

LISTE DES ABREVIATIONS

COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DGS	Direction générale de la santé
EPOC	Effective practice and organisation of care
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
MG	Médecin généraliste
MP	Maladie professionnelle
MT	Médecin du travail
PRISMA	Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses
SST	Service de santé au travail
TMS	Troubles musculo-squelettiques

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

Stratégie de recherche
Sélection des études
Analyse des données

RÉSULTATS

Sélection des références
Evaluation du degré d'accord entre les lecteurs
Description et scores des études
Taux de contact
Médecin à l'initiative du contact
Objectif et contexte de la communication
Rôles respectifs des professionnels impliqués
Les ressentis et les freins déclarés
La place du secret
Conséquences du contact entre MG et MT
Souhaits des deux groupes
Les pistes évoquées
Les solutions étudiées

DISCUSSION et CONCLUSION

Points forts de l'étude
Risques de biais
Evaluation de la qualité des travaux (scores)
Pays de provenance des études
Déterminants de la collaboration
Perspectives

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Résumé

Introduction: L'objectif de ce travail était de faire l'état des lieux des relations entre les médecins généralistes (MG) et les médecins du travail (MT). Les objectifs secondaires étaient de repérer les freins à leur collaboration et d'envisager des pistes d'amélioration.

Méthode : Une revue systématique de littérature a été réalisée, suivant la méthodologie PRISMA-P. Les équations de recherche ont été entrées dans PubMed, CAIRN, SUDOC, Web of science, ScienceDirect, Cochrane, PsycArticles et Google scholar. La sélection des études et l'extraction des résultats ont été faites par deux chercheurs, de manière indépendante.

Résultats: La sélection a permis d'inclure 28 références (21 articles et 7 thèses), en majorité descriptives. Les pays concernés étaient principalement les Pays-Bas, la France et le Royaume-Uni. La synthèse des données a confirmé le manque de communication entre ces deux professions et leur souhait d'améliorer leur collaboration. Les freins étaient principalement pratiques : manque de temps et difficultés à identifier le médecin du travail. Le manque de connaissance des rôles respectifs de chacun ainsi que le manque de confiance des MG concernant l'indépendance des MT semblaient limiter les relations. Quelques essais ont été réalisés afin d'améliorer leur coopération mais des programmes de formation commune ou l'utilisation de guidelines n'ont pas montré de réelle efficacité. Des pistes étaient proposées, telles que des fiches permettant l'identification du médecin du travail de chaque salarié ou bien l'amélioration de la formation des médecins généralistes dans le domaine de la santé au travail.

Conclusion: Les interactions sont globalement pauvres, cependant les ressentis divergent concernant la fréquence et la qualité de la collaboration. Pour les MG, les freins à une bonne communication sont principalement liés aux MT, et inversement. Par ailleurs, les MG doutent de l'indépendance des MT. Ce manque de confiance est ressenti par les MT. Les freins évoqués sont principalement les difficultés pratiques et le manque de connaissance respectif des rôles et compétences des deux spécialités. Ce sont sur ces points qu'il conviendrait d'améliorer les choses afin de favoriser les échanges entre MG et MT.

Mots-clefs: relations, collaboration, coopération, communication, médecins généralistes, médecins du travail, service de santé au travail.

INTRODUCTION

Les médecins généralistes (MG), au cours de leurs consultations, sont fréquemment confrontés à des problématiques en lien avec la santé au travail de leurs patients. Ainsi, dans une enquête INPES (France, 2009), « 94 % des MG mentionnent avoir été fréquemment confrontés à des pathologies lombaires (dans les 12 derniers mois), 86 % à des problèmes de souffrance psychique, 74% à des lésions consécutives à des accidents du travail et 71 % à des troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres » (1).

En 2003, un rapport de la direction générale de la santé (DGS) sur les risques professionnels estimait à 20000 le nombre annuel de décès, en France, attribuables à des facteurs professionnels. Le nombre de maladies professionnelles (MP) déclarées, reconnues et indemnisées demeure néanmoins largement inférieur aux estimations du nombre de maladies d'origine professionnelle (2). En France, les TMS des membres et du dos reconnus et indemnisés ont entraîné la perte de plus de 8,3 millions de journées de travail et les coûts d'indemnisation s'élèvent à 787 millions d'euros pour le seul régime général de la Sécurité sociale en 2008 (3). La prise en charge des pathologies à caractère professionnel représente donc un enjeu de santé publique (3).

Pourtant, les médecins généralistes se sentent peu à l'aise avec les questions de santé au travail. L'enquête INPES montre que, concernant leurs pratiques, « seuls 10 % s'estiment tout à fait en mesure de (...) répondre facilement aux questions posées » en santé au travail et « 42 % pensent pouvoir le faire ». Dans une étude conduite en PACA en 2005 auprès de 19 professionnels (médecins généralistes et spécialistes, médecins du travail (MT), médecins conseil de la sécurité sociale, inspecteurs du travail, agents de prévention, ...), les auteurs soulignent que l'ensemble des médecins interrogés insiste sur la faiblesse de la formation initiale en santé au travail dans le cursus des médecins praticiens, particulièrement en ce qui concerne la connaissance des démarches administratives. Il a également été souligné « les difficultés à relier les pathologies à l'environnement professionnel des malades » liées au « caractère multifactoriel des pathologies » avec comme exemple un cancer broncho-pulmonaire imputé à l'amiante chez un fumeur (4).

La collaboration entre le MG et le MT pourrait sans doute améliorer la prise en charge des patients rencontrant une problématique de santé en lien avec le travail. Cependant, il semble que le rôle du MT soit assez méconnu des MG et que leur image soit parfois

négative. Dans une étude menée auprès de 180 médecins de 6 départements (France, 1997), les médecins généralistes pensent que le MT est « un médecin de sélection » pour 55,6 % et « un médecin indépendant » pour seulement 32,7 % (5). Or, selon les statuts (6), il a un rôle exclusivement préventif (Art. L4622-2, L4622-3 et L4622-4 du code du travail). Son rôle majeur est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait des conditions de travail en effectuant des examens médicaux du travailleur (Art. R. 4623-1) et des actions sur le milieu de travail (Art. R. 4624-1 à R. 4624-9). De part son contact privilégié avec le monde professionnel, un tiers de son temps étant consacré aux actions sur le milieu de travail, le recours au MT pourrait être une aide précieuse pour le MG. Les objectifs de ces deux spécialités peuvent néanmoins paraître différents. Ainsi le MT aura pour mission la défense du travailleur et le maintien de ses capacités fonctionnelles. Le MG doit prendre en charge le patient dans sa globalité, c'est à dire faire un diagnostic et proposer un traitement adapté tout en intégrant les dimensions physiques et psychologiques ainsi que les aspects personnels et culturels inhérents à chaque individu. On comprend alors que le MG et le MT puissent avoir des points de vue divergents. Il est donc important de s'intéresser aux relations entre ces deux professions. L'objectif de cette étude était de réaliser une revue systématique de la littérature afin de faire l'état des lieux des relations entre les MG et les MT. Les objectifs secondaires étaient de repérer les freins à leur collaboration et d'envisager des pistes d'amélioration afin d'optimiser la prise en charge des patients rencontrant une problématique en lien avec la santé au travail.

MÉTHODES

Stratégie de recherche

Pour réaliser ce travail, la méthodologie PRISMA-P a été suivie (7). Lors de la première étape, les mots-clefs de l'équation de recherche ont été entrés dans les moteurs de recherche des bases de données suivantes : PubMed, CAIRN, Persée, SUDOC, Web of science, Google scholar, ScienceDirect, PsycARTICLES et Cochrane. L'équation utilisée dans PubMed était limitée aux titres et résumés, ainsi qu'aux langues anglaise et française, pour la période du 01/01/1990 au 30/06/2015, et reprenait les termes suivants : (collaboration* OR cooperation* OR communication* OR relation*) AND (« general practi* » OR « family doctor* » OR « family practi* » OR « family medicine ») AND (« occupational physician* » OR « occupational health physician* » OR « company physician* »). Les recherches dans les autres bases ont été adaptées avec utilisation des expressions entières, quand les troncatures n'étaient pas acceptées, et termes en français («collaboration* OU coopération* OU communication* OU relation*») ET («médecin* général*» ou «médecin* de famille» ou «médecin* traitant») ET («médecin* du travail») dans les bases francophones. Lorsque cela était possible, les restrictions concernant la langue et les dates étaient utilisées. La gestion des sources et des références bibliographiques a été effectuée grâce au logiciel ZOTERO (Zotero, v.4.0.28.3, 31/08/2015). Les résultats ont été enrichis par d'autres sources, sans recherche dans les bases de données (sources connues des auteurs principalement).

Sélection des études

Après avoir exclu les doublons, une première sélection a été faite, à la lecture des titres et des résumés, selon les critères d'inclusion suivant : des études médicales, psychologiques ou sociales, qualitatives ou quantitatives, observationnelles ou interventionnelles, publiées depuis 1990, dont les objectifs, principaux ou secondaires, étudient les relations entre MG et MT, les représentations respectives de ces professionnels, les freins à leur collaboration et les pistes éventuelles d'amélioration. Etaient exclus les articles rédigés dans une autre langue que le français ou l'anglais ou non basés sur une étude. Une seconde sélection a été faite à la lecture du texte intégral. Les données des études retenues ont été collectées grâce à un formulaire d'extraction selon les critères suivants : titre, auteur, année de l'étude, année de publication, région/pays, type d'étude, objectif, méthode, principaux résultats et score de l'étude. La sélection des études et l'extraction des données ont été faites par deux chercheurs, de

manière indépendante. En cas de divergence initiale, les articles concernés ont fait l'objet d'une discussion entre les deux lecteurs afin d'obtenir un consensus. L'étude a reçu l'accord du comité d'éthique d'Angers (n°2015/56).

Analyse des données

Le degré de qualité de chaque étude a été évalué grâce à différentes échelles ; les lignes directrices COREQ pour les recherches qualitatives (8), les critères du groupe EPOC pour les essais contrôlés (9), les critères STROBE pour les études descriptives (10) et les critères PRISMA-P pour les revues de littérature (7). Afin de pouvoir comparer aisément les différentes études, il a été décidé d'essayer d'obtenir une évaluation sous forme de score. En comptabilisant le nombre de critères présents et en le ramenant au nombre de critères total, un score est obtenu sous forme de pourcentage. Les données ont été retenues en priorité dans les études ayant obtenu les meilleurs scores, néanmoins aucune référence n'a été exclue, l'objectif de l'étude étant d'être exhaustive. Les résultats ont ensuite été synthétisés sous forme d'analyse thématique.

Rapport-Gratuit.com

RÉSULTATS

Sélection des références

La procédure de sélection des études est résumée dans le diagramme de flux PRISMA (figure 1). Initialement vingt-neuf travaux avaient été retenus. Il avait été décidé de conserver un article (11) issu d'une enquête (1) plus complète. Lors de la synthèse des résultats, cet article, n'apportant aucune information supplémentaire, a été considéré comme un doublons et exclu a posteriori. Vingt-huit références ont donc finalement été retenues.

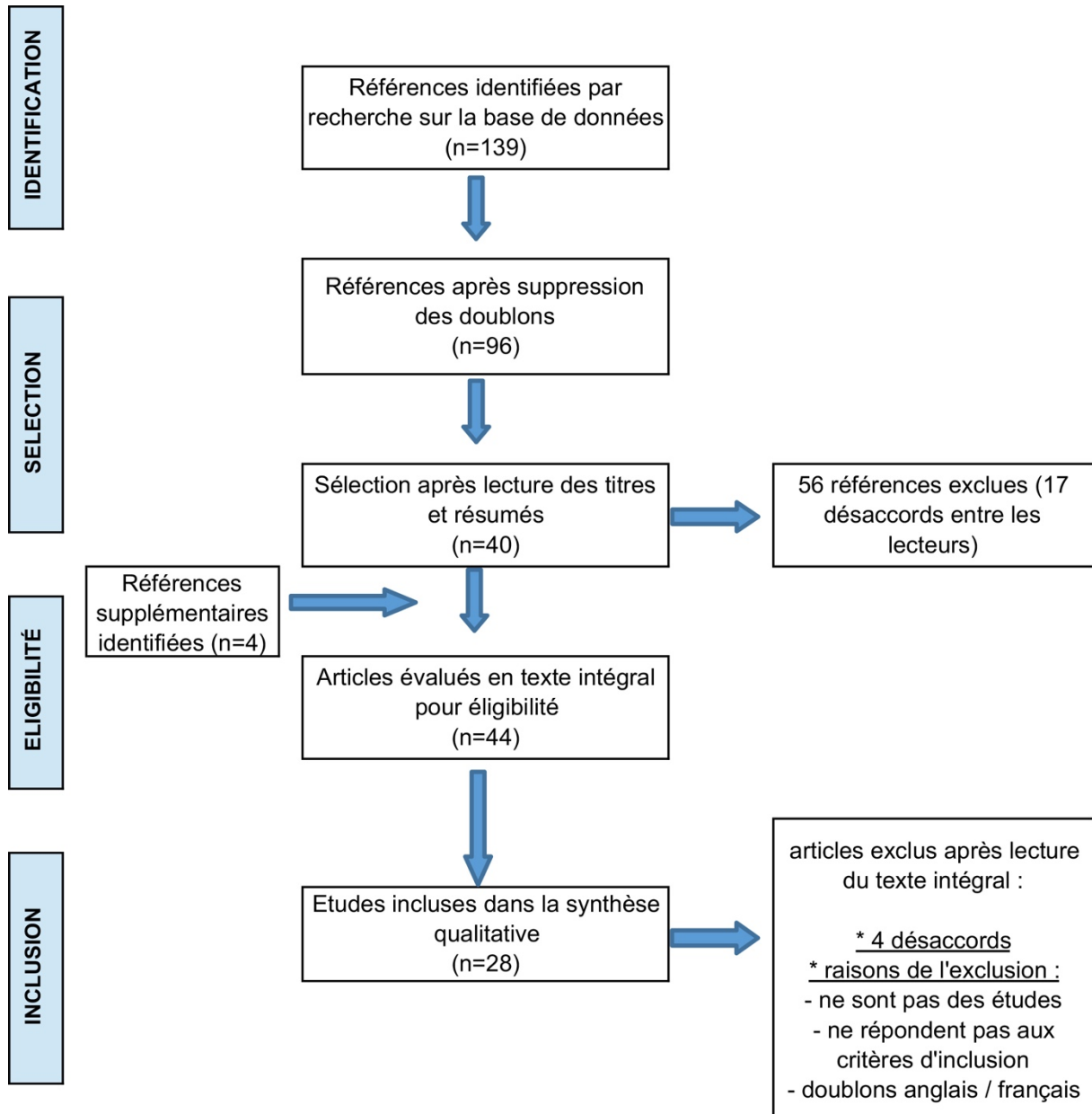


Fig. 1 ; Diagramme de flux PRISMA

Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. *Kinesither Rev* 2015;15(157) (12)

Evaluation du degré d'accord entre les lecteurs

Le calcul du coefficient Kappa de Cohen a été réalisé afin d'évaluer la concordance entre les deux lecteurs concernant la sélection des études (13). Après la lecture des titres et résumés, le Kappa est à 0,62. Il est à 0,77 après lecture des références en intégralité. Ainsi, l'accord entre les deux lecteurs a été considéré comme fort aux deux étapes de sélection.

Description et scores des études

Sur les 28 références incluses dans l'étude, 21 sont des articles et 7 sont des thèses d'exercice de médecine. Les pays de publication de ces études sont essentiellement la France, le Royaume Uni et les Pays-Bas. Il y a une étude allemande. On retrouve 19 études descriptives, 6 études qualitatives, 2 essais contrôlés et 1 revue de littérature. Concernant la qualité des travaux retenus, les essais contrôlés et la revue de littérature obtiennent des scores faibles. Les études descriptives et qualitatives obtiennent globalement de meilleurs scores.

Tableau 1 - Etudes descriptives

Auteur	Date - Pays	Méthode et population	Objectif principal	Principaux résultats	Score (critères STROBE)
P. Buijs	1995 - Pays-Bas	Questionnaires à 232 MT et 243 MG	Etudier la coopération entre les MG et les MT	-Coopération pauvre (1 fois (ou -) par mois pour 50% des MG) et initiée par le MT dans 85% des cas -Accord sur l'intérêt d'améliorer coopération (80%) -Obstacles = liés aux MT pour les MG et inversement pour les MT -Consensus = les MG ne savent pas ce qu'ils peuvent attendre des MT + suspicion de non indépendance des MT	63%
A.M. De Bono	1991/1993 - Royaume Uni	Etude des dossiers de 472 consultations consécutives, concernant 386 patients, dans un SST	Etudier la communication entre les MT et les autres médecins	-Contact entre MT et MG dans 53% des cas -Critères d'influence = longueur de l'AT, maladie psychiatrique, nombre de consultation -98% des demandes d'information ou d'avis obtiennent une réponse (25 % en cas de transmission d'informations de la part du MT) -Communication avec un autre médecin : influence la prise en charge par le MT dans 20% des cas -Contact MT-MG suivi d'une action du MG dans 24% des cas.	63%
R. Hoedeman	2006/2007 - Pays-Bas	Questionnaires à 43 MT, concernant 483 employés en AT, avec ou sans un symptôme sévère, non expliqué médicalement (MUPS)	Différence entre les modèles de rapports fait par les MG et les MT, notamment concernant le diagnostic et le sexe.	-Seule tâche qui représente une difficulté pour le MT = communication avec le MG (10,3% des cas pour les patients avec MUPS contre 2,4% des cas en l'absence de MUPS)	77%
L. Hussey	2006/2007 - Royaume Uni	Comparaison des rapports adressés au SST, par les MT et les MG, concernant les problèmes de santé liés au travail.	Comparer les cas rapportés par les MG et les MT et discuter comment des biais peuvent les affecter	-MT rapportent significativement plus de cas de problèmes psychologiques (LR = 78%) et plus de cas féminin (LR = 18%)	77%
P. Kirstetter (thèse)	2010 - France	17 MG et 18 MT (questionnaire)	Etudier la communication entre le MG et le MT	-Manque de communication pour 86% des MT et nécessité d'améliorer les relations (92%). -Principaux motifs selon les MT = inaptitude (3/4), invalidité (50%), arrêt de travail répétés (<50%), reprise après arrêt prolongé (2/3). -Principaux freins selon MT = manque de temps (64%), difficultés pour le MG d'identifier le MT (50%), Secret (44%) -MT sollicités pour = visite de pré-reprise (44%), aptitude (29%), santé psychique (29%), suspicion de maladie professionnelle (19%), pathologie chronique (16%)	45%
G. Parker	1991* - Royaume Uni	52 MG (questionnaire)	Evaluer l'attitude des MG envers les SST	-90% des MG disent recevoir des informations des SST et 79% les considèrent utiles -Avis positifs = action pour le meilleur intérêt du patient (79%), pour l'éducation à la santé et certaines vaccinations -Avis négatifs = interfèrent avec soins primaires (parfois, selon 81% des MG), dépistage et la plupart des vaccinations n'est pas leur rôle	36%
G. Parker	1996* - Royaume Uni	260 MG et 223 MT (questionnaire)	Explorer l'attitude des MT et des MG concernant les différentes actions des SST	-Désaccord sur les rôles de dépistage et de vaccination, ainsi que sur la prise en charge du handicap -Accord sur le rôle de promotion de la santé -Pour 71% des MT les SST communiquent fréquemment avec les MG mais seul 8% des GP le pensent également	45%
A.P. Nauta	2001* - Pays-Bas	338 MG et 209 MT (questionnaire)	Etudier les différences possibles de confiance entre les MT et le MG, ainsi que les facteurs explicatifs de la confiance (5 hypothèses)	- « confiance basée sur la connaissance > confiance basée sur l'identification » = vérifié - « relation entre haut niveau de confiance basée sur la connaissance et fréquence élevée de contacts » = vérifié - « les MT ont un plus haut niveau de confiance basée sur l'identification que les MG » = non vérifiée - « les MT percevant un statut égal ont un plus haut niveau de confiance » = vérifiées seulement pour la confiance basée sur la connaissance - « les MG percevant un statut supérieur ont un plus bas niveau de confiance » = vérifiées seulement pour la confiance basée sur la connaissance	23%

Les dates sont celles de l'année de réalisation de l'étude ; quand celle-ci n'a pas pu être trouvée, c'est la date de publication qui a été indiquée (*)

Tableau 2 - Etudes descriptives

Auteur	Date - Pays	Méthode et population	Objectif principal	Principaux résultats	Score (critères STROBE)
R. Portier (thèse)	2014 - France	62 MG et 19 MT (questionnaire)	Evaluer ce que pensent les MG et les MT de leurs relations ?	-Communication présente selon 79% des MG et 88% des MT -Estimée assez bonne ou bonne pour la majorité (92% des MG et 90% des MT) -61% des médecins pensent que ce contact influence la prise en charge du patient. -85% des MG disent bien comprendre le métier du MT mais 35% des MT pensent que ce n'est pas le cas.	59%
L. Rival (thèse)	2000 - France	131 MG (questionnaire). Comparaison avec une enquête de 97.	Déterminer comment améliorer les relations MG-MT afin de les impliquer dans la santé au travail	-La plupart des MG disent contacter le MT moins de 5 fois par an -Facteurs limitants = MT non connu et difficultés pratiques -Les MG sont favorables à = fiche patient, courrier du MT après une consultation (carte réponse pré-imprimée), brochure d'information	22%
A.F. Stern	2010 - Royaume Uni	374 MG (questionnaire envoyés au MG de 600 employés ayant subi une évaluation par le MT)	Informations transmises au MG par le MT après consultation. Attentes des MG.	-Souhaitent recevoir des informations après les consultations de leur patient avec le MT -A propos de = diagnostic (81%), évaluation clinique et fonctionnelle (74% et 79%) conseils sur temps et ajustements avant retour au travail (82 % et 78%) -Préfèrent par courrier (92%)	77%
P. Verger	2009 - France	752 MG et 750 MT (entretiens téléphoniques)	Etudier les perceptions croisées des médecins généralistes et des médecins du travail sur leurs rôles et relations.	-36% des MG s'estiment formés en santé au travail -Dans l'année passée, fréquemment rencontré par MG: pathologies lombaires (94%), souffrance psychique (86%), lésions causées par un AT (74%) et TMS (71%) -62% des MG estiment bien comprendre le métier de MT alors que 65% de ces derniers pensent que ce n'est pas le cas -57% des MG sont confiants dans l'efficacité du MT (ressenti par 48% des MT) mais doutent de leur indépendance (ressenti par 50% des MT).	54%
P. Laurent	1997 - France	162 MG (questionnaire)	Analyser les pratiques relationnelles entre les MG et les MT.	-Adresse au MT si besoin d'améliorer les conditions de travail et si suspicion de MP -Les plus jeunes et récemment installés connaissent moins bien les MT et leur rôle. Ils les contactent moins. -Freins = MT non connu (72,7%), difficultés pratiques (46,8%), manque de connaissance du rôle du MT (30,9%), secret (24,5%) -Doute sur indépendance (64%), le considère comme médecin de sélection (62%)	54%
F. Doussin (thèse)	2008 - France	176 MG (questionnaire)	Etudier les relations entre le MT et les MG (reprise d'une enquête de 1997)	-Amélioration, depuis 97, des relations ; MG sollicitent plus le MT et connaissent mieux son rôle -Meilleure sensibilisation des MG à la médecine du travail mais manque de formation initiale et les FMC ne modifient pas leurs habitudes. -64,8% des MG contactent systématiquement le MT en cas de nécessité d'aménager les conditions de travail -Facteurs limitants = non connaissance de l'identité du MT (idem qu'en 97), difficultés pratiques (plus souvent cité qu'en 97), peu d'efficacité des SST, manque de connaissance du rôle du MT, secret.	54%
J.R. Anema	1999/2001 - Pays Bas	-Cohorte de 555 employés, en arrêt, pour problème de santé mentale (entretien téléphonique puis questionnaire) -Interview du MG et/ou du MT de 72 employés	Décrire la prise en charge par le MG et le MT. Etudier leur communication ; déterminer accord sur le diagnostic, cause principale de l'arrêt et obstacles au retour au travail.	-MT évoque plus les conditions de travail (42,9% contre 28%) et contacte plus l'employeur (10,6% contre 1,9%) -Intervention du MG plutôt médicales et du MT plutôt orientées vers le travail -Seulement 8% de contact MG/MT -Si obstacle au retour au travail ; communication plus fréquente en cas de conflit au travail ou de problème financier et/ou personnel du patient -Peu d'accord concernant diagnostic et obstacle au retour au travail	68%
J.R. Anema	1994/1995 - Pays Bas	MT de 300 patients en arrêt de travail depuis 3 à 4 mois, pour lombalgie basse (questionnaire)	Déterminer les obstacles au retour au travail pour ces patients. Etudier fréquence et contenu de la communication.	-MT évoquent = latence avant prise en charge (32%), durée du traitement (30%) et point de vue du MG (28%) comme obstacle au retour au travail. Freins psychosociaux moins cités. -Contact MT-MG = 19% des cas, + souvent pour échange informations que pour harmoniser prise en charge -Contacts plus fréquents si blocage psychologique (36%), manque de motivation (40%) et passivité envers le retour au travail (39%) -Contacts moins fréquents si la prise en charge par le MG est considérée comme facteur limitant	73%

Les dates sont celles de l'année de réalisation de l'étude ; quand celle-ci n'a pas pu être trouvée, c'est la date de publication qui a été indiquée (*)

Tableau 3 - Etudes descriptives - Essais et Revue de Littérature

Auteur	Date - Pays	Méthode et population	Objectif principal	Principaux résultats	Score	
P. Buijs	2006 - Pays Bas	23 MG entraînés à utiliser un guideline. Questionnaires aux 12 MG ayant inclus des patients et aux 24 patients inclus (employés, en AT pour plaintes psychologique ou stress en lien avec le travail).	Etudier les effets de l'utilisation d'un guideline visant à harmoniser la prise en charge avec le MT. Etapes : identifier le problème, diagnostic, contacter le MT si manque d'information, communiquer avec MT si obstacle au retour au travail ou si intervention au travail nécessaire, harmoniser les conseils.	-satisfaction modérée concernant le guideline (score = 5,5/10). -utilisé entièrement avec 10 patients, partiellement avec 10, et pas du tout avec 4. -amélioration sur le retour au travail de longue durée (7/10) et sur la rapidité de la réhabilitation (6/10) -les contacts MG/MT (18 contacts concernant 12 patients) améliorent la prise en charge (harmonisation et division des tâches, prévention des conseils contradictoires) -les patients sont satisfait notamment des contacts MG/MT	68% (STROBE)	
M. Kergesse	2006 - France	Questionnaires remplis par 43 médecins du travail de 65 patients inclus dans le réseau lombaction	Etudier l'efficacité du réseau de santé de maintien dans l'emploi pour les patients lombalgiques chroniques ; appréhender la réalisation des aménagements du poste de travail et apprécier la communication interprofessionnelle entre le MT et les autres intervenants du réseau	-Manque de communication entre les différents intervenants -Avant la consultation 22,2% des MT ont eu besoin d'échanger des informations avec le MG. Ont initié le contact dans 85% des cas -Echange d'informations ressenti par le MT comme « difficile » ou « plutôt difficile » (50%) -Après entrée dans le réseau = MT informé dans 89,1 % des cas (par le réseau, le salarié ou la spécialiste, mais jamais par le médecin traitant) -Après prise en charge dans le réseau, MT entré en contact avec le MG dans 4,6 % des cas	73% (STROBE)	
A.P. Nauta	2000 - Pays Bas	Programme commun de formation pour 34 MG et 20 MT (questionnaires avant/juste après/à 3 mois). Entretiens à 18 mois de 2 MG et 2 MT	Evaluer les effets socio-psychologiques d'un programme commun de formation pour les MG et les MT, visant à améliorer la collaboration interprofessionnelle	-Augmentation de la confiance des MG envers les MT immédiatement après le programme, mais l'effet disparaît sur le long terme -Diminution des préjugés contre les MT	81% (STROBE)	
Type d'étude					Score	
Essai contrôlé, non randomisé	E. Faber	2004 - Pays Bas	Région intervention = 25 MG et 25 MT inclus et formés, 76 patients avec lombalgie basse, en AT depuis 3 à 15 semaines. Groupe contrôle équivalent dans une autre région. Questionnaires.	Déterminer l'efficacité d'une formation visant à améliorer la collaboration entre les MT et MG dans le traitement des patients avec lombalgie basse.	-Aucune sollicitation du MT par le MG -MT ont contacté MG dans 12,5% des cas dans le groupe intervention, pas de DS avec groupe contrôle -Patients du groupe d'étude retournés au travail plus tard mais plus satisfaits de la prise en charge -Pas de DS dans la consommation médicale (imagerie, paramédicaux..)	33% (EPOC)
Essai contrôlé, non randomisé	P. Van Dijk	2000/2003 - Pays Bas	26 MG en 4 groupes (7 et 7 dans 2 groupes intervention et 6 et 6 dans 2 groupes contrôle)	Evaluer l'efficacité d'un protocole aidant les MG à repérer les facteurs de risque d'arrêt de travail de longue durée et à collaborer avec le MT	-Pas d'augmentation du taux d'enregistrement des données concernant conditions de travail -Augmentation modérée du taux d'enregistrement des facteurs de risque ; Informations sur l'arrêt de travail actuel = +7,5% Informations sur les arrêts de travail antérieurs = +4,5% -Dans le groupe intervention, les MG adressent un peu plus au MT (+2,9%)	44% (EPOC)
Revue de littérature	K. Van Royen	2013* - Royaume Uni	Recherche de guidelines internationaux dans the Guidelines International Network and US National Guidelines Clearinghouse databases	Recherche de guidelines pour la prise en charge par le MT, et sa collaboration avec le MG, concernant le mésusage de substances et de leur prise en charge en ce qui concerne les travailleurs	-20 guidelines retenus -2 donnent des recommandations pour le MT mais ne concernent que la consommation d'alcool -Peu de références retenues, manque de preuves dans ce domaine -Pas de guidelines ni de publications disponibles sur l'efficacité de la collaboration entre le MG et le MT dans ce domaine	44% (PRISMA)

Les dates sont celles de l'année de réalisation de l'étude ; quand celle-ci n'a pas pu être trouvée, c'est la date de publication qui a été indiquée (*)

Tableau 4 : Etudes Qualitatives

Auteur	Date - Pays	Méthode et population	Objectif principal	Principaux résultats	Score (lignes directrices COREQ)
M.A. Ligier (thèse)	2011 - France	19 MT, entretiens semi-dirigés (un avant et un après la mise à disposition d'une fiche patient)	Evaluer l'intérêt d'une fiche patient pour la prise en charge et la prévention de l'épicondylite au travail et dans la coordination entre MT et généraliste.	-63% des MT ne sont pas totalement satisfaits de la coordination avec le MG -Fiche intéressante pour améliorer la coordination (73,7%) mais difficultés dans l'utilisation pratique (chronophage)	53%
D. Mosshammer	2009 - Allemagne	Entretiens avec 3 focus groupes (MT, MG et médecins exerçant dans les 2 domaines)	Analyser des suggestions pour optimiser la coopération entre MT et MG	-Optimiser la coopération ; nécessaire pour les MT, intérêt parfois remis en question par les MG. -Thèmes d'amélioration : conditions structurelles, communication interprofessionnelle, formation médicale, clarifier les rôles, soins centrés sur le patient -Même si MG et MT sont d'accord pour favoriser la formation, les MG sont peu favorables aux FMC communes -Egalement opposés à des procédures standardisées	78%
C. Reymond (thèse)	1996* - France	5 MG et 5 MT, entretiens semi-dirigés	Etudier la place du secret dans les relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail	-Secret peut être un frein lorsque c'est le MT qui contacte et dans certaines « pathologies lourdes » -Si motif de relation considéré comme « dans l'intérêt du patient » = pas de frein. Communication alors libre, à condition que le patient ait donné son accord. -Intérêt de « préciser la notion de secret dans les esprits ». Clarifier le cadre légal. -MG = manque de connaissance du rôle du MT et doute sur son indépendance + manque de formation "administrative"	46%
M.L. Saliba	2009 - France	15 entretiens semi-dirigés à propos de salariés concernés par une restriction d'aptitude (MT, médecins de soin et acteurs du reclassement professionnel)	Documenter les rôles perçus, les attitudes et les pratiques ainsi que les difficultés rencontrées	-Communication de type échanges informels qui satisfont 53% des intervenants -Accord sur rôle central du MT, sur nécessité prise en charge précoce des salariés et sur importance du travail en partenariat -Difficulté de communication entre professionnels ; manque de lisibilité des rôles et manque d'informations sur les outils de maintien dans l'emploi	53%
D.G. Beaumont	2002 - Royaume Uni	25 participants (MG et professionnels en santé au travail). Etude Delphi. Entretiens.	-Essayer d'obtenir un consensus concernant la compréhension de l'importance de la réhabilitation au travail et des effets des rôles respectifs et interactions	-Consensus obtenu sur = importance de la réhabilitation, rôle crucial du MG et rôle central des professionnels de santé au travail -Communication très pauvre	65%
M. DURET (thèse)	2012/2013 - France	13 entretiens semi-dirigés, avec des MG	Etudier la prise en charge morale au travail par les MG	-Relations et communication variables, en fonction de la connaissance du MT et de son rôle -Par téléphone ou courrier -Difficultés pratiques	68%

Les dates sont celles de l'année de réalisation de l'étude ; quand celle-ci n'a pas pu être trouvée, c'est la date de publication qui a été indiquée (*)

Taux de contact

Les interactions entre les MG et les professionnels des services de santé au travail (SST) sont plutôt pauvres cependant les taux constatés sont variables, de 8 % à 53 % selon les études. Ainsi une étude analysant 472 consultations consécutives dans un service de santé au travail (A.M. De Bono, UK, 1991) retrouvait un contact entre le MT et le MG dans 53 % des cas (14). Dans un essai contrôlé (P. Van Dijk, Pays Bas, 2000), alors que le protocole prévoyait un contact systématique entre le MG et le MT lors d'une plainte persistant plus de 12 semaines, il était retrouvé davantage de contacts dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle, sans que cela ne soit significatif (15). De même, J.R. Anema retrouvait un taux de contact de 8 % dans son étude de 1999 (16) et de 19 % dans son étude de 1994 (17). Ces chiffres se vérifient dans les études déclaratives, où le ressenti des professionnels est recueilli. Ainsi, dans une étude Delphi (D.G. Beaumont, UK, 2002), visant à analyser les suggestions pour optimiser la coopération entre les MG et les MT, un consensus existait pour reconnaître une communication très pauvre (18). Dans une thèse qui étudiait les relations entre MG et MT (P. Kirstetter, France, 2010), 86 % des MT considéraient qu'il existait un manque de communication. Cependant, G. Parker (UK, 1996), estimait que 71 % des MT considéraient que les SST communiquaient fréquemment avec les MG alors que seuls 8 % des MG le pensaient aussi (19).

Médecin à l'initiative du contact

Cinq études s'intéressant au professionnel initiant le contact s'accordent à dire qu'il s'agit du MT le plus souvent, notamment dans l'étude de P. BUIJS (Pays Bas, 1995) où c'est le cas pour 80 % des échanges (20).

Objectif et contexte de la communication

Le plus souvent, comme pour J.R. Anema (Pays-Bas, 1999) qui interrogeait les MT de 300 salariés en arrêt de travail pour lombalgie basse, l'objectif du contact est un échange d'information, et non une harmonisation de la prise en charge. Dans cette étude les contacts étaient plus fréquents si le patient présentait un blocage psychologique (36 %), un manque de motivation (40 %) et une passivité envers le retour au travail (39 %). Ils étaient moins fréquents si le MT considérait que c'était la prise en charge par le MG qui était un facteur limitant (17). A.M. De Bono (UK, 1991), a étudié la communication entre les MT et les autres médecins, à travers l'analyse de 472 consultations consécutives dans un SST. Les MT souhaitaient, en grande majorité, transmettre une information, moins souvent en obtenir une (20 %) et encore moins demander un avis (12 %) (14).

Dans les trois études étudiant plus particulièrement les motifs favorisant les contacts, les arrêts de travail longs et/ou répétés étaient cités par les MT. Les problèmes psychologiques ou psychiatriques représentaient également des motifs de contact plus fréquents (A.M. De Bono, 1991 (14), J.R. Anema, 1994 (17) et P. Kirstetter, thèse d'exercice de 2010). Les autres contextes faisaient moins consensus ; nombre élevé de consultation pour les MT anglais interrogés par A.M. De Bono (14) et découverte d'une pathologie, mise en inaptitude, en invalidité ou en maladie professionnelle pour les MT français interrogés par P. Kirstetter.

P. Laurent (France, 1997), dans une étude descriptive basée sur les réponses de 162 MG, montrait que les MG sollicitaient plus facilement le MT s'ils le connaissaient et si l'ancienneté de leur installation était plus importante (5). Les MG évoquaient, comme situation leur faisant solliciter le MT, la visite de pré-reprise et cela dans deux études (P. Kirstetter, 2010 et P. Verger, 2009 (1)). Cependant, dans l'enquête de 2009, les MG disaient conseiller à leur patient de contacter leur MT pour une visite de pré-reprise mais ne le sollicitaient pas directement. Les autres motifs étaient : la nécessité d'aménager les conditions de travail (F. Doussin, thèse d'exercice de 2008), l'aptitude, un problème de santé psychique, une suspicion de maladie liée au travail et une pathologie chronique (P. Kirstetter, 2010). Les situations de handicap au travail sont évoquées uniquement dans l'étude menée par G. Parker auprès de 52 MG britanniques (Pays-Bas, 1991) où 33 % d'entre eux avaient déjà sollicité les SST pour un patient handicapé (21).

Rôles respectifs des professionnels impliqués

J.R. Anema (Pays Bas, 1999) a publié une étude comparant la prise en charge par les MG et les MT de 555 patients en arrêt pour un problème de santé mentale. L'intervention du MT était plutôt orientée vers le travail (il évoquait plus les conditions de travail et contactait plus l'employeur) alors que celle du MG était plutôt médicale (prescription d'arrêts de travail et de traitements médicamenteux) (16). Des différences de points de vue émergeaient sur les rôles respectifs des deux spécialités. Dans l'enquête INPES de 2009, les deux professions étaient en accord sur le fait que le rôle du MG était d'interroger le patient sur ses conditions de travail, de favoriser le retour au travail, de rédiger la première déclaration de MP ainsi que d'aider les patients dans leurs démarches pour la reconnaissance de MP. Par contre, seuls 55 % des MT (contre 76 % des MG) pensaient que le dépistage des expositions professionnelles faisait partie du rôle du MG. Relativement peu de MT (28 %) pensaient qu'il était du rôle du MG de fournir des conseils pour promouvoir la santé au travail (1).

Les rôles des SST étaient évoqués dans une enquête britannique de 1996 où G. Parker interrogeait 260 MG et 223 MT. Les deux professions évoquaient la promotion à la santé et le dépistage. Il y avait, par contre, un désaccord sur le rôle dans la prise en charge du handicap sur le lieu de travail ainsi que sur les vaccinations. En effet, le rôle des SST dans la plupart des dépistages (audiométrie, test de vision, HTA) faisait consensus alors que celui dans les vaccinations montrait des divergences. Par exemple si 88 % des MT considéraient la vaccination contre le tétanos comme relevant de leur rôle, seuls 53 % des MG le pensaient aussi (19).

Les ressentis et les freins déclarés

Les généralistes doutaient de l'indépendance des MT. Cette notion fait consensus dans les deux spécialités. Dans l'enquête INPES (France, 2009), 59 % des MG exprimaient ce doute et 51 % des MT le ressentaient également (1). L'enquête de P. Buijs confirmait cet obstacle, ajoutant que les MG « ne savaient pas ce qu'ils pouvaient attendre des MT » (20). Pour P. Laurent, 64 % des MG doutaient de l'indépendance du MT et 62 % le considéraient comme un « médecin de sélection » (5).

Si les MG déclaraient douter de l'indépendance des MT dans plusieurs études, ce ressenti était rarement explicitement décrit comme frein à une bonne communication. Seuls les MG et les MT interrogés en 1996 (P. Buijs, Pays Bas) le notaient comme obstacle à de bonnes relations (20). Les MG et les MT évoquaient le manque de connaissance des MG en santé au travail mais pas dans les mêmes proportions. Dans l'enquête INPES (France, 2009), 62 % des MG avaient le sentiment de « plutôt bien comprendre le métier des MT » alors que seuls 35 % des MT le pensaient aussi (1). Ainsi P. Buijs (Pays-Bas, 1999) montrait que 57 % des MT pensaient que les MG manquaient de connaissance concernant les SST et la législation, alors que seuls 34 % des MG étaient du même avis (20). En 2009, seuls 10 % des MG « s'estimaient tout à fait en mesure de (...) répondre facilement aux questions posées » en santé au travail (1).

Si la méconnaissance des MG en santé au travail était souvent citée comme frein, leur manque de formation n'était pas directement identifié comme un obstacle. Pourtant, seuls 6,2 % des 162 MG interrogés en 1997 avaient suivi une formation en médecine du travail (5). Dans l'enquête INPES de 2009 (1), les MG disaient avoir suivi une formation en santé au travail, soit lors de leur formation initiale (20 %), soit au cours de leur formation continue (24 %).

Les freins évoqués par les MG interrogés par P. Laurent en 1997 étaient principalement le fait de ne pas connaître l'identité du MT (72,7 %) et les difficultés pratiques (46,8 %).

Les autres raisons citées étaient : la méconnaissance du rôle du MT (30,9 %), le secret professionnel (24,5 %) et le peu d'efficacité de la médecine du travail (20,9 %) (5). L'étude comparative de 2008 (F. Doussin, thèse d'exercice, France) retrouvait les mêmes obstacles. Le fait de ne pas connaître l'identité du MT y était évoqué dans les mêmes proportions. Les difficultés pratiques, elles, étaient plus souvent citées qu'en 1997, surtout chez les plus jeunes (67 % avant 50 ans et 46 % après). Le manque de confiance dans l'efficacité du MT était évoqué par 57 % des MG de l'enquête de 2009 (ce qui était ressenti par 48 % des MT) (1).

La place du secret

Le secret médical, comme frein à la communication, est retrouvé essentiellement dans des études françaises. Il était cité comme frein à une bonne collaboration par 44 % des MG interrogés par P. Kirstetter, dans sa thèse de 2010. En 1997, 24,5 % des MG interrogés par P. Laurent l'évoquaient (5). Dans l'étude comparative de 2008 (F. Doussin, France), ce chiffre avait diminué puisque qu'ils n'étaient alors que 13,6 % à le penser. Ce sujet a fait l'objet d'une thèse d'exercice (C. Reymond, France, 1996) où le secret y était cité comme obstacle par les MG, mais seulement dans certaines situations : lorsque c'est le MT qui contacte le MG et dans certaines « pathologies lourdes ». Mais ce frein n'était pas évoqué pour tous les autres motifs de relations, qui étaient alors considérés comme « dans l'intérêt du patient ». La communication se faisait alors librement, à condition que le patient ait donné son accord.

Conséquences du contact entre MG et MT

En 2014, 61 % des MG interrogés par R. Portier (thèse d'exercice, France) pensaient qu'un contact avec le MT influençait la prise en charge du patient. Cependant, il y a peu de résultats quantifiant le retentissement concret d'une interaction entre un MG et un MT. Pour A.M. De Bono (14), qui a étudié 472 dossiers de consultations dans un SST, la communication avec le MG influençait la prise en charge par le MT dans 20 % des cas. Parallèlement, une communication MG-MT était suivie d'une action du MG dans 24 % des cas (réaliser un certificat, adresser le patient à un spécialiste, initier ou revoir un traitement principalement). Dans l'étude menée par D. Mosshammer (Allemagne, 2009), les MG questionnaient l'intérêt d'optimiser la coopération (« cela présente-t-il un réel intérêt pour les patients ? ») (22). Les MT, médecins de soins et acteurs du reclassement professionnel interrogés par M.L. Saliba (France, 2009) pensaient que les pratiques collaboratives facilitaient le traitement des dossiers de maintien dans l'emploi et augmentaient le taux de réussite des démarches. Les médecins du travail avaient

notamment rapporté avoir établi des collaborations qui leur permettaient de faire le point sur l'état de santé des salariés avec les médecins généralistes et spécialistes (23).

Souhaits des deux groupes

Dans son enquête de 1995, P. Buijs montrait que plus de 80 % de chaque groupe souhaitait une amélioration des relations et de la communication (20). De même, dans l'enquête de M.L. Saliba (23), qui concernait l'évaluation du dispositif de maintien dans l'emploi, l'importance du travail en partenariat faisait consensus auprès de tous les acteurs interrogés. Seuls les généralistes allemands, dans l'étude de 2013, ont parfois remis en question cette idée (22). Les MG d'une enquête britannique de 2012 (A.F. Stern), aimeraient « avoir un retour » de la part des MT après les consultations d'évaluation de leurs patients. Ils souhaitaient avoir des informations sur le diagnostic (81 %), l'évaluation clinique (74 %) et fonctionnelle (79 %) ainsi que des conseils sur le temps (82 %) et les ajustements (78 %) avant un retour au travail (24).

Les pistes évoquées

Deux thèmes d'améliorations ont été régulièrement évoqués. Il s'agirait tout d'abord d'améliorer les connaissances respectives concernant l'autre profession (rôles et compétences) afin de diminuer les préjugés et d'améliorer la confiance. Par ailleurs, agir sur les difficultés pratiques est également souvent cité. Ainsi, en 1995 (P, Buijs, Pays Bas), les MT souhaitaient être plus souvent sollicités par le MG, avoir plus de contacts téléphoniques et obtenir plus d'intérêt des MG pour la réhabilitation au travail. Ils souhaitaient également que les MG soient plus facilement joignables. Les MG, quant à eux, souhaitaient que les MT clarifient leur rôle et possibilités, qu'ils communiquent plus sur la prévention et la réhabilitation plutôt que sur la vérification. Ils souhaitaient également qu'ils soient plus précis quand ils demandent des informations. Ils aimeraient être mieux informés, par les MT, sur les conditions de travail des patients. Dans cette étude, le pré-requis indispensable, évoqués par les deux professions, était de garantir l'indépendance des SST (20).

Dans le but d'améliorer les connaissances respectives, c'était l'intérêt d'améliorer la formation qui était retrouvé le plus souvent (formations communes, amélioration de la formation initiale des MG en santé au travail et FMC). Les MG et MT de l'étude qualitative de D. Mosshammer (Allemagne, 2009) étaient d'accord sur l'intérêt de favoriser la formation (22). De même, lors d'entretiens auprès de MG et MT (C. Reymond, thèse d'exercice, France, 1996), l'idée qu'il existe trop peu de formations communes faisait

consensus. Dans cette même étude, il était noté l'intérêt de « préciser la notion de secret dans les esprits » et de clarifier son cadre légal.

Concernant les pistes pratiques, l'utilisation de guidelines favorisant la collaboration entre MG et MT était évoquée par K. Van Royen (Royaume Uni, 2013) dans sa revue de littérature, dans le domaine particulier de la prise en charge du mésusage de substances par les travailleurs (25). 89 % des MT interrogés en 2014 par R. Portier (thèse d'exercice, France) pensaient qu'ils devraient pouvoir transmettre au MG un document de synthèse des risques liés au travail (68 % des MG le pensaient aussi). 65 % des MG et 52 % des MT pensaient qu'une partie « risques liés au travail » devrait être intégrée au dossier médical du MG. Les 131 MG interrogés par L. Rival (thèse d'exercice, France, 2000), étaient favorables à la mise en place d'outils pratiques favorisant les relations (fiche de liaison entre MG et MT, brochure d'informations sur les conditions et risques au travail, un courrier du MT au MG après les consultations de leurs patients). Ces différents éléments sensibiliseraient les MG au domaine de la santé au travail et les aideraient à identifier plus facilement le MT de leur patient.

Les solutions étudiées

Peu d'études interventionnelles ont été réalisées dans ce domaine. Néanmoins, entre 2000 et 2003, P. Van Dijk a testé un protocole visant à aider les MG à repérer les facteurs de risque d'arrêt de travail de longue durée et à favoriser la coopération avec le MT. Après la formation à l'utilisation du protocole, le taux d'enregistrement des informations en lien avec le travail n'avait pas augmenté. Le taux d'enregistrement des informations concernant l'arrêt de travail ou les arrêts antérieurs augmentait. Les MG adressaient significativement plus au MT mais il n'y avait pas d'augmentation des contacts MG-MT, ni des contacts MT-patient (15). De même, E. Faber (Pays-Bas, 2005) a réalisé un essai afin de déterminer l'efficacité d'une formation visant à améliorer la collaboration entre les MT et MG dans le traitement des patients avec lombalgie basse. Il y montrait que les patients du groupe d'étude étaient retournés au travail plus tard (durée médiane de l'arrêt de 76 jours contre 45), mais étaient plus satisfaits de la prise en charge, que ceux du groupe contrôle. L'explication avancée était que les MG du groupe intervention ont pu inclure des patients pour lesquels ils s'attendaient à un arrêt de travail plus long et où, par conséquent, la collaboration avec le MT pouvait leur sembler intéressante (26). A.P. Nauta (Pays-Bas, 2006) a réalisé une étude dans laquelle 34 MG et 20 MT ont suivi un programme commun de formation. Il y était noté une augmentation de la confiance des MG envers les MT immédiatement après le programme, mais l'effet disparaissait sur le long terme (27). En 2006, P. Buijs (Pays Bas) a entraîné 23 MG à l'utilisation d'un guideline visant à mieux harmoniser la prise en charge par les

MG et MT, de patient en arrêt pour un problème de santé mentale en lien avec le travail. Dans cette étude, les contacts entre MG et MT (18 contacts concernant 12 patients) ont amélioré la prise en charge en favorisant une meilleure division des tâches et en évitant les conseils contradictoires (28).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Points forts de l'étude

La méthodologie PRISMA a été suivie et les critères de qualité d'une revue systématique de littérature sont globalement respectés. 23 des 27 items de la liste de contrôle PRISMA 2009 (7) sont présents, le score de l'étude est donc de 85 %. Les deux lecteurs ont reçu l'aide d'une documentaliste, notamment pour la rédaction des équations de recherche et l'utilisation des différentes bases de données.

Risque de biais

La recherche dans Psycarticles et Persée n'a pas donné de résultats. Cela semble lié au faible nombre de revues disponibles dans ces bases et aux domaines concernés : psychologie pour la première et sciences humaines et sociales pour la seconde. La recherche dans Google Scholar retrouve, quant à elle, beaucoup trop de références pour être exploitable. Les tentatives pour réduire le nombre de résultats, en modifiant l'équation de recherche, se sont avérées infructueuses. Le mot « interaction » n'avait pas été inclus dans la méthodologie initiale. Une étude connue des auteurs utilisait ce mot (D.G. Beaumont, 2002, UK, 18). Une recherche ultérieure a montré que cela n'aurait pas amené à sélectionner de nouvelles références. Lors de la première étape de sélection, il existait 17 désaccords entre les deux lecteurs. Ceci tenait à une divergence sur l'interprétation des critères d'inclusion qui comportaient l'étude des représentations respectives de chaque profession, ce qui élargissait les articles potentiellement sélectionnables. Après discussion un consensus a été trouvé et 40 références ont été retenues. L'indice Kappa de Cohen est cependant à 0,62, ce qui représente un accord fort.

Evaluation de la qualité des travaux (scores)

Il n'existe pas de recommandations officielles concernant l'évaluation de la qualité des études. Le choix de ces échelles a donc fait l'objet d'une discussion entre les auteurs, afin de déterminer celles semblant obtenir le plus grand consensus dans la communauté scientifique. Les différents travaux retenus sont de qualité très variable. Les essais,

notamment, obtiennent des scores faibles. En effet, la méthodologie utilisée ne permettait pas d'obtenir une validité scientifique satisfaisante (pas randomisation, ni de double aveugle). La plupart des publications retenues datent de plus de dix ans. Les travaux les plus récents sont principalement des thèses. Notons cependant quelques travaux français plus récents, témoignant d'un intérêt croissant pour cette question. L'enquête INPES de 2009, de grande envergure, avait initié le phénomène. Les travaux de M. Kergresse en 2010 et de M.L. Saliba en 2013 ont ensuite été réalisés. Afin de réaliser une analyse exhaustive, toutes les études ont été utilisées dans la synthèse des résultats, tout en privilégiant les articles obtenant les meilleurs scores. Notons que certaines études, réalisées dans le cadre de thèses d'exercice, semblent de bonne qualité méthodologique et obtiennent de bons scores même si elles n'ont pas fait l'objet de publication sous forme d'article.

Pays de provenance des études

Les pays concernés sont essentiellement les Pays-Bas, la France et le Royaume-Uni, ainsi que l'Allemagne pour une étude. La sélection d'études exclusivement anglophones et francophones explique en partie ce résultat. Le choix de faire une recherche dans le SUDOC a fait sélectionner des thèses françaises.

La base juridique commune aux états membres de l'UE est la directive-cadre européenne relative à la sécurité et à la santé au travail (directive 89/391 CEE) adoptée en 1989. Elle garantit des conditions minimales de sécurité et de santé à travers l'Europe tout en autorisant les États membres à maintenir ou à mettre en place des mesures plus strictes (29). Ainsi les SST des différents pays membres fonctionnent différemment. Aux Pays-Bas, la réforme de la loi sur l'assurance maladie de 1996 (« ziektewet ») a introduit la privatisation du système (30). Depuis, les médecins du travail y sont principalement chargés de contrôler les arrêts maladies et de certifier l'aptitude des salariés (31). De nombreuses études ont été initiées après la mise en place de cette réforme, cela explique leur nombre dans cette revue de littérature. Au Royaume-Uni, les entreprises choisissent si elles veulent faire appel aux services de médecins et infirmiers contractuels ou libéraux, voire à des sociétés, à but lucratif, spécialisées dans la médecine du travail (32). La médecine du travail n'y est pas nécessairement exercée par un médecin spécialisé, il peut s'agir d'un médecin généraliste. Historiquement, les services de médecine du travail en France, rebaptisés service de santé au travail depuis 2004, présentent des particularités. Cette médecine du travail « à la française » est basée sur son caractère universel, sa médicalisation (examens médicaux systématiques) et sa sélection (aptitude au poste de travail). Ces particularités s'estompent depuis une vingtaine d'année, sous l'influence des réformes successives d'inspiration internationale

ou européenne (31). En France, les SST, bien que financés par les entreprises, ont une garantie légale d'indépendance. Ce n'est pas toujours le cas dans les autres pays où les entreprises font pression sur les SST pour obtenir des prestations les moins chers possibles. Ces différents modes de fonctionnement peuvent influencer sur la perception des SST par les MG et notamment sur l'appréciation de leur indépendance. Ainsi, cette question est plus souvent discutée dans les articles néerlandais que dans les études françaises. Dans la discussion de son étude de 2006, P. Buijs mentionne que le MT au Pays-Bas est régulièrement surnommé « Sickness absence police » (28). Un article de N. Nauta (2001) y est entièrement consacré puisqu'il traite des facteurs prédictifs de la confiance entre MG et MT (33). Les études britanniques, quant à elles, évoquent moins ces notions d'indépendance et de confiance mais insistent plus sur la crainte des MG de voir les SST « interférer » dans les soins primaires (19) (21).

Déterminants de la collaboration

Pour Danielle D'Amour qui, au Canada, a beaucoup travaillé sur la notion de collaboration interprofessionnelle, cette dernière peut être définie comme « un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci ». Trois déterminants entrent en jeu ; le système professionnel, les déterminants interactionnels et les déterminants organisationnels (34).

Le système professionnel s'oppose à une logique de coopération. Les médecins, de part leur formation et les objectifs qu'ils mènent avec leurs patients, ont des pratiques relativement cloisonnées. Dans son étude de cas visant à étudier les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle (35), Michèle Kosremelli Asmar montre que, tout au long de leur formation, les futurs professionnels de santé sont peu ou pas du tout confrontés aux autres catégories de professionnels et par conséquent, ne connaissent ni les pratiques, ni les expertises, ni les compétences, ni les valeurs des autres professionnels. Ceci est considéré par plusieurs auteurs comme un des obstacles à la pratique collaborative (36) (37). Cela se confirme dans cette revue de littérature qui montre que le manque de connaissance des MG en santé au travail ou leur manque de connaissance du rôle du MT est régulièrement évoqué comme frein à une bonne collaboration. Pour autant, le manque de formation n'est pas directement identifié comme obstacle à la coopération. L'une des études met en évidence que le MT contacte moins le MG quand il pense que la prise en charge de ce dernier risque d'être un obstacle au retour au travail (J.R. Anema, Pays Bas, 1994, (17)). Les auteurs de cette étude avancent l'hypothèse qu'il n'est pas dans les habitudes des MT de débattre du traitement

initié par les MG et que les objectifs des deux spécialités ne sont pas les mêmes (diagnostic et traitement pour le MG et limiter les conséquences fonctionnelles pour le MT). Ces hypothèses peuvent également expliquer que le motif de contact soit, le plus souvent, un échange d'information et non une tentative d'harmonisation des pratiques. On peut également supposer que, si le ressenti du MT concernant la prise en charge du MG est négative, il se fait une mauvaise opinion de son confrère et hésite donc à le contacter. Ce sont alors les déterminants interactionnels qui sont en jeu et les notions de cohésion et de confiance qui interfèrent.

Lorsque l'on interroge les MG sur leurs ressentis concernant les MT, le manque de confiance, que ce soit dans son indépendance ou dans son efficacité, est souvent cité. La psychologue du travail, Evelyn Stumpf, qui a travaillé sur « émotions et pratiques professionnelles » fait émerger l'intérêt de l'intelligence émotionnelle dans le management (38). Cette notion est définie comme une « compétence nécessaire pour une adaptation réussie à des événements émotionnels ». Pour l'auteure, la conscience et la régulation de ses propres émotions et celles d'autrui permettent de proposer des solutions constructives susceptibles de créer et de maintenir un haut niveau de productivité, de confiance mutuelle et de coopération. Même si les MG évoquent un manque de confiance envers les MT, ils ne l'identifient pas comme un frein direct à une bonne coopération. Peut-être serait-il intéressant de proposer aux médecins des séances de travail sur le repérage de leurs émotions afin d'identifier comment celles-ci interfèrent avec leurs prises de décisions.

L'exemple du secret professionnel intervient dans le champ du système professionnel comme dans le champ des déterminants interactionnels dans le sens où, en interdisant aux médecins du travail l'accès au dossier médical personnel, la loi (article L. 161-36-3 du code de la Sécurité sociale) (39) entretient un doute sur l'indépendance du MT vis-à-vis de l'employeur. Ainsi une disposition réglementaire induit un ressenti négatif des MG envers les MT. Le secret médical, régi par l'article 4 du code de déontologie (40), correspondant à l'article R.4127-4 du code de la santé publique (41), devrait théoriquement s'opposer au MT qui n'est pas concerné par la notion de « secret partagé » (défini dans la loi du 4 mars 2002, Code de Santé Publique). Cependant, dans la pratique quotidienne, si les informations délivrées sont dans l'intérêt du patient et que ce dernier donne son accord, les MG semblent transmettre des informations au MT. Si les médecins britanniques et néerlandais sont soumis, comme leurs confrères français, au respect du secret professionnel, aux Pays-Bas, la violation du secret médical n'est punissable que si elle est de nature à porter préjudice (42).

En 1996, G. Parker relevait que 71 % des MT considéraient que les SST communiquaient fréquemment avec les MG alors que seul 8 % des MG le pensaient aussi (19). Ce résultat évoque une nette divergence dans l'appréciation de la fréquence des contacts entre les deux spécialités. Cependant une grande majorité des MG (82 %) pensaient que les SST leur communiquaient « parfois » des informations. Si les SST fournissent effectivement des informations aux MG de façon fréquente, les patients concernés par des visites dans les SST ne représentent qu'une petite proportion de la patientèle totale d'un MG et, pour ce dernier, le ressenti est donc de ne recevoir que « parfois » des informations de la part de ces services. Une seconde étude de Parker, interrogeant 52 MG britanniques montre d'ailleurs que 90 % de ces médecins disaient recevoir des informations de la part des SST (21).

Les déterminants organisationnels semblent plus facilement discutés par les deux groupes de médecins. En effet, les difficultés pratiques sont fréquemment relevées comme frein à une bonne collaboration. Selon D. D'Amour, un déterminant organisationnel majeur est l'appui institutionnel (34). En France, l'amélioration des relations entre les MG et les MT est une des priorités gouvernementales puisque le plan santé au travail 2016-2020 en fait un des axes de travail. Il y est noté l'intérêt, en terme de prévention, de « l'amélioration de la coordination des professionnels de santé, en particulier les médecins du travail, les médecins-conseil et les médecins de ville » (43). Pour que cette politique soit efficace, le MG et le MT devraient être considérés comme une équipe. Il devient alors nécessaire de leur fournir des aménagements organisationnels, que ce soit en terme de temps dédié, de lieux de rencontre, d'outils pratiques (annuaire d'identification du MT) ou de rémunération.

Perspectives

Aucune étude n'a démontré l'efficacité de favoriser la collaboration entre MG et MT, en terme d'amélioration de la prise en charge des patients. Cependant, de nombreuses études apportent des preuves sur les bienfaits de la collaboration interprofessionnelle. Citons une étude américaine, conduite en 1998-1999, qui montrait qu'une meilleure communication entre les différents professionnels d'un service d'urgences permet de réduire les erreurs médicales ; le taux d'erreurs cliniques était passé de 30,9 à 4,4 %. Il y est aussi montré que le manque de coordination est à l'origine d'une répétition des examens médicaux, ce qui entraîne des coûts supplémentaires (44). Il est donc primordial d'encourager la collaboration entre MG et MT. Deux pistes sont à proposer : améliorer les connaissances respectives concernant les rôles et compétences de chaque spécialité et faciliter, sur le plan pratique, les échanges. Le premier objectif pourrait être atteint en améliorant la formation, initiale et continue, avec notamment la mise en place

de FMC communes. L'emploi de guidelines (s'il sont faciles d'utilisation et non chronophages) pourraient également être envisagé. Concernant les difficultés pratiques, des outils permettant d'identifier facilement le MT du patient (annuaire ou fiche patient avec le nom du MT) sont envisageables. L'utilisation plus facile de messageries électroniques cryptées pourrait également favoriser les échanges. Certaines études évoquent aussi la possibilité d'encourager ces bonnes pratiques en mettant en place un système de rémunération des MG. La mise en place de compte-rendus écrits après les évaluations par le MT pourrait être encouragée (« carte réponse pré-imprimée » par exemple).

Conclusion

Cette revue de littérature met en évidence des relations plutôt pauvres, tant dans les ressentis que dans les taux constatés. Les deux spécialités souhaitent améliorer leur coopération. Pour les MG les freins à une bonne communication sont liés aux MT, et inversement pour les MT. Les représentations respectives peuvent être négatives mais ce sont les difficultés logistiques qui sont souvent évoquées comme obstacles à la coopération. La formation des MG en santé au travail est globalement pauvre et les deux groupes s'accordent sur l'intérêt de l'améliorer. L'efficacité de certains programmes est étudiée (utilisation de guidelines, programme commun de formation) et montre certains résultats encourageants sur l'amélioration des contacts. Cependant ces résultats sont peu nombreux et ne mettent pas en évidence d'amélioration sur la prise en charge des patients. Il faudrait donc que soit initiés de nouveaux travaux, des études quantitatives du type essai contrôlé, randomisé notamment. Ils devraient permettre de confirmer l'idée que de meilleures relations entre les MG et les MT, en permettant d'harmoniser les pratiques et d'éviter les conseils contradictoires, améliorent la prise en charge des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1 - Le Luong T, Pimbert S, Bled J-J, Frimat P, Gallais J-L, Leicher C. Médecins du travail, médecins généralistes : regards croisés. Ménard C, Demortière G, Durand É, éditeurs. Saint-Denis, France: INPES; 2011. 189 p.

2 - Publications / Maladies à caractère professionnel / Travail et santé / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Publications>

3 - Cnamts (2009). *TMS : Bilan financier 2008*. 1p.

4 - Saliba M-L, Arnaud S, Souville M, Viau A, François G, Verger P. Pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi : étude qualitative en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. avr 2013;61(2):172-9.

5 - Laurent P. Photographie des pratiques relationnelles entre les médecins généralistes et les médecins du travail - EM|consulte [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/71770>

6 - Code du travail. [legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) - Recherche Google [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>

7 - Gedda M. *Traduction française de dix lignes directrices pour des articles de recherche*. *Kinesither Rev* 2015;15(157)

8 - Gedda M. *Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative*. *Kinesither Rev* 2015;15(157)

9 - Améliorer les pratiques et l'organisation des soins:méthodologie des revues systématiques - Cairn.info [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-655.htm>

10 - Gedda M. *Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles*. *Kinesither Rev* 2015;15(157)

11 - Verger P, Menard C, Richard J-B, Demortiere G, Beck F. Collaboration Between General Practitioners and Occupational Physicians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. févr 2014;56(2):209-13.

12 - Gedda M. *Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés*. *Kinesither Rev* 2015;15(157)

13 - <http://www.statmanie.uqam.ca/Calcul/index.html>

14 - deBono AM. Communication between an occupational physician and other medical practitioners - An audit. *Occupational Medicine-Oxford*. août 1997;47(6):349-56.

15 - van Dijk P, Hogervorst W, Riet G ter, van Dijk F. A protocol improves GP recording of long-term sickness absence risk factors. *Occupational Medicine-Oxford*. juin 2008;58(4):257-62.

16 - Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC, van den Berg R. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J Occup Rehabil*. mars 2006;16(1):41-52.

17 - 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*. nov 2002;59(11):729-33.

18 - Beaumont G. The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: A Delphi study [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/10701122_The_interaction_between_general_practitioners_and_occupational_health_professionals_in_relation_to_rehabilitation_for_work_A_Delphi_study

- 19 – Parker G. Attitudes of General-Practitioners to Occupational-Health Services. *Journal of the Society of Occupational Medicine*. SPR 1991;41(1):34 6.
- 20 - Buijs P, van Amstel R, van Dijk F. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occupational and Environmental Medicine*. oct 1999;56(10):709 13.
- 21 – Parker G. Attitudes of General-Practitioners to Occupational-Health Services. *Journal of the Society of Occupational Medicine*. SPR 1991;41(1):34 6.
- 22 – Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger MA. Cooperation between general practitioners and occupational health physicians in Germany: how can it be optimised? A qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health*. févr 2014;87(2):137 46.
- 23 – Saliba M-L, Arnaud S, Souville M, Viau A, François G, Verger P. Pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi : étude qualitative en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Avr 2013;61(2):172 9.
- 24 - Stern AF, Madan I. Optimal communication from occupational physicians to GPs: a cross-sectional survey. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. déc 2012;62(605):e833 9.
- 25 - Van Royen K, Remmen R, Vanmeerbeek M, Godderis L, Mairiaux P, Peremans L. A review of guidelines for collaboration in substance misuse management. *Occup Med (Lond)*. Sept 2013;63(6):445 7.
- 26 - Faber E, Bierma-Zeinstra S, Burdorf A, Nauta A, Hulshof C, Overzier P, et al. In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain. *Journal of clinical epidemiology*. 2005;58(1):75 82.
- 27 – Nauta N, Weel A, Overzier P, von Grumbkow J. The effects of a joint vocational training programme for general practitioner and occupational health trainees. *Medical Education*. oct 2006;40(10):980 6.
- 28 - Buijs PC, van Dijk FJH, Evers M, van der Klink JJL, Anema H. Managing work-related psychological complaints by general practitioners, in coordination with occupational physicians: A pilot study - Developing and testing a guideline. *Industrial Health*. janv 2007;45(1):37 43.
- 29 – Directives européennes concernant la santé et la sécurité au travail - Santé et sécurité au travail — EU-OSHA [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <https://osha.europa.eu/fr/safety-and-health-legislation/european-directives>
- 30 - Heuts P. L'indépendance de la médecine du travail remise en question, 2e semestre 2014/HesaMag #10 - Recherche Google [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=Heuts+P.+L%E2%80%99inde%CC%81pendance+de+la+me%CC%81decine+du+travail+remise+en+question,+2e+semestre+2014/HesaMag+%2310&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=d0cBV6i-KIe_aOT-nJgN
- 31 - [https://fr.wikipedia.org/wiki/Santé_au_travail_en_France](https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_au_travail_en_France) - Recherche Google [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_au_travail_en_France&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=uEcBV-73HsrZabCrsOAM
- 32 – MEISTERMANN M. Médecine du travail : une gestion opaque et coûteuse pour les entreprises. IFRAP. 18 février 2014. - Recherche Google [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/medecine-du-travail-une-gestion-opaque-et-couteuse-pour-les>
- 33 – Nauta AP, von Grumbkow J. Factors predicting trust between GPs and OPs. *International journal of integrated care*. 2001;1:e31 e31.
- 34 – D'AMOUR D. (et al.). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 17, n°3, 1999. pp. 67-94.
- 35 - KOSREMELLI ASMAR M., WACHAUX F., Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. Université Saint-Joseph. Conférence Internationale en Management, Feb 2007, Beyrouth, Lebanon. pp.57-75. - Recherche Google [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document>

36 - FAGIN CM. 1992. *Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice*. Academic Medicine 67 (5): pp. 295-303

37 - MARIANO C. 1989. *The case for interdisciplinary collaboration*. Nursing Outlook: pp. 285-288

38 - STUMPF E. *Émotions & Pratique professionnelle. De la recherche fondamentale et appliquée pour une mise en œuvre dans ... le bien être au travail* <http://www.esen.education.fr/>

39 - Code de la sécurité sociale.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189> - Recherche Google [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189>

40 - Code de déontologie médicale. Conseil nationale de l'ordre des médecins. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> - Recherche Google [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

41 - Code de la santé publique.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665> - Recherche Google [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

42 - DIDIER D. Au cœur du colloque singulier médecin-patient: réponse à l'entretien d'Anne-Chantal Hardy, juillet 2013 - Recherche Google [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.carnetsdesante.fr/Au-coeur-du-colloque-singulier>

43 - Plan santé au travail 2016-2020, <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf> - Recherche Google [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

44 - JOHN C. MOREY. *Error Reduction and Performance Improvement in the Emergency Department through Formal Teamwork Training: Evaluation Results of the MedTeams Project*. Health Serv Res. 2002 Dec; 37(6): 1553-1581.

45 - Kergresse M, Roche-Leboucher G, François A, Petit-LeManac'h A, Roquelaure Y. Réseau de prise en charge de la lombalgie chronique. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. mai 2010;71(2):95-101.

46 - Hoedeman R, Krol B, Blankenstein AH, Koopmans PC, Groothoff JW. Sick-listed employees with severe medically unexplained physical symptoms: burden or routine for the occupational health physician? A cross sectional study. BMC Health Services Research. 8 nov 2010;10:305.

47 - Hussey L, Turner S, Thorley K, McNamee R, Agius R. Comparison of work-related ill health reporting by occupational physicians and general practitioners. Occup Med (Lond). juin 2010;60(4):294-300.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de Flux PRISMA16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Etudes descriptives	18
Tableau 2 : Etudes descriptives	19
Tableau 3 : Etudes descriptives, essais et revue de littérature	20
Tableau 4 : Etudes qualitatives	21

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	9
RESUME.....	11
INTRODUCTION.....	12
MÉTHODES	14
Stratégie de recherche	14
Sélection des études	14
Analyse des données.....	14
RÉSULTATS.....	16
Sélection des références.....	16
Evaluation du degré d'accord entre les lecteurs.....	17
Description et scores des études.....	17
Taux de contact	22
Médecin à l'initiative du contact	22
Objectif et contexte de la communication.....	22
Rôles respectifs des professionnels impliqués	23
Les ressentis et les freins déclarés	24
La place du secret	25
Conséquences du contact entre MG et MT	25
Souhaits des deux groupes	26
Les pistes évoquées	26
Les solutions étudiées	27
DISCUSSION ET CONCLUSION	28
Points forts de l'étude	28
Risque de biais	28
Evaluation de la qualité des travaux (scores).....	28
Pays de provenance des études	29
Déterminant de la collaboration	30
Perspectives	32
Conclusion.....	33
BIBLIOGRAPHIE	34
LISTE DES FIGURES.....	37
LISTE DES TABLEAUX	38
TABLE DES MATIERES.....	39
ANNEXES.....	40

ANNEXES

I - Calcul du taux de concordance (Kappa de Cohen)

Calcul du taux de concordance (Kappa de Cohen)

Etape 1 : A la lecture des titres et résumés

	OUI	NON	Total
OUI	26	13	39
NON	4	53	57
Total	30	66	96

Po	0,8229	(Pourcentage brut d'accords)
Pe	0,5352	(Facteur de correction)
k	0,6190	(Valeur corrigée = kappa)
ÉT _n	0,1000	(Erreur type du kappa)
I.C. [0,4231	(Borne inférieure de l'intervalle de confiance)
I.C.]	0,8150	(Borne supérieure de l'intervalle de confiance)
Z	6,1927	(Cote Z)
p	0,0000	(Probabilité)
Donc	p<0,05	(Conclusion statistique)

Etape 2 : A la lecture du texte intégral

	OUI	NON	Total
OUI	27	1	28
NON	3	10	13
Total	30	11	41

Po	0,9024	(Pourcentage brut d'accords)
Pe	0,5848	(Facteur de correction)
k	0,7650	(Valeur corrigée = kappa)
ÉT _n	0,1551	(Erreur type du kappa)
I.C. [0,4611	(Borne inférieure de l'intervalle de confiance)
I.C.]	1,0690	(Borne supérieure de l'intervalle de confiance)
Z	4,9328	(Cote Z)
p	0,0000	(Probabilité)
Donc	p<0,05	(Conclusion statistique)

Référence: [Kenny, Kashy et Cook \(2006\), p. 41](#)

grille d'évaluation PRISMA.

Section/topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both	
Abstract			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable, background, objectives, data sources, study eligibility criteria, participants, interventions, study appraisal and synthesis methods, results, limitations, conclusions and implications of key findings, systematic review registration number	
Introduction			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS)	
Methods			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (such as web address), and, if available, provide registration information including registration number	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (such as PICOS, length of follow-up) and report characteristics (such as years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale	
Information sources	7	Describe all information sources (such as databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated	
Study selection	9	State the process for selecting studies (that is, screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis)	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (such as piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (such as PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis	
Summary measures	13	State the principal summary measures (such as risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (such as I ² statistic) for each meta-analysis	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (such as publication bias, selective reporting within studies)	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified	
Results			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (such as study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome-level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present for each study (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see item 15)	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression) (see item 16)	
Discussion			
Summary of evidence	24	Summarise the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (such as health care providers, users, and policy makers)	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (such as risk of bias), and at review level (such as incomplete retrieval of identified research, reporting bias)	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research	
Funding			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (such as supply of data) and role of funders for the systematic review	

III - Score de la revue de littérature sélectionnée (selon les critères PRISMA).

Grille PRISMA (revues de littérature)

Article N°	25
Item 1	x
Item 2	
Item 3	x
Item 4	x
Item 5	
Item 6	x
Item 7	x
Item 8	
Item 9	x
Item 10	
Item 11	
Item 12	x
Item 13	
Item 14	
Item 15	
Item 16	
Item 17	x
Item 18	
Item 19	
Item 20	
Item 21	
Item 22	
Item 23	x
Item 24	x
Item 25	
Item 26	x
Item 27	x
Score	12/27 = 44%

IV – Evaluation de la revue de littérature de cette thèse (selon les critères PRISMA)

Grille PRISMA (revue de littérature)

	thèse
Item 1	x
Item 2	x
Item 3	x
Item 4	x
Item 5	
Item 6	x
Item 7	x
Item 8	x
Item 9	x
Item 10	x
Item 11	x
Item 12	x
Item 13	
Item 14	x
Item 15	x
Item 16	
Item 17	x
Item 18	x
Item 19	x
Item 20	x
Item 21	x
Item 22	
Item 23	x
Item 24	x
Item 25	x
Item 26	x
Item 27	x
Score	23/27 = 85%

V – Echelle COREQ

Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

VI - Score des études qualitatives selon les critères COREQ.

Critères COREQ (études qualitatives)

Article n°	DURET	LIGIER	22	REYMOND	23	18
Item 1	x	x	x	x	x	x
Item 2	x	x	x	x		x
Item 3			x		x	x
Item 4	x	x	x	x	x	x
Item 5	x	x	x	x		x
Item 6	x		x			
Item 7						
Item 8		x				
Item 9	x	x	x	x	x	x
Item 10	x	x	x		x	x
Item 11	x		x			x
Item 12	x	x	x	x	x	x
Item 13			x	x		x
Item 14	x					
Item 15	x					
Item 16	x		x	x	x	
Item 17	x	x	x	x	x	x
Item 18	x	x	x	x	x	x
Item 19	x		x	x	x	
Item 20		x	x			
Item 21			x		x	x
Item 22						
Item 23						x
Item 24	x	x	x			x
Item 25	x	x	x		x	
Item 26	x	x	x	x	x	x
Item 27			x			
Item 28						x
Item 29	x		x		x	
Item 30	x	x	x	x	x	x
Item 31	x	x	x	x	x	x
Item 32	x	x	x	x	x	x
Scores	22/ 32 = 68%	17/32 = 53%	25/32 = 78%	15/32 = 46%	17/32 = 53%	21/32 = 65%

VII – Echelle STROBE

Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N° <i>Recommandation</i>
Titre et résumé	1 (a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction	
Contexte/justification	2 Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3 Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses a priori
Méthodes	
Conception de l'étude	4 Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5 Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6 (a) Étude de cohorte – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi Étude cas-témoin – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins Étude transversale – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) Étude de cohorte – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés Étude cas-témoin – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7 Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8* Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9 Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10 Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11 Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12 (a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) Étude de cohorte – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités Étude cas-témoin – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé Étude transversale – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats	
Population	13* (a) Rappporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14* (a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) Étude de cohorte – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)
Données obtenues	15* Étude de cohorte – Rappporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps Étude cas-témoin – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés Étude transversale – Reporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16 (a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17 Mentionner les autres analyses réalisées – par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion	
Résultats clés	18 Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19 Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20 Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21 Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information	
Financement	22 Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

Critères STROBE (évaluation des études descriptives)

Article n°	16	17	20	28	14	DOUSSIN	46	47	45	KIRSTETTER	1	33	27	19	21	PORTIER	RIVAL	24	5
Item 1	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x		x	x			x	x
Item 2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Item 3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Item 4	x	x	x	x	x		x	x	x		x		x	x	x			x	x
Item 5	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x			x		x	x
Item 6	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Item 7	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x	x		x	
Item 8	x	x		x			x	x	x				x						
Item 9						x					x								
Item 10			x								x								
Item 11	x	x		x			x	x	x		x		x			x		x	x
Item 12	x	x		x	x	x	x		x		x		x						x
Item 13	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Item 14	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x			x		x	x
Item 15	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 16		x									x		x					x	x
Item 17																			x
Item 18	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 19				x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	
Item 20			x		x	x	x	x	x	x	x	x	x			x		x	
Item 21					x		x	x		x	x	x	x			x		x	
Item 22	x	x	x	x			x	x					x					x	
score	15/22 = 68%	16/22 = 73%	14/22 = 63%	15/22 = 68%	14/22 = 63%	12/22 = 54%	17/22 = 77%	17/22 = 77%	16/22 = 73%	10/22 = 45%	19/22 = 86%	11/22 = 50%	18/22 = 81%	8/22 = 36%	10/22 = 45%	13/22 = 59%	5/22 = 22%	17/22 = 77%	12/22 = 54%

IX - Critères EPOQ

Suggestion des risques de biais pour les revues EPOC. Risques de biais concernant les études avec groupe contrôlé (essais randomisés et études avant-après). Traduction libre à partir de Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews, du groupe EPOC [2]

Le processus d'allocation était-il correct ?

Faible risque : si un processus de randomisation est décrit.

Haut risque : si une méthode non aléatoire est utilisée. Les essais avant-après sont à haut risque.

Risque incertain : si non spécifié.

L'allocation était-elle correctement masquée ?

Faible risque : si l'unité d'allocation est un professionnel, une équipe ou une institution, toutes les unités doivent être réparties au début de l'étude. Si l'unité d'allocation est le patient ou un épisode de soin, la randomisation doit être masquée par une méthode appropriée.

Haut risque : si la répartition des sujets n'est pas dissimulée. Les essais avant-après sont à haut risque.

Risque incertain : si non spécifié.

Les niveaux de base des critères de jugement étaient-ils similaires ?

Faible risque : si les niveaux de base des critères de jugement sont mesurés avant l'intervention et qu'il n'y a pas de différence importante entre les groupes, ou si les différences sont ajustées pour l'analyse.

Haut risque : si des différences importantes entre les groupes existent et ne sont pas ajustées pour l'analyse.

Risque incertain : si les niveaux de bases des critères de jugement ne sont pas mesurés.

Les caractéristiques de base étaient-elles similaires ?

Faible risque : si les caractéristiques de base des professionnels de santé sont reportées et similaires.

Haut risque : si les caractéristiques de base des professionnels de santé ne sont pas mentionnées ou s'il y a des différences entre les professionnels de santé des groupes contrôle et intervention.

Risque incertain : si les caractéristiques sont mentionnées mais les données ne sont pas reportées.

Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?

Faible risque : s'il est peu vraisemblable que les données manquantes faussent les résultats (proportions similaires dans les groupe intervention et contrôle, ou faible proportion de données manquantes).

Haut risque : si les données manquantes peuvent fausser les résultats.

Risque incertain : si non spécifié. Ne pas présumer 100 % de suivi si ce n'est pas explicité.

La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-t-elle été correctement prévenue ?

Faible risque : si les critères de jugement principaux ont été mesurés en aveugle, ou si les critères étaient objectifs.

Haut risque : si les critères de jugement principaux n'ont pas été mesurés en aveugle et que cela peut biaiser les résultats.

Risque incertain : si non spécifié.

Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?

Faible risque : si l'unité d'allocation était une communauté, une institution ou un cabinet et qu'il est peu vraisemblable que le groupe contrôle ait reçu l'intervention.

Haut risque : s'il est vraisemblable que le groupe contrôle ait reçu l'intervention, c'est-à-dire si les patients plutôt que les professionnels ont été randomisés.

Risque incertain : si les professionnels ont été randomisés au sein d'un hôpital ou d'un cabinet, et que les professionnels des groupes contrôle et intervention ont pu communiquer entre eux.

L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?

Faible risque : s'il n'y a pas d'élément faisant suspecter un report sélectif des critères de jugement, c'est-à-dire si tous les critères de jugement présents dans la partie « méthodes » sont reportés dans la partie « résultats ».

Haut risque : si des critères de jugement importants ne sont pas présentés dans la partie « résultats ».

Risque incertain : si non spécifié.

X – Score des études selon les critères EPOQ

Critères EPOC (essais contrôlés)		
Article N°	26	15
Item 1	x	x
Item 2	x	x
Item 3	x	
Item 4	x	x
Item 5		
Item 6	x	x
Item 7		
Item 8		
Item 9		
Score	6/9 = 67%	5/9 = 56%

NB : les critères EPOC calculent un risque de biais. Les items cochés correspondent à un risque élevé ou incertain. Plus le score est élevé, moins le niveau de preuve est important.

FORMULAIRE D'EXTRACTION

Article n°	
Titre	
Auteur	
Année de l'étude	
Année de publication	
Région / Pays	
Type d'étude	
Objectif	
Méthode	
Résultats	
Résultats détaillés	
Score de l'étude	

XII - Exemple de formulaire d'extraction d'une étude qualitative

FORMULAIRE D'EXTRACTION

Titre	Pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi : étude qualitative en région Provence-Alpes-Côte d'Azur
Auteur	M.-L. Saliba, S. Arnaud, M. Souville, A. Viau, G. François, P. Verger
Année de l'étude	Juin à nov 2009
Année de publication	2013
Région / Pays	France
Type d'étude	Etude qualitative
Objectif	Documenter les rôles perçus, les attitudes et pratiques d'acteurs du maintien dans l'emploi et de médecins généralistes, ainsi que leurs difficultés dans ce domaine.
Méthode	15 entretiens semi-dirigés à propos de salariés concernés par une restriction d'aptitude (MT, médecins de soin et acteurs du reclassement professionnel)
Résultats	-Communication de type échanges informels qui satisfont 53% des intervenants -Accord sur rôle central du MT, sur nécessité d'une prise en charge précoce des salariés et sur importance du travail en partenariat -Difficulté de communication entre professionnels ; manque de lisibilité des rôles de chaque institution et manque d'informations sur les outils de maintien dans l'emploi
Score de l'étude	53%

XIII - Exemple de formulaire d'extraction d'une étude descriptive

FORMULAIRE D'EXTRACTION

Titre	Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés
Auteur	Colette Ménard, Gérald Demortière, Éric Durand, Pierre Verger, François Beck
Année de l'étude	2009
Année de publication	2012
Région / Pays	France
Type d'étude	Descriptive
Objectif	Etudier les perceptions croisées des médecins généralistes et des médecins du travail sur leurs rôles et relations.
Méthode	Entretiens téléphoniques, basés sur un questionnaire (environ ½ heure), avec 752 MG et 750 MT
Résultats	-36% des MG s'estiment formés en santé au travail. 10% s'estiment "tout à fait en mesure" de "répondre facilement" aux questions dans ce domaine. -Les MG sont fréquemment confrontés aux problèmes de santé en lien avec le travail. Dans les 12 derniers mois, 94% déclarent avoir fréquemment rencontré des pathologies lombaires, 86% des problèmes de souffrance psychique, 74% des lésions causées par un AT et 71% des TMS. 82% ont rempli un certificat médical initial. -Freins à la déclaration des MP pour les MG ; complexité des tableaux de maladies professionnelles (78%), difficultés de repérage de l'origine professionnelle (74%) et méconnaissance des critères de déclaration (74%). -62% des MG estiment bien comprendre le métier de MT alors que 65% de ces derniers pensent que ce n'est pas le cas. 57% des MG sont confiants dans l'efficacité du MT (ressenti par 48% des MT) mais doutent de leur indépendance (ressenti par 50% des MT). -MT et MG s'accordent à 90% sur les rôles prioritaires du MG (dépister le risque de maladie chronique, repérer les usagers à risque avec l'alcool, dépister et accompagner en cas de souffrance psychique, conseiller pour l'éducation à la santé, repérer les consommateurs de cannabis et autres drogues)
Score de l'étude	54,00%

XIV – Exemple de formulaire d'extraction d'une revue de littérature

FORMULAIRE D'EXTRACTION

Titre	A review of guidelines for collaboration in substance misuse management
Auteur	K. Van Royen, R. Remmen, M. Vanmeerbeek, L. Godderis, P. Mairiaux and L. Peremans
Année de l'étude	
Année de publication	2013
Région / Pays	Belgique
Type d'étude	Revue de littérature
Objectif	Recherche de guidelines pour la prise en charge par le MT, et sa collaboration avec le MG, concernant le mésusage de substances (alcool, drogues illicites, hypnotiques, tranquillisants) et de leur prise en charge en ce qui concerne les travailleurs
Méthode	Recherche de guidelines internationaux dans the Guidelines International Network and US National Guidelines Clearinghouse databases
Résultats	-20 guidelines retenus -2 donnent des recommandations pour le MT mais ne concernent que la consommation d'alcool -Peu de références retenues, manque de preuves dans ce domaine -Notamment pas de guidelines ni de publications actuellement disponibles sur l'efficacité de la collaboration entre le MG et le MT dans ce domaine.
Score de l'étude	44%

XV – Exemple de formulaire d'extraction d'un essai contrôlé

FORMULAIRE D'EXTRACTION

Titre	In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patient with low back pain.
Auteur	E. Faber, S.M.A. Bierma-Zeinstrab, A. Burdorfc, A.P. Nauta, C.T.J. Hulshofd, P.M. Overziera, H.S. Miedemaa, B.W. Koesb
Année de l'étude	2004
Année de publication	2005
Région / Pays	The Netherlands
Type d'étude	Essai contrôlé, non randomisé
Objectif	Déterminer l'efficacité d'une formation visant à améliorer la collaboration entre les MT et MG dans le traitement des patients avec lombalgie basse.
Méthode	Région intervention = 25 MG et 25 MT inclus et formés, 76 patients avec lombalgie basse, en AT depuis 3 à 15 semaines. Groupe contrôle équivalent dans une autre région. Questionnaires.
Résultats	- Peu de coopération (aucune sollicitation du MT par le MG. MT ont contacté MG dans 12,5% des cas dans le groupe intervention, pas de DS avec groupe contrôle) -Patients du groupe d'étude sont retournés au travail plus tard (durée médiane de l'arrêt = 76 jours contre 45) mais sont plus satisfaits de la PEC que ceux du groupe contrôle -Pas de DS dans la consommation médicale
Score de l'étude	33%

COMITE D'ETHIQUE

* * * * *

Le Président
Professeur Jacques Dubin

Madame Adeline Quelin
44 Rue du commerce
49230 Tillières

Angers, le 9 Juillet 2015

Chère Collègue,

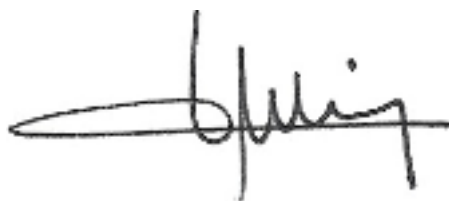
Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 8 juillet votre projet enregistré au comité sous le numéro **2015/ 56** et intitulé :

**Collaboration entre médecins généralistes et médecins du travail :
revue systématique de littérature.**

Le comité d'éthique émet un avis favorable.

Je vous prie de croire, Chère Collègue, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Jacques Dubin



RELATIONS ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS DU TRAVAIL : REVUE SYSTEMATIQUE DE LITTERATURE

RÉSUMÉ

Introduction : L'objectif de ce travail était de faire l'état des lieux des relations entre les médecins généralistes (MG) et les médecins du travail (MT). Les objectifs secondaires étaient de repérer les freins à leur collaboration et d'envisager des pistes d'amélioration.

Méthode : Une revue systématique de littérature a été réalisée, suivant la méthodologie PRISMA-P. Les équations de recherche ont été entrées dans PubMed, CAIRN, SUDOC, Web of science, ScienceDirect, Cochrane, PsycArticles et Google scholar. La sélection des études et l'extraction des résultats ont été faites par deux chercheurs, de manière indépendante.

Résultats : La sélection a permis d'inclure 28 références (21 articles et 7 thèses), en majorité descriptives. Les pays concernés étaient principalement les Pays-Bas, la France et le Royaume-Uni. La synthèse des données a confirmé le manque de communication entre ces deux professions et leur souhait d'améliorer leur collaboration. Les freins étaient principalement pratiques : manque de temps et difficultés à identifier le médecin du travail. Le manque de connaissance des rôles respectifs de chacun ainsi que le manque de confiance des MG concernant l'indépendance des MT semblaient limiter les relations. Quelques essais ont été réalisés afin d'améliorer leur coopération mais des programmes de formation commune ou l'utilisation de guidelines n'ont pas montré de réelle efficacité. Des pistes étaient proposées, telles que des fiches permettant l'identification du médecin du travail de chaque salarié ou bien l'amélioration de la formation des médecins généralistes dans le domaine de la santé au travail.

Conclusion : Les interactions sont globalement pauvres, cependant les ressentis divergent concernant la fréquence et la qualité de la collaboration. Pour les MG, les freins à une bonne communication sont principalement liés aux MT, et inversement. Par ailleurs, les MG doutent de l'indépendance des MT. Ce manque de confiance est ressenti par les MT. Les freins évoqués sont principalement les difficultés pratiques et le manque de connaissance respectif des rôles et compétences des deux spécialités. Ce sont sur ces points qu'il conviendrait d'améliorer les choses afin de favoriser les échanges entre MG et MT.

Mots-clés : relations, collaboration, coopération, communication, médecins généralistes, médecins du travail, service de santé au travail.

RELATIONS BETWEEN GENERAL PRACTITIONER AND OCCUPATIONAL PHYSICIAN : SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE.

ABSTRACT

Introduction : The point of this work was to realise an overview of the relations between general practitioners (GP) and occupational physicians (OP). The secondary goal was to find what could restrain the team-work and consider improvement points.

Method : A systematic review of literature has been performed, following the Prisma-P method. The research equations were used in PubMed, CAIRN, SUDOC, Web of science, ScienceDirect, Cochrane, PsycArticles and Google scholar. The studies' selection and results' extraction were made by two searchers, independantly.

Results : The selection achieved to an inclusion of 28 studies (21 articles and 7 thesis), most of them descriptives. Affected countries were mostly France, United Kingdom and Netherlands.

The synthesis of the data confirmed the lack of communication between those two practices and their wish to improve collaboration. Restrains were mostly practical : lack of time and difficulties to identify OP. The insufficient knowledge of each other role and the doubt about OP's independence seemed to limit the relations. Some trials were realised to improve their cooperation, but joint training programs or the use of guidelines didn't show a real efficiency. Some clues were suggested like to use forms to identify the OP of each patient or the improvement of GP's training in the field of occupational health.

Conclusion : Interactions are globally poor, however the feelings are different about frequency and quality of their collaboration. For GPs, the problem of communication is due to OPs, and vice versa. Otherwise, for Gps, there is a doubt about OP's independence. This lack of trust is well known by OPs. Restrains are mostly practical difficulties and the lack of knowledge of roles and skills of each speciality. Those are the two points that should be worked out, in order to improve relations between GP and OP.

Keywords : relations, collaboration, cooperation, communication, general practitioners, occupational physicians, occupational health services.