

# UNE COLLABORATION SELF/SOCIETE DE MEDECINE DU TRAVAIL ?

---

PAR PATRICK BROCHARD

**Patrick BROCHARD**  
**Professeur de médecine du travail**  
**Université Bordeaux 2**

Alain m'a demandé comment on pourrait concrétiser les différentes collaborations et notamment à travers les différentes sociétés que nous représentons. La société française de médecine du travail organise de plus en plus des journées communes thématiques avec d'autres sociétés pour faire le point sur un domaine.

Par exemple l'amiante avec la « société de pneumologie de langue française » et la « société d'imagerie thoracique ». La prochaine réunion portera sur les lombalgies et elle se fait entre la société française de médecine du travail et la « société de rhumatologie ». Il nous a paru tout à fait possible d'organiser une réflexion entre la SELF et la SFMT sur le problème pas simple de la pluridisciplinarité.

Là on est dans une réunion où il n'y a que des ergonomes et quand on est dans une réunion où il n'y a que des médecins du travail, ce n'est pas le même son de cloche donc il y a du boulot. Pour animer les choses, je présenterai le contexte, les problèmes qu'on rencontre et les propositions qu'on peut faire concrètes sur un calendrier proche.

Je vais passer sur des notions abordées ce matin donc je n'insisterai pas trop.

- Vous savez quel est le contexte pour nous : **on a une activité en médecine du travail très encadrée par des textes réglementaires** (Code du Travail) et la manœuvre n'est pas facile et souvent en contradiction avec la déontologie médicale. Apparaissent deux choses : l'immensité des tâches qui apparaissent en médecine du travail, couvrant tout le champ de la santé au travail. Vous comprenez les difficultés de certains médecins pour se situer par rapport à ces textes.

- Deuxièmement, **la loi précise que le médecin du travail a l'obligation d'assurer toutes ses fonctions**. C'est une donnée rappelée régulièrement aux médecins du travail et cela ne va pas vraiment dans les sens d'un partage d'idées, de compétences. Cela peut entraîner des freins dans la discussion sur ce sujet. Deuxième discussion : **l'aspect éthique et déontologique**, qui est souvent en contradiction totale avec le contexte réglementaire du Code du Travail. Cette simple notion de mettre tous les moyens en jeu veut dire que s'il y a un partage des compétences plus performant que l'exercice personnel de cette activité, c'est le choix qu'il faut faire.

La déontologie médicale peut être interprétée comme ceci sous réserve du respect des déontologies des divers intervenants qui ne sont pas toujours les mêmes.

- Troisième éléments du contexte : **l'historique**. Il y a eu le décret de 1988 qui est très important et qui ouvrait la possibilité à des expérimentations. A partir du moment où le médecin voulait faire évoluer les pratiques, il y avait cette possibilité réglementaire.

Quand on fait le bilan des actions identifiées dans le cadre de l'article de ce décret, il y eut un nombre ridicule d'expérimentations effectives. Le problème majeur était celui de la nécessité majeure de faire ces expérimentations à l'intérieur des entreprises ayant un CHSCT donc peut être pas les entreprises posant le plus de problèmes en pratique. Et puis enfin le protocole

d'accord des partenaires sociaux et le dernier en date, c'est le projet de loi de 2001 (enfin, il n'est pas encore voté puisqu'il doit y avoir quelques navettes) qui introduit des changements : d'intitulé des services qui ne seront plus des services de médecine de travail mais de santé au travail et deuxièmement le mot pluridisciplinarité qui est inscrit sans qu'il y ait derrière ce mot tout ce que l'on peut espérer.

- Le quatrième contexte est le **contexte démographique** : le numerus clausus est resté stable pendant des années aux alentours de 4 700 et là dans les années qui viennent, il y a une petite amorce de reprise : on aurait un déficit de médecins généralistes dans les années qui viennent puisqu'il faut un certain nombre d'années pour former les médecins, le déficit va apparaître en 2010 donc c'est maintenant que le numerus clausus doit être adapté. Mais le problème concerne exclusivement la médecine générale et non la médecine du travail. Si on considère que tous les actifs ont droit à une protection quand ils travaillent, donc si on étend la médecine du travail à tous les actifs (26 millions de personnes au dernier recensement de 1999, ça fait 11 000 médecins du travail à former, à trouver).

Actuellement, il y a à peu près 6 000 médecins du travail. Il est hors de question de trouver 5000 médecins qui vont aller en médecine du travail. Le dernier problème qui va nous préoccuper, c'est le profil d'âge des médecins ; 50 % des médecins devront être renouvelés en 2015. Sur un plan comptable, on est incapable de fournir la demande. Il n'y aura jamais cet effectif, c'est impossible.

Toutes les réformes basées sur le maintien du tout médecin pour le responsable de la démographie médicale, c'est une aberration parce que c'est impossible à tenir.

Les problèmes relevés sur la **pluridisciplinarité** : dans le texte de partenaires sociaux, on parle de pluridisciplinarité externe et de pluridisciplinarité interne.

Pour moi, l'externe, c'est ce qui existe depuis toujours, mais c'est pas la révolution. On a dit que les services préventions vont doubler leur effectif grâce à cette réforme et qu'ils seraient plus présents mais de toute façon il faudrait pas seulement doubler mais multiplier par un chiffre impossible à tenir.

L'autre aspect plus intéressant à mon avis, c'est la pluridisciplinarité interne qui est très riche dans ces possibilités de prendre en compte le contexte démographique, etc. Cette pluridisciplinarité interne, c'est le concept d'une équipe multi-professionnelle et c'est aussi le concept de réseau intra, inter-service. En ce qui concerne la pluridisciplinarité interne, on se heurte à une difficulté presque conceptuelle de la part des médecins qui ne sont pas formés pour travailler en équipe.

En dehors de l'hôpital où on a développé cette notion de travail en équipe, l'essentiel de l'activité médicale est quand même une activité solitaire. La seule chose que les médecins arrivent à gérer, c'est la collaboration avec des compétences complémentaires. Entre l'infirmière, la secrétaire et le médecin, ce lien de subordination est prévalent dans l'esprit de beaucoup de gens même si dans la réalité, c'est tout à fait différent. D'autres collaborations s'effectuent sans lien de subordination, ne serait-ce que par exemple dans les structures hospitalières où le partage de compétences entre plusieurs spécialités médicales qui vont contribuer à analyser un problème médical. Ca existe donc il n'y a pas de raisons que l'on ne puisse faire de même ailleurs que dans le secteur hospitalier.

Le problème que les médecins du travail ont le plus de mal à gérer, c'est la partie de la pluridisciplinarité dans la partie élaboration de la connaissance et organisation des actions sur le milieu du travail. Là il y a un problème à régler.

Puis il y a la dernière chose : beaucoup des ébauches sur la pluridisciplinarité qui ont été faites sur les grandes entreprises, et pour moi, le problème se pose avant tout dans les PME. Il faut adapter le code du travail et deuxièmement, il y a un problème de déontologie à retravailler.

La proposition, et je terminerai là dessus, qu'on peut faire ; il y a eu un travail fait aux journées de la SELF sur Caen, qui était un peu un état des lieux mené sur 6 régions en France, il y a des choses à reprendre et à étendre. Une chose qu'on pourrait proposer, c'est de reprendre l'enquête avec Marc LETOURNEUX de Caen et de répondre à des questions plus précises.

La deuxième chose, c'est d'essayer d'établir des recommandations lorsqu'on est réuni entre différentes sociétés. L'élaboration de ces réflexions est un objectif qu'on peut se donner à court terme. Nous on est prêt à monter ensemble ces réflexions. A nous de définir ensemble les objectifs, les limites, la méthode (ça c'est jouable) et le calendrier sachant que je n'ai mis ici que deux dates, qui sont les deux réunions des journées nationales de médecine de travail, la prochaine étant à Grenoble, la suivante à Bordeaux en 2004. A vous de nous dire un petit peu quelles sont vos dates. Je ne vous amène pas de solutions car je n'en ai pas.

## DISCUSSION

---

### **P. DAVEZIES**

- « Dans ce processus, ne faudrait-il pas intégrer rapidement dans la réflexion le versant préventeur technique type AFTIM [inaud.] parce que quand même, c'est un élément important du dispositif. Il serait dommage d'avancer très loin dans une élaboration sans ça ? Ce d'autant que l'AFTIM a fait un travail là-dessus et l'année dernière au congrès de Toulouse, il y avait un médecin de l'AFTIM et il faudrait voir ce qu'il faudrait faire avec eux ».

### **P. BROCHARD**

- « A l'évidence, il n'y a pas d'obstacle, la seule chose, c'est que plus tu compliques le système et plus cela ralentit la réflexion. Pour moi il y a une certaine urgence à élaborer cette réflexion ».

### **M. COURTOIS**

- « Votre proposition est très intéressante car c'est créé un comité de liaison intersession des préventeurs Européens, le CLIP, ces associations se réunissent régulièrement autour de ces réflexions donc par le biais de l'AFTIM, de prendre contact avec les préventeurs ».

### **A. GARRIGOU**

- « Par rapport au travail que vous avez déjà effectué en la matière, est-ce qu'il y a des points qui émergent fortement ? ».

### **P. BROCHARD**

- « On part des expériences dont on a parlé ce matin. Il y a à peu près 300 services qui existent et il a une centaine d'intervenants (ergonomes, techniciens en métrologie...) avec des résultats publiés ; certains n'ont pas encore publié leur résultat et pourtant ceux-ci sont très intéressants, en particulier au niveau des difficultés rencontrées (interface entre le médecin et le reste de l'équipe). Autre problème, celui du financement.

Enfin le troisième aspect sur les rapports pluridisciplinarité externe / interne quand dans un service il y a la possibilité de pluridisciplinarité et à l'extérieur il y a aussi des consultants souhaitant intervenir, et donc il y a eu des problèmes difficiles qu'il faut savoir analyser. Sur ces trois points là, on peut apporter des réponses rapidement. Sur la question du financement, y a-t-il des gens parmi vous qui avez des informations. On a entendu parler de diagnostic court prévention évaluation des risques du côté de l'ANACT. Est-ce que c'est toujours dans les tuyaux ou pas ? ».

### **Question :**

« Je suis médecin du travail et correspondant de la SELF depuis une vingtaine d'années. Que va être la médecine du travail la semaine prochaine ou dans un mois ou dans un an ? La réflexion est urgente et impossible car pour moi, je ne sais pas quelle sera ma tâche. Sera-t-elle reléguée au cabinet médical où il n'y aura plus que de la clinique ? Si c'est ça, la réflexion ne sera pas la même que si l'on garde les mêmes obligations et les mêmes terrains d'action. ».

### **P. BROCHARD**

- « Je ne peux pas répondre sur ce que sera la médecine du travail demain, la seule certitude, c'est que de toutes les propositions, la relégation de la médecine du travail dans un cabinet médical, n'est pas la perspective demandée. Si on se bat pour la spécialité de médecine du travail, c'est à l'évidence pas pour leur demander de prendre la tension et c'est tout. Il y a eu quand même un essai (par le MEDEF) qui était d'associer directement le généraliste à l'action du médecin du travail, le généraliste était relégué à son cabinet médical.

Le conseil de l'ordre s'est prononcé là dessus donc ça me semble réglé. Néanmoins à une condition : que la périodicité de la visite médicale puisse être modulée. C'est mathématique, si on doit voir toutes les personnes tous les six mois, c'est pas 11 000 médecins qui seront nécessaires, c'est plus que ça. Il faut faire des choix entre nous ».

**M. VIOSSAT**

- « Le problème est aussi le déficit considérable sur le débat public sur la santé au travail. Avez vous des initiatives en projet pour amorcer une discussion publique ? ».

**P. BROCHARD**

- « Je suis prêt à participer à un débat public mais je me sens incapable de l'organiser. Qu'on essaie d'organiser la discussion entre professionnels, c'est la demande que je viens de vous faire. Tant que les partenaires sociaux fonctionnent comme ça, je pense que ça reste difficile. Quant à la diffusion des connaissances, il y a un travail de transfert des connaissances qui est assez difficile. On arrive avec beaucoup de difficultés à faire passer le message vers les professionnels. Ceci étant lié à l'organisation de nos structures où on nous demande tellement d'être dans une logique de publication hyper sélectionnée que le transfert de ces informations vers les professionnels est difficile. L'INRS a une part de responsabilité importante dans la diffusion de ces connaissances. Il faut amplifier cette diffusion si on veut faire passer le message ».

\*\*\*\*\*