



HAL
open science

Communication entre les médecins généralistes et les médecins du travail autour de la visite de préreprise

Gislain Philip

► **To cite this version:**

Gislain Philip. Communication entre les médecins généralistes et les médecins du travail autour de la visite de préreprise. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01769769

HAL Id: dumas-01769769

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01769769v1>

Submitted on 18 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 189

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Communication entre les médecins généralistes et les médecins
du travail autour de la visite de préreprise

Présentée et soutenue publiquement
le 5 octobre 2017

Par

Gislain PHILIP

Né le 4 janvier 1989 à Gap (05)

Dirigée par Mme Le Docteur Claude-Michèle Poissonnet, médecin du travail

Jury :

M. Le Professeur Dominique Choudat, PU-PH..... Président

M. Le Professeur Pascal Andujar, PU-PH

M. Le Professeur François Guillon, PU-PH

Mme Le Docteur Lynda Bensefa-Colas, PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Sommaire

Abréviations :.....	4
Liste des tableaux et graphiques :.....	5
1-Introduction :.....	8
1-1 La visite de préreprise :.....	9
1-2 Données autour de la VPR :.....	10
1-3 Les objectifs :	11
2-Matériel et méthode :	13
2-1 Population :.....	13
2-2 Déroulement de l'enquête :.....	13
2-3 Le questionnaire :.....	13
2-4 Analyse statistique	14
3 Résultats :.....	15
3-1 L'enquête :.....	15
3-1-1 Le recrutement :.....	15
3-1-2 La population :.....	18
3-1-3 L'état des lieux de la collaboration :.....	19
3-2 La visite de préreprise :.....	20
3-2-1 La connaissance de la VPR :.....	20
3-2-2 L'utilisation de la VPR :.....	20
3-2-3 Influence de la connaissance sur l'usage de la VPR :.....	24
3-3 L'image du MT et les facteurs limitants de la collaboration :.....	27
3-3-1 L'image du MT vu par le MG :.....	27
3-3-2 Les facteurs limitant la collaboration entre MG et MT :.....	32
3-4 Comparaison des résultats en fonction de l'ancienneté d'installation :.....	32

3-4-1 Comparaison des réponses sur la VPR :.....	32
3-4-2 Comparaison des résultats sur l'image du MT :.....	41
3-5 Comparaison des résultats de trois enquêtes :.....	46
4 Discussion :.....	52
4-1 Les limites et les biais :.....	52
4-1-1 Taille de l'échantillon :.....	52
4-1-2 La population :.....	53
4-1-3 Informatisation :.....	53
4-2 La VPR :.....	53
4-2-1 Le souhait de collaboration :.....	54
4-2-2 L'utilisation de la VPR :.....	54
4-2-3 Impact de la connaissance de la VPR :.....	56
4-3 Image du MT:.....	56
4-3-1 Médecin de sélection :.....	56
4-3-2 Médecin de santé publique :.....	57
4-3-3 La question de l'indépendance :.....	57
4-3-4 Médecin de prévention des risques professionnels :.....	58
4-4 La communication entre le MG et le MT :.....	58
4-4-1 Les facteurs limitant la collaboration :.....	58
4-4-2 Des pistes d'amélioration :.....	59
Conclusion :.....	61
Bibliographie :.....	62
Annexes :.....	65
1 Support :.....	65
1-1 Le mail :.....	65

1-2 Le questionnaire :66

Abréviations :

VPR : Visite de préreprise

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin du Travail

TMS : Troubles musculo-squelettiques

ACMS : Association interprofessionnelles des centres médicaux et sociaux

RPS : Risques psycho-sociaux

Liste des tableaux et graphiques :

Tableau 1 : Origine des VPR réalisées au sein de l'ACMS

Tableau 2 : Caractéristiques de la population recrutée en fonction du genre

Tableau 3 : Influence de la connaissance de la VPR sur son utilisation

Tableau 4 : Facteurs limitant la collaboration

Tableau 5 : Facteurs limitant la collaboration en fonction de l'ancienneté

Tableau 6 : Facteurs limitant la collaboration en fonction des enquêtes de 1997, 2008 et 2017

Graphique 1 : Répartition des VPR en fonction de l'origine de la demande

Graphique 2 : Souhait de plus de collaboration avec le médecin du travail

Graphique 3 : Connaissance de la VPR par les MG

Graphique 4 : Fréquence d'utilisation de la VPR pour permettre une reprise plus rapide

Graphique 5 : Fréquence d'utilisation de la VPR en cas de difficultés prévisibles de reprise

Graphique 6 : Fréquence d'utilisation de la VPR pour anticiper des aménagements de postes

Graphique 7 : Fréquence d'utilisation de la VPR pour mettre en place un mi-temps thérapeutique

Graphique 8 : Fréquence d'utilisation de la VPR pour anticiper des complications liées à une éventuelle inaptitude

Graphique 9 : Perception du MT comme un médecin de sélection

Graphique 10 : Perception du MT comme un médecin de santé publique

Graphique 11 : Perception du MT comme un médecin indépendant dans ses avis

Graphique 12 : Perception du MT comme un médecin de prévention des risques professionnels

Graphique 13 : Comparaison du souhait de collaboration en fonction de l'ancienneté

Graphique 14 : Comparaison de la connaissance de la VPR en fonction de l'ancienneté

Graphique 15 : Comparaison de la fréquence d'utilisation de la VPR pour permettre une reprise plus rapide en fonction de l'ancienneté

Graphique 16 : Comparaison de la fréquence d'utilisation de la VPR en cas de difficultés prévisibles de reprise en fonction de l'ancienneté

Graphique 17 : Comparaison de la fréquence d'utilisation de la VPR pour anticiper des aménagements de postes en fonction de l'ancienneté

Graphique 18 : Comparaison de la fréquence d'utilisation de la VPR pour mettre en place un mi-temps thérapeutique en fonction de l'ancienneté

Graphique 19 : Comparaison de la fréquence d'utilisation de la VPR pour anticiper des complications liées à une éventuelle inaptitude en fonction de l'ancienneté

Graphique 20 : Comparaison de la perception du MT comme un médecin de sélection en fonction de l'ancienneté

Graphique 21 : Comparaison de la perception du MT comme un médecin de santé publique en fonction de l'ancienneté

Graphique 22 : Comparaison de la perception du MT comme un médecin indépendant dans ses avis en fonction de l'ancienneté

Graphique 23 : Comparaison de la perception du MT comme un médecin de prévention des risques professionnels en fonction de l'ancienneté

Graphique 24 : Comparaison de la perception du MT comme un médecin de sélection en fonction des enquêtes de 1997, 2008 et 2017

Graphique 25 : Comparaison de la perception du MT comme un médecin de santé publique en fonction des enquêtes de 1997, 2008 et 2017

Graphique 26 : Comparaison de la perception du MT comme un médecin indépendant dans ses avis en fonction des enquêtes de 1997, 2008 et 2017

Graphique 27 : Comparaison de la perception du MT comme un médecin de prévention des risques professionnels en fonction des enquêtes de 1997, 2008 et 2017

1-Introduction :

Le maintien dans l'emploi est au cœur des réflexions actuelles sur la santé au travail. Il s'agit d'un enjeu majeur pour les services de santé au travail (STT), particulièrement en ces périodes de crise de l'emploi pour lutter contre la désinsertion professionnelle. Pour réussir, la communication entre les médecins généralistes (MG) et le médecin du travail (MT) est essentielle.

Le médecin du travail (MT) n'est plus seul pour réaliser au mieux sa mission. La notion de santé au travail remplace celle de médecine du travail soulignant ainsi l'approche collective dans le suivi des travailleurs. Le médecin du travail devient le chef d'orchestre d'une équipe dédiée à la prévention, à l'amélioration des conditions de travail et au maintien dans l'emploi. De par sa fonction, il est également en lien privilégié avec ses confrères médecins généralistes (MG), spécialistes et conseils. Le rôle du MT a donc évolué, au centre d'un réseau à la fois interne avec son équipe et externe avec ses confrères.

La visite de préreprise (VPR) est un outil qui permet d'anticiper des difficultés prévisibles de reprise du travail pendant un arrêt de travail. Elle intervient alors que le contrat de travail est suspendu par l'arrêt, ce qui est inhabituel pour le MT. Elle peut être initiée par les médecins généralistes (MG), les médecins conseils de la sécurité sociale ou les salariés directement. Elle est au carrefour de la médecine de soin, dont le premier représentant est le médecin généraliste, et de la santé au travail. Elle correspond donc à un moment crucial de la communication entre le MG et le MT qui peut permettre une reprise plus rapide dans de meilleures conditions. Elle permet d'éviter de laisser des situations se dégrader en replaçant la

personne dans une dynamique d'avenir d'un point de vue social et médical. Cela peut se faire par la mise en place d'aménagements de postes de travail avant même la reprise ou en débutant précocement la réflexion autour de la reconversion. J'ai choisi d'étudier cette interface qui représente un moment clé de la prévention et de la communication entre les MG et les MT.

1-1 La visite de préreprise :

La VPR est la seule forme de visite possible en médecine du travail pour un salarié en arrêt.

Elle peut être déclenchée par trois personnes uniquement qui sont le salarié lui-même, le médecin traitant ou le médecin conseil. Elle ne dispense pas de la visite de reprise.

Elle a été introduite dans le code du Travail le 1er janvier 1989. Elle a pour but le maintien dans l'emploi et elle permet d'anticiper des reprises compliquées avant que celles-ci prennent effet, contrairement à la visite de reprise qui peut survenir jusqu'à une semaine après la reprise. Elle permet donc de recommander avant la reprise, des adaptations et aménagements de postes, d'émettre des préconisations de reclassement et de réfléchir à la réalisation de formations en vue d'une réorientation professionnelle. Elle peut être organisée pour tout arrêt de travail, quelle qu'en soit la durée. Dans la législation précédente, elle permettait dans certaines conditions, comme un arrêt de plus de trois, de prononcer une inaptitude en un seul examen, ce qui n'a plus de sens dans la nouvelle Loi, puisque cela est maintenant toujours possible.

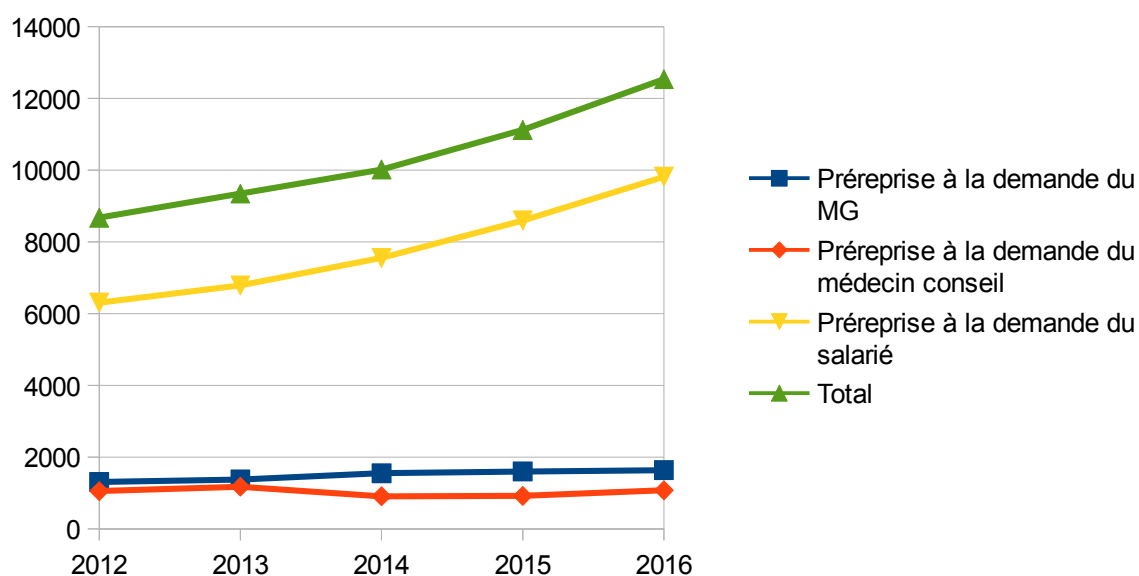
Il n'est pas obligatoire de tenir au courant l'employeur de cette visite (article du code du Travail R4624-29 à R4624-31).

1-2 Données autour de la VPR :

Ces données sont issues du bilan annuel de l'ACMS qui suit un million de salariés dans la région Île-de-France. Elle permet d'avoir un aperçu de l'évolution des demandes de VPR en fonction de leurs origines lors de ces cinq dernières années.

	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2015/2016
Préprise à la demande du MG	1311	1381	1555	1601	1639	2,37%
Préprise à la demande du médecin conseil	1056	1178	912	923	1078	16,79%
Préprise à la demande du salarié	6309	6789	7553	8600	9820	14,19%
Total	8676	9348	10020	11124	12537	12,70%

Tableau 1- Origine des VPR réalisées au sein de l'ACMS



Graphique 1 – Répartition des VPR en fonction de l'origine de la demande

Le graphique 1 montre l'évolution du nombre de VPR et leurs origines (MG, médecin conseil ou salarié) sur un total d'un million de salariés.

La grande majorité des VPR fait suite à une demande salariée, soit 78,3% des VPR en 2016 et

elles ont augmenté de 56% en 4 ans. Les demandes provenant des MG sont en augmentation, elles sont passées de 1311 en 2012 à 1639 en 2016, soit une progression de 25% en 4 ans.

1-3 Les objectifs :

L'objectif principal de ma thèse est d'évaluer la communication entre MG et MT autour de la VPR.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Faire un point sur l'image du MT auprès des MG
- Comprendre l'utilisation de la VPR par les MG
- Repérer les facteurs limitant la communication entre MG et MT
- Chercher un lien avec l'ancienneté d'installation
- Comparer mes résultats avec ceux d'autres études publiées et ceux d'études antérieures (1997-2008-2017)
- Réfléchir à des pistes d'amélioration

2-Matériel et méthode :

2-1 Population :

Il s'agit d'une enquête auprès des MG de la région parisienne. Le recrutement s'est fait à partir de l'annuaire d'Ameli d'Île-de-France. Les critères d'inclusion étaient les MG ayant une activité de médecine générale pour au moins 50% de leurs pratiques, en région parisienne et possédant une adresse mail.

L'enquête reprend en partie des questions des enquêtes de 1997 et 2008 sur l'image du médecin du Travail. Elle fait un focus sur la VPR qui est un instant de communication privilégié entre le MG et le MT.

2-2 Déroulement de l'enquête :

L'enquête commençait par un appel téléphonique avec une brève explication du sujet de ma thèse. En cas d'accord de participation, un e-mail systématisé (annexe « support ») était ensuite envoyé aux adresses communiquées. Il contenait un lien direct vers le questionnaire réalisé sur Google forms. Le recrutement s'est fait de février à juin 2017.

2-3 Le questionnaire :

Le questionnaire était anonyme et volontairement court. En effet, lors de sa préparation, j'ai expliqué mon projet à plusieurs MG qui m'ont mis en garde puisque très sollicités et ayant peu de temps à consacrer pour répondre aux enquêtes. Le questionnaire a été testé par 4 MG avant sa finalisation.

Le questionnaire est en annexe « support » (à rajouter).

2-4 Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été faites sur tableur open office et sur le site Biostagv. Les tests statistiques utilisés sont des Test exact de Fisher et des khi 2.

3 Résultats :

3-1 L'enquête :

3-1-1 Le recrutement :

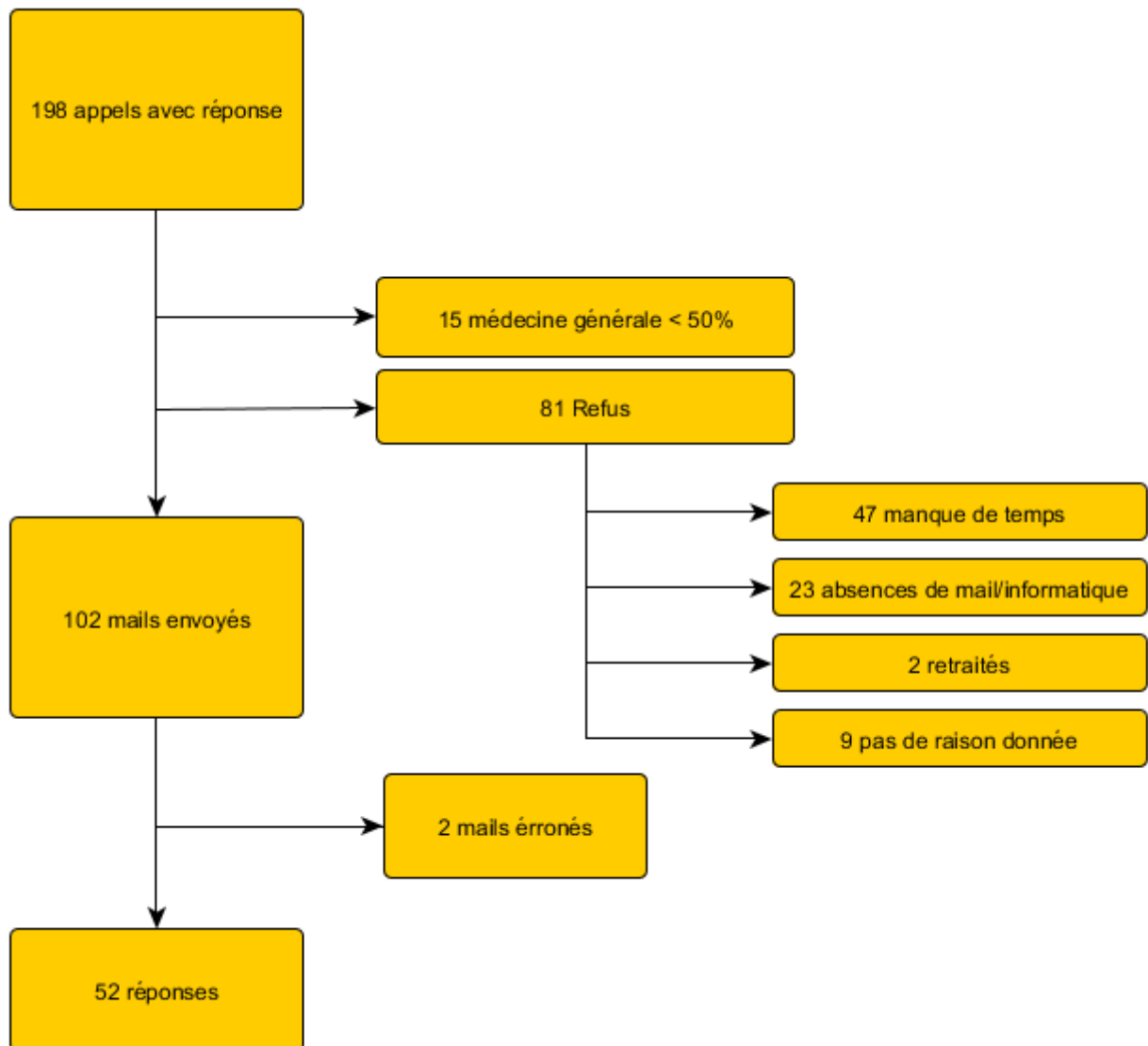


Figure 1- Organigramme du recrutement

J'ai effectué des appels téléphoniques aux cabinets de médecins généralistes pris sur la liste de Améli Île-de-France.

J'ai obtenu 198 réponses à mes appels téléphoniques. Parmi eux, 15 ne pratiquaient pas une activité de médecine générale, il s'agissait principalement de médecins esthétiques, d'acupuncteurs, d'homéopathes et d'un médecin du sport. Quatre-vingt-un ont refusé de participer à l'étude, les raisons évoquées étaient pour 47 le manque de temps et leur sur-sollicitation, 23 n'étaient pas informatisés ou n'avaient pas d'adresse mail, 2 étaient à la retraite et ne gardaient plus qu'une activité réduite, 9 sans raison évoquée.

J'ai ensuite envoyé 102 mails systématisés, deux se sont avérés être erronés, donc 100 mails ont été délivrés. J'ai obtenu 52 réponses, soit un taux de réponse de 52%.

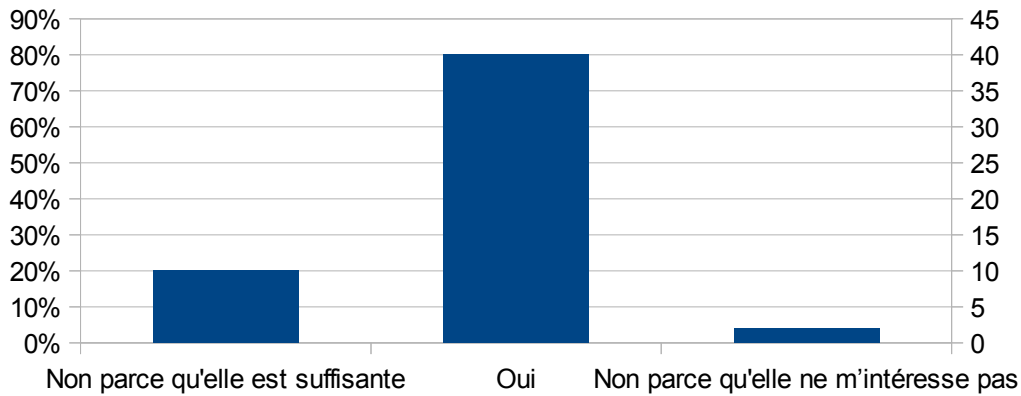
3-1-2 La population :

	effectif	% d'effectif	ancienneté d'installation moyenne (en année)
Homme	31	59,60%	19,8
Femme	21	40,40%	18,5
Total	52	100,00%	19,3

Tableau 2 – Caractéristiques de la population recrutée en fonction du genre

L'effectif comprend 40,40% de femmes et 59,60% d'hommes. La durée d'installation moyenne était de 19,3 ans (écart type de 13,8 ans).

3-1-3 L'état des lieux de la collaboration :

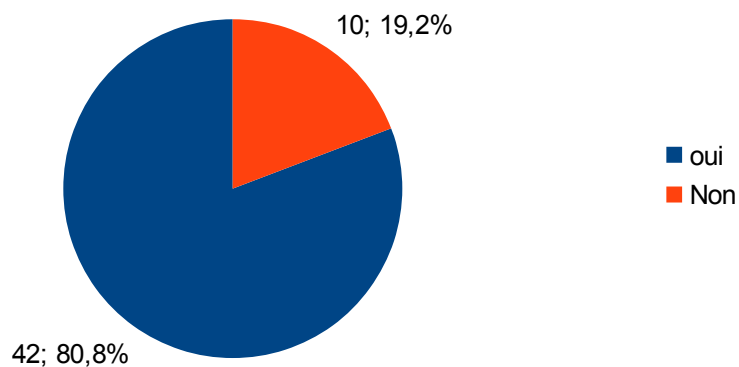


Graphique 2 – Souhait de plus de collaboration avec le médecin du travail

A la question « Souhaitez-vous plus de collaboration avec la médecine du travail », 77% des MG répondent oui. La réponse non est divisée en deux catégories, ceux qui ne souhaitent pas plus de collaboration par manque d'intérêt, 3,8% des MG et ceux qui trouvent la collaboration déjà suffisante, 19,2%.

3-2 La visite de préreprise :

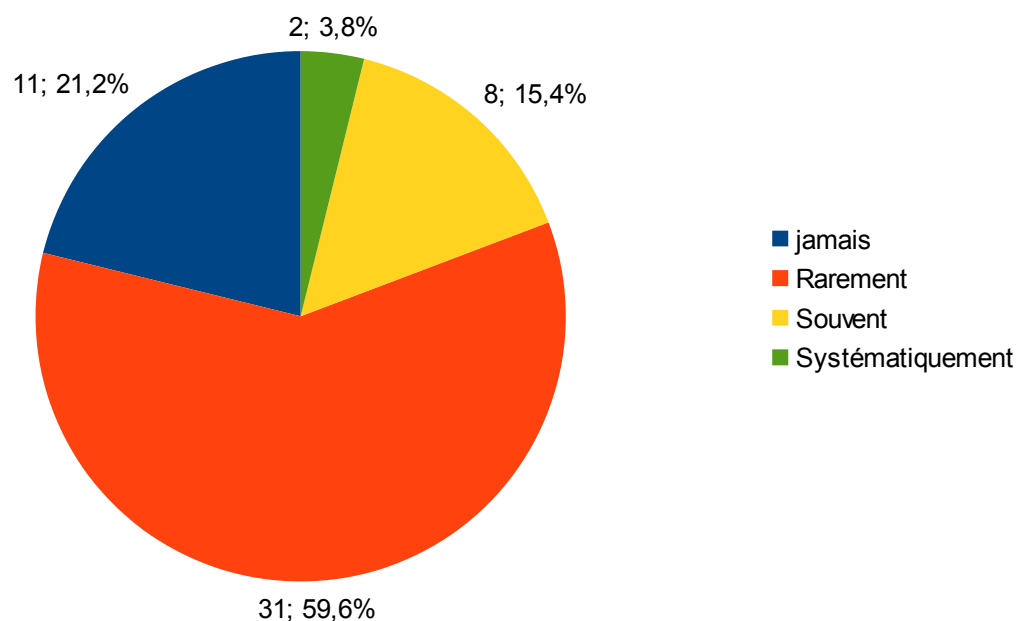
3-2-1 La connaissance de la VPR :



Graphique 3 – Connaissance de la VPR par les MG

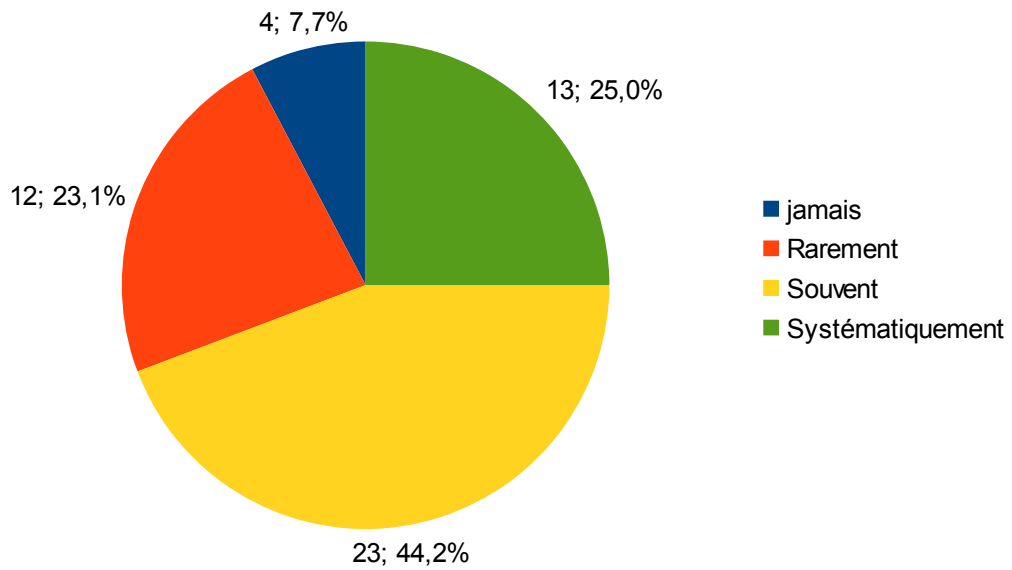
Quarante-deux des MG interrogés connaissaient la VPR (80,8%) et 10 ne la connaissaient pas (19,2%).

3-2-2 L'utilisation de la VPR :



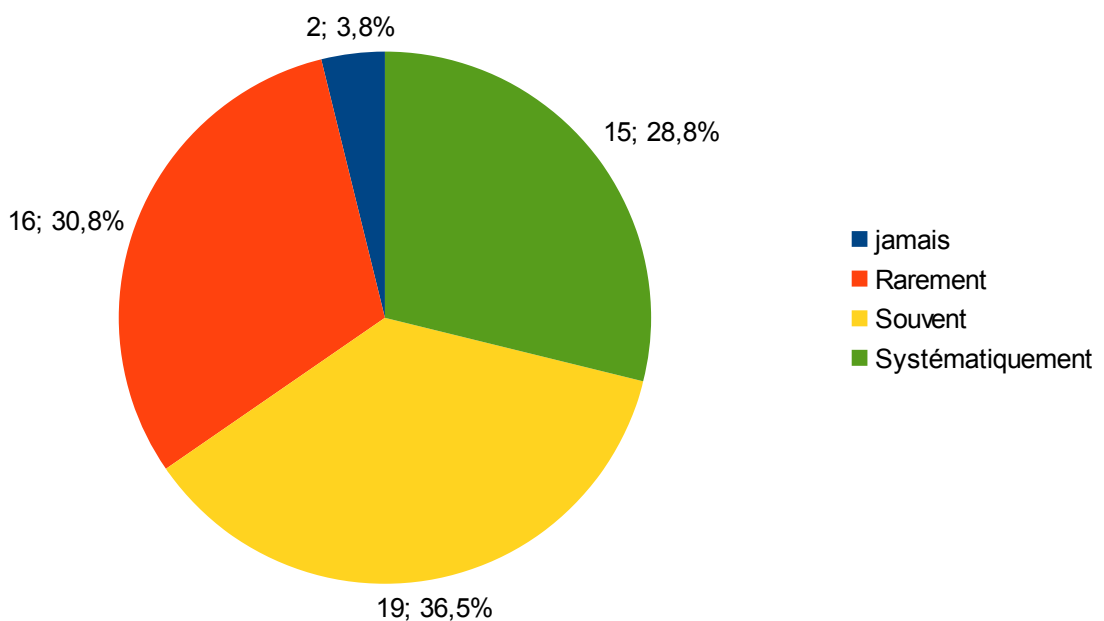
Graphique 4 – Fréquence d'utilisation de la VPR pour permettre une reprise plus rapide

Les demandes de VPR pour permettre une reprise plus rapide sont faites systématiquement par 2 MG (3,8%), souvent par 8 MG (15,4%), rarement par 31 MG (59,6%) et jamais par 11 MG (21,2%).



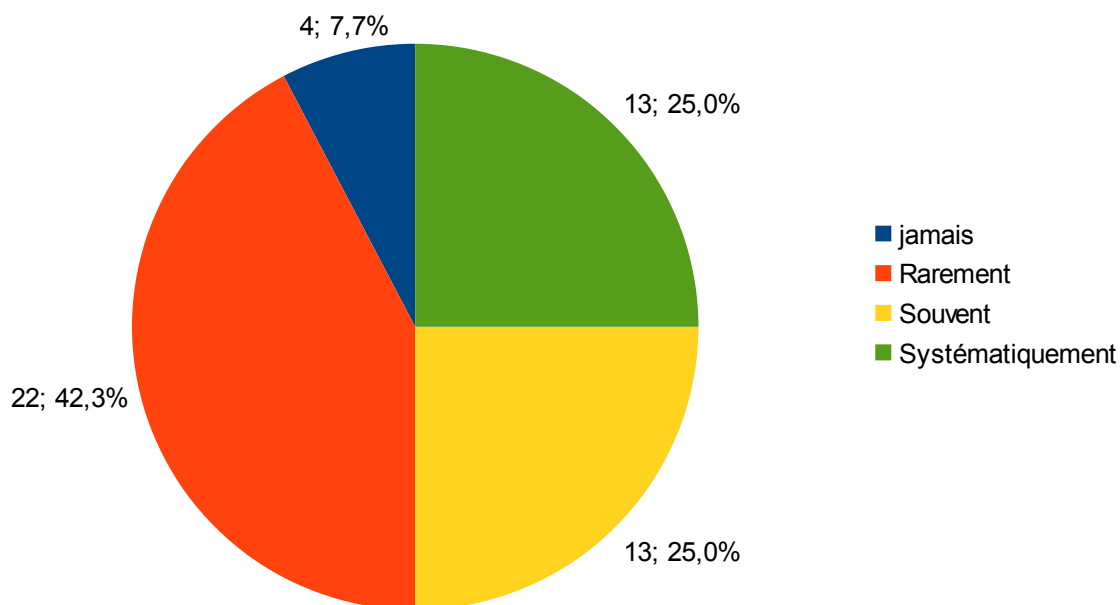
Graphique 5 – Fréquence d'utilisation de la VPR en cas de difficultés prévisibles de reprise

Les demandes de VPR en cas de difficultés prévisibles de reprise sont faites systématiquement par 13 MG (25%), souvent par 23 MG (44,2%), rarement par 12 MG (23,1%) et jamais par 4 MG (7,7%).



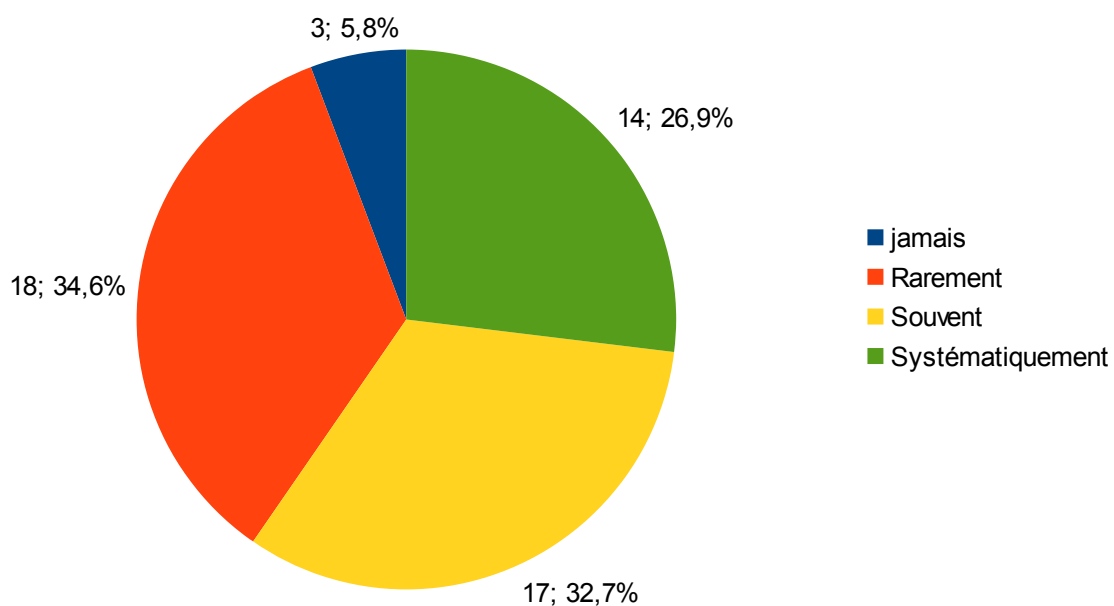
Graphique 6 – Fréquence d'utilisation de la VPR pour anticiper des aménagements de postes

Les demandes de VPR pour anticiper des aménagements de postes sont faites systématiquement par 15 MG (28,8%), souvent par 19 MG (36,5%), rarement par 16 MG (30,8%) et jamais par 2 MG (3,8%).



Graphique 7 – Fréquence d'utilisation de la VPR pour mettre en place un mi-temps thérapeutique

Les demandes de VPR pour mettre en place un mi-temps thérapeutique sont faites systématiquement par 13 MG (25%), souvent par 13 MG (25%), rarement par 22 MG (42,3%) et jamais par 4 MG (7,7%).



Graphique 8 – Fréquence d'utilisation de la VPR pour anticiper des complications liées à une éventuelle inaptitude

Les demandes de VPR pour anticiper des complications liées à une éventuelle inaptitude sont faites systématiquement par 14 MG (26,9%), souvent par 17 MG (32,7%), rarement par 18 MG (34,6%) et jamais par 3 MG (5,8%).

3-2-3 Influence de la connaissance sur l'usage de la VPR :

Utilisation de la VPR	Connaissance de la VPR	Nombre de réponses à la question				Probabilité
		Jamais	Rarement	Souvent	Systematiquement	
Pour une reprise plus rapide	Oui	6	26	8	2	0,076
	Non	5	5	0	0	
En cas de difficultés prévisibles de reprise	Oui	1	9	19	13	0,009
	Non	3	3	4	0	
Pour un aménagement de poste	Oui	0	11	16	15	0,004
	Non	2	5	3	0	
Pour un mi-temps thérapeutique	Oui	1	18	11	12	0,049
	Non	3	4	2	1	
Pour une inaptitude	Oui	0	13	15	14	0,001
	Non	3	5	2	0	

Tableau 3 – Influence de la connaissance de la VPR sur son utilisation

Dans le cadre d'une reprise plus rapide du travail, sur les 10 médecins généralistes ayant répondu ne pas connaître la VPR, 5 indiquent ne jamais l'utiliser et 5 répondent l'utiliser rarement. Sur les 42 médecins généralistes ayant répondu connaître la VPR, 6 indiquent ne jamais l'utiliser, 26 répondent l'utiliser rarement, 8 répondent l'utiliser souvent et 2 systématiquement. Ces différences ne sont pas significatives ($p=0,07$).

En cas de difficultés prévisibles de reprise, sur les 10 médecins généralistes ayant répondu ne pas connaître la VPR, 3 indiquent ne jamais l'utiliser, 3 répondent l'utiliser rarement et 4 répondent l'utiliser souvent. Sur les 42 médecins généralistes ayant répondu connaître la VPR, 1 indique ne jamais l'utiliser, 9 répondent l'utiliser rarement, 19 répondent l'utiliser souvent et 13 l'utilisent systématiquement. Ces différences sont significatives ($p=0,009$).

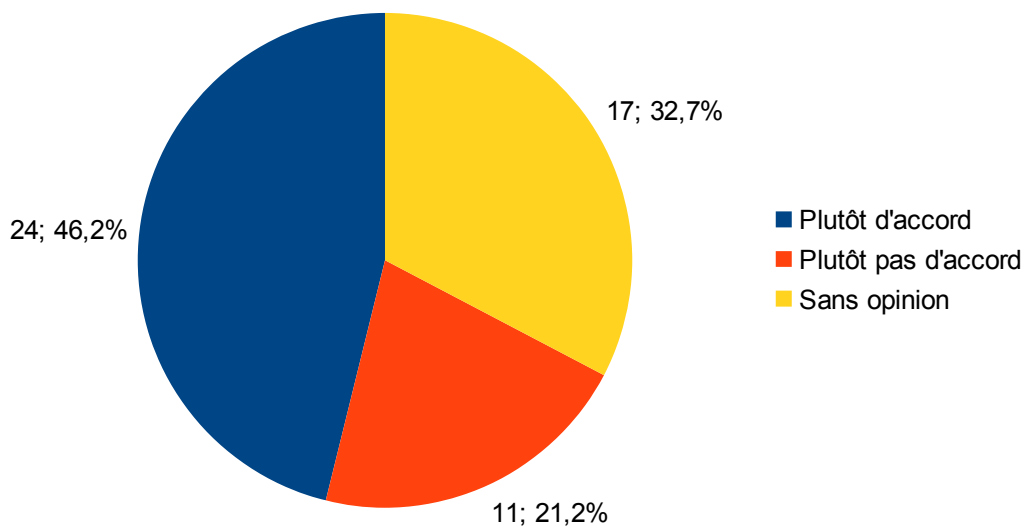
Dans le cadre d'un aménagement de poste, sur les 10 médecins généralistes ayant répondu ne pas connaître la VPR, 2 indiquent ne jamais l'utiliser, 5 répondent l'utiliser rarement et 3 répondent l'utiliser souvent. Sur les 42 médecins généralistes ayant répondu connaître la VPR, 0 indique ne jamais l'utiliser, 11 répondent l'utiliser rarement, 16 répondent l'utiliser souvent et 15 répondent l'utiliser systématiquement. Ces différences sont significatives ($p=0,004$).

Dans le cas de la mise en place d'un mi-temps thérapeutique, sur les 10 médecins généralistes ayant répondu ne pas connaître la VPR, 3 indiquent ne jamais l'utiliser, 4 répondent l'utiliser rarement, 2 répondent l'utiliser souvent et 1 répond l'utiliser systématiquement. Sur les 42 médecins généralistes ayant répondu connaître la VPR, 1 indique ne jamais l'utiliser, 18 répondent l'utiliser rarement, 11 répondent l'utiliser souvent et 12 répondent l'utiliser systématiquement. Ces différences sont significatives ($p=0,049$).

Dans le cas d'une inaptitude, sur les 10 médecins généralistes ayant répondu ne pas connaître la VPR, 3 indiquent ne jamais l'utiliser, 5 répondent l'utiliser rarement et 2 répondent l'utiliser souvent. Sur les 42 médecins généralistes ayant répondu connaître la VPR, 0 indique ne jamais l'utiliser, 13 répondent l'utiliser rarement, 15 répondent l'utiliser souvent et 14 systématiquement. Ces différences sont significatives ($p=0,001$).

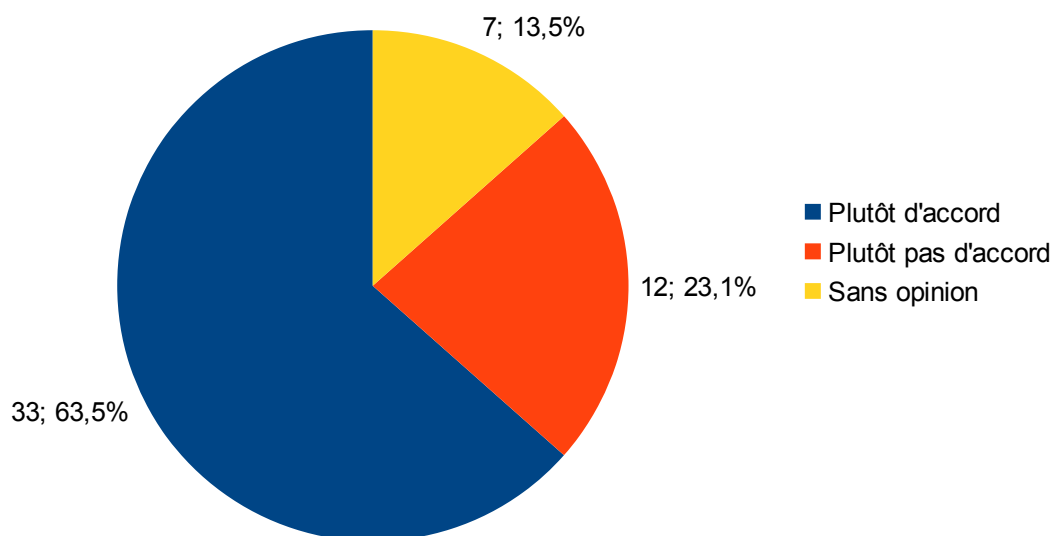
3-3 L'image du MT et les facteurs limitants de la collaboration :

3-3-1 L'image du MT vu par le MG :



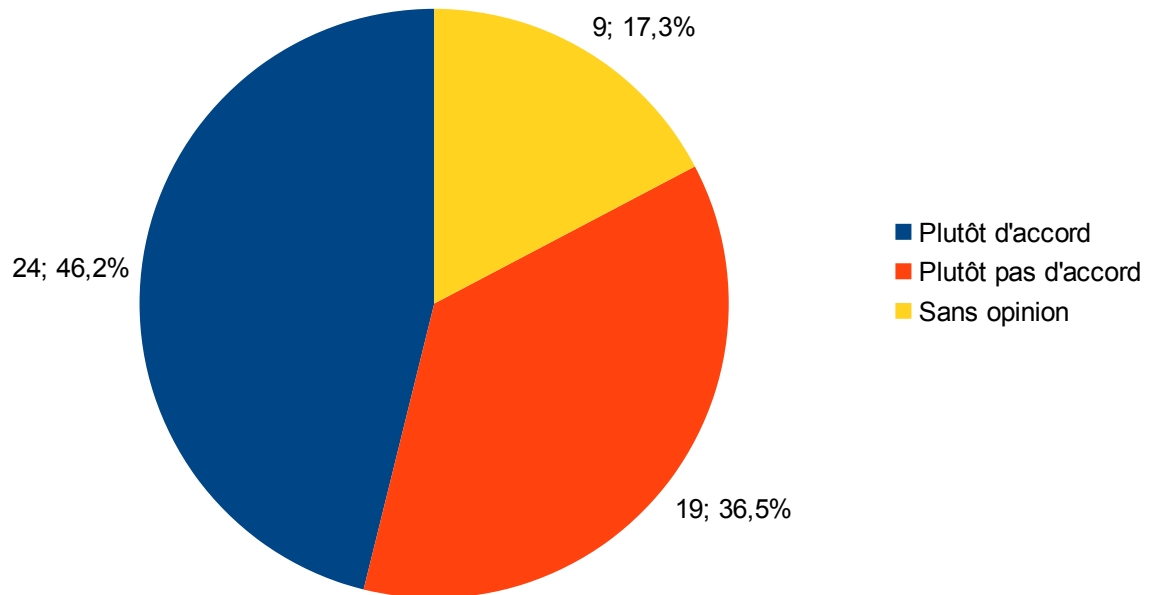
Graphique 9 – Perception du MT comme un médecin de sélection

Le MT est vu comme un médecin de sélection (de par ses avis d'aptitudes) par 24 MG (46,2%), 17 MG (32,7%) ne se sont pas prononcés et 11 MG (21,2%) sont en désaccord.



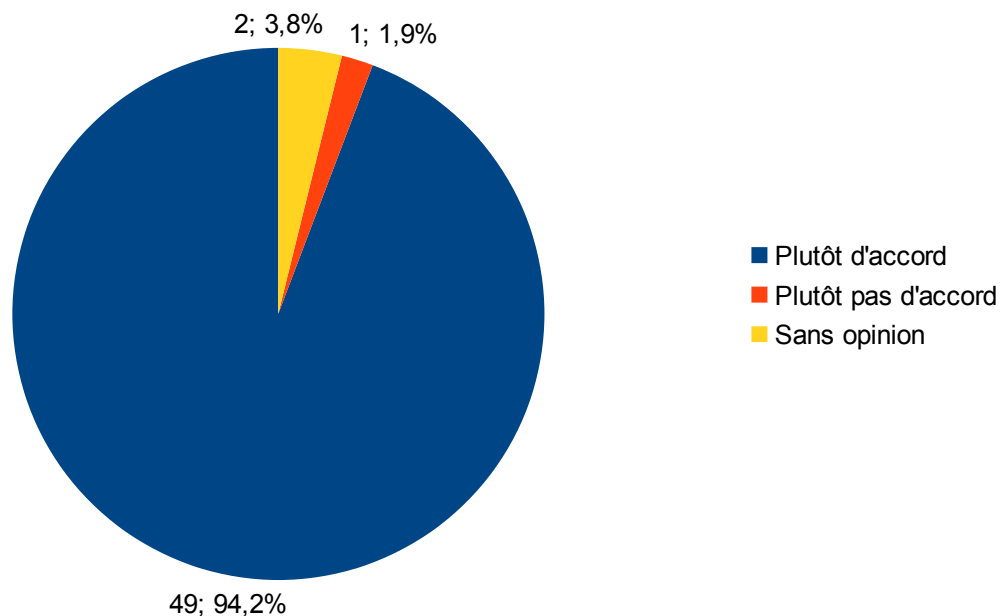
Graphique 10 – Perception du MT comme un médecin de santé publique

Le MT est vu comme un médecin de santé publique par 33 MG (63,5%), 7 MG (13,5%) ne se sont pas prononcés et 12 MG (23,1%) sont en désaccord.



Graphique 11 – Perception du MT comme un médecin indépendant dans ses avis

Le MT est vu comme un médecin indépendant dans ses avis par 24 MG (46,2%), 9 MG (17,3%) ne se sont pas prononcés et 19 MG (36,5%) sont en désaccord.



Graphique 12 – Perception du MT comme un médecin de prévention des risques professionnels

Le MT est vu comme un médecin de prévention des risques professionnels par 49 MG (94,2%), 2 MG (3,8%) ne se sont pas prononcés et 1 MG (1,9%) est en désaccord.

3-3-2 Les facteurs limitant la collaboration entre MG et MT :

Quels sont les facteurs limitant la collaboration entre le médecin généraliste et le médecin du travail	
Aucun élément limitant	5 (9,6%)
Médecin du travail non connu	39 (75%)
Difficulté pratique (disponibilité...)	34 (65,4%)
Méconnaissance du rôle du médecin du travail	17 (32,7%)
Problème déontologique liées au secret médical	11 (21,2%)
Peu d'efficacité de la médecine du travail (absence ou peu de résultats...)	15 (28,8%)
autres	2 (3,%)

Tableau 4 – Facteurs limitant la collaboration

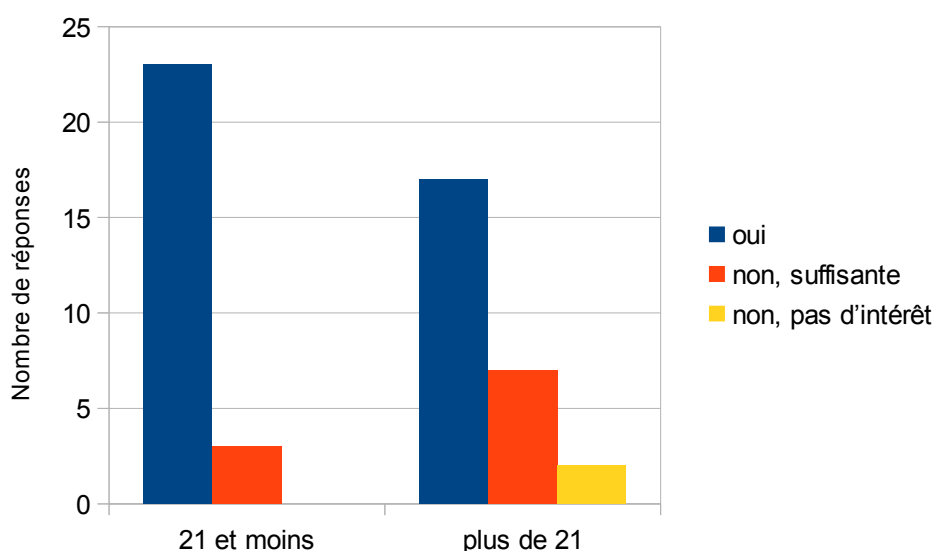
Les facteurs limitant la collaboration entre MG et MT sont, en premier lieu, la non connaissance du MT pour 39 MG (75%), des difficultés pratiques pour 34 MG (65,4%), une

méconnaissance du rôle du MT pour 17 MG (32,7%), un manque d'efficacité de la médecine du travail pour 15 MG (28,8%), des problèmes de déontologie liés au secret médical pour 11 MG (21,2%), un manque de liberté et d'indépendance du MT pour 1 MG (1,9%). Pour 5 MG, aucun élément ne limitait la communication (9,6%).

3-4 Comparaison des résultats en fonction de l'ancienneté

d'installation :

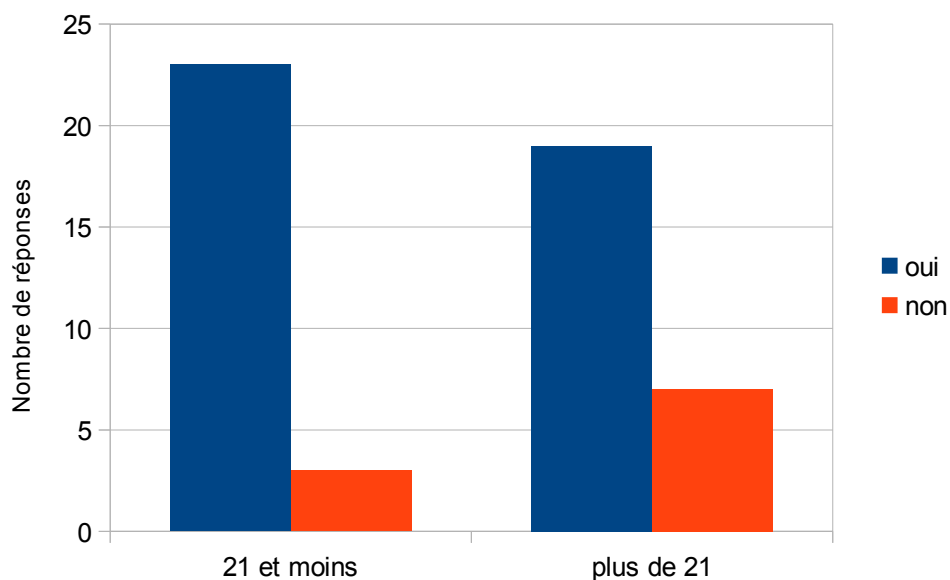
3-4-1 Comparaison des réponses sur la VPR :



Graphique 13 – Comparaison du souhait de collaboration en fonction de l'ancienneté

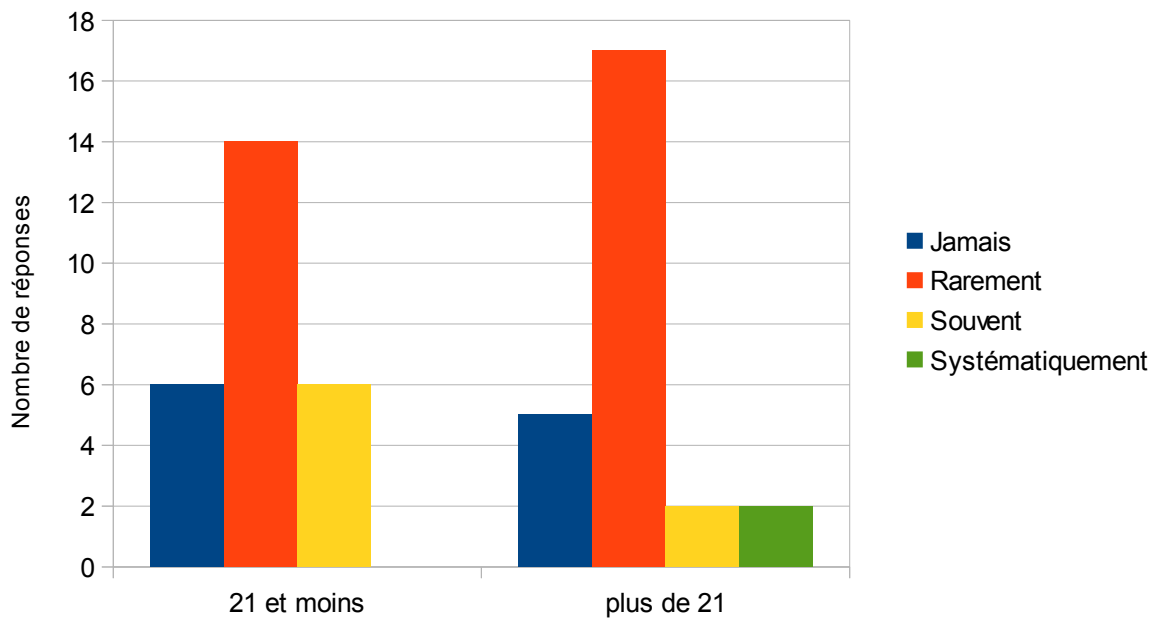
A la question « Souhaitez-vous plus de collaboration avec la médecine du travail ? », sur 26 médecins généralistes installés depuis moins de 21 ans, 23 (88,5%) répondent souhaiter plus de collaboration, 3 (11,5%) répondent non car elle est actuellement suffisante et 0 répondent non car cela ne les intéresse pas. Sur 26 médecins généralistes installés depuis plus de 21 ans,

17 (65,4%) souhaitent plus de collaboration, 7 (26,9%) répondent non car elle est actuellement suffisante et 2 (7,7%) répondent non car cela ne les intéresse pas. Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,12$).



Graphique 14 – Comparaison de la connaissance de la VPR en fonction de l'ancienneté

A la question « Connaissez-vous la visite de préreprise ? », sur 26 médecins généralistes installés depuis moins de 21 ans, 23 (88,5%) répondent connaître la visite de préreprise et 3 (11,5 %) répondent ne pas la connaître. Sur 26 médecins généralistes installés depuis plus de 21 ans, 19 (73,1%) répondent connaître la visite de préreprise et 7 (26,9%) répondent ne pas la connaître. Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,29$).

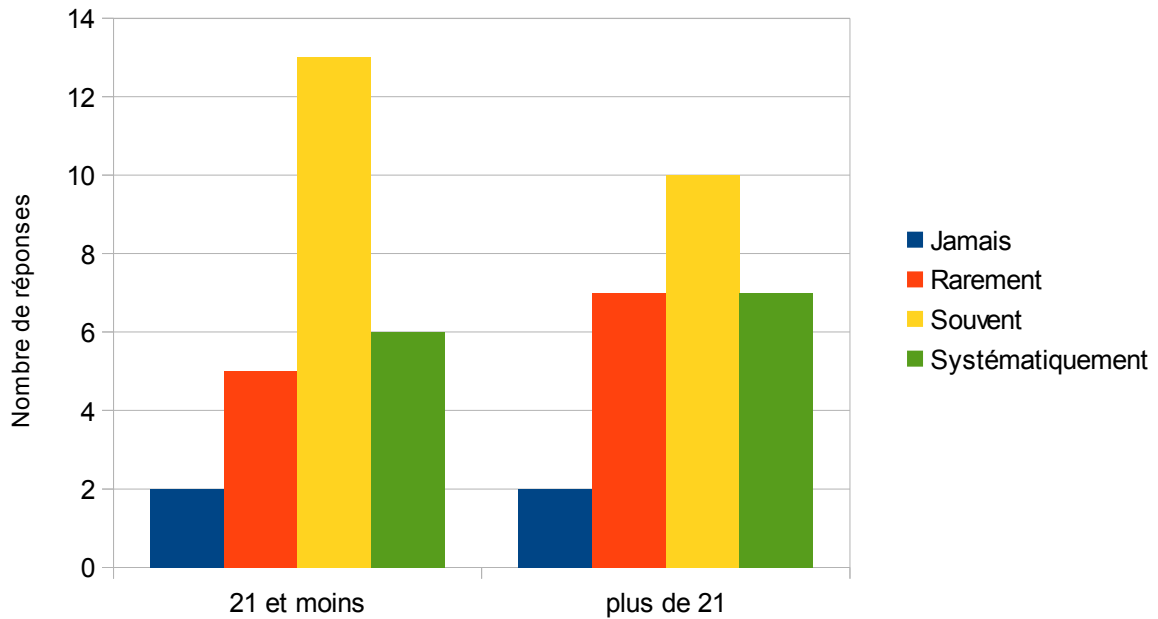


Graphique 15 – Comparaison de la fréquence d'utilisation de la VPR pour permettre une reprise plus rapide en fonction de l'ancienneté

Dans le groupe installé depuis moins de 21 ans, les demandes de VPR pour permettre une reprise plus rapide sont faites systématiquement par 0 MG (0%), souvent par 6 MG (23,1%), rarement par 14 MG (53,8%) et jamais par 6 MG (23,1%).

Dans le groupe installé depuis plus de 21 ans, les demandes de VPR pour permettre une reprise plus rapide sont faites systématiquement par 2 MG (7,7%), souvent par 2 MG (7,7%), rarement par 17 MG (65,4%) et jamais par 5 MG (19,2%).

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,26$).

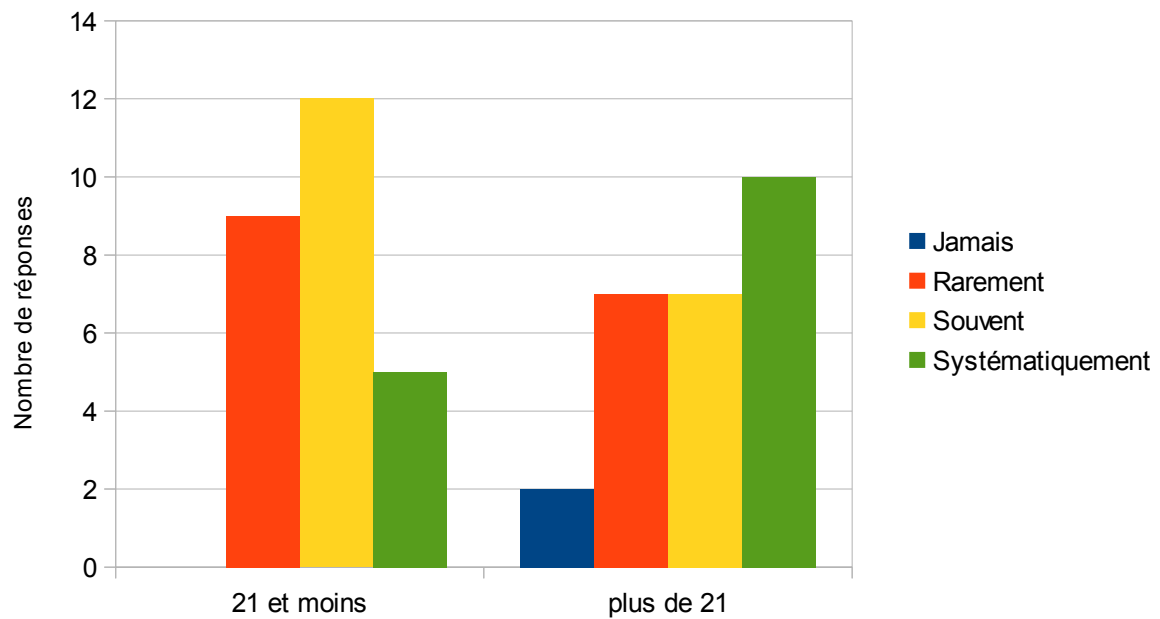


Graphique 16 – Comparaison de la fréquence d'utilisation de la VPR en cas de difficultés prévisibles de reprise en fonction de l'ancienneté

Dans le groupe installé depuis moins de 21 ans, les demandes de VPR en cas de difficultés prévisibles de reprise sont faites systématiquement par 6 MG (23,1%), souvent par 13 MG (50%), rarement par 5 MG (19,2%) et jamais par 2 MG (7,7%).

Dans le groupe installé depuis plus de 21 ans, les demandes de VPR en cas de difficultés prévisibles de reprise sont faites systématiquement par 7 MG (26,9%), souvent par 10 MG (38,5%), rarement par 7 MG (26,9%) et jamais par 2 MG (7,7%).

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,9$).

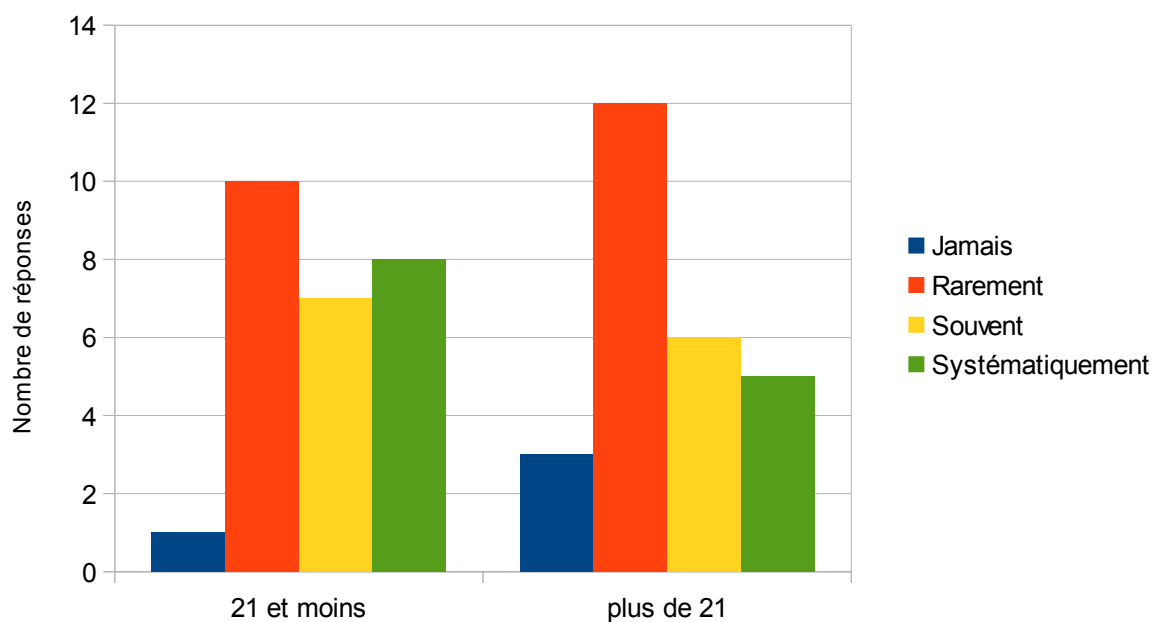


Graphique 17 – Comparaison de la fréquence d'utilisation de la VPR pour anticiper des aménagements de postes en fonction de l'ancienneté

Dans le groupe installé depuis moins de 21 ans, les demandes de VPR pour anticiper des aménagements de postes sont faites systématiquement par 5 MG (12,9%), souvent par 12 MG (46,2%), rarement par 9 MG (34,6%) et jamais par 0 MG (0%).

Dans le groupe installé depuis plus de 21 ans, les demandes de VPR pour anticiper des aménagements de postes sont faites systématiquement par 10 MG (38,5%), souvent par 7 MG (26,9%), rarement par 7 MG (26,9%) et jamais par 2 MG (7,7%).

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,17$).

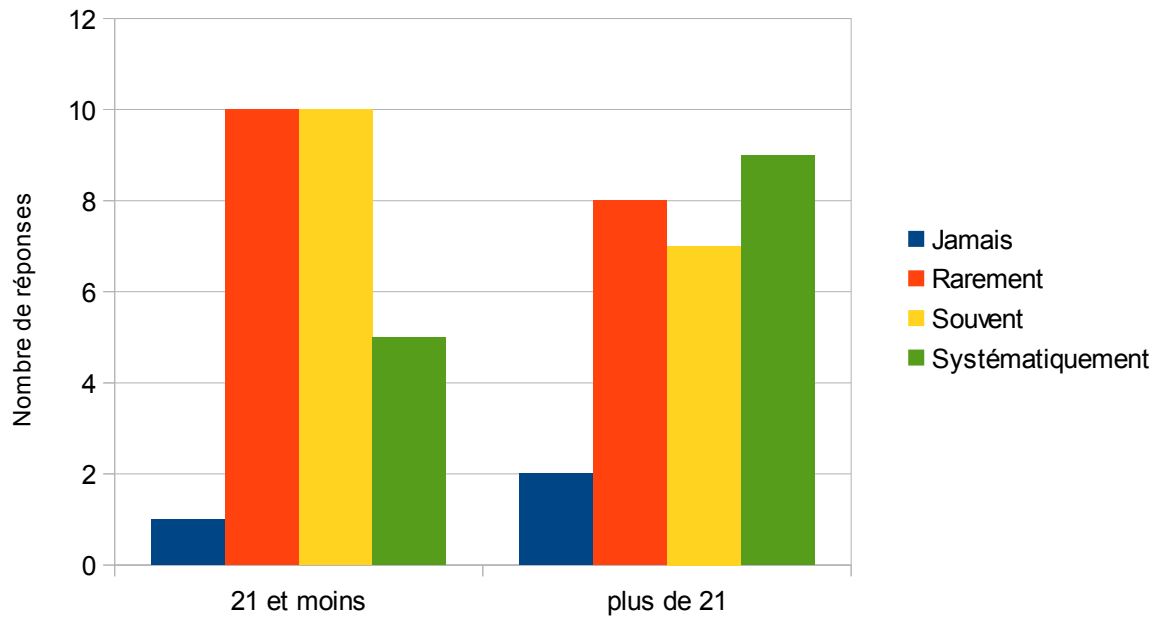


Graphique 18 – Comparaison de la fréquence d'utilisation de la VPR pour mettre en place un mi-temps thérapeutique en fonction de l'ancienneté

Dans le groupe installé depuis moins de 21 ans, les demandes de VPR pour mettre en place un mi-temps thérapeutique sont faites systématiquement par 8 MG (30,8%), souvent par 7 MG (26,9%), rarement par 10 MG (38,5%) et jamais par 1 MG (3,8%).

Dans le groupe installé depuis plus de 21 ans, les demandes de VPR pour mettre en place un mi-temps thérapeutique sont faites systématiquement par 5 MG (19,2%), souvent par 6 MG (23,1%), rarement par 12 MG (46,2%) et jamais par 3 MG (11,5%).

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,58$).



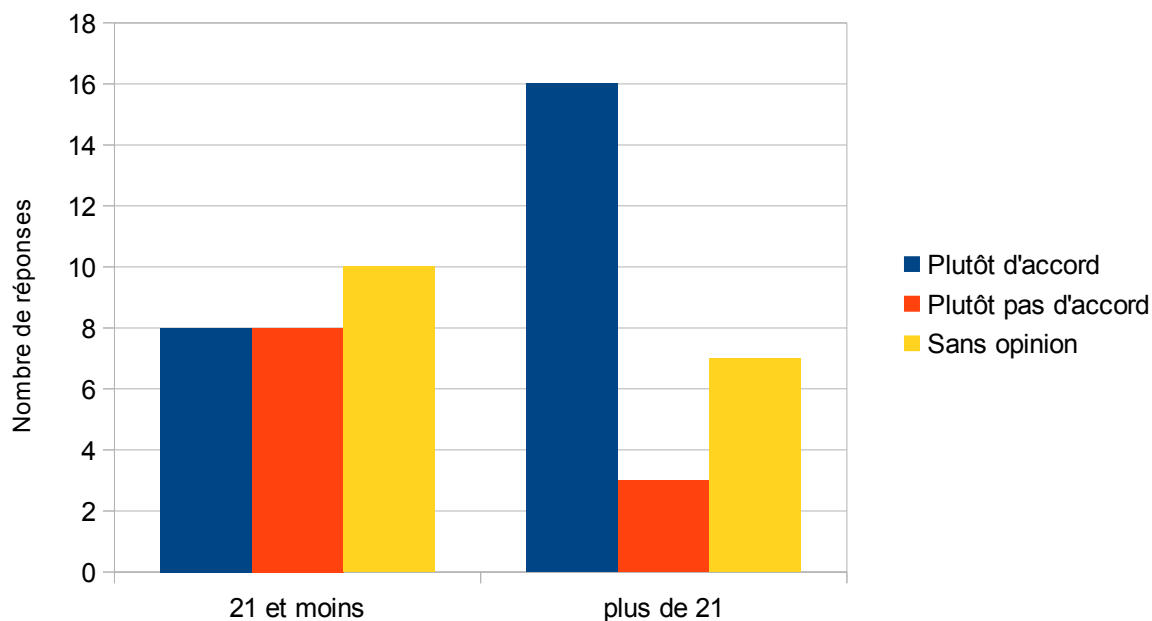
Graphique 19 – Comparaison de la fréquence d'utilisation de la VPR pour anticiper des complications liées à une éventuelle inaptitude en fonction de l'ancienneté

Dans le groupe installé depuis moins de 21 ans, les demandes de VPR pour anticiper des complications liées à une éventuelle inaptitude sont faites systématiquement par 5 MG (19,2%), souvent par 10 MG (38,5%), rarement par 10 MG (38,5%) et jamais par 1 MG (3,8%).

Dans le groupe installé depuis plus de 21 ans, les demandes de VPR pour anticiper des complications liées à une éventuelle inaptitude sont faites systématiquement par 9 MG (34,6%), souvent par 7 MG (26,9%), rarement par 8 MG (30,8%) et jamais par 2 MG (7,7%).

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,56$).

3-4-2 Comparaison des résultats sur l'image du MT :

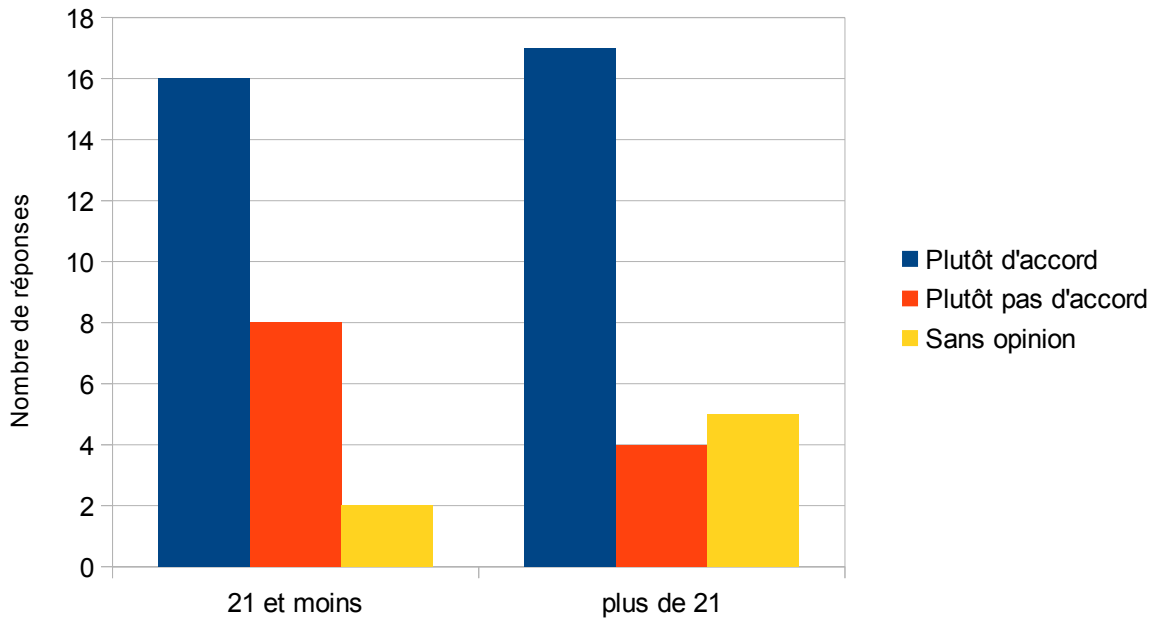


Graphique 20 – Comparaison de la perception du MT comme un médecin de sélection en fonction de l'ancienneté

Dans le groupe installé depuis moins de 21 ans, le MT est vu comme un médecin de sélection par 8 MG (30,8%), 10 MG (38,5%) ne se prononcent pas et 8 MG (30,8%) sont en désaccord.

Dans le groupe installé depuis plus de 21 ans, le MT est vu comme un médecin de sélection par 16 MG (61,5%), 7 MG (26,9%) ne se prononcent pas et 3 MG (11,5%) sont en désaccord.

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,08$).

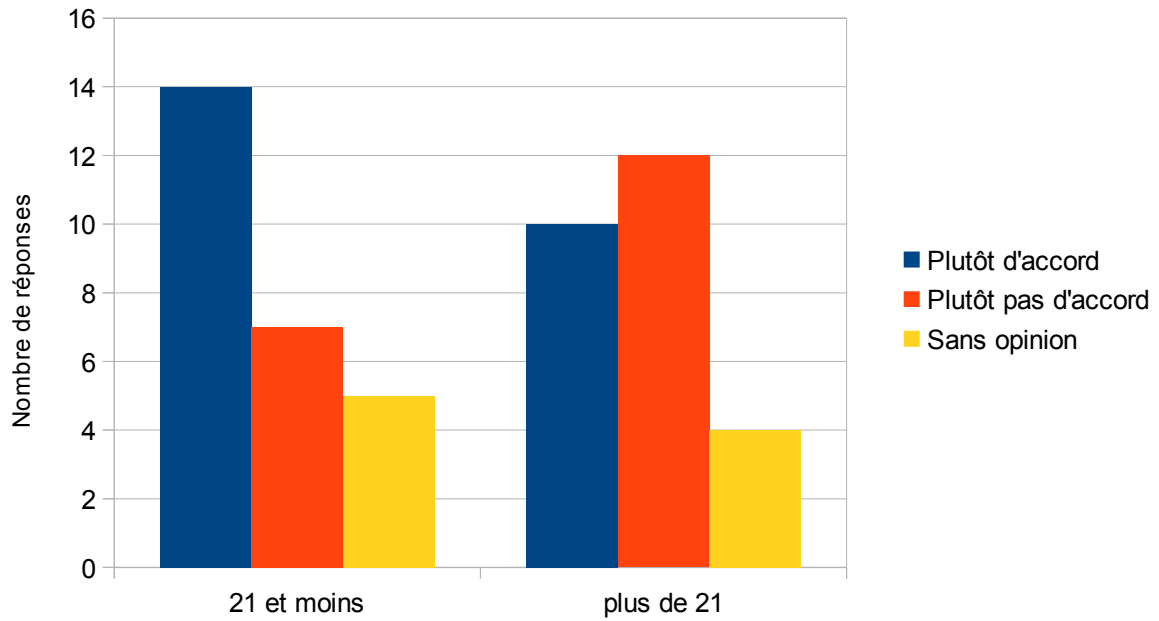


Graphique 21 – Comparaison de la perception du MT comme un médecin de santé publique en fonction de l'ancienneté

Dans le groupe installé depuis moins de 21 ans, le MT est vu comme un médecin de santé publique par 16 MG (61,5%), 2 MG (7,7%) ne se prononcent pas et 8 MG (30,8%) sont en désaccord.

Dans le groupe installé depuis plus de 21 ans, le MT est vu comme un médecin de santé publique par 17 MG (65,4%), 5 MG (19,2%) ne se prononcent pas et 4 MG (15,4%) sont en désaccord.

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,26$).

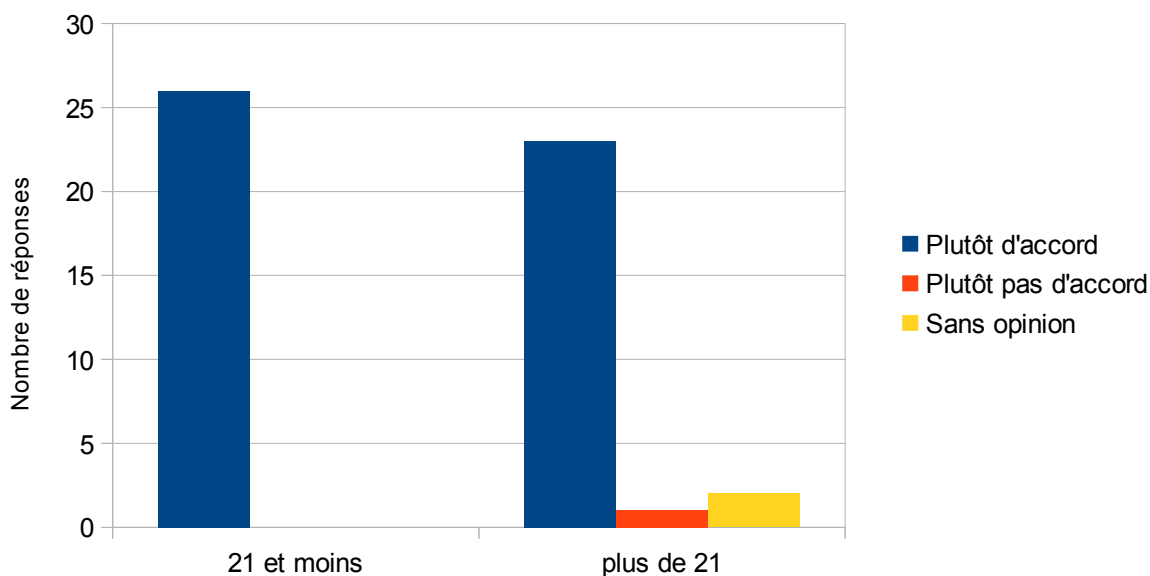


Graphique 22 – Comparaison de la perception du MT comme un médecin indépendant dans ses avis en fonction de l'ancienneté

Dans le groupe installé depuis moins de 21 ans, le MT est vu comme un médecin indépendant dans ses avis par 14 MG (53,8%), 5 MG (19,2%) ne se prononcent pas et 7 MG (26,9%) sont en désaccord.

Dans le groupe installé depuis plus de 21 ans, le MT est vu comme un médecin indépendant dans ses avis par 10 MG (38,5%), 4 MG (15,4%) ne se prononcent pas et 12 MG (46,2%) sont en désaccord.

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,38$).



Graphique 23 – Comparaison de la perception du MT comme un médecin de prévention des risques professionnels en fonction de l'ancienneté

Dans le groupe installé depuis moins de 21 ans, le MT est vu comme un médecin de prévention des risques professionnels par 26 MG (100%), 0 MG (0%) ne se prononcent pas et 0 MG (0%) sont en désaccord.

Dans le groupe installé depuis plus de 21 ans, le MT est vu comme un médecin de prévention des risques professionnels par 23 MG (88,5%), 2 MG (7,7%) ne se prononcent pas et 1 MG (3,8%) est en désaccord.

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,24$).

Facteurs limitant la collaboration	Médecins généralistes installés depuis moins de 21ans	Médecins généralistes installés depuis plus de 21ans
Aucun élément limitant	1 (3,8%)	4 (15,4%)
Médecin du travail non connu	22 (84,6%)	17 (65,4%)
Difficultés pratiques	20 (76,9%)	14 (53,8%)
Méconnaissance du rôle du médecin du travail	11 (42,3%)	6 (23,1%)
Problèmes déontologiques liés au secret médical	6 (23,1%)	5 (19,2%)
Peu d'efficacité de la médecine du travail	7 (26,9%)	8 (30,8%)
Autres facteurs	0 (0%)	2 (7,7%)

Tableau 5 – Facteurs limitant la collaboration en fonction de l'ancienneté

A la question « Quels sont les facteurs limitant la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins du travail ? », sur 26 médecins généralistes installés depuis moins de 21 ans, 1 (3,8%) répond qu'il n'y a aucun facteur limitant la collaboration, 22 (84,6%) répondent la non connaissance du médecin du travail, 20 (76,9%) répondent des difficultés pratiques, 11 (42,3%) répondent la méconnaissance du rôle du médecin du travail, 6 (23,1%) répondent des problèmes déontologiques liés au secret médical, 7 (26,9%) répondent un manque d'efficacité de la médecine du travail et 0 (0%) signalent d'autres facteurs.

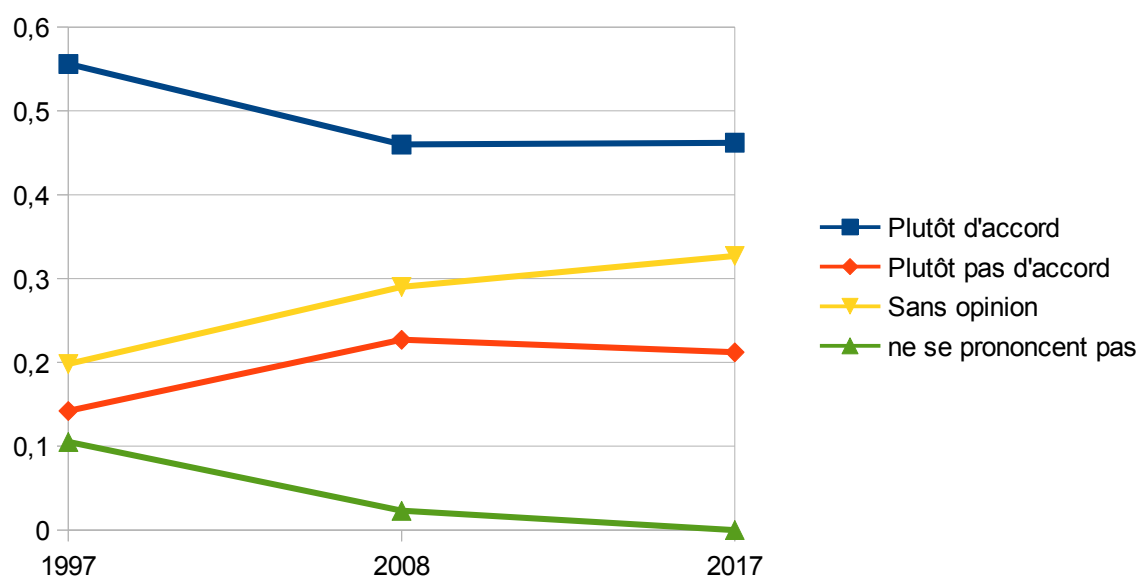
Sur 26 médecins généralistes installés depuis plus de 21 ans, 4 (15,4%) répondent qu'il n'y a aucun facteur limitant la collaboration, 17 (65,4%) répondent la non connaissance du médecin du travail, 14 (53,8%) répondent des difficultés pratiques, 6 (23,1%) répondent la méconnaissance du rôle du médecin du travail, 5 (19,2%) répondent des problèmes déontologiques liés au secret médical, 8 (30,8%) répondent un manque d'efficacité de la

médecine du travail et 2 (7,7%) signalent d'autres facteurs.

Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,46$).

3-5 Comparaison des résultats de trois enquêtes :

L'étude de 1997 portait sur 162 MG (19) et celle de 2008 sur 176 MG (29).

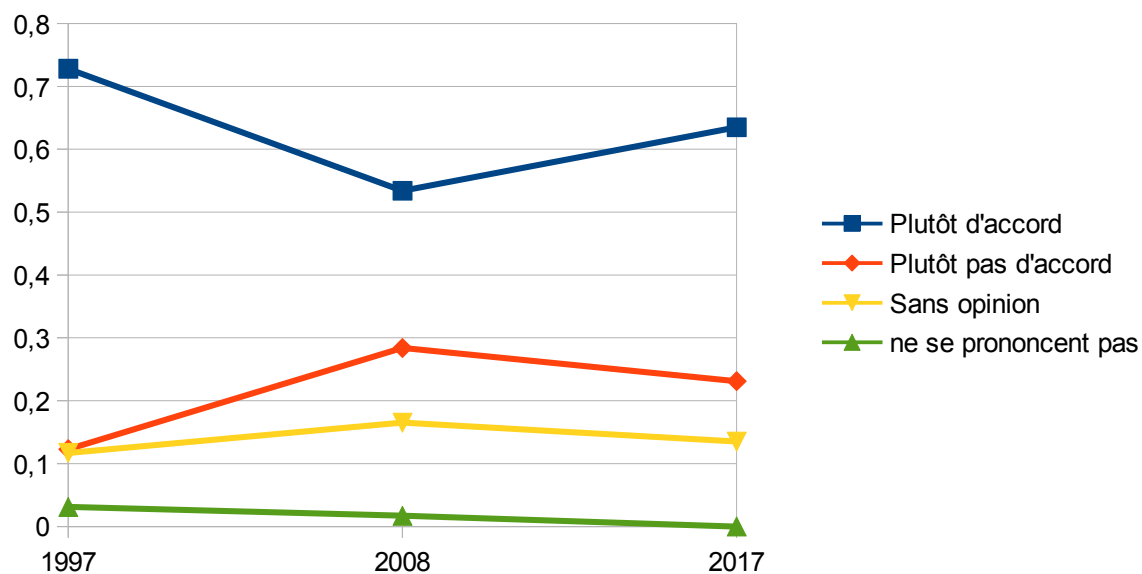


Graphique 24 - Comparaison de la perception du MT comme un médecin de sélection en fonction des enquêtes de 1997, 2008 et 2017

En 1997, le MT était vu comme un médecin de sélection par 55,6% des MG, 14,2% étaient en désaccord, 19,8% n'avaient pas d'opinion et 10,5% ne se prononçaient pas.

En 2008, le MT était vu comme un médecin de sélection par 46% des MG, 22,7% n'étaient pas d'accord, 29% n'avaient pas d'opinion et 2,3% ne se prononçaient pas.

En 2017, le MT est vu comme un médecin de sélection par 46,2% des MG, 21,2% sont en désaccord et 32,9% n'ont pas d'opinion.

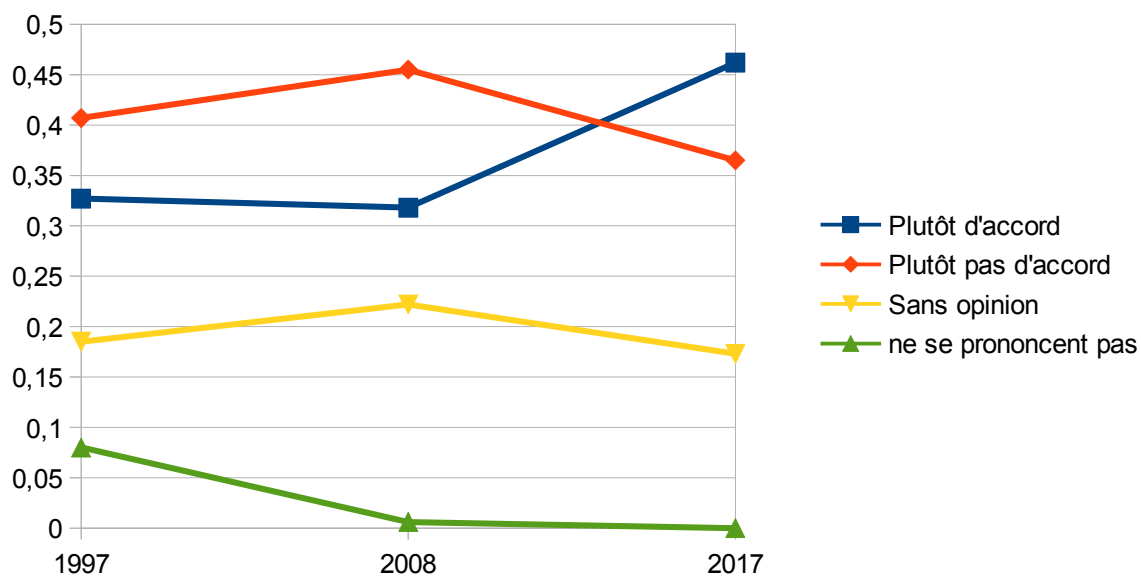


Graphique 25 - Comparaison de la perception du MT comme un médecin de santé publique en fonction des enquêtes de 1997, 2008 et 2017

En 1997, le MT était vu comme un médecin de santé publique par 72,8% des MG, 12,3% étaient en désaccord, 11,7% n'avaient pas d'opinion et 3,1% ne se prononçaient pas.

En 2008, le MT était vu comme un médecin de santé publique par 53,4% des MG, 28,4% n'étaient pas d'accord, 16,5% n'avaient pas d'opinion et 1,7% ne se prononçaient pas.

En 2017, le MT est vu comme un médecin de santé publique par 63,5% des MG, 23,1% sont en désaccord et 13,5% n'ont pas d'opinion.

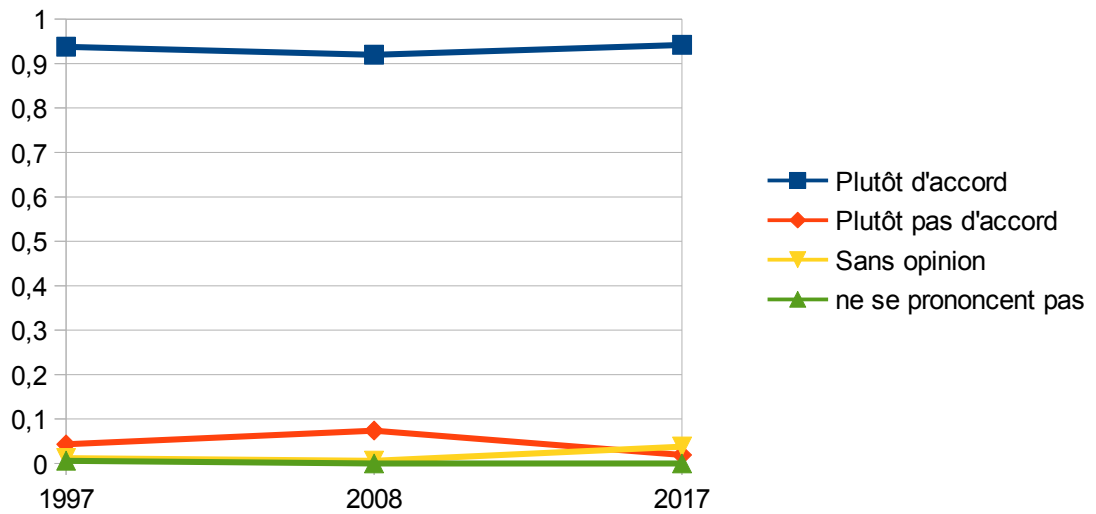


Graphique 26 - Comparaison de la perception du MT comme un médecin indépendant dans ses avis en fonction des enquêtes de 1997, 2008 et 2017

En 1997, le MT était vu comme un médecin indépendant dans ses avis par 32,7% des MG, 40,7% étaient en désaccord, 18,5% n'avaient pas d'opinion et 8% ne se prononçaient pas.

En 2008, le MT était vu comme un médecin indépendant dans ses avis par 31,8% des MG, 45,5% n'étaient pas d'accord, 22,2% n'avaient pas d'opinion et 0,6% ne se prononçaient pas.

En 2017, le MT est vu comme un médecin indépendant dans ses avis par 46,2% des MG, 36,5% sont en désaccord et 17,3% n'ont pas d'opinion.



Graphique 27 - Comparaison de la perception du MT comme un médecin de prévention des risques professionnels en fonction des enquêtes de 1997, 2008 et 2017

En 1997, le MT était vu comme un médecin de prévention des risques professionnels par 93,8% des MG, 4,3% étaient en désaccord, 1,2% n'avaient pas d'opinion et 0,6% ne se prononçaient pas.

En 2008, le MT était vu comme un médecin de prévention des risques professionnels par 92% des MG, 7,4% n'étaient pas d'accord, 0,6% n'avaient pas d'opinion et 0% ne se prononçaient pas.

En 2017, le MT est vu comme un médecin de prévention des risques professionnels par 94,2% des MG, 1,9% sont en désaccord et 3,8% n'ont pas d'opinion.

Facteurs limitant la collaboration	1997	2008	2017
Aucun élément limitant	23 (14,0%)	39 (22,2%)	5 (9,6%)
Médecin du travail non connu	101 (72,7%)	107 (60,8%)	39 (75%)
Difficultés pratiques	65 (46,8%)	99 (56,3%)	34 (65,4%)
Méconnaissance du rôle du médecin du travail	43 (30,9%)	25 (14,2%)	17 (32,7%)
Problèmes déontologiques liés au secret médical	34 (24,5%)	24 (13,6%)	11 (21,1%)
Peu d'efficacité de la médecine du travail	29 (20,9%)	50 (28,4%)	15 (28,8%)
Autres facteurs	17 (12,2%)	13 (7,4%)	2 (3,8%)

Tableau 6 – Facteurs limitant la collaboration en fonction des enquêtes de 1997, 2008 et 2017

A la question « Quels sont les facteurs limitant la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins du travail ? », sur 162 médecins généralistes interrogés en 1997, 23 (14,0%) répondent qu'il n'y a aucun facteur limitant la collaboration, 101 (72,7%) répondent la non connaissance du médecin du travail, 65 (46,8%) répondent des difficultés pratiques, 43 (30,9%) répondent la méconnaissance du rôle du médecin du travail, 34 (24,5%) répondent des problèmes déontologiques liés au secret médical, 29 (20,9%) répondent un manque d'efficacité de la médecine du travail et 17 (12,2%) signalent d'autres facteurs. Sur 176 médecins généralistes interrogés en 2008, 39 (22,2%) répondent qu'il n'y a aucun facteur limitant la collaboration, 107 (60,8%) répondent la non connaissance du médecin du travail, 99 (56,3%) répondent des difficultés pratiques, 25 (14,2%) répondent la méconnaissance du

rôle du médecin du travail, 24 (13,6%) répondent des problèmes déontologiques liés au secret médical, 50 (28,4%) répondent un manque d'efficacité de la médecine du travail et 13 (7,4%) signalent d'autres facteurs. Sur 52 médecins généralistes interrogés en 2017, 5 (9,6%) répondent qu'il n'y a aucun facteurs limitant la collaboration, 39 (75%) répondent la non connaissance du médecin du travail, 34 (65,4%) répondent des difficultés pratiques, 17 (32,7%) répondent la méconnaissance du rôle du médecin du travail, 11 (21,1%) répondent des problèmes déontologiques liés au secret médical, 15 (28,8%) répondent un manque d'efficacité de la médecine du travail et 2 (3,8%) signalent d'autres facteurs.

4 Discussion :

4-1 Les limites et les biais :

4-1-1 Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon qui entraîne un manque de puissance est la principale limite de l'étude. Je pensais au début de cette étude pouvoir obtenir un listing mail de médecins généralistes et faire un envoi groupé du questionnaire. J'ai donc demandé un listing au conseil de l'ordre de Paris, aux syndicats de médecin généralistes et aux associations de médecins généralistes. Pour les deux premiers, j'ai obtenu une réponse téléphonique encourageante et l'indication de faire suivre une demande écrite à laquelle je n'ai jamais eu de réponse. Une réponse négative aurait été préférable que les non-réponses, qui équivaut à une absence de communication. De la part de la SFMG (Société Française de Médecine Générale) j'ai obtenu la réponse suivante « vous comprendrez que nous réservons la diffusion de ces questionnaires aux internes dont nous dirigeons la thèse » avec comme explication « Nos adhérents sont déjà beaucoup sollicités ». Je m'interroge sur l'éthique de cette réponse et sur sa logique puisqu'en contactant les MG par téléphones puis par mail, je les sollicite bien plus que si j'avais fait un envoi sur listing. Mais au moins, ils ont répondu à ma demande écrite.

Dès le début de cette étude, j'ai donc constaté que la communication avec les différents organismes qui régissent la vie médicale était compliquée.

Le taux de réponses est assez bas 52% malgré la brièveté du questionnaire et une méthodologie simple. Certains médecins m'ont dit être sollicités pour répondre à ce genre de questionnaire plusieurs fois par semaine et donc ne répondre que sporadiquement.

4-1-2 La population :

La population de MG de cette étude est recrutée en Île-de-France, alors qu'en 1997 l'étude portait sur des MG de six départements, Loire, Hérault, Gard, Saône-et-Loire, Loire-Atlantique et Yvelines. En 2008, elle portait sur des MG de Loire Atlantique et Vendée. Par rapport aux études précédentes, la population de MG continue de se féminiser ce qui correspond à l'évolution démographique du métier.

4-1-3 Informatisation :

Le fait de réaliser un questionnaire informatisé adressé par mail entraîne un biais de sélection des MG ayant accès à internet. J'ai constaté que de nombreux MG ne sont pas encore informatisés ou non pas d'accès à un mail professionnel.

4-2 La VPR :

Le déclenchement des visites de préreprise est plus souvent du fait du salarié directement que du MG et les visites à l'initiative du salarié sont en forte augmentation. Cela peut s'expliquer par les campagnes d'information notamment celles réalisées par les MT. Les salariés sont de mieux en mieux informés sur leurs droits et ils s'inquiètent, lors d'arrêt long, de leur avenir professionnel. Les VPR à l'initiative des MG ont augmenté de 25% en 4 ans. L'augmentation des RPS ces dernières années est une des causes de contacts plus réguliers entre MG et MT.

4-2-1 Le souhait de collaboration :

Parmi les MG 77% souhaitent plus de collaboration avec la médecine du travail ce qui correspond aux 80% retrouvés lors des enquêtes précédentes. Parmi ceux qui ne souhaitent pas plus de collaboration, la majorité (19,2%) pense qu'elle est satisfaisante et seulement 3,8% pensent qu'elle manque d'intérêt. On observe donc plus de MG satisfaits de la communication avec les MT qu'auparavant, bien que globalement elle nécessite encore d'être améliorée. Pour améliorer la communication et la collaboration entre MG et MT, il est nécessaire d'avoir des objectifs clairement définis en commun avec une connaissance de chacune des parties (1,7,13,28). Ces mêmes problématiques sont rencontrées en Belgique (23) qui déplore le manque d'apprentissage du travail collaboratif lors des études médicales initiales et lors de la formation continue. Au Royaume-Uni, une formation mutuelle entre MG et MT permettrait d'améliorer le maintien dans l'emploi (26). La confiance entre chaque participant est un élément clé de la collaboration (25).

Il est intéressant de noter que ces difficultés de communication entre les MG et les MT se retrouvent dans plusieurs pays :Belgique, Royaume-Uni, Pays-Bas (9) et le Canada.

4-2-2 L'utilisation de la VPR :

La VPR est une visite particulièrement utile en médecine du travail puisqu'elle intervient avant la reprise et permet d'anticiper les aménagements de postes et les difficultés éventuelles, là où la visite de reprise arrive souvent tard (jusqu'à 8 jours après la reprise) et participe à ce sentiment d'inefficacité et de lenteur de la médecine du travail. Pour caricaturer, la personne pourrait avoir rechuté faute d'aménagements avant même la visite de reprise.

L'utilisation de la VPR pour permettre une reprise plus rapide est moins systématique que dans les autres cas. Cela ne semble pas une priorité chez les MG malgré tous les avantages

sociaux et de santé qu'apporte le travail dans de nombreuses pathologies (22). Une étude (18) met en avant l'intérêt de la VPR pour un meilleur maintien dans l'emploi et une meilleure prise en charge thérapeutique dans le cas de TMS (troubles musculo-squelettiques).

En cas de difficultés prévisibles de reprises et d'autant plus si des aménagements de postes sont prévisibles la VPR est utilisée systématiquement par respectivement 25% et 28,8% des MG, souvent par 44,2% et 36,5% des MG. Ce résultat montre que les MG veillent plus à une reprise dans de bonnes conditions en ayant essayé d'anticiper les difficultés et les moyens d'y faire face, qu'à la rapidité de cette dernière. Ce résultat correspond à une utilisation significativement plus élevée pour anticiper les aménagements de postes que pour une reprise plus rapide ($p=0,000006$). Pourtant, anticiper un aménagement de poste permet généralement aussi une reprise plus rapide.

L'avis du médecin du travail pour mettre en place et organiser un mi-temps thérapeutique est également sollicité souvent ou systématiquement par 50% des MG.

Le cas d'une éventuelle inaptitude chez un patient entraîne également le déclenchement fréquent d'une VPR, 26,9% systématiquement et 32,7% souvent. Dans l'ensemble des cas de figure, sauf pour permettre la reprise plus rapide, la VPR est utilisée de façon systématique ou fréquente par 50% des MG ou plus. On peut voir une augmentation de son utilisation dans le temps. En effet, en 2008, 27% des MG disaient ne jamais solliciter de VPR pour un mi-temps thérapeutique et 20,7% ne jamais l'utiliser pour anticiper un aménagement de poste. Dans mon enquête, je trouve un pourcentage de réponses « jamais » respectivement de 7,7% et de 3,8% pour ces questions (résultats significatifs $p=0,002$ et $p=0,004$). Ce résultat est à modérer du fait de l'absence de réponses « rarement » dans le questionnaire de 2008, il ne proposait que trois degrés de réponses : systématiquement, irrégulièrement et jamais.

4-2-3 Impact de la connaissance de la VPR :

Parmi les MG interrogés 19,2% ne connaissaient pas la VPR. Elle correspond pourtant à un moment privilégié de la communication entre MG et MT inscrit dans la loi depuis 1989. Dans ma pratique, beaucoup de MG se trouvent en difficulté face à des arrêts longs, mais ne demandent pas ou tardivement (sur sollicitation du médecin conseil par exemple) une VPR. Certains vont même jusqu'à solliciter une pseudo visite de reprise pour permettre un contact avec le MT tant la croyance que le MT ne peut pas être consulté en cours d'arrêt de travail reste forte. On constate qu'il persiste un manque de connaissances de la médecine du travail qui nuit à la bonne communication. En effet, 32,7% des MG avancent ce manque de connaissances comme élément limitant de la collaboration.

On peut voir que les MG qui ont répondu ne pas connaître la VPR l'utilisent significativement moins dans tous les cas évoqués (voir tableau 3) sauf celui de permettre une reprise plus rapide. Comme nous l'avons déjà vu, il s'agit d'un cas qui déclenche globalement moins de VPR.

4-3 Image du MT:

4-3-1 Médecin de sélection :

L'image du médecin du travail comme médecin de sélection est encore présente mais tend à diminuer avec le temps. J'ai eu plusieurs commentaires libres de la part des jeunes praticiens pour me dire leur incompréhension concernant cette notion de sélection. C'est une des explications du fort taux de sans opinion à cette question, en particulier chez les plus récemment installés. Les résultats ne sont pas significatifs, probablement par manque de puissance ($p=0,08$) mais on peut observer cette tendance à la fois dans la comparaison par

ancienneté et dans le temps par rapport aux études 1997 et 2008. On peut donc espérer que ce cliché disparaisse dans les générations futures.

4-3-2 Médecin de santé publique :

Le médecin du travail est vu comme un médecin de santé publique par une majorité de MG, cet avis semble stable dans le temps et ne pas changer en fonction de l'ancienneté.

4-3-3 La question de l'indépendance :

La question de l'indépendance du MT persiste, 36,5% ne le pensent pas indépendant et 17,3% ne se prononcent pas. On n'observe pas d'impact de l'ancienneté. Cependant, lorsqu'on regarde la courbe qui compare les résultats de cette question avec 1997 et 2008 on voit qu'il y a une inversion entre les courbes des pas d'accord qui jusque là étaient plus nombreux et des d'accord avec l'indépendance qui sont plus nombreux aujourd'hui. On peut donc espérer que cette image est en train d'évoluer favorablement. Cette inversion n'est pas significative mais cela peut être dû à un manque de puissance. Il faut continuer de lutter contre cette image de dépendance du MT envers l'employeur, d'autant plus que la nouvelle législation a renforcé les pouvoirs du MT notamment pour la décision d'inaptitude. Cette indépendance lui permet d'accomplir sa mission pleinement ce qui est bénéfique pour le salarié et pour l'employeur. Si elle devait être remise en cause, le MT ne pourrait pas travailler de façon déontologique ou efficiente. Le MT est un salarié protégé pour lui permettre d'accomplir au mieux sa mission. Dans les commentaires libres, certains font la remarque que pour les services autonomes, notamment des très grandes entreprises, le lien entre le MT et l'employeur semble plus étroit surtout du fait du salaire versé par ce dernier.

Cette question de l'indépendance se retrouve dans d'autres pays européens comme les Pays-Bas, il est important de dépasser cette image et d'avancer (9).

4-3-4 Médecin de prévention des risques professionnels :

Le MT est heureusement perçu par la grande majorité des MG (94,2%) comme un médecin de prévention des risques professionnels.

4-4 La communication entre le MG et le MT :

4-4-1 Les facteurs limitant la collaboration :

Le principal facteur limitant la collaboration est, encore et toujours (c'était déjà le cas en 1997 et 2008), le fait de ne pas connaître le MT en France et au Royaume-Uni (17). Il existe pourtant aujourd'hui de nombreuses solutions technologiques de communication qui devraient permettre de pallier ce problème. Mais, dans le monde médical, il semble persister une méfiance envers ces technologies ce qui limite leur développement. Celle-ci est notamment liée aux problématiques de secret médical, du caractère sensible des informations à transmettre et de la nécessité du consentement du patient (11). Le consentement ne devrait pas être une limite si la communication d'informations permet une meilleure prise en charge.

Le deuxième facteur, en lien avec le premier, est les difficultés pratiques du fait par exemple d'horaires de travail différents, du manque de temps et de la difficulté à avoir les coordonnées du MT surtout s'il est non connu. Aujourd'hui, les MG sont au centre du système de soin et sont sur-sollicités. Dès lors, on imagine bien que le temps consacré à la recherche des coordonnées d'un MT est limité.

Vient ensuite la méconnaissance du rôle du MT. Cette dernière est encore un sujet assez

annexe des études médicales. En effet, il existe pendant la formation médicale peu de cours, peu d'items à l'ECN (Épreuves Classantes Nationales) et très peu de places de stages d'externat (uniquement en pathologie professionnelle) en service de santé au Travail. Mais les choses progressent, des universités parisiennes sont en train d'instaurer un passage obligatoire en service de santé au Travail ce qui permettra sans doute d'améliorer les clichés sur la médecine du travail.

La médecine du travail manque d'efficacité pour 28,8% des MG interrogés. La problématique de l'efficacité de la médecine du Travail se retrouve aussi en Angleterre (27). Il faut rappeler que le MT est avant tout un médecin qui conseille l'entreprise dans la prévention des risques. Il n'est pas maître dans l'application de ses conseils. Son rôle est de convaincre de l'utilité de la prévention, à la fois pour l'entreprise (avec des gains en terme d'arrêt et d'accident du travail, d'absentéisme...) et pour le salarié. De plus, la prévention donne souvent des résultats à moyen ou long terme qui sont donc plus difficilement perceptibles qu'une chirurgie orthopédique par exemple.

Les problèmes de collaboration liés à la déontologie autour du secret médical sont toujours présents. Pourtant le MG et le MT travaillent dans l'intérêt du patient/salarié. Cette idée de double secret médical a été renforcée par la loi du 13 août 2014 qui interdit l'accès au dossier médical personnel du salarié au MT. Elle entretient également le doute sur l'indépendance alors que l'article 4 du code de déontologie sur le secret médical est très clair et s'applique bien à tous les médecins.

4-4-2 Des pistes d'amélioration :

Une des principales difficultés est celle de la connaissance des coordonnées du MT, le MG n'a pas le temps de le rechercher et le salarié ne le connaît souvent pas. Dans les précédentes enquêtes de 1997 et 2008, une fiche de liaison avait été évoquée mais sans succès. Une

solution pourrait, par exemple, être de créer un serveur réservé aux médecins sur lequel serait répertorié le MT de chaque entreprise. Il existerait certes des difficultés de mise à jour particulièrement pour les petites entreprises mais dans la majorité des cas cela pourrait aider les MG à prendre contact facilement avec leurs correspondants MT. En Belgique, une étude a montré qu'améliorer la communication entre MG, MT et médecin conseil entraînait un meilleur maintien dans l'emploi de personnes en situations de handicaps (8).

Il faut encourager les initiatives qui visent à intégrer la santé au travail dans le cursus des études médicales. On pourrait proposer des stages, aux étudiants en début de formation, dans des services de santé au travail pour apprendre, par exemple, l'examen clinique de base, les enjeux de la santé au travail et faire reculer les clichés qui sont historiquement liés à cette spécialité.

Il est important de créer un climat de confiance et de connaissance mutuelle entre le MG qui centralise le parcours curatif du patient et le MT qui accompagne la reprise des salariés. Pour cela, il faudrait créer un espace de rencontre entre les deux parties pour pouvoir échanger sur leurs pratiques et difficultés mutuelles ainsi que pour créer des buts en communs qui permettraient une meilleure prise en charge globale et un meilleur maintien dans l'emploi.

Conclusion :

Les liens entre les MT et les MG semblent plus fréquents même s'il persiste des difficultés qui freinent la collaboration. Les premiers blocages restent matériels, le temps des MG est de plus en plus restreint et les coordonnées du MT sont souvent inconnues du MG et du salarié. Dans un monde où les technologies de la communication sont en pleine explosion, on doit pouvoir trouver des solutions innovantes à ce problème.

L'image du médecin du travail influe encore souvent négativement mais elle est en train de changer. Il faut continuer d'accompagner cette évolution. On peut le faire en approfondissant la connaissance de la médecine du travail et en mettant en avant les intérêts communs entre les MG et les MT.

La VPR est un outil central de cette collaboration et du maintien dans l'emploi dont l'utilisation devrait continuer de se développer. Elle crée un pont, un espace commun, qui intègre la médecine du travail dans de la prise en charge de soin des salariés. Il faut investir ce moment avec la participation active du salarié pour créer une cohésion, des buts communs qui permettront un meilleur travail d'équipe et une meilleure prise en charge globale.

Bibliographie :

1. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* [Internet]. déc 2008 [cité 4 déc 2016];8(1). Disponible sur: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>
2. Code du travail - Article L4622-3. Code du travail.
3. Code du travail - Article R4624-29. Code du travail.
4. Code du travail - Article R4624-30. Code du travail.
5. Code du travail - Article R4624-31. Code du travail.
6. De Bono AM. Communication between an occupational physician and other medical practitioners—an audit. *Occupational medicine*. 1997;47(6):349–356.
7. Cashman SB, Reidy P, Cody K, Lemay CA. Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*. mai 2004;18(2):183-96.
8. Mortelmans K, Donceel P, Lahaye D. Disability management through positive intervention in stakeholders' information asymmetry. A pilot study. *Occup Med (Lond)*. 1 mars 2006;56(2):129-36.
9. Buijs P, van Amstel R, van Dijk F. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occupational and Environmental Medicine*. 1999;56(10):709–713.
10. Parker G. General practitioners and occupational health services. *Br J Gen Pract*. 1996;46(406):303–305.
11. Kierkegaard P, Kaushal RR, Vest J. How could health information exchange better meet the needs of care practitioners?: *Applied Clinical Informatics*. 15 oct 2014;5(4):861-77.
12. Anema JR, Van Der Giezen AM, Buijs PC, Van Mechelen W. Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3–4 months. *Occupational and Environmental Medicine*. 2002;59(11):729–733.
13. Schofield RF, Amodeo M. Interdisciplinary Teams in Health Care and Human Services Settings: Are They Effective? *Health & Social Work*. août 1999;24(3):210-20.
14. Waddell G, Burton AK, Great Britain, Department for Work and Pensions. *Is work good for your health and well-being?* London: TSO; 2006.
15. Ménard C, Demortière G, Durand E, Le Luong T, Pimbert S, Bled J-J, et al. Médecins du

travail, médecins généralistes regards croisés: prise en compte des pratiques addictives par les médecins du travail, approche des problématiques de santé au travail chez les médecins généralistes, relations entre médecins du travail et médecins généralistes. Saint-Denis: INPES; 2012.

16. Aira M, Mantyselka P, Vehvilainen A, Kumpusalo E. Occupational isolation among general practitioners in Finland. *Occupational Medicine*. 1 sept 2010;60(6):430-5.
17. Stern AF, Madan I. Optimal communication from occupational physicians to GPs: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*. 1 déc 2012;62(605):833-9.
18. Fouquet B, Roquelaure Y, Descatha A, Petit A. Pathologies professionnelles musculo-squelettiques: priorité à la prévention et à la coordination des prises en charge. *Rev Prat*. 18 mars 2014;64(3):350-7.
19. Laurent P, Bernadac G, Carraut H, Raoux C, Ruiz JF, Vallier F. Photographie des pratiques relationnelles entre les médecins généralistes et les médecins du travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 1999;60(2):124-31.
20. Sawney P. Poor communication between health professionals is a barrier to rehabilitation. *Occupational Medicine*. 1 juin 2003;53(4):246-8.
21. Faber E, Burdorf A, van Staa AL, Miedema HS, Verhaar JA. Qualitative evaluation of a form for standardized information exchange between orthopedic surgeons and occupational physicians. *BMC Health Services Research* [Internet]. déc 2006 [cité 4 déc 2016];6(1). Disponible sur: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-144>
22. Beaumont D. Rehabilitation and retention in the workplace--the interaction between general practitioners and occupational health professionals: a consensus statement. *Occupational Medicine*. 1 juin 2003;53(4):254-5.
23. Vanmeerbeek M, Govers P, Schippers N, Rieppi S, Mortelmans K, Mairiaux P. Searching for consensus among physicians involved in the management of sick-listed workers in the Belgian health care sector: a qualitative study among practitioners and stakeholders. *BMC Public Health* [Internet]. déc 2016 [cité 1 déc 2016];16(1). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/16/164>
24. Black CM. Summary of evidence submitted: Dame Carol Black's review of the health of Britain's working age population. England: Health, Work, and Well-being Programme; 2008. 54 p.
25. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu M-D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*. 2 mai 2005;19:132-47.
26. Beaumont DG. The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. *Occupational Medicine*. 1 juin 2003;53(4):249-53.
27. Beaumont D, Quinlan R. Vocational rehabilitation, case management and occupational health. *Occupational Medicine*. 2002;52(6):293-295.

28. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. janv 2008;45(1):140-53.
29. Doussin F. 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. Sous la direction du Professeur Senand. Thèse de Médecine Générale. Université de Nantes;2009,88 p.

Annexes :

1 Support :

1-1 Le mail :

Mail envoyé au participant :

Objet : Thèse sur la communication entre les médecins généralistes et les médecins du travail

Bonjour,

Je suis interne en dernière année de DES de médecine du travail. Je réalise ma thèse de médecine sur la communication entre les médecins généralistes et les médecins du travail.

Dans ce cadre, je me permets de vous envoyer un lien vers un questionnaire en ligne anonyme et rapide à remplir.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSewknkNZWyqEKNodpZaiDvmCOqldR0ETv4U-Pqg1nDgIK_48A/viewform#responses

Un grand merci d'avance pour votre participation, cordialement,

Philip Gislain

Interne des hôpitaux de Paris

1-2 Le questionnaire :

Communication entre les médecins généralistes et les médecins du travail autour de la visite de préreprise

Dans le cadre de ma thèse de DES de médecine du travail, j'ai choisi d'étudier la communication entre le médecin généraliste et le médecin du travail autour de la visite de préreprise.

Je vous remercie d'avance de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire anonyme.

1. Vous êtes ? :

- Un homme
- Une femme

2. Vous êtes installé depuis (en année) :

3. Vous souhaitez plus de collaboration avec la médecine du Travail :

- Non, parce qu'elle est suffisante
- Oui
- Non, parce qu'elle ne m'intéresse pas

4. Vous connaissez la visite de préreprise :

- Oui
- Non

Lors d'un arrêt d'un(e) patient(e), je l'adresse en visite de préreprise :

5. Pour permettre une reprise plus rapide :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement

- Jamais

6. En cas de difficultés prévisibles de reprise :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

7. Pour anticiper des aménagements de postes :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

8. Pour mettre en place un mi-temps thérapeutique :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

9. Pour anticiper des complications liées à une éventuelle inaptitude :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Selon vous, le médecin du travail est :

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

- Plutôt d'accord

- Plutôt pas d'accord
- Sans opinion

11. Un médecin de santé publique :

- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Sans opinion

12. Un médecin indépendant dans ses avis :

- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Sans opinion

13. Un médecin de prévention des risques professionnels :

- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Sans opinion

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

- Aucun élément
- Médecin du travail non connu
- Difficultés pratiques (disponibilités...)
- Méconnaissances du rôle du Médecin du travail
- Problèmes déontologiques liés au secret médical
- Peu d'efficacité de la médecine du travail (absence ou peu de résultats...)
- Autres :

15. Avez-vous des remarques ?

Communication entre les médecins généralistes et les médecins du travail autour de la visite de préreprise

Résumé :

La communication entre la médecine de soin et la médecine du travail est essentielle à la bonne prise en charge des patients. La visite de préreprise (VPR) est à l'interface de ces deux mondes, c'est un outil au service du maintien dans l'emploi. L'objectif de ce travail est d'analyser la communication entre les médecins Généralistes (MG) et les médecins du Travail (MT) autour de cette visite. Les objectifs secondaires visent à analyser l'évolution de l'image du médecin du Travail ainsi que les facteurs limitants la collaborations entre MG et MT. Une enquête a été menée sur 52 MG de la région d'Île-de-France, à l'aide d'un questionnaire informatisé. Les MG affirmaient pour 80,8% connaître la VPR et cette connaissance a un effet significatif sur leur utilisation de cette visite. Il plane toujours un doute sur l'indépendance du MT et il est encore vu comme un médecin de sélection mais cette idée semble diminuer chez les nouvelles générations. Les principaux facteurs limitants la collaboration sont avant tout des difficultés pratiques et la non connaissance du médecin du travail. La méconnaissance du rôle du médecin du travail et le supposé manque d'efficacité de celui-ci viennent ensuite. Une meilleure collaboration entre le MG et le MT améliore la prise en charge des patients et leur maintien dans l'emploi. Il est donc nécessaire de trouver des solutions pour faciliter le contact des MT par les MG. Par exemple en créant une base de référence de MT par entreprise qui serait accessible au MG et un approfondissement des connaissances de la médecine du travail.

Mots clé : Médecin Généraliste, médecin du Travail, collaboration, communication, visite de préreprise

Abstract :

Communication between general practitioner (GP) and occupational physician (OP) is essential for optimal care of employees. The prereinstatement visit (PRV) is an interface between these two medicines, it is a tool for job retention. The aim of this study was to analyze the communication between GP and OP around this visit. Secondary purposes were to analyze the perception of OP by GP and the limiting factors in their collaboration. A survey was conducted on 52 GP in the Ile-de-France region using a computerized questionnaire. The GP claimed for 80,8% to know the PRV and this knowledge had a significant effect on their use of this visit. There is still a doubt hanging over the independence of the OP. OP is still viewed as a selection physician, even if this idea seems to diminish with new generations. The main limiting factors of the collaboration between GP and OP are practical difficulties (lack of contact details of OP) and the ignorance of the OP function. Another limiting factor is the assumed lack of effectiveness of occupational health. A better collaboration between GP and OP would improve employees care and job retention. We therefore need to find ways to facilitate communications between GP and OP. For instance by establishing a directory with contact information of the OP per workplace and by deepening knowledge of occupational health.

Key words : general practitioner, occupational physician, communication, collaboration, prereinstatement visit

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**