



*Texte original**.

L'(in)visibilité de l'origine professionnelle des pathologies : effets des dispositifs de prise en charge

Lecomte-Ménahès Gabrielle. Institut de l'Ouest : Droit et Europe, Université de Rennes 1, 9 rue Jean Macé 35000 Rennes, France. gabrielle.lecomte@univ-rennes1.fr

Muñoz Jorge. Laboratoire d'études et de recherche en sociologie, Université de Bretagne Occidentale, 20 rue Duquesne 29 238 Brest, France. Jorge.Munoz@univ-brest.fr

Résumé. La place centrale des médecins généralistes libéraux dans le système de soin et par extension la prise en charge des affections d'origine professionnelle contribue à leur invisibilisation. À partir de l'analyse d'entretiens semi-directifs sur la prescription d'arrêts de travail par ces médecins, nous voyons qu'étant pourtant conscients des conséquences délétères des conditions de travail sur la santé de leurs patients, ils ne les orientent pas toujours vers les dispositifs idoines de prise en charge et de reconnaissance. Non seulement ils les méconnaissent souvent mais de plus ils les mobilisent dans une visée plus curative que préventive. Ce qui contribue à l'invisibilisation du caractère professionnel des pathologies traitées.

Mots-clés : Sélection et dépistage en santé et sécurité, entretiens

The occupational origin of pathologies (in)visibility : effects of care arrangements

Abstract. The central place of independent general practitioners in the health care system and, therefore, in the management of work-related diseases, contributes to their invisibility. Based on the conduct of semi-structured interviews with GPs on sick leave and how they are prescribed. Although GPs are aware of the harmful consequences of working conditions on the health of their patients, they do not always refer them towards the appropriate care and work-related illness recognition systems. Not only do they often ignore these systems, but they also use them for a curative rather than for a preventive purpose. This contributes to the invisibility of the work-related nature of the pathologies.

Keywords: Selection and screening for health and safety, Interviews

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Tours, les 25, 26 et 27 septembre 2019. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante : Lecomte-Ménahès, Gabrielle & Muñoz, Jorge (2019). L'(in)visibilité de l'origine professionnelle des pathologies : effets des dispositifs de prise en charge. Actes du 54^{ème} Congrès de la SELF, Université de l'Ergonomie : Comment contribuer à un autre monde ? Tours, 25, 26 et 27 septembre 2019

Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page

INTRODUCTION

Depuis les travaux d'Annie Thébaud-Mony (Thébaud-Mony, 1991) sur les maladies professionnelles ainsi que les multiples rapports sur leur sous-déclaration comme celle des accidents du travail (Cour des comptes, 2002; Deniel, 1997), la thématique l'invisibilité de la santé au travail a été étudiée. En effet, les dispositifs de prise en charge traditionnelle de la santé occultent l'usure professionnelle (Marchand, 2016; Muñoz, 2003). Depuis des décennies, les travaux d'épidémiologie ont montré les écarts importants qui existent entre les cancers déclarés et reconnus et ceux qui auraient pu l'être (Bergeret et al., 1994; Goldberg, Banaei, & Goldberg, 1999). Si la littérature en sciences sociales et en épidémiologie est assez riche sur la question, les travaux interrogeant le rôle des médecins traitants dans la prise en charge des questions de santé au travail sont quant à eux moins nombreux. Par exemple les publications portant sur la prescription d'arrêts de travail occultent le plus souvent cette question (Monneuse, 2015).

Les médecins généralistes occupent une place centrale dans le système de soins français. Médecins de « première ligne », référents des patients, ils ont une connaissance fine de leur patientèle qu'ils suivent régulièrement (Sarradon-Eck, 2010). Cette place centrale des médecins généralistes dans le suivi des travailleurs, alors même qu'ils sont très peu formés sur les questions de santé au travail (Gollac & Volkoff, 2006, p. 7) est un autre facteur d'invisibilisation de ces problèmes. Notre proposition de communication se situe à ce niveau de réflexion et d'analyse pour mieux comprendre comment le suivi des pathologies des travailleurs contribue à cette plus ou moins grande (non)reconnaissance. Nous nous proposons notamment d'étudier, la prise en charge par les médecins généralistes de salariés en arrêt de travail pour lesquels la conciliation du travail et de la santé se pose avec

acuité. Dans la relation de soins nous observons que, paradoxalement, si les médecins généralistes identifient certaines « expositions professionnelles », davantage médiatisées depuis le début des années 2000 notamment pour les troubles psychosociaux (TPS) et musculo-squelettiques (TMS) (pathologies sur lesquelles portera notre étude), ils contribuent à leur invisibilisation pour de « bonnes raisons ».

Les résultats présentés dans cette communication sont issus d'une enquête sociologique portant sur les arrêts de travail, menée en 2018 dans le Finistère. L'analyse statistique en composante principale des données de l'Assurance maladie portant sur leur prescription par les médecins libéraux en 2017 (n=5 252) a permis de dresser trois profils de médecins plus ou moins prescripteurs. Quinze entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des généralistes de ces trois « classes » (distingués selon leur âge, sexe, zone d'installation et prescription). Dans leurs cabinets, durant 20 min à 1h40 selon leur disponibilité, ils ont été interrogés sur leurs parcours, conditions d'exercice et réseaux professionnels, leurs pratiques de prescription et représentations associées. Face aux réticences à l'enquête de cette population (environ 70 médecins ont été contactés) et au peu de temps qu'ils lui consacraient, des cas cliniques anonymisés issus de dossiers de CRRMP (portant sur des TMS et TPS) leur ont été présentés afin de les faire parler en détail et d'éviter de ne recueillir « qu'un discours autorisé sur les pratiques les plus légitimes » (Gautron & Retière, 2014, p. 586).

L'étude est issue d'un appel à projet d'une caisse primaire d'assurance maladie. Une équipe composée de sociologues (les auteurs de la communication), de statisticiens et démographes a participé à l'enquête.

PRÉSENTATION DES DONNÉES ET DES RÉSULTATS

À partir de l'analyse des entretiens semi-directifs réalisés avec les médecins généralistes, nous observons qu'ils sous-utilisent les dispositifs de prévention et de reconnaissance des affections professionnelles. De plus nous voyons que leurs pratiques sont différenciées selon la pathologie prise en charge (ici TMS et TPS).

UNE SOUS-UTILISATION DU SYSTÈME DE PRÉVENTION

Non seulement les médecins généralistes méconnaissent les dispositifs de prise en charge et les interlocuteurs appropriés pour faire reconnaître l'origine professionnelle des pathologies mais de plus ils recourent tardivement aux médecins du travail.

Méconnaissance des dispositifs de prise en charge

Le « colloque singulier » s'inscrit dans un univers normé et la pratique de la médecine implique immanquablement de se trouver confronté aux questions médico-légales. Or nous avons une certaine méconnaissance des dispositifs de prise en charge des expositions professionnelles par les médecins généralistes.

Les plus jeunes notamment sont mal à l'aise dans le suivi de problèmes liés au travail. Ils soulignent non seulement la variabilité des situations et le temps nécessaire pour les appréhender (ils vont avoir tendance à renouveler de courtes durées d'arrêt de travail afin de les réévaluer) mais aussi la difficulté à saisir le cadre juridico-administratif dans lequel les faire valoir : « *Moi je suis nulle tout ce qui est invalidité. J'ai l'impression de sortir d'une situation, de comprendre, de me dire que c'est clair et puis avec un autre patient on va dire non* » (médecin généraliste, femme, 39 ans).

Cette médecin, comme d'autres, souligne leurs besoins en termes de formation sur ces questions, voire de stages avec des confrères qu'ils méconnaissent (médecins-conseils et du travail). En début d'exercice,

les médecins pallient le manque de tels apprentissages dans leur cursus initial, par la sollicitation informelle de confrères ayant davantage d'expérience : « *Avec lui [son remplaçant un peu plus jeune] on échange plus sur des problèmes purement médicaux et quand j'ai besoin d'infos socio-administratives, je vais plutôt me tourner vers mes confrères qui sont plus âgés* » (médecin généraliste, femme, 35 ans).

Le recours non préventif aux médecins du travail

Malgré cette méconnaissance, le médecin du travail est de plus en plus identifié comme un interlocuteur important. Les médecins généralistes ont tendance à requérir leur connaissance des postes et des conditions de travail alors qu'eux-mêmes ne se sentent pas toujours compétents en la matière : « *on a des patients avec des métiers tellement divers et variés que de se mettre à leur place, dans leur cadre de travail, ce n'est pas non plus évident* » (médecin généraliste, femme, 48 ans).

Ils les sollicitent pour des situations dégradées, en dernier recours quand les traitements curatifs ne permettent pas de remettre le patient au travail mais mobilisent finalement peu leur rôle préventif : « *Une fois qu'on a fait le parcours de tous les spécialistes, qu'on voit que la lésion est là, qu'on ne peut pas faire de soins et que ça n'évolue plus, il faut penser à quelque chose. S'ils ne peuvent vraiment plus occuper leur poste, là je commence à leur dire : « on va aller voir le médecin du travail »* » (médecin généraliste, homme, 53 ans).

Si ce recours tardif est particulièrement marqué chez ce praticien, c'est généralement la prévention de la désinsertion professionnelle que les médecins généralistes délèguent aux médecins du travail. Le développement de ces sollicitations est d'ailleurs visible dans l'augmentation du nombre de visites de pré-reprise depuis les années 2000 (Lecomte-Ménahès, 2014).

C'est également les médecins-conseils de la Sécurité sociale, suivant la politique de prévention de la désinsertion professionnelle de l'Assurance Maladie instaurée en 2009, qui incitent davantage les salariés à demander ce type de visite : « *Avant on voyait des dossiers où les gens finalement étaient pris en charge médicalement de façon irréprochable, et chirurgicalement. Mais ce pan socioprofessionnel n'intéressait personne, à part le médecin-conseil.* » (médecin-conseil, homme, 53 ans).

UNE PRISE EN CHARGE DIFFÉRENCIÉE SELON LES PATHOLOGIES

Ce suivi varie également selon le type de pathologie auquel les médecins sont confrontés. Principales causes d'arrêt de travail, les TMS représentent 30 % et les TPS 24 % des arrêts maladie de six mois et plus du régime général en Bretagne en 2016. Or si la prise en charge des risques physiques comme les TMS est relativement balisée pour les médecins généralistes, elle est beaucoup plus fluctuante pour les pathologies mentales.

TMS : l'influence du système d'indemnisation

Le système d'indemnisation des maladies professionnelles en favorisant la reconnaissance de l'usure physique plutôt que mentale provoque par effet d'entraînement des sollicitations plus fréquentes de la reconnaissance de ces pathologies. Ainsi en Bretagne en 2016, 46 % des arrêts de travail de six mois et plus reconnus en AT-MP concernent des pathologies ostéo-articulaires alors que 3% d'entre eux relèvent de troubles mentaux.

C'est l'existence du dispositif et la possibilité de prise en charge qui conditionne les pratiques de recours des médecins généralistes : « *Parce que pour les problèmes psy c'est dur de mettre en maladie pro donc ils ne sont pas en maladie professionnelle. Mais pour les maladies professionnelles ou accidents du*

travail c'est TMS à cent pour cent. » (Médecin généraliste, homme, 50 ans).

D'ailleurs pour avoir présenté aux médecins enquêtés des cas cliniques portant sur des TMS et TPS, ils conseillent aux patients de faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle uniquement pour le premier groupe de pathologies.

Les médecins généralistes inscrivent leurs pratiques dans le cadre existant. S'ils connaissent les possibilités de reconnaissance de l'exposition professionnelle comme l'alinéa 4 de l'article 461-1 pour la reconnaissance des maladies professionnelles, ils renvoient la décision aux spécialistes (en l'occurrence le CRRMP) : « *ça c'est fréquent. Canal carpien, épaule, rachis. Il y a des tableaux de toute façon, il faut se référer aux tableaux. [...] Sinon c'est hors tableau, ça existe hors tableau. Pour le harcèlement, c'est les médecins-conseils qui vont décider* » (médecin généraliste, homme, 53 ans).

TPS : une prise en charge « incertaine »

Alors de l'expression de souffrances psychiques est importante dans les cabinets des médecins généralistes, ceux-ci sont plutôt démunis pour y faire face. Pourtant au vu de la pénurie de spécialistes (psychologues et psychiatres) à laquelle s'ajoute le tabou pour certains patients de les consulter, ce sont eux qui prennent avant tout en charge cette souffrance.

Ils ont alors « pour premier souci de poser ce diagnostic car, tant dans le registre psychiatrique que dans le registre somatique, les significations des symptômes sont brouillées par la souffrance psychosociale » (Haxaire, Genest, & Bail, 2010, p. 135).

La corrélation entre expression d'une souffrance et conditions de travail est alors plus difficile à juger qu'en cas de problèmes physiques : « *Les difficultés c'est tout ce qui est psy et souffrances, souffrance psychique et souffrance au travail. À évaluer c'est compliqué. Il y a beaucoup de critères à prendre en compte.*

En général je les arrête un peu et je ne les revois pas longtemps après derrière » (médecin généraliste, femme, 39 ans).

Si la plupart des médecins généralistes « écoutent » leurs patients, d'autres (les plus jeunes dans notre enquête) « bricolent » des outils pour évaluer (emploi de l'échelle de Hamilton) et répondre à cette demande (hypnose et thérapies brèves, homéopathie). Mais l'établissement du diagnostic dépend fortement de l'interaction avec le patient et sa prise en charge de l'évolution de son état, évaluée régulièrement grâce à la prescription d'arrêts courts et éventuellement répétés.

Une autre médecin, particulièrement rétive à prescrire des arrêts de travail dans ces situations, mentionne la partialité de sa position : « *Beaucoup de demandes d'arrêt pour des souffrances au travail. Ça, ça me... C'est ça qui me met souvent très mal-à-l'aise. Je pense aussi que notre rôle est un petit peu exagéré là-dedans parce qu'on a qu'une version* » (médecin généraliste, femme, 59 ans). Elle oriente alors facilement le patient vers son médecin du travail pour que ce dernier contextualise la plainte.

Nous observons d'ailleurs dans les réponses faites à la présentation des cas cliniques que les médecins généralistes évoquent davantage le recours au médecin du travail pour les cas de TPS que de TMS.

DISCUSSION

En faisant un « pas de côté » par rapport à l'approche ergonomique, l'enquête sociologique a permis de cerner des facteurs qui contribuent à invisibiliser l'origine professionnelle des pathologies. Il ne s'agit pas pour autant d'entrer en contradiction avec une approche ethnographique soucieuse de montrer les aspérités de la réalité de l'activité de travail. Les entretiens semi-directifs sur la base de cas, ont permis de mettre à l'épreuve les médecins rencontrés pour cerner les mécanismes à l'œuvre dans leur raisonnement. Décider d'un arrêt de travail

doit obéir en principe à une série de critères pour l'essentiel « médicaux ». Mais alors que la prescription s'inscrit dans un espace socialement balisé (par l'Assurance maladie, les relations patients-médecins, la division du travail médical), il serait malhabile de ne la délimiter qu'à une question purement médicale. Finalement, ce sont les enjeux du champ de la pratique médicale qui émergent et parmi ceux-ci la pertinence ou pas d'intervenir dans le domaine de la santé au travail.

Si les généralistes discernent généralement l'origine professionnelle des pathologies de leurs patients, plusieurs facteurs vont contribuer à les orienter vers les dispositifs de prise en charge. Cette décision dépend non seulement de la connaissance des médecins desdits dispositifs mais plusieurs régimes d'action (Dodier, 1993) entrent également en ligne de compte. Plus le diagnostic est incertain et plus cette décision dépend du positionnement personnel du médecin et de la relation qu'il entretient avec le patient. Quand les médecins sont démunis, ils se tournent davantage vers des ressources qu'ils solliciteraient moins autrement. Mais dans quelle mesure cette orientation, par son caractère aléatoire et tardif et au sein d'une division du travail médical relativement rigide, « pré-déterminerait » les patients comme potentiellement inaptes ?

CONCLUSION ET MISE EN PERSPECTIVE

Si les médecins généralistes sont des acteurs de « première ligne » dans la prise en charge des affections professionnelles, leur absence de formation approfondie sur ces questions rend difficile l'établissement du lien santé-travail et contribue à leur méconnaissance des dispositifs de prise en charge de ces pathologies hormis les plus connus d'entre eux. Il en découle une sous-déclaration et donc reconnaissance de l'origine professionnelle des affections et une prise en charge tardive de celles-ci. Les auteurs du rapport « Berard, Oustric,

Seiller » (Berard, Oustric, & Seiller, 2019) proposent de décharger les médecins du travail des visites d'embauche et périodiques (qu'ils délèguent déjà à des infirmières spécialisées) à des médecins généralistes afin de davantage intégrer les premiers dans les parcours de « maintien en emploi ». Mais ceci peut non seulement les détourner d'un rôle préventif que les médecins généralistes ne sont actuellement pas en mesure d'assurer et ne ferait par ailleurs que renforcer les mécanismes précédemment décrits. En s'éloignant de la source des problèmes de santé, ne risque-t-on pas d'atténuer les effets du travail ? Si des professionnels plus indépendants pourraient a priori mieux accomplir ce suivi, cela suppose a minima de connaître les dispositifs et les spécificités des expositions professionnelles. Or, l'exercice médical traditionnel – pratiqué en cabinet – tend à privilégier une approche individuelle alors que les expositions professionnelles mettent en exergue des déterminants collectifs.

BIBLIOGRAPHIE

Berard, J. L., Oustric, S., & Seiller, S. (2019). *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Neuf constats, vingt propositions.*

Bergeret, A., Nargues, P., Solvignon, L., Hours, M., Févotte, J., Dananché, B., ... Gary, Y. (1994). Enquête sur la réparation des cancers professionnels indemnisables dans le Rhône. *Archives des Maladies professionnelles et de l'Environnement*, (55), 571-577.

Cour des comptes. (2002). *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles.*

Deniel, A. (1997). *Rapport de la Commission instituée par l'article 30 de la loi numéro 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.* Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement.* Paris: Métailié.

Gautron, V., & Retière, J.-N. (2014). Le traitement pénal aujourd'hui : juger ou gérer ? *Droit et société*, 3(88), 579-590.

Goldberg, S., Banaei, A., & Goldberg, M. (1999). Les inégalités régionales de prise en charge des maladies professionnelles : l'exemple du mésothéliome. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (45).

Gollac, M., & Volkoff, S. (2006). La santé au travail et ses masques. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 3(163), 4-17.

Haxaire, C., Genest, P., & Bail, P. (2010). Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique. In *Singuliers généralistes* (p. 133-146). Presses de l'EHESP.

Lecomte-Ménahès, G. (2014). Santé précaire et transformation de la médecine du travail. *Travail et Emploi*, 140(4), 35-47.

Marchand, A. (2016). Quand les cancers du travail échappent à la reconnaissance. *Societes contemporaines*, N° 102(2), 103-128.

Monneuse, D. (2015). Une négociation qui ne dit pas son nom. La prescription des arrêts de travail par les médecins... et certains patients ! *Négociations*, (23), 151-167.

Muñoz, J. (2003). Prendre en charge un accident du travail : une activité de qualification à l'épreuve de la précarisation. *Sciences Sociales et Santé*, 21(4), 81-103.

Sarradon-Eck, A. (2010). "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins. In G. Bloy, F.-X. Schweyer, & C. Herzlich, *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale* (p. 253-270). Rennes: Presses de l'EHESP.

Thébaud-Mony, A. (1991). *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France : acteurs et logiques sociales* (Vol. 1-1). Paris: la Documentation française.