

# MÉDECIN DU TRAVAIL ET PARCOURS DE SOINS

## UN CAS CLINIQUE

**Annie DEVEAUX, médecin du travail**

**N**é en 1958, Jacques est connu de notre service depuis 2006. Vu alors par ma collègue, embauche en CDD pour un poste de chauffeur poids lourd, dans une TPE de sept salariés transportant du courrier postal, ou assurant la collecte de lait dans les fermes. Dans les deux situations, il y a du travail de nuit, de 3 h à 11 h ou de 2 h à 8 h.

Sa trajectoire professionnelle :

- Pas de formation particulière en dehors d'une année de mécanique générale.
- Manœuvre manutentionnaire dans l'industrie textile de 1974 à 1983 (5 entreprises).
- Distribution publicité et travail en intérim de 1988 à juillet 1990.
- Magasinier manutentionnaire dans le secteur travaux public de 1982 à 1996 dans deux entreprises différentes.
- Conducteur de bus de 1998 à 2005.
- Plusieurs CDD de conducteur PL de 2006 à 2009 dans l'entreprise pour laquelle je le vois en juin 2009 pour la première fois, qu'il quitte à la fin d'un contrat fin septembre 2009.
- Manœuvre travaux publics puis chauffeur travaux publics en 2010 jusqu'à février 2011. Suivi alors par un autre SST.
- Retour dans l'entreprise et dans notre SST.

### **PASSÉ MÉDICAL CHARGÉ DANS UN PARCOURS COMPORTANT PLUSIEURS LICENCIEMENTS ÉCONOMIQUES**

*NOTÉ LORS DE L'OUVERTURE DU DOSSIER  
PAR MA COLLÈGUE EN OCTOBRE 2006*

- Plusieurs infarctus du myocarde (IDM), le premier en 1996 (angioplastie et stent de la coronaire droite), nouvel IDM en octobre 2002 (angioplastie).
- En 2005 son permis PL a été validé pour cinq ans.
- Horaires de travail : 7 h 30 à 18 h.
- Environ 500 km/j. L'évaluation des manutentions et leurs conditions de réalisation sont bien notées dans le dossier de notre service.

➤ Revu au bout de deux mois avec des examens complémentaires et la réponse au courrier adressé à son cardiologue : apparition d'un diabète non-insulinodépendant (DNID) et poursuite du tabagisme, ECG d'effort normal, hypothyroïdie.

➤ Revu fin 2007 par ma collègue : ses horaires de travail ont changé, 3 h-11 h mais toujours dans le transport de courrier. Son contrat se termine fin juin 2008.

*NOUVEAU CONTRAT*

*DE JANVIER 2009 À SEPTEMBRE 2009*

Je le vois en juin 2009. Horaires de travail : 2 h à 8 h du matin. Les manutentions sont moindres que lors de son dernier contrat. Il dort en général de 8 h à 12 h puis de 21 h à 1 h du matin, somnole presque tout le jour le mercredi et le week-end. Il se déclare très stressé par le moindre incident routier susceptible de générer un retard. J'insiste sur l'intérêt d'un arrêt du tabagisme et d'une activité de marche plus régulière. Je lui signale l'intérêt éventuel de faire une demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), qui pourrait faciliter un aménagement de poste ultérieur (dans une autre entreprise si son CDD n'est pas renouvelé). Je lui explique en quoi consiste le régime invalidité de la Sécurité Sociale (que son médecin traitant prévoit de demander me dit-il).

Il habite loin de notre centre, je prévois de le rappeler et l'en informe, fin juillet 2009 pour faire le point. La demande d'invalidité a été refusée probablement parce qu'il travaille alors à temps plein. Je lui explique que cette demande pourra être refaite mais de préférence pendant un arrêt de travail, et/ou lors d'une reprise à temps partiel thérapeutique.

*PERDU DE VUE PENDANT DEUX ANS*

Pendant lesquels il est suivi par un autre SST et travaille alors de jour comme conducteur de toupie. Période pendant laquelle son DNID s'améliore nettement.

*JUIN 2011*

Nouveau CDD débuté en janvier 2011 qui doit se terminer en septembre 2011 pour lequel je le retrouve. Horaires de travail : 1 h -12 h. Il assure la collecte du lait dans les fer-

mes. Il dort de 14 h à 17 h puis de 20 h à 0 h 30. Ce poste de travail est beaucoup plus difficile. Le travail est salissant, il a toujours les pieds mouillés. Chaque tournée (il y en a deux types) représente 200 km avec dix-neuf points de collecte un jour et vingt-quatre le lendemain. Depuis qu'il a commencé, une douleur de l'épaule gauche est apparue, une IRM est prévue avec son médecin traitant : cette douleur est indiscutablement en lien avec le travail, car il tire le tuyau sur cette épaule pour pomper le tank à lait à chaque point de collecte.

### STRATÉGIE DE SOINS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Demander au salarié de faire cette IRM rapidement, m'en communiquer les résultats pour ouvrir un dossier de maladie professionnelle et permettre un repos prolongé, tant pour l'épaule que pour diminuer les facteurs de risque cardiovasculaires liés au travail (travail de nuit déséquilibrant le DNID) mais dans une situation administrative d'arrêt maladie et non de chômage. Cette stratégie est expliquée au salarié ; à charge pour lui de l'expliquer à son médecin traitant. C'est lui qui doit prendre contact avec moi avec ses résultats d'IRM.

Rendez-vous sera pris pour le 1<sup>er</sup> septembre 2011, à son initiative. Ce jour-là je rédigerai le Certificat médical initial (CMI) pour déclaration de MP pour l'épaule, courrier ci-joint à son médecin traitant

Lettre au médecin traitant : *« Je vois ce jour M. J... avec ses résultats d'IRM d'épaule gauche. Compte tenu de ses problèmes de santé, il n'est pas souhaitable qu'il travaille de nuit (facteur de risque cardiovasculaire en soi associé à ses autres pathologies).*

*Il convient de prolonger son arrêt de travail de manière conséquente (sur l'imprimé AT/MP).*

*À cet effet je lui remets un certificat de maladie professionnelle au tableau 57 pour son épaule gauche.*

*Par ailleurs, il existe cliniquement une méniscope du genou droit qui pourra aussi faire l'objet de déclaration ultérieurement.*

*Il s'agit donc de préserver ses droits ultérieurs.»*

Par ailleurs, je lui conseille de retirer un dossier à la maison du département pour faire reconnaître le statut de travailleur handicapé et je fais un signalement auprès du SAMETH.

- À noter que la méniscope est noté, CMI conservé dans le dossier ou remis immédiatement au salarié selon les cas, pour usage ultérieur si besoin (stratégie de déclarations en plusieurs temps, puisqu'il s'agit de gagner du temps).
- Aide à la déclaration sur la description du poste qui sera réalisée avec l'aide de son épouse à qui il devra expliquer le travail.
- Revu fin octobre 2011 à sa demande : va mieux. A fortement réduit son tabagisme et espère arrêter enfin définitivement

Interrogation écrite de l'employeur sur le fait que ce salarié ait été déclaré apte et qu'il reçoive une déclaration de MP (réponse ci-jointe).

*« Je vous remercie de m'avoir transmis la déclaration de maladie professionnelle de M. J...*

*Pour répondre à votre question, le médecin du travail est tenu au secret professionnel et donc aucun constat de pathologie n'apparaîtra sur un quelconque document remis ou transmis à un tiers, fut-il l'employeur. Sur le document remis à l'employeur, j'ai pris l'habitude de porter la mention "pas d'observation particulière" au lieu du traditionnel "apte" qui n'a pas de sens pour un médecin. Par contre j'ai fait apparaître les risques potentiels du poste en référence aux tableaux de maladie professionnelle et j'ai donc fait figurer le tableau 57.*

*Tout médecin et particulièrement le médecin du travail est tenu d'informer le salarié des liens qu'il fait entre son travail et ses problèmes de santé et de lui remettre un certificat constatant la pathologie (qui peut concerner des activités passées).*

*C'est le salarié qui fait sa déclaration de maladie professionnelle. La CPAM informe alors l'employeur.*

*Une pathologie professionnelle n'exclut pas le maintien au poste de travail, ni la reprise de travail. Chaque situation est particulière.»*

- Demande d'intégration dans un PDP à l'assistante sociale CARSAT, toujours pour obtenir un délai dans l'arrêt de travail. Le dossier RQTH est en cours.
- MP reconnue en décembre 2011.
- Alors qu'il est en arrêt de travail depuis août 2011, il présente à nouveau un syndrome coronarien : angioplastie de l'interventriculaire antérieure..

Revu à sa demande avec son épouse fin octobre 2012 : il a revu le médecin-conseil qui prévoit une consolidation pour l'épaule en janvier 2013. L'assistante sociale de la CARSAT lui suggère de faire une demande d'invalidité Catégorie 2 et lui a préparé un modèle de courrier. Elle prendra contact avec moi pour m'expliquer sa stratégie : demander d'emblée une invalidité Catégorie 2. Il est convenu avec Jean que je prendrai contact avec le médecin conseil pour expliquer les difficultés professionnelles prévisibles, le reclassement impossible y compris en externe ; ce sera d'abord un entretien téléphonique suivi d'un courrier transmis au salarié destiné à son médecin traitant qui pourra le joindre à la demande d'invalidité. Le contact avec le médecin-conseil sera concluant : l'invalidité Catégorie 2 est acquise. L'IPP de l'épaule >10% attendue, constituera un plus en terme de ressources dans l'immédiat et pendant la retraite (sans doute à 60 ans ? en fonction de réforme toujours possibles).

Courrier au médecin traitant : *« J'ai vu en visite de pré-prise de travail M. J..., 54 ans, conducteur PL travaillant partiellement de nuit à la collecte de lait.*

*Il présente différents problèmes de santé ne me permettant pas d'envisager une reprise de travail à son poste antérieur :*

*Son DNID est totalement déséquilibré sur ce type d'horaires qui ne peuvent être modifiés.*

*Le travail de nuit est en soi un facteur de risque cardiovas-*

culaire et ses antécédents ne permettent pas d'envisager qu'il reprenne ce type d'activité.

Ce travail, qui comporte des manutentions manuelles importantes (à l'origine de sa pathologie professionnelle) est aussi un travail isolé.

Donc impossible d'envisager une reprise de travail à son poste antérieur. Impossible d'envisager un travail à un autre poste de l'entreprise, tous les postes ont une composante nocturne.

Concernant une reprise de son métier dans une autre entreprise : le facteur manutention ou risque stress (transports scolaires par exemple) sera toujours présent.

Compte tenu de tous ces éléments je pense qu'il est légitime de demander une invalidité Catégorie 2 auprès du médecin conseil, invalidité Catégorie 2 qui succéderait à la consolidation de la maladie professionnelle sans doute début 2013. L'inaptitude au poste de travail interviendrait ensuite. »

## **LA PLACE DU MÉDECIN DU TRAVAIL DANS LE PARCOURS DE SOINS**

**E**n prévention primaire, agir sur le poste de travail, ce n'est pas toujours possible. Dans le cas présent le dossier SAMETH aurait pu être utilisé pour motoriser les déplacements du tuyau, si le problème pathologique avait été limité à l'épaule. À noter qu'il convient de bien expliquer au salarié à quoi sert le dossier RQTH que le médecin traitant devra remplir, ce dernier n'en connaissant pas toujours l'intérêt (dans d'autres cas, des refus du médecin traitant ont pu être observés car les médecins de soins connaissent mal ces dossiers).

L'urgence était de faire cesser le travail car les horaires facteurs d'aggravant du DNID et de la coronaropathie, ne pouvaient être modifiés.

Par contre aider à la déclaration de MP permettait de gagner du temps dans un régime AT/MP plus favorable, visait à obtenir une IPP pour permettre une retraite pour pénibilité. Expliquer au salarié la stratégie de déclaration en plusieurs temps, permettait encore de gagner du temps.

Il est bien évident qu'une inaptitude au poste aurait installé ce salarié dans une situation de plus grande précarité (autre facteur de risque cardiovasculaire). Ceci a été clairement expliqué lors de la visite d'embauche : pas de restriction d'aptitude mais faire rapidement les examens permettant la déclaration de MP et un arrêt de travail rapide.

Il s'agit de continuer à accompagner ce salarié dans le parcours de soins pendant l'arrêt de travail, accompagnement si demande du salarié (courriel et téléphone suffisant le plus souvent).

Les médecins traitants et les médecins conseils sont des interlocuteurs dans le parcours de soins et les tenir informés par courrier remis au salarié, de ce que nous construisons côté travail ou côté reclassement avec ce salarié, compte tenu de sa trajectoire, de sa pathologie, des possibilités dans l'entreprise qui évoluent aussi au fil du temps (opportunité tôt pour que l'idée fasse son chemin).

Bien évidemment, si la visite d'embauche est une visite de sélection, ce travail d'accompagnement dans le parcours de soins n'est pas possible. Dans ce cas, une inaptitude conduisait au chômage.