

## TABLE RONDE : Ellen IMBERNOM, Nicolas SANDRET, Annie CHALONS

### Animation Véronique ARNAUDO

Il est proposé 2 axes de réflexion :

1- Essayer de tirer des enseignements généraux des cas cliniques qui ont été présentés ce matin.

A cet égard on peut noter que les débats sont parfois pollués :

- par la question de l'aptitude (alors même que ce n'est explicitement pas l'objet de l'EPP adossée aux QMCP) - comme si le fait, pour un médecin du travail, d'acter un lien entre atteinte à la santé et travail se traduisait immédiatement en terme d'aptitude ;
- mais aussi, dans une certaine mesure, par la dimension médico-légale que certains médecins du travail associent au *signalement* en MCP (qui n'a pourtant rien à voir avec une *déclaration* en MPI), et qui freine manifestement ces signalements, les mdt se trouvant plongés dans l'embarras en cas d'intrication des facteurs professionnels et extra-professionnels.

2- Débattre du soutien à la construction de sa santé que peut retirer le salarié de l'élucidation des liens entre son travail et les symptômes dont il souffre, à titre individuel, mais le cas échéant aussi à titre collectif.

### Ellen IMBERNON :

Je me dis, travaillant à l'INVS, que notre rôle est de produire des indicateurs pour donner de la visibilité au fait que le travail a un impact sur la santé de la population. Nous sommes dans deux mondes que l'on peut imaginer être différents. A l'INVS, on construit des données très macroscopiques alors qu'ici il s'agit d'aller dans les détails de situations très individuelles.

Néanmoins le programme MCP permet de mettre en visibilité les observations cliniques des médecins du travail et les affections qu'ils repèrent comme étant en lien avec le travail. Les échanges entre pairs sur les modalités de décisions d'imputabilité au travail sont fondamentaux et c'est pourquoi un programme d'EPP a été adossé aux signalements des MCP par les médecins du travail. Ceci permet de soulever un grand nombre d'interrogations et de comprendre mieux les résultats produits.

En référence aux résultats présentés ce matin, les taux de prévalence globaux paraissent, à certains experts, relativement bas. Mais, ce programme (MCP) montre qu'environ 6 % des travailleurs sont en activité alors qu'ils présentent une affection liée au travail, ce qui est loin d'être négligeable. Mais le gradient social des affections de la sphère mentale signalées interroge beaucoup, il est inversé, stable dans le temps. Qu'est ce qu'on mesure ? Ce gradient est-il le reflet de quelque chose de réel ? Est-il le reflet de la pratique du médecin du travail ? Ces derniers vont-ils plutôt chercher dans la sphère

physique chez les ouvriers et plus dans la sphère mentale chez les cadres - ou ces salariés expriment-ils différemment leur mal être au travail ?

Autre élément, des taux élevés de souffrance mentale chez EDF, est ce le reflet d'un bouleversement dans un établissement public ayant adopté des optiques de rentabilité, un changement de paradigme ? Ou est ce que c'est quand le débat social fait émerger des choses que le médecin du travail peut plus facilement s'emparer de ces questions en terme de santé au travail ?

Je ne comprends pas l'aspect médico-légal car il ne s'agit que d'un recueil d'informations sur les pathologies en lien avec le travail pour donner des indicateurs.

Nicolas SANDRET :

En Ile de France, on n'a pas les moyens de mettre en place les QMCP. Concernant les déclarations de MCP, il s'agit au départ d'un dispositif légal de signalement vers l'inspection du travail, puis vers l'inspection médicale du travail. Mais aujourd'hui, il y a seulement 10 MCP déclarées par an pour toute l'Ile de France. Autre exemple pour les expositions aux produits à risque CMR, il y a 10 fois plus de salariés exposés dans l'enquête Sumer que dans les rapports annuels

Comment le dispositif QMCP peut-il influencer ? En tant que médecin du travail, acter le lien santé au travail m'oblige à intervenir – mais comment vais-je agir ?

C'est plus la question du comment je vais réagir qui se pose - mais aussi la question de l'utilisation au niveau national des données.

Annie Chalons :

Sur indicateur et obligation d'agir : quand les médecins du travail font un signalement en MCP, j'ai l'impression qu'ils se posent la question du lien santé travail et qu'ils ont l'impression de faire de la veille - mais ce, uniquement pendant les QMCP.

Malgré tout, ces signalements fournissent une approche pédagogique avec peut être la possibilité d'évoluer vers un meilleur questionnement : nous voyons peut-être trop facilement la situation de travail avec l'œil extérieur du médecin du travail et pas suffisamment avec le regard du salarié sur son activité.

Comment fait-on en dehors des QMCP pour instruire les liens santé travail pour des sujets qui n'ont pas encore de pathologie et ce notamment avec l'espacement des visites ? Or c'est difficile d'interroger systématiquement le travail, l'organisation, et de laisser des traces dans les dossiers médicaux ; nous n'en n'avons pas beaucoup l'habitude.

La HAS, dans ses recommandations sur le dossier médical, nous demande de décrire l'activité de travail. Ceci exige de notre part un effort et du temps, car pour décrire l'activité, il faut que le médecin interroge le travail d'une part, mais aussi que le salarié soit

en situation de le décrire d'autre part. Cette conjonction est plus facile si le salarié vient à la consultation avec une demande ou si l'on identifie un problème. Elle ne va pas de soi quand tout paraît « normal » de part et d'autre, mais permettrait de construire des repères temporels.

Cela renvoie peut-être à la question du gradient entre les secteurs professionnels et les différences de CSP. Se pose la question des difficultés d'expression (manque de mots pour le dire ?) des salariés auxquels on ne demande habituellement pas de penser leur travail. Compte tenu de leur charge de travail, il arrive que les médecins du travail soient aussi en difficulté pour penser leur activité. Est-ce donc tant une question de CSP ?

#### Véronique Arnaudo :

Je reviens sur la question de ce qui oblige à faire le lien santé-travail – qui à son tour entraîne la question de l'action : qui doit agir ?

Aider le salarié à penser les liens santé-travail, n'est-ce pas déjà agir ? Eclairer le salarié sur ce qui engage sa santé dans son travail peut l'aider à éviter que ce qui n'est encore qu'une plainte ne devienne pathologie. On peut donc bien considérer qu'il s'agit là de la première action du médecin du travail.

Mais je voudrais revenir sur la dimension « médico-légale », qu'il faut à mon sens analyser si on veut comprendre les réticences des médecins du travail à signaler des pathologies dans le cadre des QMC – ce qui peut donc fausser la collecte des données. Cette dimension médico-légale fait partie de la formation initiale de tous les médecins, qu'on invite dès le plus jeune âge à ne certifier que ce dont ils sont absolument certains, et à ne parler de maladie professionnelle que lorsque le lien est « essentiel et direct » avec le travail. Je pense que c'est cette (dé)formation initiale qui émerge dans les embarras des médecins du travail à décider ou non de faire un signalement en MCP – même si l'enjeu des QMCP est celui de la veille, et pas de la certification. D'autant que le médecin du travail doit garder dans le dossier une copie du signalement. Certains médecins peuvent se poser la question suivante : si le salarié demande la transmission de son dossier et si le certificat lui est donné, que risque-t-il de faire du document ?

#### Alain Carré :

Chez EDF- GDF une veille sanitaire collective coordonnée en risques psychosociaux n'envisage pas la question médico-légale des AT ou des MP. Collectivement il s'agit d'instruire le lien santé travail en rattachant chaque indicateur de manifestation psychique aux éléments organisationnels qui ont favorisés sa survenue. L'acte médico-légal est lié à la veille médicale c'est-à-dire au dépistage individuel du lien santé travail pour ce travailleur là. Rédiger un CMI (certificat initial) est par conséquent un devoir déontologique (article 50 du code de déontologie médicale) comme l'est aussi l'indication des voies légales. Cette dichotomie entre la veille sanitaire et la veille médicale est encore plus évidente dans le cadre des QMCP. Sauf à vouloir recourir à ce clivage dans notre exercice

qui consisterait à mettre en place une veille sanitaire en évitant la veille médicale. Comment dépasser ce blocage ensemble ?

Ellen Imbernon :

Il y a 6% des gens qui ne sont pas en arrêt de travail alors que le médecin du travail juge que leur travail est délétère pour leur santé, ce n'est pas négligeable. Il est possible de signaler en MCP aussi bien des symptômes que des pathologies liées au travail. Depuis l'introduction du système complémentaire de réparation et depuis la mise en place des CRRMP, le médecin du travail peut informer le salarié qu'il peut demander réparation pour cette pathologie.

Dominique HUEZ :

Dans l'historique des MCP, Annie Touranchet a essayé de tirer les médecins vers les MCP à une époque où on avait moins progressé sur le lien santé travail. Aujourd'hui ce n'est plus le cas. C'était le tout début du recensement de l'investigation du lien systématique santé-travail comme base de la pratique clinique du médecin du travail.

Le nom de MCP pose effectivement problème aujourd'hui. Avant, les déterminants du lien était des déterminants de droit et non de lien clinique résultant d'un travail clinique. Aujourd'hui on instruit des déterminants de lien entre la santé et le travail en suivant des règles professionnelles cliniques : comment on fait pour instruire la relation entre le travail et telle atteinte à la santé, comment on la trace dans le dossier médical et pour une éventuelle prise en charge médico-légale, comment on explique au salarié concerné les limites, l'intérêt et ou les dangers de la démarche de réparation. Si on trace au dossier médical ce qui résulte du travail d'investigation clinique, il n'y aura pas de problème ultérieur, car c'est le fondement du métier de médecin du travail qui y est déployé.

Si on instruit sur le plan médico-légal, comment le tracer ? Il y a souvent un passage obligé du lien santé travail à l'instruction de l'ouverture au médico-légal. Cela soulève donc la problématique de l'aptitude qui nous empêche trop souvent de penser notre métier, de l'adaptation du poste de travail donc des préconisations du médecin pour changer ce travail, et de la réparation médico-légale. L'abord exclusif comme entrée d'un questionnement par le médicolegal ne permet pas de penser la démarche professionnelle clinique.

D'où la proposition faite à l'INVS d'utiliser un autre type de vocabulaire pour faire de la veille.

Annie CHALONS :

Je souhaiterais que nous puissions tous acter qu'il faut décrire le travail y compris chez des gens qui n'ont pas de plainte. Il faut noter beaucoup d'informations dans le dossier

médical. Cela peut se faire sous la forme d'une petite accroche informatique là où il y a quelque chose qui est lié au travail, pour répondre au problème de mémoire, et de trace collective. En effet le problème, c'est comment je fais pour retrouver des traces. J'ai été beaucoup interpellée par l'article de Davezies sur les chiffres (cf. Santé Travail).

Il faut donner des chiffres collectifs. Ce qui est important c'est ce que l'on aura instruit à chaque visite médicale sur les évolutions de l'organisation du travail. Avec l'informatique, on n'a pas à déchiffrer l'écriture d'un collègue pour avoir des pistes de prévention et pour ne pas faire que du repérage.

### Nicolas SANDRET :

Je rappelle que les MCP sont appuyées sur un corps « mort » pour faire de la veille sanitaire. Il pose le problème de confusion entre MP et MCP, il faut différencier QMCP et Veille. Peut être que c'est le moment de changer de vocabulaire.

S'il y a une déclaration, il faut garder un double dans le dossier : c'est une obligation déontologique.

Il peut y avoir la peur de déclarer.

Suite à une réflexion menée avec quelques médecins du travail, ceux-ci se sont mis, dans leurs entreprises, à interroger les salariés sur leur travail. Et bien les représentants au CE de ces deux entreprises ont demandé à changer de médecin - car ils leur reprochaient d'interroger les salariés sur leur travail. Comme quoi, parler du travail n'est pas neutre, cela peut comporter des risques de déstabilisation. En l'occurrence, ces deux entreprises étaient en mutation ; les difficultés du travail n'étaient pas discutées collectivement. Les questions de ces deux médecins sur ce qui faisait difficultés dans le travail ont sans doute ébranlé l'équilibre précaire qui existait - d'où la demande des membres du CE de changer de médecin du travail pour avoir de « vrais médecins », qui ne se préoccupent que de la santé.

Mécanisme de défense d'un collectif fragilisé et qui ne veut pas voir.

Interroger le travail n'est donc effectivement pas neutre.

Quoiqu'il en soit, quand on interroge un salarié sur son travail réel et qu'il arrive à faire le lien, c'est très thérapeutique – de réussir à penser son travail.