

UN ENJEU COLLECTIF : Plans, programmes et objectifs pour les médecins du travail

Pr J.-F. Caillard, CHU de Rouen

Comme d'autres domaines de la vie sociale et économique, la santé au travail va désormais devoir vivre au rythme des programmes et des plans...

Certes, depuis le décret de 1988, le plan d'activité se veut être le guide de l'action de tout médecin du travail, ce d'autant qu'il en est lui-même l'auteur principal. Mais il s'agit aujourd'hui de mettre en œuvre une autre dimension de la planification, celle qui, à l'instar de la loi organique sur les lois de finance (LOLF), fait évoluer l'action publique et ses applications dans le domaine privé vers un fonctionnement basé sur la réalisation d'objectifs et non plus sur une simple mobilisation de moyens détachés de leurs finalités.

La LOLF, pour sa part, comprend un programme spécifique intitulé "Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations de travail" dont une des quatre actions principales a trait aux risques professionnels et aux conditions de travail. La Direction des relations du travail, au Ministère en charge du travail, en est le conducteur. Elle comporte aussi un programme spécifique de santé publique et de prévention, confié à la Direction Générale de la Santé, qui prend en compte les déterminants de santé liés au travail.

De son côté, la Loi d'orientation de santé publique, votée en août 2004, au sein d'une liste de 100 objectifs de santé, définit 4 grands objectifs de santé au travail, dont certains sont même chiffrés (Réduire : le nombre d'accidents routiers liés au travail, de travailleurs soumis à des contraintes articulaires, la valeur limite d'exposition quotidienne des travailleurs au bruit, les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérigènes). Parmi cinq plans stratégiques de santé publique, déclinables sur la période 2004-2008, certains ont d'autre part une forte implication sur la santé au travail (plan national de lutte contre le cancer ; plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives ; plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement ; plan national

> Suite p. 4

Dossier

La responsabilité du médecin au regard des indications de l'AMM, des références médicales opposables et des recommandations des sociétés savantes

Dans notre Numéro de février 2005, le Professeur François Bricaire ouvrait le débat sur la vaste question : "Vaccination / Non-vaccination : vers une attitude responsable" et donnait son point de vue, propre à sa vision de clinicien.

Il nous est apparu particulièrement important de compléter ce premier volet par une approche rarement abordée, car complexe et peu souvent traitée, à savoir la responsabilité du médecin du point de vue juridique.

Le Docteur François-André Allaert* nous apporte ici cet éclairage capital :

La prescription d'un produit de santé est aujourd'hui encadrée d'une part par les indications figurant dans le libellé de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et, d'autre part, par les "références médicales opposables" (RMO) et les recommandations issues des conférences de consensus des sociétés savantes. Face à cet encadrement destiné à guider les prescriptions des médecins, afin qu'elles apportent statistiquement aux patients des soins de qualité présentant le meilleur rapport bénéfice/coût, il arrive que les praticiens s'interrogent sur leur marge d'appréciation et sur leur liberté de prescription face à des situations cliniques individuelles.

En particulier, deux questions fondamentales résument les inquiétudes qu'ils connaissent parfois : quelle est leur responsabilité s'ils ne respectent pas cet encadrement des prescriptions, ou, à l'inverse, si son strict respect entraîne une perte de chance ou de dommage pour un patient.

Les développements qui suivent portent essentiellement sur la deuxième question : "Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes

* Médecin de santé publique et juriste. DIM CHRU Dijon.

à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles".

Ainsi que l'indiquent les commentaires du code de déontologie, "Il revient au médecin d'appliquer ces données générales à un malade particulier et cela l'amène, parfois, à nuancer la règle : il est alors souhaitable que cet écart soit argumenté par des raisons objectives".

On voit ainsi que le médecin dispose effectivement d'une latitude d'interprétation des règles pour les adapter aux besoins spécifiques d'un patient, mais cette liberté d'action a pour corollaire de devoir rendre compte de ses décisions.

> Suite p. 2

SOMMAIRE

- > Pages 1 et 4 - **Édito** : Un enjeu collectif : Plans, programmes et objectifs pour les médecins du travail
- > Pages 1 et 2 - **Dossier** : La responsabilité du médecin...
- > Page 2 et 3 - **Actualité des Congrès**
- > Page 3 - **Bilan** : Vaccination anti-grippale 2004 auprès du personnel de l'AP-HP
- > Page 4 - **Vous avez la parole**

La responsabilité du médecin...

Suite de la page 1

Quelle est la responsabilité du médecin si le strict respect d'une référence ou d'une recommandation porte préjudice à un patient ?

Du fait du caractère restrictif fréquent des RMO ou de certaines recommandations, la question posée avec le plus d'acuité est de savoir si un praticien qui s'abstient de prescrire un médicament ou un acte thérapeutique dans des contextes cliniques où les recommandations les considèrent comme généralement inutiles – ou dans des contextes cliniques qui ne sont pas évoqués par les recommandations – peut voir sa responsabilité engagée, au motif que cette absence de prescription a été à l'origine d'une perte de chance pour le patient.

Il appartiendra bien sûr aux juges de se prononcer, mais il y a tout lieu de penser que si, de cette abstention, il résulte un préjudice pour le patient, le médecin ne pourra justifier de son comportement et s'exonérer de sa responsabilité en faisant valoir l'existence d'une référence opposable ou d'une recommandation préconisant cette abstention ou, à l'inverse, de l'absence d'une recommandation requérant cette prescription.

Qu'en est-il alors d'une vaccination pour laquelle les recommandations seraient restrictives par rapport aux données de l'AMM ?

Dans ce contexte, il convient de prendre en considération le motif sous-jacent à la restriction d'emploi.

Si la restriction est fondée sur la mise en évidence d'un quelconque danger qui serait spécifique à sa réalisation dans des contextes particuliers, celle-ci ne tardera pas à apparaître dans le libellé de son AMM, et il serait dangereux pour les patients que les médecins ne la prennent pas en compte. En cas de dommage causé à un patient, il serait possible d'opposer au médecin que son comportement n'est pas en accord avec les données actuelles de la science et le principe de précaution, tellement en vogue actuellement.

Si, en revanche, la restriction est fondée essentiellement sur des hypothèses non dûment démontrées ou des choix de priorités vaccinales, ou, enfin des considérations économiques, et qu'il y a plus de risque pour le patient à ne pas bénéficier individuellement de la protection induite par le vaccin qu'à en bénéficier, l'indépendance du jugement du médecin dans l'intérêt du patient doit primer.

Dans l'état du droit et en l'absence de jurisprudence sur ce sujet, il semble aujourd'hui légitime de penser que la survenue chez un enfant d'une pathologie aboutissant à son décès ou à des séquelles graves, alors qu'elle pouvait être prévenue par des moyens dont l'efficacité et l'innocuité ont été dûment validées par l'AMM, expose le médecin qui s'en est abstenu à des poursuites de la part des parents. Ces derniers auront de fortes chances d'aboutir à engager sa responsabilité, quelle que soit la référence qui pourra être faite aux restrictions sus-citées.

Il paraît ainsi nécessaire que le médecin informe les patients de l'existence de cette vaccination, leur expose ses avantages et inconvénients éventuels et sa position sur l'intérêt qu'elle présente pour l'enfant au regard des données actuelles de la science.

Il reviendra bien sûr aux parents d'accepter ou non que soit réalisée cette vaccination sur leur enfant. En cas de refus des parents, et afin d'apporter la preuve qu'il a bien satisfait à son obligation d'apporter à leur enfant des soins conformes aux données de la science si la pathologie venait à se déclarer et provo-

quer des lésions, le médecin fera mention sur le dossier de l'enfant de cette information délivrée aux parents, de la date à laquelle elle a été délivrée et de leur refus.

Le texte complet du Docteur François-André Allaert est paru dans : La lettre de l'Infectiologue - Tome XIX - n° 6 - novembre-décembre 2004. ■

Brève

Un événement à retenir dès maintenant : 28^{ème} Congrès de la Santé au Travail Milan - Juin 2006

Du 11 au 16 juin 2006, se tiendra à Milan, le 28^{ème} Congrès International de la Santé au Travail, qui marquera également le centenaire de la CIST (Commission Internationale de la Santé au Travail) ou ICOH (International Commission on Occupational Health).

Nous reviendrons sur cet événement dans nos prochains numéros. ■

Actualité

1^{er} Congrès National sur les Pathologies Environnementales Rouen - 7-8 octobre 2005

Le 1^{er} Congrès National sur les Pathologies Environnementales se tiendra à Rouen les 7 et 8 octobre 2005, sous l'égide de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Haute-Normandie.

Destiné à la population médicale libérale et salariée, dont bien évidemment les médecins de Santé au Travail, mais également aux responsables des institutions, DRASS, DRIRE, Chambres de Commerce et d'Industrie, services vétérinaires, ce congrès s'inscrit dans le cadre du plan national santé environnement.

Pour tout renseignement concernant cette manifestation, vous pouvez consulter le site :

www.urmlsante.com



Les résultats de la campagne de vaccination anti-grippale 2004 auprès du personnel de l'AP-HP : Bilan à fin mars 2005.

Dans des précédents Numéros de ce Journal (N° 17 : déc. 2003, N° 18 : avril 2004), nous avons eu l'occasion de traiter des campagnes de vaccination anti-grippale menées au sein de l'AP-HP et des résultats partiels obtenus début 2004.

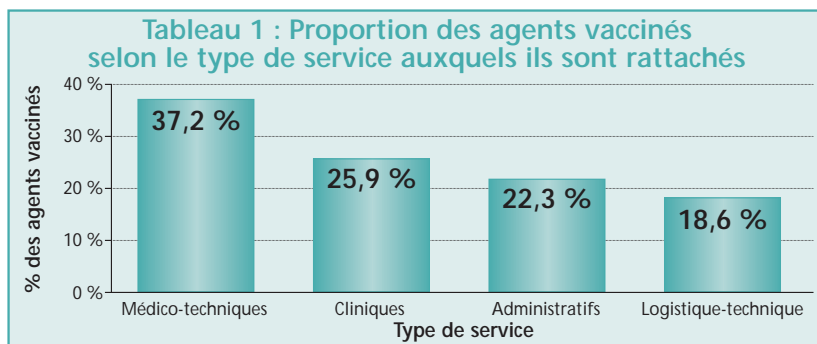
Nous disposons maintenant des résultats de la campagne menée en 2004, que ce soit au sein des hôpitaux de l'AP-HP, dans les services de médecine du travail et dans les autres services.

Les principales données et enseignements à en tirer sont les suivants :

- En 2004, 12 089 agents de l'AP-HP ont été vaccinés sur 44 sites répondants (ce qui correspond à 90% des sites) : 14 % du personnel vacciné (contre 11 % en 2003). Parmi ces derniers, 16 % appartiennent aux personnels médicaux (contre 12 % en 2003), 10 % aux personnels para-médicaux (contre 9 % en 2003).

- Au total, la couverture vaccinale du personnel de l'AP-HP, par rapport à 2003 a été multipliée par 1,3.

Le tableau 1 ci-dessous indique la proportion des agents vaccinés selon le type de service auquel ils sont rattachés.

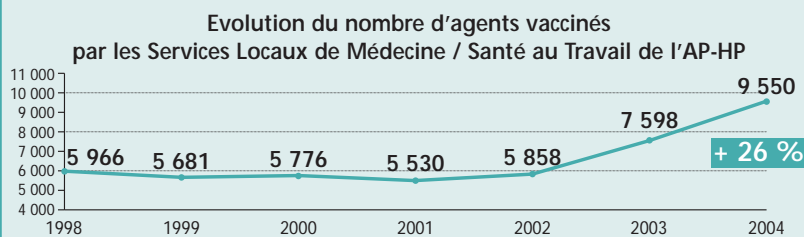


Même si ces chiffres sont encourageants, dans la mesure où ils montrent une progression certaine, il n'en demeure pas moins que beaucoup d'efforts restent encore à produire pour une population qui devrait, par nature, ressentir aussi bien pour elle-même que pour la protection des autres, "l'ardente nécessité" d'une telle vaccination.

Ils sont, en revanche, parfaitement cohérents avec ceux dont nous pouvons disposer de la part d'autres structures quasi similaires en France (Campagne aux Hospices Civils de Lyon : résultats de la campagne 2003).

Tableau 2 : Parmi les agents vaccinés

- 79 % ont été vaccinés par les Services Locaux de Médecine du Travail (SLMT)
- 7 % ont été vaccinés par leur propre service
- 1 % a été vacciné à l'extérieur



Quant aux acteurs pratiquant cette vaccination, le tableau 2 indique leur origine et la prédominance évidente des SLMT.

Ces chiffres doivent toutefois être considérés comme légèrement sous-estimés : 1600 doses vaccinales ont été livrées à trois sites (sur les 44) qui n'ont pas encore donné leurs résultats ; 6% de doses vaccinales sont non recensées et la durée moyenne de la période vaccinale (60 jours en moyenne environ, mais 92 jours pour l'hôpital Bichat, par exemple) entraîne également un retour ralenti de l'information.

tion des campagnes de sensibilisation, deux axes de propositions sont étudiés pour 2005 :

- Les SLMT vont vacciner eux-mêmes dans les autres services.
- Le budget serait centralisé au niveau de l'AP-HP.

Il reste à espérer que les progrès constants enregistrés n'iront qu'en s'accroissant et (en faisant un peu de provocation) que, notamment les personnels en première ligne se feront un devoir de montrer l'exemple ! ■

A noter

40^{ème} CONGRÈS DE LA SELF

(Société d'Ergonomie de Langue Française)
21/22/23 Septembre 2005
Saint Denis de la Réunion
Université de la Réunion – Campus du Moufia
Le travail humain, facteur de développement durable et de cohésion sociale

Objectifs du congrès :

La question que vous proposez de traiter les organisateurs du 40^{ème} Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française est celle de la place du travail humain dans la problématique du développement durable et celle de savoir comment l'ergonomie est en capacité de répondre aux enjeux de développement durable en proposant le travail humain comme ressources et enjeux du développement durable.

"Apprendre des autres et aux autres en revisitant nos pratiques antérieures, en les remettant éventuellement en cause pour agir autrement demain".

Pour plus d'informations, merci de consulter les sites ci-dessous :

www.ergonomie-self.org
www.arvise.net
www.anact.fr

En conclusion de cette campagne, il faut essentiellement retenir que :

Le taux de vaccinations a augmenté de 31 % sur l'AP-HP par rapport à 2003.

L'auto-vaccination par les services semble moins efficace que la vaccination par le SLMT. D'un point de vue financier, certains hôpitaux ont dû financer l'ensemble des vaccinations avec le budget du service.

C'est la raison pour laquelle, afin d'obtenir une amélioration sensible d'une situation qui reste nettement perfectible outre l'intensifica-

Vous avez la parole

Vous êtes de plus en plus nombreux à vous manifester et à nous poser des questions, ce dont nous nous réjouissons.

Nous avons donc décidé de sélectionner un thème qui nous semble révélateur de vos préoccupations, à l'occasion de chaque parution de votre Journal. Le Cercle Prévention et Travail, de façon collective, vous en propose la réponse qui, nous l'espérons, fournira à tous des enseignements utiles et surtout concrets.

Pour ce Numéro, nous avons retenu une question portant sur : **Vaccination contre l'hépatite B.**

Question : *Revaccination contre l'hépatite B. Dans le cadre de mon exercice, je suis des policiers municipaux. Lors d'une interpellation, un des policiers a reçu des crachats sanguinolents au niveau du visage et du corps. Il a donc été fait une sérologie HIV et hépatite C et le dosage des anti-corps anti-Hbs.*

Ces prises de sang sont faites systématiquement lorsqu'il y a des risques de contamination par le sang.

Cette personne étant née le 28-07-1977, avait été vaccinée contre l'hépatite B par le vaccin Engérix® par 3 injections les 13-04-95, 26-05-95 et 10-11-95. Or, la sérologie des anti-Hbs montre un taux inférieur à 10. Cette personne ayant été vaccinée avant l'âge de 25 ans, normalement doit être protégée et ne doit pas faire l'objet de rappel. Que dois-je faire pour cette personne, le dosage des anti-corps montrant un taux insuffisant et, du fait de son métier, pouvant être exposée à nouveau à des risques de contamination par le virus de l'hépatite B ?

Réponse du Cercle : Nous considérons que, dans la mesure où l'on dose les anti-corps anti-Hbs, c'est pour en tirer des conséquences pratiques, à savoir une revaccination si le taux est inférieur à 10.

Sinon, on peut considérer que la protection est acquise par les injections initiales et, dans ces conditions, ne pas revacciner.

D'autre part, compte tenu des risques professionnels de cette catégorie de personnels et, en vertu d'un principe de précaution, il est conseillé de revacciner une quatrième fois ce policier.

Pour répondre à vos préoccupations, n'hésitez pas à nous envoyer vos questions.

Cette rubrique désormais permanente vivra grâce à vous et constituera un lien supplémentaire entre nous tous.

UN ENJEU COLLECTIF : Plans, programmes et objectifs pour les médecins du travail

Suite de la page 1

de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement ; plan national pour améliorer la qualité de la vie des personnes atteintes de maladies chroniques ; plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares).

En dehors de cette loi de programme, d'autres plans interpellent également la santé au travail : plan de lutte contre l'insécurité routière, plan canicule, plan éthers de glycol, plan fibres, plan asthme, plan bruit ...

Mais ce sont surtout les plans santé et environnement (PNSE) et santé-travail (PST), lequel s'est largement inspiré du premier tout en complétant sur nombre d'aspects, qui touchent de plus près le fonctionnement et la pratique quotidienne dans les services de santé au travail. On peut en retenir notamment les objectifs d'amélioration de la connaissance de la santé des travailleurs et des expositions professionnelles, de la formation de tous les partenaires concernés à la prévention des risques du travail, du développement de la recherche en santé au travail et de la formation des professionnels, y compris du corps médical, d'intégration de la santé au travail au sein de la politique nationale de sécurité sanitaire. Une disposition y est particulièrement intéressante : celle qui favorise la mise en œuvre de pratiques innovantes au sein des services de santé au travail (reprise dans la circulaire du 7 avril 2005 sur la réforme de la médecine du travail). Elle peut concerner le développement de prestations originales pour l'évaluation et la prévention des risques dans les PME et TPE, la qualité du suivi médical des salariés, la veille sanitaire, la mise en commun de moyens de prévention au service d'entreprises disséminées ou appartenant à des secteurs d'activité spécifique...

Il est prévu que de telles innovations fassent l'objet de contractualisation avec les Directions Régionales du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP), tout comme peut aussi être contractualisée la définition par un service de santé au travail d'objectifs de santé et de prévention des risques dont les modalités de réalisation ont tout intérêt à se situer dans une démarche de projet. A l'inverse, ces services extérieurs de l'état peuvent eux aussi solliciter les services de santé au travail pour qu'ils collaborent à la réalisation de certains programmes, dans le cadre des Plans d'Action des Services de l'Etat en Région (PASER).

Tel est le nouveau contexte – planification – contractualisation – dans lequel, aussi, se situent les réformes récentes qui sont en train de façonner une nouvelle organisation et de nouvelles pratiques de la médecine et de la santé au travail.

On ne peut que se féliciter de voir s'imposer des principes qui doivent rendre le travail de prévention plus efficace dans la mesure où la fixation d'objectifs suppose la consécration de moyens finalisés pour les réaliser et la mise en œuvre d'une démarche permanente d'évaluation des résultats des actions qui sont menées pour y parvenir.

Mais, la superposition de ces plans, induit un phénomène de complexification qui vient s'ajouter aux

efforts demandés à tous pour la seule mise en application des nouveaux textes réglementaires. Le défi posé aux médecins du travail n'est pas simple, à de nombreux égards, ceci est indiscutable. Cependant, dans le cadre des plans d'activités, la fixation d'objectifs de prévention, basée sur l'évaluation des risques et sur les besoins de santé des populations surveillées par chaque médecin au sein de chaque service se présente, dans la plupart des cas, en cohérence avec les objectifs des plans nationaux. Or certains de ces plans sont dotés de moyens spécifiques dont peuvent bénéficier les services de santé au travail demandeurs. Ils mettent en synergie un grand nombre d'acteurs régionaux, y compris au sein des collèges d'employeurs et de partenaires sociaux, parmi lesquels le développement de collaborations et de véritables synergies sont possibles, offrant de meilleures possibilités d'intervention.

Ils contribuent à sortir la médecine du travail d'un certain isolement au sein du système de santé dans son ensemble et tendent à faire évoluer l'exercice de la médecine du travail vers plus de collégialité et de lisibilité. A cet égard, on ne peut qu'encourager notre corps professionnel à entrer dans leur logique, et, dans le cadre du Cercle Prévention et Travail, à faire partager l'expérience de ses membres. ■

CONTACTEZ-NOUS

Faites vous et faites nous connaître :

Si certains de vos amis, collègues et relations sont intéressés par notre Journal, n'hésitez pas à les inciter à nous contacter. Le Journal du Cercle est envoyé **gracieusement** à toute personne impliquée dans les aspects liés à la prévention des risques infectieux en milieu professionnel. Plus vous serez nombreux et plus nous pourrions nous faire le reflet de vos préoccupations.

N'hésitez pas à vous exprimer en adressant vos questions, remarques ou suggestions :

Cercle Prévention et Travail
191, av. Aristide Briand - 94234 Cachan cedex
Fax : 01 55 01 21 75
> e-mail : lob@lob.fr

LE CERCLE PRÉVENTION ET TRAVAIL

Le Cercle Prévention et Travail regroupe à la fois des spécialistes de la médecine du travail mais aussi des infectiologues. Il est aujourd'hui animé par :

- **Le Professeur François Bricaire**,
Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP).
- **Le Professeur Jean-François Caillard**,
Service de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle. CHU de Rouen.
- **Le Docteur Sylvie Larnaudie**,
Médecin Chef au Service des Vaccinations de la Mairie de Paris.
- **Le Professeur Max Micoud**,
Professeur des Maladies Infectieuses.
Faculté de Médecine de Grenoble.