998. Revue des Maladies Respiratoires, 2002 ; 19 : 190-195.
24. Depuydt B., Tirard-Collet O. Souffrance mentale au travail. Les cahiers de l'INTEPF. Séminaire novembre 2005, Dijon. [en ligne]. Disponible sur : http://www.institut-formation.travail.gouv.fr/Pages/FicParu/2007_01/2005_souffrance_mentale_au_travail.pdf . (Page consultée le 12/12/2008)

25. Descatha A. et al. Surveillance épidémiologique des pathologies d'hypersollicitation du membre supérieure d'origine professionnelle. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2007; 68 : 153-160.
26. Desfontaines S., Touranchet A., Sauvage M.-L., Géraut C. Bilan des maladies professionnelles indemnisables et à caractère professionnel en Pays de Loire en 1996. Archives des Maladies Professionnelles, 1998, 59 ; 4 : 276-277.
27. Fantoni-Quinton S., Chatfield A., Brillet J.-M., Joseph D., Derenoncourt F., Frimat P. La procédure d'inaptitude et son environnement jurisprudentiel. Les Archives des Maladies Professionnelles, 2005, 66 : 555-563.
28. Fantoni-Quinton S., Frimat P. Accident du travail et maladies professionnelles : définitions. La Revue du Praticien, 2007, 57 ; 19 : 2165-2173.
29. Fantoni-Quinton S., Frimat P. Déclaration, reconnaissance et réparation des dermatoses professionnelles. In : Dermatoses professionnelles. La Revue du Praticien, 2002, 52 ; 13 : 1451-1455.
30. Gayet C. Aptitude, invalidité : rôles respectifs du médecin du travail, du médecin conseil et du médecin traitant. Institut National de Recherche et de Sécurité. Document pour le médecin du travail, n° 104 ; 4^{ème} trimestre 2005 : 441-447.
31. Gehanno J.-F., Choudat D., Gaillard J.-F. Enseignement de la médecine du travail en deuxième cycle des études médicales en France. Archives des Maladies Professionnelles, 2005, 313-316.
32. Géraut C. L'essentiel des pathologies professionnelles. Ellipse, 1995, 431 p.
33. Géraut C. Pour la Pratique. In : Frimat P. Dermatoses professionnelles. La Revue du Praticien, 2002, 52 ; 13 : 1456-1458.
34. Germanaud J., Proffit V., Janvoie B., Lemarie E., Lasfargues G. Pneumopathies d'hypersensibilité aux isocyanates. Reconnaissance en maladie professionnelle. Revue des Maladies Respiratoires, 2003 ; 20 : 443-449.
35. Gosselin H. Rapport pour le Ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes. Aptitude et Inaptitude médicale au travail : Diagnostic et Perspectives, janvier 2007. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.federationsantetravail.org/publications/gosselin07.pdf> (Page consultée le 12/12/2008)
36. Gouffier C., Cador B., Ameille J., Trutt B. Déclarer une maladie professionnelle. Un parcours d'obstacles ? Pour quel résultat ? Archive des Maladies Professionnelles, 1996, 58 ; 3 : 246-248.
37. Gramet-Roussel C. Evaluation des démarches médicales effectuées par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients posant des problèmes de santé au travail. Thèse de médecine générale, Angers, 2003.

38. Graser M., Manaouil C., Jardé O. Procédures de reconnaissance des maladies professionnelles. La Presse Médicale, 2003 ; 32 ; 18 : 821-825.
39. Grenier-Peze M., Soula M.-C. Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral. Institut National de Recherche et de Sécurité, Documents pour le médecin du travail, 2002, 90 : 137-145.
40. Grignet J.-P. Guide succinct pour traverser le labyrinthe de l'indemnisation des pathologies professionnelles. Revue des Maladies Respiratoires, 2004 ; 21 ; 1 : 25-29.
41. Guiol P., Munoz J. La pratique de la médecine du travail entre reconnaissance et indifférence. Archives des Maladies professionnelles et de l'Environnement, 2008 ; 69 : 438-447.
42. Ha C., Touranchet A., Pubert M., Roquelaure Y., Goldberg M., Imbernon E. Les semaines des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2007, 68 : 223-232.
43. Habert M. Aspects spécifiques de la souffrance morale liées aux conditions de travail : enquête en vue d'une réflexion sur la prise en charge par le médecin généraliste. Thèse de médecine générale, Paris IV, 2006, 152p
44. Hadengue P., Philbert M. Relation entre médecin du travail et médecin traitant. La Revue du Praticien, 1980, 30 ; 55 : 3891-3897.
45. Hérin F., Soulat J.-M. Environnement professionnel et santé : Prévention des risques professionnels. Organisation de la médecine du travail. La Revue du Praticien, 2008, 58 ; 15 : 1717-1722.
46. INRS. Statistiques2007. [en ligne] Disponible sur : <http://www.inrs.fr/> (Page consultée le 12/12/2008)
47. Institut National de Recherche et de Sécurité. Les Maladies Professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime générale et du régime agricole de la sécurité sociale, 2004. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED835/\\$File/ed835.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED835/$File/ed835.pdf) . (Page consultée le 12/12/2008)
48. Jriri-Azzouzi A. Diabète et travail : dépistage et aptitude. Thèse de médecine, Bordeaux II, 2004, 148 p.
49. L'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche. L'Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail. Octobre 2007. [en ligne]. Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000708/0000.pdf> . (Page consultée le 12/12/2008)
50. Laurent P., Bernadac G., Garraut H., Raoux C., Ruiz J.-F., Vallier F. Photographie des pratiques relationnelles entre les médecins généralistes et les médecins du travail. Archives des Maladies Professionnelles, 1999 ; 60 : 124-131.

51. Letourneux M. Accidents du travail et Maladies professionnelles : Définition, rôle du praticien. *La Revue du Praticien*, 1995, 45 : 389-392.
52. Letourneux M., Chailleux E., Ameille J., Delobel M., Grignet J.-P. Reconnaissance et réparation de la pathologie asbestosique professionnelle. *Archives des Maladies Professionnelles*, 2000, 61 ; 8 : 545-550.
53. Libert B., Ameille J. Evaluation de l'aptitude au travail d'un asthmatique. *Archives des Maladies Professionnelles*, 1996, 57 ; 2 : 111-113.
54. Manaouil C. Des rapports sur la santé au travail s'accumulent en attendant une nouvelle réforme. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 2008 ; 69 : 419-422.
55. Manaouil C., Doutrelot-Philippon C., Jardé O., Hennebique-Dezetter J.-F. Le secret professionnel en médecine du travail. *Archives des maladies professionnelles*, 2000 ; 61 ; 4 : 261-277.
56. Manaouil C., Graser M., Doutrelot-Philippon C., Jardé O. La responsabilité du médecin du travail. *Archives des Maladies Professionnelles*, 2001, 62 ; 7 : 546-547.
57. Manaouil C., Graser M., Jardé O. L'invalidité dans le régime général. *La Presse Médicale*, 2003 ; 32 ; 34 : 1622-1626.
58. Manaouil C., Graser M., Jardé O. Modalités pratiques de la reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique. *La Presse Médicale*, 2003 ; 32 ; 24 : 1116-1120.
59. Mercat F.-X., Les courriers entre médecins. Rapport adopté par le conseil national de l'Ordre des Médecins lors de la session du 30 janvier 1998. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/courriers.pdf> . (Page consultée le 12/12/2008)
60. Observatoire Régional de la Santé en région PACA. Assises de la Prévention 2006. Compte rendu du colloque « Souffrance morale au travail : favoriser les synergies entre acteurs de soins et de prévention - La démarche SISTEPACA », 28/11/2006. [en ligne]. Disponible sur : http://www.sistepaca.org/pdf/autres/CR_souffranceMorale.pdf . (Page consultée le 12/12/2008)
61. Otero-Sierra C., Chau N., Varona W., Macho J.-M., Caillet G., Vallayer C., Petiet G., Touranchet A., Bernal M., Mur J.-M. Les maladies professionnelles : situation et vécu du salarié et conséquences. *Archives des Maladies professionnelles*, 2000 ; 61 ; 4 : 250-260.
62. Pairon J.-C. Prévention médicale et aptitude : le point de vue du médecin du travail. In : Ameille J. Asthme et travail : évolution de l'incidence et de l'étiologies de l'asthme professionnel : axes de prévention. *Les Archives des Maladies Professionnelles*, 2002, 63 ; 3-4 : 306-312.
63. Pairon J.-C., Choudat D., Ameille J., Perdrix A., Brochard P. Reconnaissance et réparation des cancers bronchopulmonaires professionnels. *Archives des Maladies Professionnelles*, 2000, 61 ; 8 : 551-561.

64. Réforme de la médecine du travail. Circulaire DRT n° 2005-3 du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'environnement, 2005, 66 ; 4 : 381-407.
65. Reymond C. La place du secret dans les relations entre médecins généralistes et médecins du travail. Thèse de médecine générale, Lyon I, 1996, 132p.
66. Rival L. Impliquer les médecins généralistes dans la santé au travail : comment améliorer leurs relations avec les médecins du travail. Thèse de médecine générale, Paris 7, 2000, 123p.
67. Roedlich C., Touranchet A., Violette E. Maladies à caractère professionnel : A propos des déclarations parvenues à l'inspection médicale régionale du travail des Pays de Loire entre le 1^{er} janvier 1993 et le 1^{er} mars 1994. Archives des Maladies Professionnelles, 1995, 56 : 499-501.
68. Saliba M.-L., Larmarcovai 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'Epidémiologie et de la Santé Publique, 2007 ;55 : 376-381.
69. Salou M., Brillet J.-M., Dubray B., Monestier F., Rondeau Du Noyer C. Fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (C.R.R.M.P.). Archive des Maladies Professionnelles, 1996, 58 ; 3 : 243-246.
70. Teyssier-Cotte C. Aptitude au travail : Rôles respectifs du médecin traitant et du médecin du travail. La Revue du Praticien, 1990,40 ; 29 : 2749-2751.
71. Université Virtuelle de Médecine du Travail. Aptitude au travail : rôle respectif du médecin du travail et du médecin traitant, 2001. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.uvmt.org/article.php?sid=12> . (Page consultée le 12/12/2008)
72. Verger P., Arnaud S., Viau A., Iarmarcovai G., Saliba M.-L., Souville M. Quels freins à la déclaration en maladie professionnelle à l'amiante : une enquête auprès des médecins généralistes et pneumologues en PACA. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2008 ; 56S : 267-268.
73. Watine-Drouin P. L'emploi des personnes ayant une épilepsie. Rôle des médecins du travail. Réadaptation, 1999, 457 : 35-36.

7. ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : RÔLES ET MISSIONS DU MEDECIN DU TRAVAIL

ANNEXE 2 : RELATIONS ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS DU TRAVAIL

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DE 2008

ANNEXE 4 : RESULTATS DE L'ENQUÊTE DE 1997

ANNEXE 5 : COMPARAISON DES RESULTATS DES ENQUÊTES DE 1997 ET DE 2008

ANNEXE 1

RÔLES ET MISSIONS DU MEDECIN DU TRAVAIL

1. La loi

La médecine du travail s'applique à tous les salariés.

Dans le premier article de la loi du 11 octobre 1946, son rôle est «exclusivement préventif et consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », Article L241-2 du Code du travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène de travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs.

Le décret du 28 juillet 2004 modernise l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail sur le fondement de l'article L241-5 du Code du travail. Les principales modifications réglementaires concernent : les services de santé au travail qui voient leurs règles de constitution modifiées et leur fonctionnement placé sous une transparence plus grande. Les missions du médecin du travail sont aussi concernées avec une activité de prévention sur le milieu du travail renforcée par une présence plus importante dans l'entreprise, la surveillance médicale individuelle de tous les salariés et le suivi de ceux exposés à des risques particuliers. L'indépendance du médecin du travail est renforcée.

2. Le service de santé au travail

Depuis la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, article 193 du Code du travail, on ne parle plus de services médicaux du travail mais de services de santé au travail. Selon la réforme de 2004, les critères déterminant la forme du service sont le nombre de salariés et le nombre d'examens médicaux. Le seuil à partir duquel l'établissement a l'obligation de constituer un service de santé au travail autonome est fixé à 2 200 salariés ou 2 134 examens médicaux. En dessous d'un seuil de 412,5 salariés ou 400 examens

médicaux, le suivi est obligatoirement assuré par un service interentreprises. Au-delà, l'établissement peut opter pour un service autonome.

Le service interentreprises de santé au travail peut être de site (même zone géographique) ou à compétence fermée (même branche professionnelle). Les services, assurés par les médecins du travail, sont organisés par les entreprises adhérentes (article L241-2), et administrés par le président du service, choisi parmi les employeurs adhérents, sous la surveillance du comité interentreprises ou de la commission de contrôle. Son conseil d'administration compte aussi parmi ses membres des salariés qui participent au vote. L'administration dispose de divers moyens pour imposer le respect des dispositions réglementaires : contrôles inopinés, décisions prises dans le cadre de l'agrément des services autonomes, approbation de la compétence géographique et professionnelle des services interentreprises, agrément des secteurs médicaux.

La commission médico-technique (article R241-28-1) est constituée du président du service ou employeur pour service autonome, des médecins du travail des services, des intervenants en prévention des risques professionnels. Elle se réunit au moins trois fois par an et a pour vocation d'être un lieu de dialogue technique sur les priorités du service et sur la mise en œuvre de l'approche pluridisciplinaire. Elle émet des propositions qui portent sur les priorités du service, sur le choix et la mise en œuvre des compétences intervenant dans le cadre pluridisciplinaire, sur les choix des équipements du service et les moyens à mettre en œuvre, sur l'organisation d'actions de prévention des risques du travail, sur l'organisation des examens médicaux et sur l'organisation d'enquêtes et de campagnes. Ces propositions seront portées à la connaissance de l'instance de contrôle.

3. Le statut du médecin du travail

Il est docteur en médecine titulaire du DES de médecine du travail. Il est soumis au secret médical et secret de fabrique. Il est salarié de l'entreprise et indépendant. Il est nommé ou licencié après accord du comité d'entreprise ou de la commission de contrôle.

4. L'action du médecin du travail

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des salariés et de leurs représentants en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

Il est le conseiller de l'entreprise :

- pour l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise,
- pour l'adaptation des postes, des techniques, des rythmes de travail à la physiologie humaine,
- pour la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances,
- pour l'hygiène générale de l'établissement,
- la prévention et l'éducation sanitaire.

Par son intervention sur le milieu du travail, il apporte son expertise auprès de l'employeur ainsi que des salariés et de leurs représentants, en proposant des actions correctrices des conditions de travail, actions qui sont menées par l'employeur, qui est responsable de la santé et de la sécurité dans l'entreprise.

Grâce au suivi médical individuel des salariés, la médecine du travail contribue à la protection individuelle de la santé des travailleurs.

Les orientations de la réforme prônent une implication nouvelle des médecins du travail dans une fonction d'alerte et de veille sanitaire, se traduisant par la production de données sanitaires en lien avec les risques professionnels, tant au bénéfice des entreprises et de leurs salariés qu'en vue d'un traitement par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS).

L'action du médecin du travail s'organise : temps consacré à l'action sur le milieu du travail (tiers-temps), temps consacré à l'activité clinique et temps consacré aux activités connexes.

4.1. Action sur le milieu de travail

4.1.1. Définition

Elle consiste en la préparation, la réalisation et les suites immédiates d'une intervention au bénéfice d'une entreprise ou de plusieurs entreprises. C'est une action préventive qui permet de mener ou de proposer une correction ou amélioration des conditions de travail.

Cette action passe par l'élaboration et la communication aux établissements concernés de différents documents : avis, rapports, comptes-rendus, courriers et résultats d'études qui contribueront à la démarche de prévention de l'entreprise. Le plan d'activité (article R241-41-1 du Code du travail) et la fiche d'entreprise (article R241-41-3 du Code du travail) font partie de ces documents.

L'action sur le milieu du travail peut aussi recouvrir la participation aux réunions, enquêtes et inspections du CHSCT, les actions de formation et d'information des salariés en entreprise ainsi que la participation à l'organisation des secours.

4.1.2. Organisation

L'article R241-47 organise les missions sur le milieu du travail en demi journée, soit pour un plein temps 150 demi-journées (tiers-temps). Le médecin à temps partiel organise son action sur le milieu de travail en nombre de demi-journées calculé au prorata de son temps de travail.

L'article R241-47 ajoute à cette répartition globale un échelonnement du tiers-temps sur l'année pour pouvoir mesurer l'effectivité de ce travail à tout moment, ce qui nécessite une répartition régulière de ce travail dans l'année sous la surveillance du service de santé au travail.

4.1.3. Le plan d'activité (article R241-41-1)

Le médecin du travail établit chaque année un plan d'activité qui peut concerner une entreprise ou être commun à plusieurs entreprises. Ce plan porte sur les risques, les postes et les conditions de travail. Il comprend les prévisions quantitatives et qualitatives relatives au suivi de ces entreprises (nombre et fréquence des visites à effectuer, études à réaliser...) déterminées en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés, en lien avec les objectifs

fixés par le service de santé au travail. Ce plan peut être commun à plusieurs médecins et s'inscrire dans les priorités d'action du service.

Chaque entreprise est destinataire des éléments du plan qui la concernent. Le CHSCT ou à défaut les délégués du personnel sont consultés sur les éléments de ce plan propre à l'entreprise.

4.1.4. La fiche d'entreprise (article R241-41-3)

La fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle le médecin du travail précise les risques professionnels et les effectifs salariés exposés à ces risques, est généralisée à l'ensemble des entreprises. Dans les services de santé au travail interentreprises, la fiche est établie pour les entreprises et établissements nouvellement adhérents au plus tard un an après leur adhésion.

La fiche d'entreprise, remise à l'employeur, est un document utile dans la mise en œuvre de son obligation d'évaluation des risques professionnels (cf. circulaire n°6, DRT du 18 avril 2002). Il la tient à disposition de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre.

4.1.5. Rapports et études du médecin du travail sur le milieu de travail (article R241-47 du Code du travail)

Le médecin du travail communique ces rapports suite aux visites d'établissement ou de chantier et ses résultats d'études menées sur le milieu du travail à l'employeur et au CHSCT, notamment dans le but de construire des actions de prévention.

4.2. Le suivi médical des salariés

L'examen médical, en médecine du travail, se définit comme l'ensemble des moyens mis en œuvre par le médecin du travail, dans le cadre d'un colloque singulier, afin de recueillir des informations sur la santé du salarié et sur le lien entre sa santé et sa situation de travail. Cet examen permet à la fois de dégager des mesures individuelles appropriées et de recueillir des informations utiles pour l'action sur le milieu du travail.

Les examens médicaux peuvent donner lieu à :

- des conseils en matière de prévention des risques professionnels (éducation sanitaire, équipements de protection...),
- prescriptions ou réalisations d'examens complémentaires, d'actes de prévention en lien avec les caractéristiques du poste de travail occupé par le salarié (vaccination),
- des orientations médicales (spécialiste),
- certificat initial de maladie professionnelle,
- délivrance de fiche d'aptitude.

L'examen médical est reporté dans le dossier médical (article R241-56, alinéa 2).

La surveillance médicale passe par des visites obligatoires :

- Visite d'embauche (article R241-48 du Code du travail) : avant l'admission d'un travailleur à toute activité salariée au plus tard avant l'expiration de la période d'essai, elle consiste à rechercher si le salarié est atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs, à s'assurer qu'il est médicalement apte au travail envisagé, à proposer éventuellement des adaptations du poste ou affectation à un autre poste.
- Visites périodiques (article R241-49 I et II) : surveillance individuelle de la santé des travailleurs, dépistage des effets nocifs liés au travail, vérification de l'aptitude au poste. Certains risques (toxiques) et certains travaux nécessitent une surveillance médicale spéciale avec des visites plus fréquentes. La surveillance de sujets exposés à certains risques fait l'objet d'une législation particulière. Les salariés venant de changer de type d'activité, les migrants, les handicapés, les femmes enceintes, les femmes mères d'enfant de moins de deux ans, les travailleurs de moins de 18 ans nécessitent une surveillance médicale particulière.
- Visites de reprise du travail, dans certaines circonstances (article R242-51 alinéas 1 à 3) : après 8 jours ou plus d'absence pour accident de travail ou maladie professionnelle, ou à l'issue d'un congé maternité, ou après 21 jours ou plus d'absence pour accident ou maladie non professionnelle. En cas d'absences répétées pour raison

de santé, cette visite permet également d'apprécier les modifications éventuelles d'aptitude.

Et des visites facultatives :

- Visite spontanée à la demande du salarié (article R241-49 III) : à tout moment le salarié peut la demander. Cette démarche ne peut pas donner lieu à une sanction de la part de l'employeur,
- Visite à la demande de l'employeur (pour aptitude ou après changement de poste),
- Visite de préreprise (article R241-51) : à l'initiative du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil, demandée quinze jours avant la fin de l'arrêt pour aménagement ou changement de poste, et qui ne peut pas donner lieu à un avis d'aptitude,
- Examens complémentaires estimés nécessaires (article R241-52) : consultation, imagerie, biologie, exploration fonctionnelle qui sont à la charge de l'employeur s'ils sont nécessaires à la détermination de l'aptitude médicale à un poste de travail ou au dépistage des maladies à caractère professionnel, dépistage de maladies dangereuses pour l'entourage.

4.2.1. La surveillance médicale simple (article R 241-49 I)

Depuis la réforme de 2004, les examens périodiques sont espacés de 24 mois, ce qui permet de libérer du temps pour l'action en milieu de travail.

4.2.2. La surveillance médicale renforcée (articles R 241-49 II et R 241-51 du Code du travail)

L'article R241-51 la nomme ainsi depuis la réforme de 2004 et s'applique en raison de l'affectation du salarié à certains travaux qui comportent des exigences ou risques particuliers. Elle s'applique aussi en raison de certaines situations personnelles : salariés qui ont changé de type d'activité depuis moins de 18 mois, travailleurs handicapés, femmes enceintes, femmes ayant accouché depuis moins de 6 mois ou allaitant, salariés de moins de 18 ans.

La responsabilité de la détermination des salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée revient à l'employeur. La surveillance médicale renforcée donne droit à une visite tous les 12 mois. Selon l'article R241-50, c'est le médecin du travail qui est juge de la périodicité des examens.

4.3. Activités connexes du médecin du travail

- Il participe dans les services interentreprises aux travaux du conseil d'administration du service, de la commission de contrôle.
- Il participe également à la commission médico-technique.
- Il a obligation suite à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 de suivre une formation continue.
- Il participe à la veille sanitaire en lien avec les situations de travail.
- Il participe aussi aux programmes de santé publique dans le domaine de la prévention des risques professionnels (article 1411-8 du Code de la santé publique).
- Il peut participer aux recherches, études et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique (article R241-58 du Code du travail), hormis celles qui sont menées dans le cadre de son action en milieu de travail.
- Il assiste aux réunions internes au service et réunions sollicitées par des structures externes (médecins inspecteurs, société de médecine du travail) lorsque ces réunions ont un lien avec les missions réglementaires confiées au médecin du travail.
- Il peut assurer le tutorat de médecins en formation.
- Il élabore chaque année un rapport d'activité (article R241-33).

ANNEXE 2

RELATIONS ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS DU TRAVAIL

1. Le secret médical [8, 65, 55]

1.1. Définition

Le secret professionnel s'impose à tout médecin. Dans le serment d'Hippocrate, on peut lire : « admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés ». L'article 4 du code de déontologie reprend « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ». L'article 95 du code de déontologie s'applique au médecin du travail : « le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat (...) n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitations à son indépendance dans son exercice médical, de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie ». La violation du secret professionnel est un délit qui est puni pénalement. Il s'agit de l'article 226-13 du Code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende ». L'article 226-14 permet la révélation du secret dans deux circonstances : sévices infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à des personnes physiquement ou psychologiquement déficientes et pour des violences sexuelles.

1.2. Implication du secret professionnel dans les relations entre médecins traitants et médecins du travail

On parle de secret partagé [55] lorsque plusieurs médecins participent aux soins et doivent révéler certaines informations nécessaires et pertinentes dans l'intérêt du patient. Il n'a aucune base juridique mais fait partie de la pratique courante des médecins. Le médecin du travail n'ayant qu'un rôle préventif, le secret partagé ne peut s'appliquer. Cependant les informations concernant le patient amenées à la connaissance du médecin du travail peuvent permettre d'améliorer la prise en charge des patients. Ce que l'on retrouve dans un rapport du Conseil de l'Ordre adopté le 30 mars 1998 où l'on peut lire que « dans sa relation avec le médecin du travail, le médecin traitant peut se trouver en situation de secret partagé, car ils participent ensemble au traitement social du salarié ; le médecin du travail pouvant être considéré comme le spécialiste médical de l'adéquation du poste de travail aux capacités du salarié. La démarche pour obtenir l'accord de l'intéressé ne doit jamais être omise car elle est indispensable ».

Pour le partage d'informations concernant le salarié de la part du médecin du travail vers le médecin traitant, étant donné que le salarié a choisi son médecin traitant, il est à priori d'accord pour que le médecin du travail partage ses constatations médicales avec son médecin traitant si besoin. L'article R241-56 du Code du travail spécifie que « le médecin du travail constitue un dossier médical qu'il ne peut communiquer qu'aux médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre, ou à la demande de l'intéressé, au médecin de son choix ».

En revanche, le partage d'informations concernant un patient de la part du médecin traitant pour le médecin du travail est plus délicat dans le sens qu'il peut avoir des conséquences graves comme un avis d'inaptitude définitif. Le médecin traitant ne peut donc communiquer avec le médecin du travail qu'avec l'accord du patient. Il peut le faire soit en confiant à son patient un courrier destiné au médecin du travail que le patient est libre de lui remettre ou non, soit en téléphonant à son confrère médecin du travail en présence de l'intéressé. Il faut proscrire la rédaction de certificats de limitation d'aptitude préjudiciables au salarié quand ils sont remis directement à l'employeur. C'est d'ailleurs le rôle du médecin du travail de proposer des aménagements de poste et non le rôle du médecin traitant. Il faut

toujours préciser au patient de remettre la lettre à son médecin du travail et non à l'employeur. Il faut alors savoir utiliser la visite de préreprise, définie par l'article R241-51 du Code du travail, qui peut être demandée par le médecin traitant lorsqu'il suspecte une modification d'aptitude.

2. Indication pour le médecin généraliste à faire appel au médecin du travail

2.1. Maladies chroniques

Face à une maladie chronique comme le diabète, l'épilepsie, l'asthme..., le médecin du travail doit répondre à plusieurs questions. Quelle est la gravité de la maladie ? Le traitement est-il optimal ? Quelles sont les caractéristiques du poste de travail ? Quel est le retentissement de la maladie sur l'activité professionnelle ? Quel est le retentissement de l'activité professionnelle sur la maladie ?

Pour ce qui est du milieu de travail, le médecin du travail le connaît et sait ce à quoi est exposé le salarié. Pour ce qui est du stade de la maladie, des derniers examens complémentaires réalisés, du traitement suivi et de l'évolution de la maladie, c'est le médecin traitant qui possède ces données. On voit bien encore l'importance de pouvoir transmettre ces données au médecin du travail par l'intermédiaire du patient dans son intérêt propre de le protéger sur le lieu de travail.

En ce qui concerne l'épilepsie [73], une maladie bien suivie et bien équilibrée ne pose pas de risque. Il est bon que le médecin du travail soit au courant de cet antécédent pour prévenir les accidents de travail.

Le diabète [4, 48] est la pathologie la plus fréquente en milieu de travail. Le rôle du médecin du travail est à la fois de prévention, de dépistage, de suivi et de réinsertion. Les diabétiques bien équilibrés sont aussi productifs que les non diabétiques. La vigilance porte sur les diabétiques insulino dépendants mal équilibrés qui risquent un malaise hypoglycémique. Certaines situations de travail peuvent jouer sur ce risque : efforts physiques intenses variables et discontinus, horaires et rythmes de travail inadaptés, certains risques toxiques, physiques, situations stressantes, problèmes organisationnels pour suivre le régime ou effectuer les contrôles glycémiques. Quand le risque de coma hypoglycémique est trop

important, certains travaux nécessitant une vigilance particulière sont contre-indiqués. C'est au médecin du travail qui connaît le mieux le milieu de travail d'adapter le poste en fonction de l'équilibre du diabète.

On comprend une nouvelle fois l'importance en matière de prévention du risque d'accident de travail du rôle du médecin généraliste de motiver son patient à informer de manière précise le médecin du travail sur le stade de son diabète.

De même pour l'asthme [2, 53, 62], l'existence ou la gravité de cette pathologie peuvent être incompatibles avec certaines tâches. Dans sa décision, le médecin du travail a besoin de résultats d'examens récents. Pour éviter une redondance de bilan, il est important que le patient puisse transmettre au médecin du travail les comptes-rendus du pneumologue avec les derniers examens complémentaires.

2.2. Grossesse [8, 21]

Le médecin du travail doit veiller à la protection de la grossesse selon l'article L241-50 du Code du travail. Il peut donc prévoir des aménagements de poste ou des affectations différentes pendant cette période.

Un repos, en position allongée, sur les lieux de travail est prévu mais sans indication de durée à partir du troisième mois de grossesse selon l'article R232-10-3 du Code du travail.

Le Ministère du travail signale le danger potentiel lié à l'exposition aux trépidations, aux efforts physiques intenses et répétés, à la station debout prolongée et au port de charges lourdes dans sa circulaire du 2 mai 1985. La dispense de travail de nuit doit être instaurée.

L'exposition au rayonnement ionisant doit être réduite et ne jamais dépasser 10 millisieverts.

En ce qui concerne le risque chimique, l'article R 231-56-12 prévoit que « les femmes enceintes et les femmes allaitantes ne peuvent être affectées ou maintenues à des postes de travail les exposant à des agents avérés toxiques pour la reproduction ». Un dispositif juridique leur garantit une rémunération en cas de suspension de leur contrat de travail.

L'action du médecin du travail doit débiter bien avant la grossesse en évaluant les risques. Il doit repérer au sein du document unique d'évaluation des risques les situations dangereuses, prévoir les mesures à adopter en cas de grossesse, notamment repérer les postes exempts d'exposition à des reprotoxiques pour prévoir une éventuelle mutation provisoire. La mission du médecin du travail passe également par une information des femmes en état de procréer sur l'importance de déclarer très précocement leur état de grossesse, sur les risques éventuels pour le déroulement de celle-ci et sur les dispositifs de protection dont elles peuvent bénéficier en cas d'inaptitude temporaire au poste.

2.3. Travailleurs handicapés

Depuis la réforme de la médecine du travail, le travailleur handicapé entre dans la surveillance médicale renforcée permettant ainsi d'évaluer régulièrement la situation pour maintenir l'emploi des travailleurs handicapés.

Afin de pouvoir juger l'aptitude [11] au poste de travail et/ou la nécessité d'aménager le poste de travail d'une personne handicapée, le médecin du travail va devoir évaluer le déficit généré par le handicap et son retentissement dans son activité professionnelle, compte tenu des contraintes du poste de travail. Cette évaluation permettra des éventuels aménagements de poste nécessaires visant à compenser ce déficit. Il doit se mettre en relation avec tous les intervenants et notamment le médecin traitant.

2.4. Aptitude/Inaptitude

L'aptitude [27] correspond à une bonne adéquation entre l'état de santé d'un salarié et le poste de travail qu'il occupe. Elle permet d'éviter la dégradation de la santé d'un salarié à son poste de travail et valide l'absence de danger vis-à-vis de son entourage.

A l'issue de chaque examen médical, à l'exception de la visite de préreprise, le médecin du travail établit une fiche d'aptitude en double exemplaire. Un exemplaire est remis au patient et l'autre est transmis à l'employeur, couvert par le secret médical. Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail qu'après étude de ce poste et des conditions de travail dans l'entreprise. Cette connaissance nécessaire du poste tient à l'activité du médecin du travail en milieu de travail.

Le médecin traitant n'a en aucun cas le pouvoir de déterminer un avis d'aptitude au travail. Il ne doit pas non plus émettre des propositions d'aménagement de poste. En effet, il ne connaît pas le poste de travail du patient excepté ce qu'il lui en dit. Par contre, il connaît bien son patient, ses antécédents, son traitement, ses pathologies en cours et les évolutions possibles. Ces renseignements transmis au médecin du travail par l'intermédiaire du patient seront essentiels pour la décision du médecin du travail. Chaque fois que le médecin traitant s'interroge sur la possibilité pour son patient d'effectuer un travail précis, il doit prendre contact avec le médecin du travail. Du fait du secret médical, il doit donner des informations claires et précises pour que le patient informe directement le médecin du travail : communication téléphonique en présence du patient et avec son accord ou lettre lue devant le patient et remise au patient [70, 71].

Lorsque le médecin du travail détermine une inaptitude totale et définitive, il doit se conformer aux dispositions de l'article R241-51.1 du Code du travail. Cet article stipule qu'hormis le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles de tiers, il ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail dans l'entreprise et deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines, accompagnés le cas échéant des examens complémentaires nécessaires mentionnés à l'article R241-52.

L'inaptitude secondaire à un accident de travail ou une maladie professionnelle entre dans le cadre de l'article L122-32-5 du Code du travail avec obligation de reclassement à la charge de l'employeur. En tenant compte des conclusions du médecin du travail, l'employeur doit proposer au salarié un poste approprié à ses capacités et aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé. Si l'employeur ne peut proposer un autre emploi, il doit indiquer par écrit les raisons du non reclassement. Le salarié ne peut être licencié que si l'employeur a justifié son impossibilité de le reclasser ou si le salarié a refusé le reclassement.

En ce qui concerne l'inaptitude non consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, elle entre dans le cadre de l'article L122-24-4 du Code du travail. Le médecin du travail, en se basant sur l'article L241-10-1 du Code du travail, peut faire des propositions d'aménagement de poste ou de reclassement, mais l'employeur n'est pas tenu de

justifier par écrit les raisons s'opposant aux solutions de reclassement proposées par le médecin du travail.

A la suite de cet avis le patient peut être reconnu comme travailleur handicapé ou être titulaire d'une pension d'invalidité [57].

L'inaptitude temporaire est émise lorsque le médecin du travail estime que le salarié n'est pas en état momentanément de tenir son poste. Il fixe alors un délai au terme duquel il revoit le patient pour réévaluer cette inaptitude. L'avis d'inaptitude temporaire peut être nuancé avec des propositions d'aménagement de poste soumises à l'employeur.

Si le médecin du travail ne fait pas de propositions d'aménagement de poste ou si celles-ci sont refusées par l'employeur, le contrat de travail sera suspendu sans rémunération, sauf si le salarié a obtenu par son médecin traitant un arrêt de travail le menant jusqu'à la date du nouvel examen médical fixée par le médecin du travail.

L'aptitude avec restriction peut être émise par le médecin du travail lorsqu'il détermine que le sujet est apte à son poste, sous réserve de ne pas effectuer certaines tâches mentionnées sur l'avis d'aptitude. Vis-à-vis du salarié, les rôles respectifs du médecin du travail et du médecin traitant sont très spécifiquement différenciés. Seul le médecin du travail est habilité à se prononcer sur l'aptitude médicale d'un salarié à son poste. Le médecin traitant ne peut communiquer des informations au médecin du travail que dans le strict respect du secret médical c'est-à-dire avec l'accord de son patient et par son intermédiaire.

2.5. Visite de préreprise

Une visite de préreprise [20], définie à l'article R241-51 du Code du travail, peut être demandée à l'initiative du patient, du médecin traitant ou bien du médecin conseil. Cette demande intervient au cours d'un arrêt de travail, lorsque des difficultés à la reprise sont prévisibles. Elle permet au médecin du travail d'évaluer le risque médical par le recueil des comptes-rendus médicaux et bilans, les consultations spécialisées et examens complémentaires nécessaires, d'examiner les contraintes ergonomiques exactes du poste, d'adapter le poste de travail, de mettre en place des mesures de maintien dans l'emploi : déclaration de travailleur handicapé, contact avec le Programme Départemental d'Insertion

des Travailleurs Handicapés (PDITH), adaptation du poste sur le budget de l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH). Il est également possible d'envisager une reconversion professionnelle.

L'enjeu de cette visite est de prévenir du point de vue médical une rechute, un accident du travail ou une maladie professionnelle, au niveau social d'éviter la désadaptation voire un licenciement, au niveau financier de limiter les prolongations d'arrêt maladie et le versement des indemnités journalières.

Du fait d'un manque d'information, elle est encore peu utilisée alors qu'elle permet d'apprécier les conditions de reprise de l'activité professionnelle afin de prévoir éventuellement un aménagement de poste.

2.6. Mi-temps thérapeutique

La visite de préreprise peut aussi permettre d'envisager un mi-temps thérapeutique [58] qui est une disposition temporaire permettant de favoriser une réadaptation progressive au travail. L'objectif du mi-temps thérapeutique (qu'on devrait plus justement appeler temps partiel pour motif thérapeutique) permet une réadaptation à l'effort en vue d'une reprise à temps plein, tout en favorisant la guérison de la maladie ou sa consolidation. La durée du mi-temps thérapeutique ne dépasse pas en général quelques mois avant la reprise à temps plein.

Si la reprise à temps plein n'est pas envisageable, il faut alors prévoir une demande d'invalidité. Le salarié cumule ainsi une rémunération en fonction du temps travaillé et des indemnités journalières. Ce mi-temps thérapeutique est accordé par la Caisse d'Assurance Maladie sous réserve que la situation corresponde à l'article L323-3 du Code de la sécurité sociale : si la reprise de travail et si le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ; si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé. C'est au médecin traitant de le prescrire sur la feuille d'arrêt maladie, ou sur la feuille d'accident du travail et de maladie professionnelle le cas échéant, en précisant qu'il s'agit d'une reprise à mi-temps thérapeutique. Sur production de l'autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale et de la fiche d'aptitude à la reprise du travail à temps partiel

établie par le médecin du travail, l'employeur doit occuper le salarié à temps partiel, sauf impossibilité liée au fonctionnement de l'entreprise. L'objectif étant un retour progressif au travail.

2.7. Pathologies liées au travail

2.7.1. Déclaration d'une maladie professionnelle

Il faut effectuer la déclaration [29] dès qu'une pathologie professionnelle est suspectée. C'est au salarié d'en faire la déclaration à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Il joint à sa déclaration le certificat médical initial rédigé par le médecin de son choix et une attestation de salaire fournie par l'employeur.

Le certificat initial doit mentionner l'identification du patient et du médecin, le type de pathologie en se référant au tableau des maladies professionnelles correspondant, la date de la première constatation et l'exposition professionnelle suspectée.

Le médecin doit confier au patient une copie de tous les examens complémentaires afin qu'il puisse en faire état auprès du médecin conseil de la caisse d'assurance maladie si nécessaire.

La Caisse d'Assurance Maladie adresse une copie de la déclaration de la maladie professionnelle et du certificat initial à l'inspection du travail. Le double est envoyé à l'employeur. La caisse remet enfin une feuille de soins à la victime pour lui permettre de bénéficier de la prise en charge des prestations en nature.

2.7.2. Reconnaissance d'une maladie professionnelle

Ces modalités de reconnaissance [9, 10, 38] sont spécifiées dans trois alinéas successifs de la Loi du 27 janvier 1993.

On considère en première approche la reconnaissance par présomption d'origine selon le système des tableaux (régime général et régime agricole). L'alinéa 2 relate qu'une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle indemnisable si elle figure sur l'un des

tableaux annexés au code de la sécurité sociale. Un guide d'accès aux tableaux des maladies professionnelles est accessible sur le site de l'INRS. Chaque tableau porte un titre bien précis qui reprend l'intitulé de l'affection ou de l'agent causal et un numéro qui est fonction de sa date de parution au Journal Officiel.

Chaque tableau est partagé en trois colonnes : la colonne de gauche correspond au type de pathologie. Celle du milieu représente le délai de prise en charge, défini par le délai maximal entre la cessation d'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie, afin que la présomption d'origine puisse s'appliquer. La colonne de droite décrit la liste des travaux susceptibles de provoquer l'affection.

Après validation du diagnostic par le médecin conseil et lorsque l'exposition habituelle est prouvée par l'enquête administrative menée par la Caisse d'Assurance Maladie, toute affection qui répond aux conditions médicales et administratives mentionnées au tableau est automatiquement reconnue comme professionnelle par présomption d'origine.

Le système complémentaire de reconnaissance [29] des maladies professionnelles intervient dans l'alinéa 3 par l'intermédiaire du CRRMP, constitué d'un médecin conseil de la caisse, d'un professeur ou praticien hospitalier spécialisé dans la pathologie professionnelle et d'un médecin inspecteur régional du travail. Il est saisi lorsque la maladie est décrite dans un tableau mais que certains critères administratifs ne sont pas respectés.

La reconnaissance au titre de l'alinéa 4 représente la situation où aucun tableau ne mentionne l'affection, le CRRMP est alors saisi s'il s'agit d'une affection grave ayant entraîné le décès du patient ou dont le taux prévisionnel d'Incapacité Permanente Partielle est supérieur à 25%. Il doit alors définir si l'affection est directement et essentiellement liée à l'activité professionnelle.

Les décisions du CRRMP s'imposent aux caisses d'assurance maladie.

Les maladies à caractère professionnel sont toutes les maladies susceptibles d'être d'origine professionnelle qui n'entrent ni dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles indemnisables ni dans celui du système complémentaire de réparation. Dans un but de prévention, de meilleure connaissance des maladies professionnelles et de

l'extension des tableaux, tout docteur en médecine a l'obligation de déclarer tout symptôme ou toute maladie qui présente à son avis un caractère professionnel selon le Code de la Sécurité Sociale. Cette déclaration ne donne pas lieu à indemnisation.

Tout médecin est concerné par la procédure de déclaration de maladie professionnelle. Le médecin du travail reste l'interlocuteur de choix en cas de doute sur une pathologie potentiellement liée au travail.

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE

- Êtes-vous : une femme un homme

- Votre âge : _____ ans

- Vous êtes installé(e) depuis ? : _____

- Avez-vous participé à des FMC sur la médecine du travail ?
Oui Non
Si oui combien ? _____
Avec des médecins du travail ? Oui Non
Sur quels sujets ? _____

- Sollicitez-vous auprès du médecin du travail une visite de préreprise durant un arrêt de travail d'un patient :

Lorsque des difficultés sont prévisibles lors de la reprise du travail :
Systématiquement pas toujours jamais le cas ne s'est pas présenté

Dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique :
Systématiquement pas toujours jamais le cas ne s'est pas présenté

Autres circonstances : _____

- Sollicitez-vous le médecin du travail en dehors d'un arrêt de travail d'un patient

Lorsque vous suspectez une pathologie liée au travail :

Systématiquement pas toujours jamais le cas ne s'est pas présenté

Lorsqu'un aménagement des conditions de travail paraît utile pour le patient

Systématiquement pas toujours jamais le cas ne s'est pas présenté

Autres circonstances : _____

- Quels sont les facteurs limitant la collaboration entre le médecin généraliste et le médecin du travail :

Aucun élément limitant :

Médecin du travail non connu :

Difficultés pratiques (disponibilité...) :

Méconnaissance du rôle du médecin du travail :

Problèmes déontologiques liés au secret médical :

Peu d'efficacité de la médecine du travail :

Autres facteurs : _____

- Image du médecin du travail auprès des médecins généralistes :

Un médecin de sélection (par ses avis d'aptitude) :

Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Sans opinion

Un médecin de santé publique :

Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Sans opinion

Un médecin indépendant dans ses avis :

Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Sans opinion

Un médecin de prévention des risques professionnels :

Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Sans opinion

Autres : _____

- Avez-vous eu l'occasion de déclarer des maladies professionnelles ?

Oui Non

- Avez-vous eu l'occasion de déclarer des maladies à caractère professionnel ?

Oui Non

- Faites-vous des certificats de limitation d'aptitude (port de charge lourde, station debout)?

Oui Non

- Estimez vous qu'une collaboration plus importante avec le médecin du travail, par rapport à ce que vous faites actuellement, vous serait utile?

Oui Non

- Souhaiteriez-vous recevoir une fiche de liaison comprenant les coordonnées du médecin du travail et la description du poste de travail de votre patient ?
 Oui Non

- Votre connaissance dans le domaine de la santé au travail provient principalement de
 votre formation initiale votre expérience FMC

- Quelles sont vos références bibliographiques ou électroniques concernant les maladies professionnelles ? _____

- Avez-vous reçu un guide sur le rôle du médecin du travail et les indications à lui faire appel ?
 Oui Non
 si non, est-ce qu'il vous serait utile ? Oui Non

Autres remarques éventuelles :

.....

.....

.....

.....

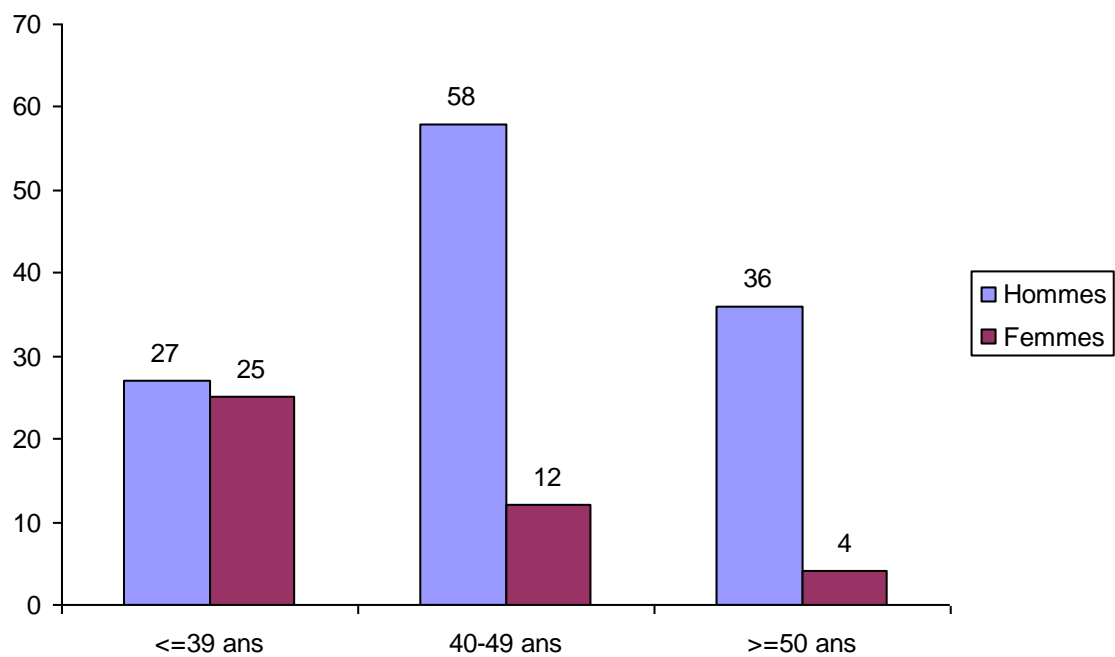
.....

.....

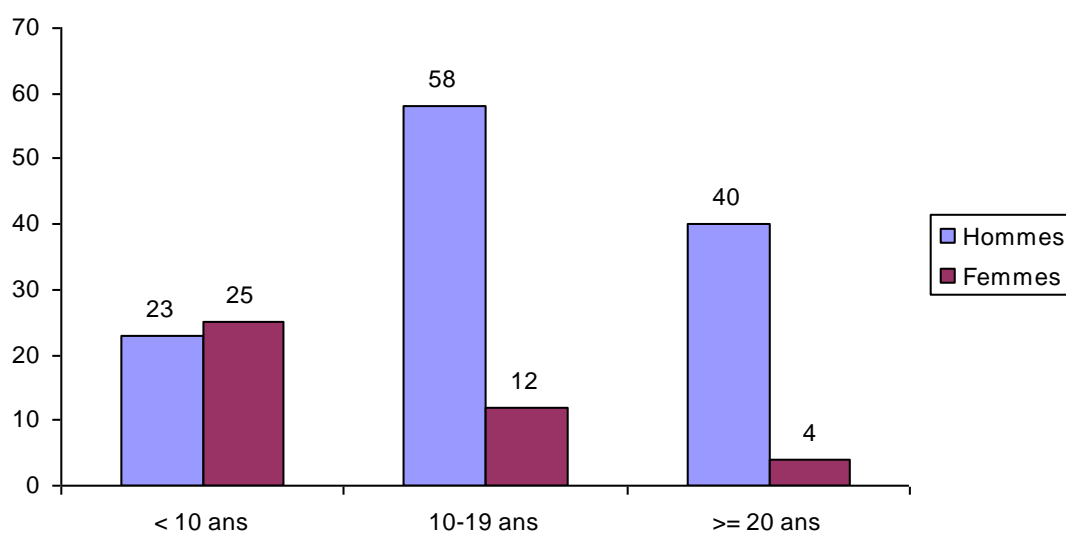
.....

ANNEXE 4

RESULTATS DE L'ENQUÊTE DE 1997



Graphique 1 - Répartition en classes d'âge de l'échantillon de l'enquête de 1997



Graphique 2 - Répartition en classes d'ancienneté d'exercice de l'échantillon de l'enquête de 1997

	Effectifs		Âge moyen (années)	Ancienneté moyenne d'exercice (années)	Formation Médecine du travail	
Hommes	121	(74,7%)	45,1	16	6	(4,96%)
Femmes	41	(25,3%)	39,4	10,2	4	(9,76%)

Tableau 1 – Caractéristiques de l'échantillon en fonction du sexe en 1997

Circonstances	Non-réponse		Systématique		Pas toujours		Jamais		Le cas ne s'est pas présenté	
	Situation A : lorsque des difficultés sont prévisibles lors de la reprise du travail (n = 136)	2,9%	(4)	24,3%	(33)	25,7%	(35)	13,2%	(18)	33,8%
Situation B : Dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique (n = 162)	4,3%	(7)	18,5%	(30)	27,2%	(44)	17,3%	(28)	32,7%	(53)
Autres circonstances	oui = 26									

Tableau 2 - Fréquence de sollicitation du médecin du travail pendant un arrêt de travail en 1997

Circonstances	Non-réponse		Systématique		Pas toujours		Jamais		Le cas ne s'est pas présenté	
	Situation C : lorsque le médecin généraliste suspecte une pathologie liée au travail (n = 162)	3,1%	(5)	19,1%	(31)	25,3%	(41)	10,5%	(17)	42,0%
Situation D : Lorsqu'un aménagement des conditions de travail paraît utile pour le patient (n = 162)	1,2%	(2)	34,6%	(56)	22,2%	(36)	14,8%	(24)	27,2%	(44)
Autres circonstances	oui = 31									

Tableau 3 - Fréquence de sollicitation du médecin du travail en dehors d'un arrêt de travail en 1997

Aucun élément limitant	23	14,20%
Médecin du travail non connu	101	72,70%
Difficultés pratiques (disponibilité)	65	46,80%
Méconnaissance du rôle du médecin du travail	43	30,90%
Problèmes déontologiques liés au secret médical	34	24,50%
Peu d'efficacité de la médecine du travail (absence ou peu de résultats)	29	20,90%
Autres facteurs	17	12,20%

Tableau 4 – Facteurs limitant la collaboration en 1997

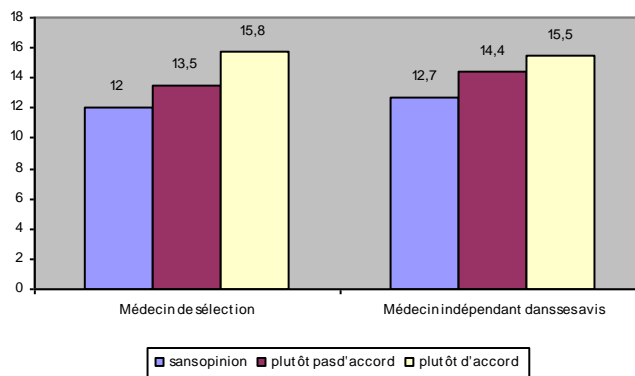
	Contact du Médecin généraliste					
	systématique		pas toujours		jamais	
	MT connu	MT non connu	MT connu	MT non connu	MT connu	MT non connu
Situation A p = 0,0003	60,60%	39,40%	31,40%	68,60%	5,60%	94,40%
Situation B p = 0,003	53,30%	46,70%	50%	50%	14,30%	85,70%
Situation C p = 0,003	54,80%	45,20%	41,50%	58,50%	5,90%	94,10%
Situation C p = 0,001	51,80%	48,20%	36,10%	53,90%	8,30%	91,70%

MT : Médecin du travail

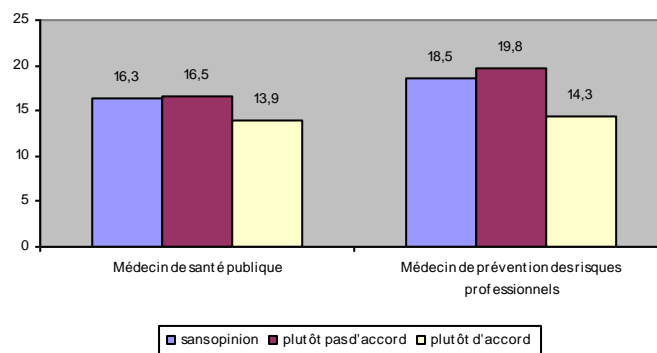
Tableau 5 – Influence de la connaissance du médecin du travail par le médecin généraliste sur les relations en pratique quotidienne

Selon vous, le médecin du travail est :	plutôt d'accord		plutôt pas d'accord		sans opinion		non-réponse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Un médecin de sélection (par ses avis d'aptitude)	90	55,6%	23	14,2%	32	19,8%	17	10,5%
Un médecin de santé publique	118	72,8%	20	12,3%	19	11,7%	5	3,1%
Un médecin indépendant dans ses avis	53	32,7%	66	40,7%	30	18,5%	13	8,0%
Un médecin de prévention des risques professionnels	152	93,8%	7	4,3%	2	1,2%	1	0,6%
Autres	oui = 12							

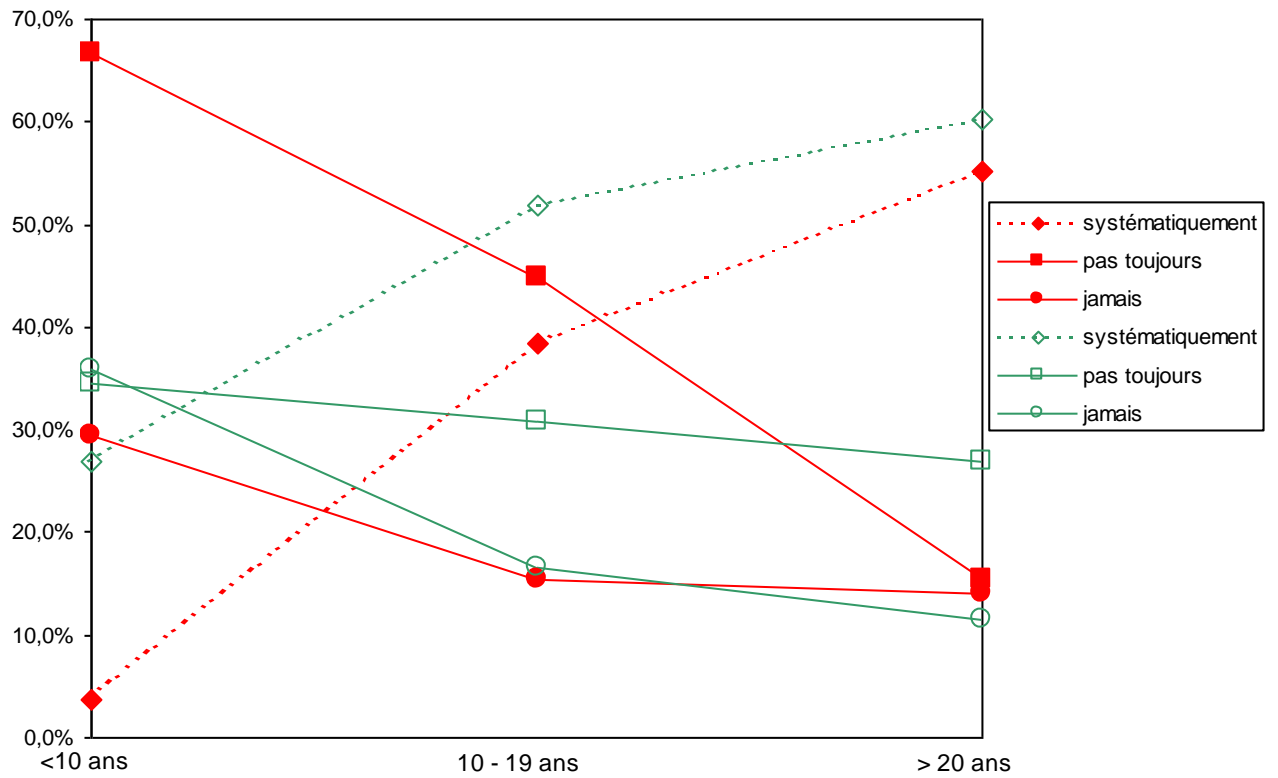
Tableau 6 – Image du médecin du travail auprès des médecins généralistes



Graphique 3 - Influence de la durée moyenne d'exercice (en années) pour les affirmations « médecin de sélection » et « médecin indépendant »



Graphique 4 - Influence de la durée moyenne d'exercice (en années) pour les affirmations « médecin de santé publique » et « médecin de prévention des risques professionnels »



Graphique 5 - Fréquence des contacts en cas de suspicion de pathologie liée au travail et d'utilité d'aménagement des conditions de travail en fonction de l'ancienneté d'exercice en 1997

ANNEXE 5

ELEMENTS DE COMPARAISON DES RESULTATS DES ENQUETES DE 1997 ET DE 2008

	Systématiquement		Pas toujours		Jamais	
	1997	2008	1997	2008	1997	2008
Situation A p=0,00004	38,3%	59,4%	40,7%	35,8%	21%	4,8%
Situation B p=0,0000009	29%	52%	43%	41%	27%	6%
Situation C p=0,01	34,8%	42,3%	46,1%	50,3%	19,1%	7,4%
Situation D p=0,00004	48,3%	67,4%	31%	27,8%	20,7%	4,8%

Tableau 1 – Comparaison enquêtes de 1997 et 2008 sur la fréquence de sollicitation des médecins du travail par les médecins généralistes

		Méconnaissance du rôle du médecin du travail	1997	2008
			(%)	
Âge	< 39 ans p = 0,0032	OUI	44,2	13
		NON	55,8	87
	>= 50 ans p = 0,48	OUI	17,5	12,9
		NON	82,5	87,1
Ancienneté d'exercice	< 10 ans p = 0,000008	OUI	54,2	10,8
		NON	45,8	89,2
	>= 20 ans p = 0,65	OUI	11,4	14,1
		NON	88,6	85,9

Tableau 2 - Comparaison enquêtes de 1997 et de 2008 de la connaissance du rôle du médecin du travail en fonction de l'âge et de l'ancienneté d'exercice

Titre de Thèse : RELATIONS ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES
ET LES MEDECINS DU TRAVAIL

Reprise d'une enquête de 1997 réalisée par des médecins de la Mutualité Sociale Agricole : évolution des pratiques et évaluation des solutions pour améliorer la santé au travail des patients.

RESUME

Une enquête est menée en juin 2008, auprès de 250 médecins généralistes de Vendée et de Loire-Atlantique. L'objectif consiste à évaluer l'évolution des pratiques relationnelles, les propositions envisagées en 1997 et la formation des médecins généralistes. Les médecins généralistes, plus sensibles à la santé au travail, sollicitent plus souvent les médecins du travail : deux sur trois pour un aménagement des conditions de travail, plus de la moitié pour une visite de préreprise ou un mi-temps thérapeutique, moins de la moitié pour une suspicion de pathologie liée au travail. Cependant, l'image du médecin du travail, médecin de sélection non indépendant, persiste. Les trois-quarts déclarent un frein à leur collaboration, principalement l'identité inconnue du médecin du travail et des difficultés pratiques. La meilleure connaissance déclarée du rôle du médecin du travail et les formations médicales continues n'influent pas sur la rédaction de certificats de limitation d'aptitude. La concrétisation des propositions est attendue. Un approfondissement de la formation tant initiale que continue paraît indispensable.

MOTS-CLES

Médecin généraliste – Médecin du travail – Relations – Collaboration –
Formation