

## **Le salarié, le médecin généraliste traitant et le médecin du travail :**

### *Quel trio possible ou souhaitable ?*

*Dr JL.Gallais<sup>1</sup>*

Les liens entre la santé et le travail sont diversement perçus par la population comme par les professionnels de la santé eux-mêmes. Que faut-il retenir du succès de la chanson d'Henri Salvador « Le travail c'est la santé » ou de la couverture en mai 2010 de Philosophie Magazine annonçant à la Une et avec un point d'interrogation «Le travail nuit-il à la santé ? ».

Le fait indéniable que l'activité professionnelle, rémunérée ou non, est reconnue comme un déterminant essentiel de la santé qui se construit à la fois dans la famille, à l'école, dans le milieu de vie et de travail. Tout se joue dans la durée en fonction de ces conditions associées au niveau d'études et de revenus, auxquelles s'ajoutent les risques que l'on court et ceux que l'on prend. Nos comportements individuels et collectifs indissociables de la culture mais aussi les "règles du jeu" politique, idéologique et social en vigueur. La promotion de la santé publique passe par des interventions sur ces facteurs socio-familiaux et professionnels en interaction permanente.

Les savoirs sur les effets du travail varient selon les conditions du travail, choisi ou subi, les modalités de la protection sociale liées à l'emploi ou au chômage, ou celles dans les trajectoires professionnelles avec retraites anticipées ou retardées. Les effets sanitaires et sociaux sont très différents selon que les parcours sont stables ou au contraire discontinus, chaotiques ou précaires,

La médecine du travail vise à décrire, comprendre mais surtout prévenir, protéger les travailleurs ou corriger des effets des risques professionnels et accidents du travail. Le travail est donc identifié à la fois comme un facteur favorable à la santé et comme un facteur de dommages possibles. La surveillance épidémiologique des risques professionnels constitue un des outils du pilotage de ces aspects [1]. Elle implique la prise en compte des évolutions des approches de gestion des personnels, de la vision managériale, de la culture de la performance et rentabilité des sociétés et services publics et privés. Ces déterminants sont à la fois des problèmes et des solutions.

La clinique du travail, les études sur les modes d'encadrement des personnels avec ou sans direction des ressources humaines et le suivi régulier des travailleurs, quel que soit leur métier et leur cadre d'exercice, alimentent de plus en plus ces approches des risques spécifiques. Les services de médecine du travail, les comités d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT) et les organisations syndicales sont, ou devraient être, en position d'aide et de soutien aux travailleurs au sens large. Ces dispositifs sont en fait dépendants de la taille des entreprises et services, mais aussi des statuts des personnels.

C'est dans ces environnements changeants et ce bain social que s'exerce la médecine générale.

### **Le médecin généraliste, un acteur social constamment interpellé**

Pour les médecins généralistes, médecins spécialistes des soins primaires, les liens entre travail et santé sont quotidiennement présents et éprouvés au travers de circonstances variées : la maladie aigue ou chronique associée à des prescriptions d'arrêts de travail, l'accident du travail isolé ou répétitif, l'aptitude ou l'inaptitude temporaire à tel poste donné en fonction des contextes, le handicap nécessitant un aménagement spécifique, le certificat de reprise du travail, les échanges professionnels liés à l'obtention d'un emploi à mi-temps thérapeutique, la demande de mise en invalidité, la déclaration de maladie professionnelle ou d'indemnisation d'un accidenté du travail. Ces situations non exhaustives sont les formes explicites de l'implication des médecins généralistes dans le monde du travail par le biais de leurs patientèles. Le contact dans une même journée de consultations avec un jeune diplômé chômeur, une mère d'une famille monoparentale en difficulté avec son employeur, un syndicaliste évoquant les inquiétudes emploi dans son entreprise ou un petit

---

<sup>1</sup> Source : Documentation SFMG 20013

artisan ne pouvant cesser son travail, toutes ces situations font que c'est le monde du travail et du non travail qui occupe les salles d'attentes.

Les métiers et les professions, en constituant la toile de fond de la vie des personnes et des classes sociales sont des éléments incontournables de la biographie des individus, des familles. Ce sont les aspects socio familiaux constitutifs de l'approche de la médecine générale en tant que discipline universitaire et en tant que pratique soignante. Par cette vision dynamique et intégrée du travail dans la santé des personnes et des populations, le médecin généraliste observe et constate les interactions et effets systémiques entre travail, santé et société. Les périodes de plein emploi comme ceux des crises économique et du chômage ont des impacts immédiatement visibles dans sa pratique. Le professionnel de la santé est témoin, voire même pris à témoin, des évolutions de la société qui l'environne [2] [3] [4], dont celui des valeurs du monde du travail [5] [6]. Le taux de chômage officiel ou non dans un quartier est un indicateur social parmi d'autres. La catégorisation formelle selon les niveaux d'étude, les métiers et les revenus, mais aussi le genre reste le marqueur de base des variations et inégalités des états de santé et de ses variations sociales ou territoriales. Les débats sur les risques liés à la place de l'alcoolisation au travail des ouvriers concernent maintenant aussi ceux des risques de la cocaïne chez les cadres dans une recherche de performance.

Travail choisi ou subi, travail valorisant, valorisé ou non, travail avec des charges physiques, psychiques, émotionnelles, l'attention du médecin généraliste doit être portée sur des retentissements positifs ou négatif éventuels sur le vécu des personnes et leur état de santé. Les aspects théoriques des statistiques et études se alors traduisent en actes et en hommes et femmes.

Selon les emplois, les personnalités, les contextes organisationnels et le degré d'autonomie de chacun dans son travail, ces risques peuvent se manifester par des troubles, des plaintes et des comportements distincts. Le corps et le psychisme en sont les supports habituels. Le corps social aussi avec les conflits syndicaux comme effets judiciaires des licenciements isolés ou en plans sociaux.

Si les formes extrêmes du harcèlement, de la souffrance psychique et des suicides [7] liés au travail ont pris une place particulière dans les médias, ils ne doivent pas faire négliger les effets les plus fréquents et banalisés : fatigue, anxiété, insomnie, stress, dépression, douleurs articulaires, lombalgies, troubles sensoriels auditifs ou visuels, troubles familiaux et conjugaux, demandes de psychotropes, allergies et... arrêts d'activité et accidents du travail évoqués précédemment.

Dans la pratique, ces diverses manifestations ne sont pas forcément immédiatement reliées, totalement ou partiellement, aux activités professionnelles et au vécu du patient. C'est l'analyse avec décodage indispensable par le médecin généraliste avec le patient qui constitue l'étape préalable des propositions d'adaptation ou de soustraction aux facteurs identifiés [8]. La persistance et la répétition dans la durée des troubles notés dans son dossier médical deviennent des signaux d'alerte.

### **Le travail comme déterminant et marqueur**

Les pathologies des travailleurs de force ou de métiers traditionnellement exposés comme le bâtiment et les travaux publics ont pris d'autres formes. Les organisations internationales comme le Bureau International du travail (BIT) rappellent que « le travail sous forte contrainte de temps » induit des effets psychiques et physiques intriqués. Les TMS, troubles musculo-squelettiques (ex: tendinites, lombalgies) sont qualifiés « d'épidémie » et représentent la 1ère maladie professionnelle déclarée.

Que l'on soit "cols blancs" ou "cols bleus", le catalogue des maladies professionnelles selon les nuisances et les métiers est considérable [9]. L'étude périodique SUMER (Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels) réalisée en 2009-2010 par 2400 médecins du travail confirme les risques connus [10]. Mais si les rythmes de travail et les contraintes physiques sont stables, c'est l'autonomie des salariés les plus qualifiés qui recule. Les catégories qui semblaient exclues par les risques au travail, en réalité ne le sont pas.

Par ailleurs, les liens entre maladies chroniques habituelles et emplois sont étroits et augmentent avec l'avancée en âge des travailleurs. Ces affections majorent des handicaps variés, les absences, les retraites anticipées et les inégalités sociales.

Le repérage des effets selon le métier est facilité par des questionnaires décrivant les conditions d'exercice. Plusieurs facteurs traduisent le vécu du travail : l'importance des demandes psychologiques en fonction du temps et l'imprévisibilité des ordres par exemple, les marges de manœuvre dans l'exercice des tâches, et le soutien présent ou absent de ses supérieurs et collègues. La médiatisation des crises et tentatives ou suicides réussis chez Renault, France Télécom ou à l'Education Nationale a largement participé à la visibilité et la prise en compte des effets psychiques du travail. Le débat sur les parts respectives des facteurs individuels des personnes et ceux des conditions de travail se poursuivent. Les écarts entre les attentes des salariés et la réalité vécue à laquelle ils sont confrontés, participent au « malaise général ». Ces impacts accrus pour les femmes dont les salaires restent toujours inférieurs à ceux des hommes à poste égal avec souvent un travail à temps partiel subi, notamment en contrats à durée déterminés itératifs.

Mais les effets au long cours des risques liés à l'emploi restent souvent méconnus, sous-enregistrés, voire niés. L'histoire du scandale de l'amiante ou celle de la non-reconnaissance des cancers d'origine professionnelle en témoignent. Pour l'amiante, en 2004, l'Etat français a été condamné à la fois en tant qu'employeur et législateur. Les insuffisances de surveillance au long cours de la carrière des intérimaires assurant la maintenance dans les centrales nucléaires sont modélisantes. Elles supposent pour certaines expositions les conditions d'un suivi sur la vie entière, donc après la retraite. A l'Education Nationale, les revendications des enseignants sont anciennes pour obtenir une organisation de la médecine du travail et de prévention effective. Leur fréquent désir de changer de métier est un « clignotant » parmi d'autres.

### **Quelles ressources en matière de santé au travail ?**

Les pathologies liées à l'emploi impliquent des interventions dans le cadre professionnel. L'arrêt de travail permet de soustraire un temps donné un salarié à son milieu et aux facteurs déclenchant. Mais cette mesure limitée et passagère n'est que le palliatif à des changements souhaitables ou nécessaires plus importants avec un recours aux services de médecine du travail. Cette possibilité est liée à l'existence même de tels services car seuls les salariés du secteur salarié non agricole peuvent en bénéficier en théorie. Les constats critiques sur le mauvais état de la médecine professionnelle sont anciens et récurrents. Le rapport 2012 de la Cour des Comptes [11] en rappelle les causes. L'état des lieux reflète l'ambivalence de l'Etat car la fonction publique s'exonère des règles imposées au secteur privé. L'empilement de textes législatifs ne signifie pas pour autant qu'il existe une offre d'aide opérationnelle pour les salariés comme pour les soignants. Il s'agit trop souvent d'une offre virtuelle. Elle dépasse maintenant le médecin du travail pour une approche pluridisciplinaire avec les inspecteurs et infirmiers du travail. Pourtant les activités officiellement décrites comme indispensables à la santé des salariés, notamment en entreprises, sont rarement réalisées en dehors des visites initiales d'embauche. Le tissu des associations de maladies diverses, les prudhommes et les instances syndicales sont des ressources dans les conflits du travail. A côté des travailleurs ayant des droits établis, il y a aussi ceux qui sont totalement hors des filets d'une quelconque législation, ceux du travail non déclaré, les exploités divers sans autre alternative pour eux que l'acceptation de l'illégalité et du silence pour une survie difficile.

Les interventions dans le monde du travail nécessitent une bonne coordination. Or les études sur les représentations respectives des médecins généralistes et des médecins du travail [12] confortent une méconnaissance réciproque et le besoin d'une meilleure intégration de la composante santé et travail dans la formation de toutes les professions de santé.

## **Des inquiétudes justifiées et des difficultés surmontables**

Quelles sont les difficultés pratiques auxquelles le médecin généraliste comme le patient-salarié sont confrontés, même quand la bonne volonté de tous est acquise ? Les difficultés du trio médecin généraliste - salarié - médecin du travail traduisent des obstacles différents : d'abord les doutes sur la liberté d'action et le degré d'autonomie du médecin du travail vis à vis de son entreprise ou du service de travail inter-entreprise. Ces préoccupations sont souvent partagées par le médecin généraliste et le salarié. Puis, la trop longue route à parcourir pour des changements et aménagements utiles. Le risque de favoriser un licenciement ultérieur est au premier plan car les salariés craignent que leur vulnérabilité santé ne se transforme en plus en vulnérabilité de leur travail. Durant des périodes de raréfaction de l'emploi, de chômage et de licenciement ce frein est réel. C'est un des facteurs de la sous-déclaration de maladies professionnelles. Le contenu du dossier de médecine du travail est alors vécu comme un risque supplémentaire. Cette situation aboutit au fait que les salariés eux-mêmes sont ambivalents, souhaitant à la fois de tels dispositifs mais étant peu enclins à les solliciter. L'opposition sur les finalités et priorités de la médecine du travail au bénéfice des employeurs ou des employés reste récurrente. Il y a quelques années, la mise en place par l'Assurance Maladie d'un carnet de santé pour les assurés était accompagnée d'une mention signalant qu'il ne fallait pas montrer ce document au médecin du travail. On retrouve là symboliquement les limites sur des conditions d'échanges entre les soignants et les services de médecine du travail.

Le partage du secret professionnel est lié aux soins partagés, situation qui n'est pas celle du médecin du travail. Cette question récurrente est souvent formulée ainsi : *"le secret médical existe-t-il entre le médecin traitant et le médecin du travail ?"* [13]

Le secret professionnel s'applique entre médecin du travail et médecin traitant. Il faut souligner qu'aucun ne peut transmettre d'information de nature médicale à un employeur. Le salarié lui-même s'inquiète néanmoins des effets négatifs de la traçabilité d'échanges écrits et téléphoniques.

Le secret médical implique une signification morale, déontologique et pénale, et les échanges restent possibles si la transmission et le partage de certaines informations divulguées sont en lien avec la gestion du problème abordé et dans l'intérêt du patient. Le secret professionnel ne concernant pas le patient-salarié lui-même, il est en situation d'intermédiaire bien informé pour transmettre des documents dont il est possesseur, notamment par l'intermédiaire du médecin généraliste traitant.

Une autre situation pose problème : c'est celle des salariés de la fonction publique qui ne sont pas gérés en direct par l'Assurance Maladie, mais par une mutuelle ayant délégation pour le faire. Dans ce cas, tous documents relevant des soins contenant une information médicalisée sont susceptibles de pouvoir être connus de l'employeur. Le simple remboursement d'une prestation ou mention d'un prescripteur peut (par le simple tampon par exemple!) révéler une donnée sensible que le salarié ne souhaite pas communiquer.

La mise en place, toujours en cours, d'un dossier médical informatisé a fait resurgir ces mêmes aspects de la divulgation ou de la protection des personnes. La demande par les associations d'usagers du masquage des données par le patient lui-même pointe les difficultés sur ce thème. Toutes ces limites soulignent que les données de santé personnelles, familiales ou professionnelles sont des données sensibles protégées d'ailleurs par un arsenal législatif et la commission nationale informatique et libertés (CNIL) dont le rôle est croissant avec le développement de tous les supports électroniques.

Au-delà des aspects déjà évoqués, traités spécifiquement comme des questions de santé au travail identifiées et reconnues via des services ad hoc, il faut souligner que l'immense majorité des troubles somatiques et psychiques sont habituellement gérés dans le cadre de l'Assurance Maladie par les médecins conseils, trop souvent cantonnés à leur fonction de contrôle. La part attribuée au travail reste alors au second plan, même si les renouvellements des arrêts de travail, les séquelles avec ou sans rente d'accidents du travail et les invalidités font effectivement référence aux activités

professionnelles. Cette situation participe à la non-reconnaissance et au sous-enregistrement des pathologies professionnelles.

### **Le médecin traitant et santé des populations : de la personne à la patientèle.**

Les médecins généralistes sont confrontés à l'ensemble des métiers dans la mesure où plus de 85% de la population recourt chaque année à un médecin généraliste avec en moyenne 4 contacts par an et que le métier exercé, actuel ou passé, fait partie de la biographie des patients. Toutes les catégories socioprofessionnelles sont donc concernées dans la durée.

En 2002, 7 personnes sur 10 déclaraient à la SOFRES avoir le même médecin généraliste. Cette relation thérapeutique durable déjà connue a été renforcée depuis 2005 avec le dispositif du médecin traitant puisque 98% des médecins traitants désignés sont des médecins généralistes. Cette continuité relationnelle a été introduite dans le cadre de la prescription des arrêts de travail, les prolongations devant être établies par ce même médecin. La vision sur les liens entre santé, travail et chômage en est accrue. La stabilité habituelle du lieu d'exercice des médecins généralistes libéraux leur permet une analyse longitudinale. Elle dépasse l'approche individuelle, pour celle de groupes de personnes en activité : visions du quartier et de la commune, écoutes implicites et explicites de la vie de la ville comme de l'usine et des entreprises locales. On comprend mieux alors l'importance du corps médical dans les instances électives aux niveaux locaux, régionaux et nationaux.

Acteur social à l'insu de son plein gré ou clairement assumé, le médecin généraliste est un témoin et acteur impliqué. A l'interface du sanitaire et du social, il devient souvent avocat et médiateur. Bien que les publications scientifiques sur ce thème "médecine générale et médecine du travail" soient limitées en France, de nombreuses revues ont traité ces sujets et les organisations professionnelles s'investissent dans cette problématique souvent indissociables aux autres problématiques médicales aiguës ou chroniques.

### **Le médecin généraliste comme travailleur exposé**

Le médecin généraliste oublie ou dénie parfois qu'il est lui-même un travailleur exposé. Exposé par la durée moyenne de l'exercice en libéral proche des 58 heures hebdomadaires. Exposé par la charge affective et le stress des situations abordées et l'usure de la relation d'aide. Exposé par le cumul des responsabilités assumées. Exposé par l'incertitude d'une pratique si exigeante que les jeunes générations de médecins généralistes hésitent à s'y investir dans les conditions actuelles. La multiplication des publications sur l'importance du Burn Out des médecins s'est accompagnée du développement de dispositifs d'aide et de soutien des médecins par les organisations professionnelles.

La souffrance professionnelle des patients vient ainsi réactiver et trouver des échos dans celle des professionnels eux-mêmes. Les solutions préventives et thérapeutiques sont les mêmes que celles recommandées pour les autres activités professionnelles. La gestion par la cessation anticipée du travail ou la reconversion professionnelle traduisent ce vécu négatif, moins du métier que des conditions d'exercice.

### **De l'action aux recommandations**

Le thème de la santé et des maladies induites ou aggravées par le travail est un des éléments de la protection sociale. L'état des lieux à un moment donné dans un pays témoigne des combats, de contraintes, compromis et arbitrages entre les acteurs politiques, sociaux, dont ceux des entreprises. Entre flexibilité et sécurisation des emplois, entre mondialisation et violences au travail, les évolutions sont celles d'une construction sociale avec ses adaptations, progrès et mais aussi des reculs pour la santé au travail. Pour la composante santé, la qualité des organisations et des pratiques passe par la place donnée aux soins primaires et au médecin généraliste lui-même comme acteur

médical et social. Ces aspects doivent donc être clairement formalisés en termes de préventions, de diagnostics et interventions indispensables une fois les troubles constatés.

Les actions suivantes permettraient des améliorations synergiques au niveau médical, administratif, professionnel [14] :

1. Favoriser et inciter à l'identification proactive les facteurs de risques liés au travail au sein des autres risques habituellement recherchés dans le domaine de la santé.
2. Rechercher plus systématiquement dans l'entretien médical les liens éventuels entre troubles constatés et travail ("*Pensez-vous que vos problèmes de santé puissent être liés à votre travail ?* " ; "*Des collègues de travail ont-ils des symptômes comparables aux vôtres ?*" etc.)
3. Enregistrer et actualiser régulièrement dans le dossier médical les conditions d'exercice du métier et l'historique des expositions professionnelles avec leurs risques spécifiques.
4. Développer pour les situations évoquées précédemment les relations entre les acteurs de la santé au travail et recourir à leur expertise en impliquant et accompagnant les patients concernés.
5. Favoriser les échanges sur les risques en transmettant au médecin généraliste traitant directement ou indirectement les informations ad-hoc via les fiches de poste par le salarié lui-même.
6. Organiser pour certains métiers à hauts risques la coordination du suivi-post professionnel en impliquant dans la logique d'un parcours de santé coordonné.
7. Utiliser à des fins de recherche et d'évaluation ces données anonymisées dans les registres et observatoires permanents de la médecine générale et de soins primaires.
8. Prendre en compte dans les plans nationaux de santé au travail le médecin généraliste traitant comme acteur opérationnel de la prévention aux soins coordonnés.

Ces actions participeraient au décloisonnement structurel entre les dispositifs de soins et ceux de médecine du travail. Elles marqueraient la fin d'un clivage symbolique entre les premiers qui relèvent du Ministère de la santé et les seconds du Ministère du travail. Dans le même temps, elles modifieraient peu à peu les représentations collectives en augmentant le sentiment d'utilité et d'efficacité sociale de chacun, favorisant le bon usage des ressources disponibles. Une telle stratégie suppose l'implication et des échanges entre les instances concernées à tous les niveaux : universitaire, formation permanente, développement professionnel continu, recherche avec surtout des actions intégrées sur le terrain d'exercice quotidien des uns et des autres.

Ces évolutions accompagneraient les nouvelles organisations professionnelles des équipes de soins primaires notamment en maisons pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires et pôles de santé avec des partenariats locaux, avec les services de santé au travail. Dans ces conditions les évolutions entre la médecine professionnelle et la médecine générale accroîtraient leur visibilité et efficacité respectives en santé publique par un tel dispositif d'interface synergique.

Dr Jean Luc Gallais

Spécialiste en médecine générale et en santé publique

Directeur du conseil scientifique de la Société Française de Médecine Générale (SFMG)

Chargé de mission santé publique MGFrance

## Références

[1] BEH. Surveillance épidémiologiques des risques professionnels, quoi de neuf ? 5 juin 2012 / N°22-23.

- [2] P.Farr, C. De Brouwer, J.Thimpont. Les relations entre le médecin du travail et le médecin généraliste. Le travail ou la santé. La santé conjugquée, 2010, 51.
- [3] Revue pratiques. La santé au travail. 1999, N°5. Editions Indigène.
- [4] E.Penide. Burn out pour tous. Revue Pratiques, 2012, 57, 44-45.
- [5] V (de) Gaulejac. La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social. Points. économie. Edition 2009. 352 pages.
- [6] C.Dejours. souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. 2008. Collection Points. Essais. 237 pages
- [7] P.Molinier. Les enjeux psychiques du travail. Petite bibliothèque Payot. 2006. 335 pages.
- [8] JL.Gallais. Médecine générale et santé au travail : quelques aphorismes utiles. 2012 [http://www.sfm.org/actualites/prendre\\_la\\_parole](http://www.sfm.org/actualites/prendre_la_parole)
- [9] M.Pezé. Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés. 2010. Flammarion. Champ Actuel. 215 pages.
- [10] DARES Analyses. L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010. SUMER. Mars 2012, N°023.
- [11] Cours des Comptes. Rapport public thématique. Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir. Novembre 2012.
- [12] P.Verger, C.Menard, JB.Richard, A.Viau. Médecins généralistes et santé au travail In INPES. Médecin du travail / Médecins généralistes : regards croisés. Etudes Santé. INPES édition, Janvier 2012 : 115-153.
- [13] M.Bernard. Le secret médical existe-t-il entre médecin traitant et médecin du travail ? La lettre du pneumologue, Vol VII, 2, Mars-avril 2004.
- [14] JL.Gallais, C.Leicher. Médecine générale et médecine du travail : deux spécialités aux fonctions et expertises complémentaires. In INPES, Médecins du travail / Médecins généralistes : regards croisés. Etudes Santé, janvier 2012 : 163-166.