

8^{ème} COLLOQUE E-PAIRS DU 20 MAI 2016

LES CAHIERS

S.M.T. N°32

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

NOVEMBRE 2016

ISSN 1624-6799

L ES COOPÉRATIONS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

AVEC QUATRE SPÉCIALISTES MÉDICAUX

GÉNÉRALISTE — CONSULTANT DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE

RHUMATOLOGUE — PSYCHIATRE

DU POINT DE VUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL D'UN PATIENT

8^{ème} COLLOQUE E-PAIRS DU 20 MAI 2016

EN PARTENARIAT AVEC ASS. SMT

ET LE SOUTIEN DU SNPST ET DES MÉDECINS DU TRAVAIL DE LA CGT

ACTES DU COLLOQUE

SOMMAIRE

INTRODUCTION D' Alain GROSSETÊTE

4

MÉDECINE DU TRAVAIL / MÉDECINE GÉNÉRALE

I-VIGNETTE CLINIQUE préparée par les D^s Annie DEVEAUX et Josiane CRÉMON, médecins du travail

6

II-Billet du référent médecine du travail — D^r Gérard LUCAS, médecin du travail —

9

- 1 - BESOINS ET ATOUTS DE LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MÉDECINS DU TRAVAIL
- 2 - LES MANQUES DE COOPÉRATION, PRÉJUDICABLES AU TRAVAILLEUR-PATIENT
- 3 - ATTENTES DE LA COOPÉRATION ENTRE LES DEUX MÉTIERS
- 4 - POUR COOPÉRER, LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LE MÉDECIN DU TRAVAIL DOIVENT CONSTRUIRE LA CONFIANCE
- 5 - COMMENT ? QUELLE FORMALISATION DE CES ÉCHANGES RESPECTIFS ?

III-Médecin généraliste — D^r Patrick DUBREIL, région nantaise —

11

PREMIER TEMPS : CAS CLINIQUE

SECOND TEMPS : RÉFLEXION SUR LES COOPÉRATIONS

MÉDECINE DU TRAVAIL / CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE

I- VIGNETTE CLINIQUE préparée par les D^s Thérèse BURET et Alain RANDON, médecins du travail

12

II- Les coopérations médicales du médecin du travail du point de vue de la santé au travail

15

Support à l'intervention du référent médecine du travail — D^r Mireille CHEVALIER, médecin du travail —

- 1- LES PRÉALABLES À LA COOPÉRATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL AVEC LE CONSULTANT DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE
 - 1.1 Quel rôle attendre du consultant pathologie professionnelle ?
 - 1.2 Comprendre et connaître les connaissances du consultant sur la clinique médicale du travail
 - 1.3 La construction et la préservation de la « confiance » entre le médecin du travail et le salarié
- 2- LA PLACE CENTRALE DE L'INSTRUCTION DU TRAVAILLER INDIVIDUEL ET COLLECTIF POUR COOPÉRER AVEC UN CONSULTANT EN PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE
 - 2.1 Qu'est-ce que le médecin du travail attend du consultant ?
 - 2.2 Comment apporter la question du travail dans le recours à la consultation de pathologie professionnelle ?
 - 2.3 Donner à voir une pratique de clinique médicale du travail pour faciliter l'approche du consultant en faveur du salarié
 - 2.4 Le médecin du travail doit donner les éléments et les descriptions de travail pour faciliter l'apport du consultant de pathologie professionnelle dans la mise en évidence du lien santé-travail (maladie professionnelle...)
 - 2.5 Le médecin du travail doit participer à la recherche de solutions pour le salarié : amélioration du poste de travail, suppression du risque pathogène ou protection efficace contre ce risque
- 3- LA COOPÉRATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL AVEC UN MÉDECIN DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE ; LES RÈGLES PROFESSIONNELLES INTERROGÉES
 - 3.1 Le médecin du travail peut avoir besoin du diagnostic du consultant pour différentes raisons
 - 3.2 Le médecin du travail sollicite également l'avis du consultant pour « affiner » ce que le premier considère comme une pathologie due au travail
 - 3.3 Le médecin du travail a, dans certaines circonstances, besoin de l'avis écrit du consultant de pathologie professionnelle

4. COMMENT AMÉLIORER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECIN DU TRAVAIL ET LE CONSULTANT DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE ?

- 4.1 Pouvoir échanger avec le consultant de pathologie professionnelle pour lui apporter des éléments du travail connus par le médecin du travail, dans les cas difficiles
- 4.2 Mettre le salarié au cœur des échanges entre praticiens
- 4.3 Être bien clair sur qui fait quoi dans les investigations ou les démarches
- 4.4 Ne pas hésiter à faire un retour avec le consultant à la fin de la prise en charge du salarié

III-D^r Mireille MATRAT maître de conférences

et consultante à la consultation de pathologie professionnelle du CHI de Créteil

20

IV-Médecins de consultation de pathologie professionnelle apportant des compléments au cours du débat

21

MÉDECINE DU TRAVAIL / RHUMATOLOGIE

I-VIGNETTE CLINIQUE préparée par les D^{rs} Odette TENCER et Alain GROSSETÊTE, médecins du travail

22

II-Billet du référent médecine du travail — D^r Alain GROSSETÊTE, médecin du travail —

24

III-Rhumatologue — P^r Yves MAUGARS, CHU de Nantes —

24

IV-Commentaire distancié du référent médecine du travail — D^r Alain GROSSETÊTE, médecin du travail —

25

1- SUR LA RELATION ENTRE LE MÉDECIN DU TRAVAIL, LE SALARIÉ ET LE RHUMATOLOGUE

2- SUR L'APPORT AU RHUMATOLOGUE : LA PLACE CENTRALE DE L'INSTRUCTION DU TRAVAILLER INDIVIDUEL ET COLLECTIF POUR COOPÉRER AVEC UN RHUMATOLOGUE

MÉDECINE DU TRAVAIL / PSYCHIATRIE

I-VIGNETTE CLINIQUE préparée par les D^{rs} Christian MASSARDIER et Elisabeth TRESCOL, médecins du travail

27

II-Faciliter la coopération du médecin du travail avec le psychiatre en tenant la question du travail Support à l'intervention du référent médecine du travail — D^r Dominique HUEZ, médecin du travail —

31

1- RÈGLES DE MÉTIER EN MÉDECINE DU TRAVAIL, CONSTRUCTION DE LA CONFIANCE AVEC LE SALARIÉ

- 1.1 Permettre au psychiatre de comprendre le « métier » du médecin du travail
- 1.2 La construction de la « confiance » entre le médecin du travail et le salarié est essentielle pour faciliter la coopération avec le psychiatre
- 1.3 La place de l'écrit médical comme support à la coopération professionnelle est essentielle
- 1.4 La « fonction » du psychiatre doit être clairement appréhendée par le salarié

2- LA PLACE CENTRALE DE L'INSTRUCTION DU TRAVAILLER INDIVIDUEL ET COLLECTIF POUR COOPÉRER AVEC UN PSYCHIATRE

3- DIAGNOSTIQUER UNE PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL, MÉTIER DU MÉDECIN DU TRAVAIL, APPUI DU PSYCHIATRE SI NÉCESSAIRE

4- LA COOPÉRATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL AVEC UN PSYCHIATRE : LES RÈGLES PROFESSIONNELLES INTERROGÉES

5- LA CENTRALITÉ DU TRAVAIL, MÊME POUR LES MALADES PSYCHIATRIQUES DÉCOMPENSÉS

6- COMMENT AMÉLIORER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECIN DU TRAVAIL ET PSYCHIATRE

III-Jean-Jacques Chavagnat Psychiatre CH Henri Laborit, Poitiers

36

DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS — D^r Magdeleine Ruhlmann, MIRT —

38

INTRODUCTION

D^r Alain GROSSETÊTE

Bienvenue à ce dixième colloque ! Il accueille cette fois des spécialistes médicaux : rhumatologues, médecins généralistes, médecins de pathologie professionnelle, psychiatres.

➤ Les questions portant sur le travail en lien avec la santé ont pris une place considérable dans l'espace public. Il fut un temps où ce n'était pas le cas.

Les affaires de travail défrayent l'actualité. La « Loi travail » est en discussion dans le pays, avec ses remous ; les émissions et articles portant sur le travail qui malmène, sont légion, et aussi, sur un tout autre plan, les plaintes d'employeurs instruites par le conseil de l'Ordre vis-à-vis de médecins qui témoignent du lien entre la santé et le travail, sont régulièrement sur la place publique.

➤ Dans nos consultations de médecine du travail, la question du travail traverse notre quotidien de professionnels et c'est probablement le cas aussi des autres spécialistes : généralistes, rhumatologues, médecin de pathologie professionnelle, psychiatres, pour s'en tenir à ceux qui sont présents aujourd'hui à ce colloque.

Il était donc utile de proposer de mettre en discussion nos éclairages respectifs sur le travail, dans ses implications avec la santé, et de débattre de la façon dont nous pouvions coopérer à ce sujet, dans l'intérêt de la meilleure prise en charge possible de la santé des salariés-patients ou des patients-salariés.

➤ C'est pourquoi le thème retenu du colloque de cette année porte sur les pratiques professionnelles de médecins du travail dans leur coopération avec des spécialistes médicaux, pour prendre en charge du mieux possible, leurs « patients-salariés » ou leurs « salariés-patients ».

Comment les spécialistes médicaux et médecins du travail, chacun avec sa clinique (clinique médicale du travail, et clinique propre à chacune des spécialités médicales présentes ici), peuvent-ils coopérer au maintien ou au rétablissement de la santé d'une personne au travail ? Quelles sont les pratiques professionnelles connues ou à explorer pour que cette coopération puisse se déployer ?

Comment le travail du salarié ou du patient est-il pris en compte ? Comment rendre compte de son activité de travail ? Qu'en faire ? Avec quelles règles professionnelles ?

Quelles contributions venant du médecin du travail seraient attendues par les autres spécialistes médicaux qui s'occupent du soin ?

Quel éclairage, du point de vue des spécialistes médicaux, et du point de vue du médecin du travail, la clinique médicale du travail (dont le champ se déploie à la fois sur l'individu et le collectif) peut-elle apporter dans la coopération pour mieux prendre en charge un patient, tout en recevant la contribution des autres cliniques médicales ?

Voici donc quelques questionnements qui viennent à l'esprit, un peu « hors-sol » pour l'instant, mais qui heureusement vont pouvoir s'appuyer sur la présentation des quatre cas cliniques qui vont se succéder dans la journée.

De tout cela nous allons donc débattre.

Mais auparavant, et dans cette ouverture du colloque, je voudrais mettre l'accent sur trois points essentiels de mon point de vue. Ils rendent compte auprès des spécialistes non médecins du travail qui sont présents à ce colloque, que l'exercice de la médecine du travail est particulier à plus d'un titre. Ils ont fait l'objet de nombreux échanges entre médecins du travail, dans les colloques précédents et dans les travaux en groupes de pairs, et je les souligne aujourd'hui, au motif que ces trois points pourraient bien aujourd'hui se trouver en position-clé dans la coopération recherchée avec les autres spécialistes médicaux.

Ces trois points concernent la question de la confiance, puis celle de l'exploration du travail, enfin de la place des écrits dans notre discussion d'aujourd'hui.

➤ **Premier point**, je voudrais aborder la confiance dans la relation médecin/salarié-patient : la question de la confiance se pose évidemment dans tous les types de consultations médicales, sans laquelle aucun travail clinique ne peut se faire.

Mais la confiance entre le salarié et son médecin du travail, comment s'établit-elle ? Elle se déploie dans des conditions particulières du métier de médecin du travail pour deux raisons. Le praticien en médecine du travail n'est pas choisi par le salarié. Et la relation entre salarié et médecin du travail, donc la question de sa santé au travail, est en articulation avec le contrat de travail. Travail et santé peuvent se regarder souvent en chien de faïence ! Or nous savons bien que la question du déploiement de la confiance du salarié est impactée, polluée historiquement par la question de l'aptitude, laquelle peut être considérée comme un réel obstacle au travail clinique du médecin du travail entrepris avec le salarié. Beaucoup de salariés convoqués à la visite médicale du travail ne savent pas du tout de quoi il retourne dans la consultation, et font preuve de retenue, ou même de méfiance.

Aussi le médecin du travail doit pouvoir expliquer à un salarié reçu en consultation comment il peut travailler avec lui pour soutenir sa santé, déployer ce qu'il va lui proposer. Il est appelé à exposer ses pratiques professionnelles en même temps avec les collègues entre lesquels la coopération doit s'installer.

La confiance entre le médecin du travail et le salarié, qui est adressé au spécialiste, conditionne très largement l'établissement de cette coopération. Le patient en est le pivot. Si la confiance fait défaut, alors chacun n'a plus qu'à jouer « à part » et la question est évacuée.

Donc, question : si la confiance conditionne en partie au moins, l'existence même d'une coopération entre spécialistes non médecins du travail et médecins du travail, à quelle condition cette confiance peut-elle s'établir ?

➤ Pour ce qui concerne la réponse du médecin du travail, et c'est le **second point**, sa réponse est dans l'investigation qu'il mène sur le travail. Son « ticket d'entrée » dans la coopération est qu'il instruisse le mieux possible la question du travail auprès des autres spécialistes. C'est tout à fait fondé et attendu comme contribution particulière de sa part. D'abord parce qu'à ouvrir la boîte du travail, chacun risque de s'y perdre, tellement il y a de poupées russes à ouvrir ! Les généralistes le savent bien. Rentrer dans le travail du patient prend du temps ! Aussi, tant mieux si l'aide du praticien du travail lui est proposée : car le travail c'est comme la boîte noire qui équipe chaque avion. Le travail est spontanément opaque, il ne devient accessible dans ses différentes dimensions que s'il est exploré. Beaucoup de médecins du travail ont dû peiner pour cela, et recher

cher les apports de l'ergonomie et de la psychodynamique pour essayer de comprendre ce qui se joue pour la santé sur la scène du travail, avant de disposer eux-mêmes d'une clinique qui est la clinique médicale du travail.

C'est pourquoi, et je le verse au débat, il n'y a pas vraiment de coopération possible si le médecin du travail n'a pas instruit au préalable, la question du travail, d'abord pour sa réflexion à lui, celle du salarié-patient, et celle du spécialiste. C'est même peut-être, sa contribution la plus importante à cette coopération.

➤ Cette contribution passe, le plus souvent pensons-nous, par des « Écrits ». Et c'est le **troisième et dernier point**. Nous avons déjà exploré la question des écrits du médecin du travail dans un colloque précédent. Le plus souvent il s'agit d'un courrier, remis au salarié-patient, pour qu'il puisse le transmettre ou pas. Le patient-salarié est ainsi considéré comme le pivot de la coopération.

La question qui nous serait ici commune, pourrait être : quel est le juste nécessaire à écrire pour coopérer ? Compte tenu de toutes les embûches, du respect du secret médical, de la responsabilité du médecin, etc., je ne développe pas.

Nous écrivons à des collègues spécialistes dont ce n'est pas forcément dans leurs pratiques de le faire, ni même d'y répondre. Notre écriture de médecin du travail nous est propre par certains côtés parce que notre exercice se déploie sur la longue durée. Un écrit de médecin du travail peut donc prendre une mise en forme de récit, rédigé à partir du dossier médical santé travail (DMST), et portant sur une longue histoire professionnelle du patient avec sa trajectoire, les impasses rencontrées, l'impact sur sa santé.

Voici en somme, de quoi débattre aujourd'hui, avec intérêt et plaisir, nous l'attendons ainsi, sur les pratiques professionnelles de médecins du travail en coopérations avec d'autres spécialistes, qui vont contribuer à nous aider à réfléchir.

De tout ce qui va se dire ici, des questions remises en forme, des controverses sont à repérer, à étayer, et des repères à construire pour les pratiques de médecins du travail, qui pourront peut-être interroger aussi, en retour, les pratiques des autres spécialistes dans leurs approches avec nous.

MÉDECINE DU TRAVAIL / MÉDECINE GÉNÉRALE

I-VIGNETTE CLINIQUE préparée par les D^s Annie DEVEAUX et Josiane CRÉMON, médecins du travail

Observation de M^{me} B.

M^{me} B. âgée de 54 ans travaille depuis 1979 comme comptable dans une petite société comportant d'une part une entité comptable et quatre salariés au rez-de-chaussée et une entité formation de deux salariés à un autre étage, dirigée par M. X.

L'entité comptable est cédée en 2002 à un grand cabinet comptable dont le siège est situé dans une autre ville. La petite unité sera maintenue sur le même site avec comme responsable, M. Y., un associé de la nouvelle entreprise qui passera deux fois par semaine environ.

M^{me} B. a donc fait toute sa carrière dans ce cabinet comptable, en évoluant sur le plan professionnel et en intégrant très bien les évolutions du métier et les évolutions technologiques comme l'informatisation du service.

Du fait de la spécificité du travail, les horaires hebdomadaires changent en fonction de la charge de travail. Ainsi de janvier à avril elle travaille 40 heures par semaine (période des bilans, déclarations fiscales et sociales), et le reste de l'année elle travaille 32 heures par semaine. Par ailleurs, elle refuse de faire des heures supplémentaires.

Tout au long des dernières visites elle n'exprime aucune difficulté professionnelle malgré une charge de travail importante. On ne note aucun retentissement ni sur sa santé physique ni sur sa santé psychique. Lors de la visite systématique de juin 2009, le médecin du travail note :

- Bon sommeil
- Tension artérielle : 19/10
- Pas de problème au travail

Il oriente M^{me} B. vers son médecin généraliste pour prise en charge de sa tension artérielle élevée.

Lors de la visite périodique d'octobre 2011, M^{me} B. exprime pour la première fois des difficultés professionnelles, elle décrit une charge de travail beaucoup plus importante, une dégradation de l'ambiance au travail ; son responsable lui fait des reproches répétés sur la qualité et la quantité de travail fourni et son manque d'implication. Elle déplore aussi une mauvaise relation avec une collègue.

À l'examen clinique la tension artérielle reste encore élevée et n'est toujours pas traitée. Le médecin du travail adresse un courrier au médecin généraliste.

Le 28 juin 2012, M^{me} B. demande une visite de pré-reprise. Elle explique alors qu'elle est en arrêt de travail depuis avril pour divers troubles de santé :

- un kyste parotidien gauche traité par cortisone ;
- pour confirmation d'hypertension artérielle et traitée par Pritor plus^o 1cp/j ;
- pour syndrome anxiodépressif se manifestant par des angoisses, des troubles du sommeil avec réveils nocturnes et des ruminations sur le thème du travail, traité par Deroxat^o ½ cp/j.

M^{me} B. pleure pendant la consultation, et elle explique que ses difficultés sont apparues au changement de direction et qu'elles se seraient détériorées fin 2011, avec l'arrivée d'une nouvelle collègue, qui remplace une salariée qui a démissionné (avec laquelle M^{me} B. s'entendait bien notamment sur le plan professionnel, elles s'épaulaient en cas de surchauffe).

Depuis M^{me} B. dit se sentir isolée, la nouvelle collègue ne lui adresserait pas la parole (juste bonjour, bonsoir), de plus cette collègue serait proche de la direction qui aurait toute confiance en elle.

M^{me} B. dit ne pas pouvoir s'appuyer sur le responsable car il est très peu présent sur le site. En plus le responsable de l'agence lui reprocherait son manque d'implication car elle ne veut pas faire d'heures supplémentaires, et qu'elle aurait des difficultés pour s'adapter aux évolutions du travail, notamment à un nouveau logiciel et à des nouvelles applications EXCEL. Elle dit qu'elle aurait bénéficié d'une formation moins approfondie que sa collègue. On lui reproche un refus de sa part de s'adapter aux innovations du métier, alors qu'elle exprime un besoin d'aide qu'elle n'obtient pas.

Elle ressent cette situation comme une volonté de la pousser à la démission.

Elle s'est alors rapprochée de son ancien employeur qui lui a apporté son soutien.

Le médecin du travail rencontre l'employeur le 6 juillet 2012, qui nie tout conflit avec cette salariée, mais confirme que M^{me} B. a du mal à s'adapter aux évolutions à l'inverse de sa collègue. L'employeur suggère même que si M^{me} B. est en souffrance dans l'entreprise il faut qu'elle cherche un autre emploi et est prêt à l'aider. Le médecin du travail fait la proposition d'une reprise à temps partiel thérapeutique, l'employeur est d'accord mais sceptique sur l'efficacité.

Le 21 août 2012 M^{me} B. est vue en visite de pré-reprise. Elle dit qu'elle va mieux, elle dort mieux, son moral est bon et sa tension artérielle est à 14/8 sous traitement. M^{me} B. ne veut plus quitter l'entreprise. Le médecin du travail fait alors un courrier au médecin généraliste pour lui spécifier que M^{me} B. peut reprendre le travail mais à temps partiel thérapeutique.

Puis le médecin du travail rédige un fiche d'aménagement de poste en prévision de la reprise.

Le 25 septembre 2012, la salariée demande une visite auprès du médecin du travail car à nouveau elle ne va pas bien (la visite de reprise n'a pas été demandée par l'employeur, reprise effectuée le 3 septembre).

Sur le plan santé, le syndrome anxiodépressif est réapparu car la situation professionnelle n'a absolument pas changé, on lui aurait même proposé un poste dans une petite entreprise et à mi-temps, qu'elle a refusé pour raison personnelle. M^{me} B. ne se sent pas capable de reprendre à temps plein, et ne veut pas être en arrêt complet. Cette fois encore le médecin du travail adresse un courrier au médecin généraliste pour demander une prolongation du mi-temps thérapeutique et il explique que les difficultés professionnelles persistent.

Le 28 février 2013, M^{me} B. redemande à rencontrer le médecin du travail. Elle est à nouveau en arrêt complet depuis fin décembre 2012, car sa tension artérielle est déstabilisée avec nécessité d'augmenter le traitement, son syndrome anxiodépressif s'est aggravé. Elle prend un nouveau traitement :

- Pritor^o 1cp/j
- Hypérium^o 1cp/J
- Deroxat^o 1cp/j

Le médecin du travail envisage l'inaptitude mais M^{me} B. refuse, car l'entreprise où travaille son mari rencontre des difficultés. Elle informe être convoquée par le médecin-conseil le 6 mars 2013 avec qui le médecin du travail s'entretiendra le même jour (qui a pris l'initiative ?), une prolongation des indemnités journalières est acceptée.

Le médecin du travail adresse un courrier au médecin généraliste :

« J'ai revu le 28 février 2013, dans le cadre d'une visite médicale de pré-reprise, M^{me} B., comptable au cabinet XXXXX, en arrêt maladie depuis avril 2012 pour un déséquilibre tensionnel ainsi que des troubles anxiodépressifs, en relation avec une souffrance psychologique due à ses conditions de travail.

M^{me} B. a repris le travail à mi-temps depuis le 3 septembre 2012 dans le cadre d'un dispositif de temps partiel thérapeutique. Elle est actuellement en arrêt de travail complet depuis la fin décembre 2012, sur votre prescription, pour les mêmes problèmes liés à son travail qui n'ont pas été résolus.

À la demande de M^{me} B., j'avais en effet rencontré le responsable des bureaux du cabinet XXXXX en juillet dernier, afin de m'entretenir avec lui de ses conditions de travail et d'inciter l'employeur à trouver une solution afin de remédier à son état de souffrance.

M^{me} B. présente toujours des troubles anxiodépressif avec angoisses, ruminations en relation avec le travail, troubles du sommeil ; elle pleure durant l'entretien en évoquant ses conditions de travail ; je lui trouve une TA à 16/8 lors de l'examen. Elle est actuellement traitée par vos soins avec Pritor Plus^o, Hyperium^o et Deroxat^o. Compte tenu de son état de souffrance psychologique et de la déstabilisation de sa TA qui est sans doute en grande partie liée, je pense que la reprise du travail de M^{me} B. n'est actuellement pas possible et que son arrêt de travail doit être prolongé. Avec l'accord de M^{me} B., j'envisage de faire un nouveau signalement à l'employeur. »

Il s'ensuit un échange de courrier avec l'employeur (14 mars 2013 et réponse de l'employeur le 20 avril 2013). Une nouvelle visite de pré-reprise à la demande de la salariée a lieu le 13 juin 2013. L'entretien clinique va porter sur les projets et l'avenir professionnel de M^{me} B., notamment des trois solutions qui se présentent à elle :

- *Soit reprendre son travail en l'état avec le risque que les troubles de l'état de santé ne s'aggravent.*
- *Soit quitter l'emploi actuel, par le biais d'une inaptitude (pas de nouvelle proposition de travail de la part de l'employeur), solution qui est récusée par M^{me} B. pour les mêmes raisons financières que lors des entretiens précédents mais aussi pour ne pas se sentir coupable.*
- *Soit reprendre le travail en tentant de faire évoluer les conditions de travail, solution qui obtient l'accord de M^{me} B. qui semble très ferme sur sa volonté de rester dans l'entreprise.*

Le médecin du travail propose de rencontrer l'employeur avec M^{me} B. et lui demande de préparer cet entretien :

- *Faire des propositions précises à l'employeur avec demandes d'aménagement du poste devant contribuer à l'amélioration de ses conditions de travail.*
- *Mener un travail de réflexion sur ses besoins concrets, en termes de formation et d'organisation du travail, afin de permettre une discussion constructive lors de notre rencontre, au regard des différents entretiens que nous avons eu depuis le début de son arrêt de travail.*
- *Préparer ensemble cet entretien pour qu'il porte sur des points précis et constructifs afin que cette rencontre ne se transforme pas en règlement de comptes.*

L'entretien « tripartite » aura lieu le 25 juin 2013. Un besoin de formation s'exprimera précisément : à la fois formation théorique car elle aurait bénéficié de beaucoup moins d'heures de formation que sa collègue sur le nouveau logiciel de comptabilité et une aide pratique et concrète. Ce sera une forme de tutorat assuré par un stagiaire expert-comptable, présent depuis quelques mois sur le site où travaille M^{me} B., de bonne compétence technique et surtout étranger aux tensions actuelles.

Un courrier de l'employeur au médecin du travail viendra formaliser la teneur des échanges :

« (...) Pour aller dans votre sens, j'ai suggéré qu'une formation individualisée lui soit réservée à notre bureau de la ville de R. Puis, dans le cadre d'une reprise à plein temps, j'ai avancé l'idée qu'elle puisse utiliser chaque semaine des jours de congés, et ainsi avoir l'assurance de reprendre un rythme de travail à sa guise.

Pour bien faire, nous souhaitons réserver à M^{me} B. le meilleur encadrement possible, ce qui ne sera pas possible en juillet (personnel en congé ou absent pour raison chirurgicale), ni en août, avec la fermeture du cabinet pour trois semaines. En conséquence nous vous proposons de démarrer cette formation la semaine 36, soit la première semaine du mois de septembre. Comme cela a été convenu, j'ai appelé M^{me} B. en début d'après-midi pour lui soumettre cette idée, et lui demander ce qu'elle souhaitait comme adaptation informatique sur son poste de travail. Sa demande porte exclusivement sur deux connexions informatiques réseau, ce qui sera bien entendu vérifié, si ce n'est déjà fait. En outre, après sa formation, je lui ai proposé de revenir travailler les après-midis avec une amplitude horaire à sa convenance. *A priori*, elle s'est montrée favorable à ce schéma et a compris notre problématique d'organisation. »

Le médecin du travail sera en copie du courriel confirmant, fin août, à M^{me} B. cette organisation et sa reprise de travail début septembre 2013.

II—BILLET DU RÉFÉRENT MÉDECINE DU TRAVAIL

D^r Gérard LUCAS, médecin du travail

Développer la coopération entre médecins du travail et médecin généralistes

État des lieux : la prise en charge de la santé au travail des salariés est très variable. Une attribution des prestations aux travailleurs est tacite entre les médecins généralistes qui prescrivent les soins et les arrêts de travail et les médecins du travail qui préconisent des adaptations des ou aux postes de travail. Mais cette répartition n'assure pas toujours la complémentarité utile à la préservation de la santé, à l'insertion au travail et l'interpellation du travail. Les échanges entre les deux professions sont relativement rares, et souvent trop limités pour accompagner l'appropriation d'une compréhension par le salarié en difficulté qui lui permette un pouvoir d'agir. Ce sont plus des fonctionnements parallèles que coopératifs. Et la coopération s'impose de plus en plus face aux contrôles restrictifs du système d'assurance maladie sur les parcours de soins et les arrêts de travail, face aux nouvelles exigences et à l'intensification du travail, face aux attentes dans la société.

Des exemples de coopérations existent. Il reste à les formaliser, les construire et les développer.

1- BESOINS ET ATOUTS DE LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MÉDECINS DU TRAVAIL

Entre le travail réel et le vécu du travail du salarié d'une part, les conditions de travail et la connaissance de l'entreprise d'autre part, les deux professions sont des repères essentiels pour la préservation de la santé au travail. La santé globale du travailleur et de sa sphère privée sont plus accessibles au généraliste et le médecin du travail est le mieux à même d'approcher les liens santé travail dans un environnement déterminé.

Par leur formation et leur spécialité, les deux professions ont la compétence pour catégoriser les atteintes à la santé par leurs connaissances théoriques et les accès aux résultats des techniques spécialisées, et dans leur posture d'écoute clinique les deux professions sont à même d'entendre en empathie le vécu du travail du salarié. Mais les atouts et les limites des deux métiers ne sont pas les mêmes : le médecin du travail peut avoir besoin de tenir compte de la santé globale du travailleur dont l'appréhension ne lui est pas entièrement possible. Le médecin généraliste peut avoir besoin pour l'accompagnement de son patient de connaître les conditions de travail concrètes qui interagissent avec sa santé autrement que par ses dires et que par la

connaissance empirique. Le travailleur-patient a besoin de la compréhension mutualisée de ces deux interlocuteurs pour la cohérence de leur accompagnement dans les prescriptions ou les préconisations d'aménagement de poste ergonomique ou organisationnel..., *a fortiori* pour des décisions d'inaptitude à la demande du salarié.

2- LES MANQUES DE COOPÉRATION PRÉJUDICIALES AU TRAVAILLEUR-PATIENT

Les incongruences des décisions d'accompagnement ne sont pas toujours discutées. Exemples :

- Non délivrance d'un arrêt de travail par un généraliste chez un travailleur qui présente une atteinte invalidante qui risque de s'aggraver au travail ou de détériorer le lien à l'environnement de travail du salarié pour des affections aussi diverses qu'un épisode infectieux ou métabolique, un Trouble Musculo Squelettique, une phase dépressive ou tout autre décompensation psychique.
- Pas d'investigation par le médecin du travail du lien santé au travail d'un salarié dont l'absence d'aménagement du poste est une entrave à la préservation de sa santé, par des charges physiques, des nuisances ou une organisation du travail à Risque Psycho Social impactant ce salarié ou d'autres.
- Les salariés, face à l'ambiguïté ou l'ambivalence des réponses incohérentes ou incomplètes des médecins, ne sont pas toujours en mesure de choisir. Ils peuvent être en position de consommateurs de prescriptions ou d'avis à court terme, pas forcément synergiques, parfois contradictoires. Heureusement la plupart des salariés ont un bon sens et une stratégie solide. Mais des situations de passivité ne permettent pas la reconquête d'un pouvoir d'agir personnellement et collectivement. Un salarié peut aussi être dans la manipulation de la non coopération pour des bénéfices secondaires de l'invisibilité de son travail.

3- ATTENTES DE LA COOPÉRATION ENTRE LES DEUX MÉTIERS

Si le travailleur-patient est devenu enfin, selon la loi et l'éthique, le décideur de son parcours de santé, c'est avec l'éclairage des professionnels qu'il peut prétendre à un consentement éclairé et prendre toute sa place

d'acteur. Mais pour cet éclairage, il est en droit d'attendre un éclairage mutuel des deux professions de santé.

Le médecin du travail attend la prise en compte par le médecin généraliste des conditions de travail réelles de l'entreprise du salarié. Il peut avoir besoin de comprendre l'effet des choix thérapeutiques sur le travailleur du salarié.

Le médecin traitant peut avoir besoin d'une confirmation objective du positionnement d'un salarié dans une entreprise, de la réalité des contraintes de travail, des potentialités d'insertion, de réinsertion, de modifications et/ou d'aménagements de postes compatibles avec la préservation et/ou la construction de la santé de son patient.

4- POUR COOPÉRER, LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LE MÉDECIN DU TRAVAIL DOIVENT CONSTRUIRE LA CONFIANCE

La confiance du salarié et la confiance entre eux.

Chacune des deux professions doit aussi donner à voir de ses règles de métiers, de sa pratique, de ses possibilités et de ses limites dans les institutions et l'environnement de l'entreprise et de la société.

Les contraintes de moyens notamment doivent être opposables sans être une résignation à l'abandon de la prise en charge.

Le médecin généraliste doit afficher ses conditions d'exercice et rappeler par exemple les exigences normatives portées par les organismes de sécurité sociale et les médecins-conseils.

Le médecin du travail se doit de rappeler sa subordination organisationnelle, les limites de mobilisation des conditions de travail. Il doit veiller aussi à l'accessibilité de ses coordonnées par le salarié et le médecin généraliste, pas toujours évidentes.

Les deux ont à prendre en compte les limites de la reconnaissance des prises en charge des pathologies professionnelles et des atteintes à la santé dans nos institutions sans renoncer à explorer et dire la santé au travail.

Les deux ont à affirmer leur espace d'indépendance et de possibilités d'initiatives.

Dans le colloque singulier avec le patient ou le salarié, la suggestion d'une coopération confiante est capitale, au-delà des rivalités professionnelles

5- COMMENT ? QUELLE FORMALISATION DE CES ÉCHANGES COOPÉRATIFS ?

➤ Les échanges écrits sont certainement indispensables dès qu'il y a enjeu. La pratique de la lettre au confrère remise ouverte à l'intéressé-travailleur, parce qu'elle lui est opposable, est-elle toujours possible ?

➤ Les échanges téléphoniques ou courriellés entre confrères doivent être demandés et annoncés.

Les écrits du médecin du travail doivent éviter le « jugement » du sujet ou de l'environnement ou l'encadrement de travail. La description et la catégorisation des éléments du travail qui font difficulté à la santé devraient être précises et dépourvus de jugement.

Les écrits du médecin généralistes doivent tenir la santé de son patient en respectant l'approche du travail réel.

➤ Un objectif à rechercher : la compréhension et le pouvoir d'agir du patient travailleur.

➤ Deux écueils à éviter : le déni ou la non prise en compte de la place du travail dans l'atteinte à la santé du patient. L'exclusivité de l'interprétation du travail dans une genèse complexe individuelle et d'itinéraire environnemental.

Ces pratiques d'échanges sont à déployer, à discuter, pour élaborer des repères de coopération dans nos deux métiers.

III—MÉDECIN GÉNÉRALISTE

D^r Patrick DUBREIL, région nantaise

PREMIER TEMPS : CAS CLINIQUE

Il y a beaucoup de non-dit de la part de la patiente et un jeu de ping pong entre le médecin du travail, le médecin généraliste et l'employeur. Simone Weil nous dit « *le fait capital n'est pas la souffrance c'est l'humiliation* ».

Cette personne a de l'expérience quand l'entreprise est rachetée. Je note :

- la perte du collectif de travail ;
- le fait qu'elle ait moins de formation que sa collègue ;
- le retard dans la mise en route du traitement et la rechute lors du mi-temps thérapeutique ;
- six ans entre les premiers signes et la mise en place d'une solution au niveau du poste de travail.

Concernant son refus de l'inaptitude, c'est peut-être qu'elle ne se sent pas inapte et qu'il y a la peur de la précarité (notion de subordination). On sent une patiente coriace qui s'accroche à son travail.

La question que je me pose en tant que généraliste : pourquoi la démission de sa collègue ? Quelle aide représentait-elle pour M^{me} B. ? Quel était son travail avant ? Qu'est-ce qui fait que le travail ait à ce point changé pour qu'elle soit malade à cause de son travail ? Pourquoi est-elle passée au travers des mailles du filet de la prévention ?

SECOND TEMPS : RÉFLEXION SUR LES COOPÉRATIONS

Quand je pose la question suivante à mes patients « *Quand avez-vous vu le médecin du travail ?* », ils me répondent « *Jamais ou il y a longtemps* ». Le poids de la démographie médicale en santé au travail en est certainement responsable mais le fait est que le salarié se confie plus souvent au médecin traitant qu'à son médecin du travail car il l'a choisi.

Quand je leur demande « *Avez-vous parlé de vos difficultés au travail à votre médecin du travail ?* », la réponse est « *Non, il m'a pris la tension et fait une analyse d'urine.* » Certains ajoutent « *On parle du travail parfois.* » Je constate que certains médecins du travail font des dépistages de santé publique comme les tests HémoCult[®] : est-ce que les missions du médecin du travail ont changé ?

Dans les cas graves, je communique avec le médecin du travail par téléphone : j'ai plusieurs exemples, une fois pour une femme enceinte exposée aux solvants, une autre fois pour un cas de violence au travail chez une salariée dont le mari était l'employeur ou encore pour un cas de souffrance au travail chez une salariée d'un service de santé au travail victime de l'organisation du travail.

L'instruction du lien santé/travail peut aider à comprendre certaines pathologies familiales et des pathologies des enfants. Je rencontre beaucoup de souffrance en lien avec le travail nécessitant des consultations longues. Le médecin généraliste est au paiement à l'acte mais je prends le temps d'écouter et d'examiner les patients. La première consultation est importante en fait. Je pense que c'est le travail qui est malade. Il faut prendre du temps pour savoir ce qui a fait basculer dans la maladie. Il faut parfois aussi savoir démédicaliser et rechercher de l'aide auprès des collègues, des syndicats et des délégués du personnel dans un second temps. Je me tourne aussi vers le médecin inspecteur régional du travail.

MÉDECINE DU TRAVAIL / CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE

I-VIGNETTE CLINIQUE préparée par les D^{rs} Thérèse BURET et Alain RANDON, médecins du travail

Une maladie professionnelle par exposition aux solvants

Je reçois M^{me} L., 30 ans, pour la première fois le 22 janvier 2006 en visite d'embauche en tant qu'intérimaire, affectée dans l'entreprise D., où elle occupe un poste au tri des invendus depuis trois mois. En février 2007, elle est recrutée en CDD par l'entreprise D., puis en août 2007 elle obtient un CDI. Le poste où elle est affectée dès février est à l'atelier « Décors », sur une cabine de peinture de technologie DBM.

Je la revois le 31 juillet 2008 en visite périodique. Dans ses antécédents professionnels, on retrouve un apprentissage dans la coiffure de 1992 à 1994, puis divers emplois sans exposition à des risques chimiques particuliers : manutentionnaire, agent de production, aide à domicile comme garde-malade. Avant d'intégrer l'entreprise D., elle venait de subir un licenciement économique en tant qu'employée dans un magasin de vêtements de 2001 à 2006.

M^{me} L. est née le 11 août 1976, elle élève seule son fils né le 14 janvier 2003. Elle n'a pas d'antécédents médicaux particuliers.

Concernant son poste de travail, dans son dossier médical, je notais le 31 juillet 2008 :

- préparation des peintures,
- installation des pièces à peindre,
- mise en carton des pièces peintes.

En fait, la préparation des peintures se fait dans un coin de l'atelier du local « Décors », mal ventilé, mal aéré, sans aspiration. Comme Équipement de Protection Individuel (EPI) elle n'a que des gants en PVA pour cette opération. Ensuite, elle installe les objets à peindre (barrettes, pinces à cheveux...) sur des broches spéciales qu'elle fixe dans la cabine de peinture. Une fois tout installé, le programme de mise en peinture automatique peut être lancé. Les pièces peintes sont ensuite déposées sur des portants et mises à sécher. Tout se fait dans le même espace, l'installation des objets à peindre sur les broches se fait à côté des supports où sèchent les pièces venant d'être peintes.

L'analyse des Fiches de Données de Sécurité (FDS) des produits utilisés, en particulier des peintures, montre qu'elles contiennent du toluène, du xylène, des éthers de glycol dont l'EGEE, du méthyl-éthyl-cétone, des résines époxy et des isocyanates. Des études d'atmosphère réalisées ultérieurement montreront que l'exposition la plus forte aux solvants a lieu dans le local de préparation des peintures et auprès des « séchoirs » de pièces.

Concernant la clinique, je note dans le dossier :

- Neurologie : RAS
- Pulmonaire : aucune plainte, pas de signes fonctionnels dus à la peinture. (J'avais déjà dû écarter de ce poste des salariés ayant présenté des réactions asthmatiformes et attiré l'attention de l'employeur sur les mauvaises conditions de ventilation du local).
- Bonne hygiène de vie (ni alcool, ni tabac)

Je lui prescris un bilan sanguin qu'elle effectue peu de temps après.

Ce premier bilan du 27 septembre 2008 révèle un taux de Gamma GT à 135 U/L avec des taux d'ASAT et d'ALAT normaux. Je fais donc réaliser un second bilan, en période de non exposition, la machine à peinture étant arrêtée. Ce bilan montre des Gamma GT toujours élevées à 126 U/L. Je décide donc de l'adresser en consultation de pathologie professionnelle. Je rédige à cet effet un courrier argumenté sur l'exposition de M^{me} L. (FDS, étude de poste) à l'attention de mes confrères du service, avec comme question : pensez-vous que cette augmentation des Gamma GT puisse être liée à son exposition aux solvants ?

Je reçois M^{me} L. pour lui expliquer la démarche et l'informer sur le déroulement de principe d'une consultation de pathologie professionnelle, sur le délai d'attente, sur l'étape préalable du questionnaire détaillé qu'elle est susceptible de recevoir par courrier ou qui lui sera proposé de remplir sur place, sur l'importance de la collecte de renseignements autour du travail. Tout ça lui paraît un peu compliqué, mais elle comprend bien que c'est dans son intérêt. Elle sait qu'il faudra avertir l'employeur, elle est prête à coopérer. Je lui précise qu'en cas de besoin elle peut toujours me joindre.

Deux mois plus tard, je reçois le compte rendu de la consultation du 15 décembre 2008, où il est précisé :

« En juillet 2007, M^{me} L. aurait ressenti des maux des maux de têtes qui évolueraient essentiellement par périodes et seraient prédominants surtout le soir. Elle aurait ressenti également des troubles de l'humeur à type d'irritabilité, et ses proches auraient constaté ce changement de comportement. Elle manifesterait une asthénie importante qu'elle constaterait de plus en plus de manière prégnante et ne semblerait pas rythmée par le travail. »

Depuis 2007, elle ressent avoir de plus en plus de troubles de la mémoire, surtout antérograde. Elle cite notamment en exemple l'impossibilité de pouvoir retenir la moitié d'une liste de courses comportant à peu près dix objets. De surcroît elle aurait remarqué récemment une intolérance aux odeurs chimiques de type eau de javel et ne peut plus actuellement utiliser des produits chlorés de ce type comme produits ménagers compte tenu de la gêne qu'elle ressent. »

Au total, le D^r B. conclut :

« M^{me} L. présente un très probable syndrome psycho-organique lié aux solvants, débutant, dans la mesure où on retrouve une symptomatologie associant une asthénie avec des difficultés de mémoire et des troubles de l'humeur de type irritabilité sans modification importante du caractère, en alternance avec une tendance au repli sur soi, et ces manifestations ne sont pas rythmées par le travail, comme il est souvent constaté dans les syndromes psycho-organiques. Associé à cette symptomatologie débutante, existerait un syndrome d'intolérance aux odeurs chimiques essentiellement marqué par l'intolérance aux odeurs chlorées. Cette symptomatologie clinique est associée à une augmentation anormale des taux de Gamma GT traduisant très probablement l'induction enzymatique chronique réalisée par une forte exposition professionnelle à des solvants inhalés. En l'absence d'induction enzymatique médicamenteuse, il est très probable que cette induction enzymatique soit d'origine professionnelle. »

Le 10 février 2009, je revois M^{me} L. Je reprends avec elle sa symptomatologie et elle m'explique qu'elle n'avait pas jugé important de m'en parler car, pour elle, cela n'avait rien à voir avec le travail, ni avec les solvants qu'elle manipulait. Je dois alors admettre que je ne l'avais pas interrogée de façon approfondie sur le sujet. Je ne recherchais pas cette pathologie à l'époque, je me focalisais plutôt sur les problèmes respiratoires et allergiques. En effet en 2006, j'avais dû déclarer une maladie professionnelle aux solvants, pour un syndrome ébrieux aigu, survenu chez une salariée de la même entreprise qui était restée toute une journée à travailler juste à côté d'un grand nombre de portants avec des pièces en train de sécher, sans aucune ventilation. M^{me} L. est assez inquiète et en accord avec elle, je demande un poste sans exposition aux solvants. Elle sera aussitôt mutée au poste de préparatrice de commandes.

Il faut cependant noter que M^{me} L., instruite des effets de la peinture sur la santé, a relaté ses problèmes au sein de l'entreprise, expliquant qu'une déclaration de maladie professionnelle était envisagée par le médecin du travail. (Entre parenthèses, ce n'est qu'en 2010, que le P-DG a enfin consenti à faire des travaux d'aspiration

et de ventilation dans l'atelier décor, après plusieurs échanges oraux et écrits entre nous, accompagnés d'une étude d'atmosphère réalisée par le pôle toxicologique du service de santé au travail.)

Le 24 mars 2009, le P^r H. voyait M^{me} L. en consultation, après un bilan neuropsychologique pratiqué le 11 mars 2009, en vue d'une déclaration en maladie professionnelle, alors qu'elle n'était plus vraiment exposée aux solvants depuis octobre 2008.

Le P^r H. concluait : « *Depuis le mois d'octobre, M^{me} L. a été soustraite de cette exposition. Sa fatigue qui était permanente s'est maintenant améliorée... elle se couche à 22 h alors qu'elle était contrainte auparavant de se coucher à 20 h 30... il existe un déficit de la mémoire immédiate et de la mémoire de travail probablement en rapport avec quelques difficultés attentionnelles. Ces troubles isolés sont maintenant devenus tout à fait limites pour affirmer un syndrome psycho-organique.* »

Malgré la régression de la symptomatologie, le 20 juillet 2009, j'ai tout de même fait un certificat de maladie professionnelle pour avoir une trace dans le dossier et pour marquer le coup vis-à-vis de l'entreprise. Cette maladie a été refusée le 16 février 2010 par la Sécurité sociale.

Le 10 mai 2010, je revois M^{me} L. en visite de reprise, après un accident de travail, une tendinite droite de Quervain en tirant sur un carton. Ses douleurs sont encore importantes, elle ne peut pas reprendre, mais elle accepte que je l'adresse à nouveau en neurologie pour faire le bilan de sa pathologie liée aux solvants.

Le 16 juin 2010, elle reprend le travail sur un poste aménagé sans manutention lourde.

Je reçois le compte rendu du P^r H. fin juin, il précise : « *La fatigue a disparu, elle signale encore de petites difficultés mnésiques. Le déficit de la mémoire à court terme verbal reste inférieur aux normes mais s'améliore. La mémoire épisodique est satisfaisante et les ressources attentionnelles sont aussi plus performantes.* » Le 6 septembre 2010, son poignet présente encore quelques douleurs séquellaires mais elle n'a pas de problème au travail, elle est contente d'avoir été écartée des postes exposés aux solvants.

Le 9 février 2012, je la revois en visite de reprise après un arrêt de travail d'un mois pour dépression, suite à une grosse surcharge de travail. Elle me signale qu'elle est très inquiète car elle est convoquée le 14 février suite « *aux faits qui lui sont reprochés* ». Elle ne sait pas à quel sujet... Je n'ai plus de nouvelles alors qu'elle m'avait dit qu'elle me tiendrait au courant. Je l'ai appelée quelques mois plus tard pour avoir de ses nouvelles et suis tombée sur son répondeur. Elle m'a à son tour laissé un message pour me dire qu'elle allait beaucoup mieux depuis qu'elle avait quitté l'entreprise et que pour elle la page était tournée. Je n'ai pas pu, ni eu l'occasion de voir avec elle les liens entre ses pathologies successives et le travail

A posteriori, je me suis demandé si je n'étais pas passée à côté de quelque chose, alors que j'étais focalisée sur sa pathologie liée aux solvants.

LES CAHIERS S.M.T.

Publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN 1624-6799

Responsables de rédaction : Dominique HUEZ, Jean-Noël DUBOIS

Responsable de publication : Jean-Louis ZYLBERBERG

Comité de rédaction : Alain CARRÉ, Benoît DE LABRUSSE, Dominique HUEZ, Annie DEVEAUX, Alain RANDON

Ont participé à ce numéro : Thérèse BUREL, Jean-Jacques CHAVAGNAT, Mireille CHEVALIER, Josiane CRÉMON, Annie DEVEAUX, Patrick DUBREIL, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Gérard LUCAS, Christian MASSARDIER, Mireille MATRAT, Yves MAUGARS, Alain RANDON, Magdeleine RUHLMANN, Odette TENCER, Elizabeth TRESCOL

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

II—LES COOPÉRATIONS MÉDICALES DU MÉDECIN DU TRAVAIL DU POINT DE VUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Support à l'intervention du référent médecine du travail — D^r Mireille CHEVALIER, médecin du travail —

C'est le plus souvent à la demande du médecin du travail, que le salarié va en consultation de pathologie professionnelle. Le médecin du travail peut avoir besoin de l'appui du consultant pour arriver à finaliser un diagnostic difficile, pour conforter son point de vue clinique ou pour avoir un avis complémentaire et argumenté sur une décision d'aptitude difficile à prendre.

Le médecin du travail doit rechercher l'adhésion du salarié et doit donc exposer clairement à ce dernier les raisons qui nécessitent le recours à la consultation de pathologie professionnelle. C'est de cette façon que le salarié pourra aborder de façon constructive la relation avec le consultant et apporter toute sa connaissance de son travail, de sa pathologie et tous les éléments de son ressenti.

Le rendez-vous de consultation de pathologie professionnelle passe par un écrit motivé de la part du médecin du travail pour expliquer la problématique et ce qu'il attend de l'aide de son confrère. Il va donc s'attacher à résumer l'histoire de la problématique, la symptomatologie, les résultats des examens déjà pratiqués et les actions déjà entreprises. Mais cet écrit doit permettre également de faire comprendre au consultant les enjeux que vit le salarié dans son travail et qui constituent des éléments de compréhension indispensables pour l'analyse du lien santé/travail. Ce courrier peut également servir de point d'étape pour le salarié, avant d'aborder le point de vue d'un autre professionnel.

Ce dernier aura en effet besoin des informations venant du médecin du travail comme du salarié pour appréhender le travail, son contexte, son organisation, et qui font toute la différence avec le travail théorique.

Cette coopération entre professionnels de santé au travail doit pouvoir se construire et s'améliorer dans l'intérêt du patient-salarié. De nombreuses questions se posent : comment favoriser les échanges, de quoi peut avoir besoin le consultant, comment garder le salarié au centre des échanges en toute confiance et avec sa participation active, jusqu'où peuvent se faire les transmissions du médecin du travail en respectant le secret professionnel, jusqu'où peut aller le consultant sans usurper le rôle du médecin du travail...

1. LES PRÉALABLES À LA COOPÉRATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL AVEC LE CONSULTANT DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE

1.1. Quel rôle attendre du consultant pathologie professionnelle ?

Le consultant peut être sollicité en appui au médecin du travail au service de la santé du salarié avec sa participation ou son consentement éclairé. Le médecin du travail peut alors avoir besoin du soutien du consultant pour faire comprendre un point de vue au salarié. Par exemple, pour s'assurer que le boulanger allergique à la farine a bien compris tous les enjeux de la pathologie afin de prendre une décision d'aménagement de poste ou de départ dans l'entreprise. Dans un autre cas, ce soutien peut être recherché pour conforter le salarié dans le diagnostic d'une maladie professionnelle. Alors que l'activité contraignante ou pathogène a bien été identifiée par le médecin du travail et le salarié dans un travail participatif d'anamnèse, le salarié peut s'avérer inquiet devant le diagnostic médical. Dans tous ces cas, le consultant est plutôt sollicité pour lui permettre d'avoir un deuxième avis à but de confirmation.

Le consultant peut également apporter son savoir pour aider le médecin du travail. Parfois, le médecin du travail se sent incompetent pour trancher ou répondre à une question du salarié concernant une pathologie particulière. Il a besoin de l'avis du consultant en tant que spécialiste pour pouvoir reprendre le dialogue avec le salarié avec les éléments de savoir qui lui manquaient. Ce peut-être par exemple un problème de suspicion d'allergie à un certain produit ou de toxicité pour un produit qu'il ne connaît pas complètement. La demande peut également être un avis concernant une image ambiguë au scanner vis-à-vis d'une notion d'exposition à l'amiante. Le médecin du travail et le salarié ont alors besoin de l'avis d'un consultant « expert » qui pourra trancher sur la présence ou non d'une plaque pleurale par exemple. Le médecin pourra ensuite mener avec le salarié les démarches de déclaration de maladie professionnelle et de réparation auprès du FIVA.

Enfin le médecin peut faire appel au consultant de pathologie professionnelle en tant qu'expert, pour trancher sur une décision d'aptitude. Lorsque le médecin

du travail hésite sur la décision d'aptitude ou d'inaptitude qu'il doit formuler, il va solliciter l'« expertise » du consultant. La décision finale sera bien entendue prise ultérieurement avec le salarié, en s'appuyant sur l'avis du consultant.

1.2. Comprendre et connaître les connaissances du consultant sur la clinique médicale du travail

Lorsque le médecin du travail fait appel à un consultant de pathologie professionnelle, il doit, avant tout, pouvoir repérer le positionnement de ce dernier concernant la clinique médicale du travail. Un rejet de cette dernière par le professionnel, limiterait fortement la coopération et générerait une demande motivée par le besoin d'appui du médecin du travail. Cela nécessiterait alors que le médecin du travail fasse un effort supplémentaire d'explication de sa clinique médicale lorsqu'il adresse un salarié. Sinon, l'apport du consultant de pathologie professionnelle risque de se limiter à l'apport d'un sachant dans le travail d'élaboration et de compréhension du médecin du travail avec le salarié.

Au contraire, un consultant de pathologie professionnelle qui s'attache à construire avec son patient le lien santé/travail et qui maîtrise la clinique médicale du travail va pouvoir très facilement s'intégrer dans un travail collectif médecin du travail-salarié-consultant.

1.3. La construction et la préservation de la « confiance » entre le médecin du travail et le salarié

Le médecin du travail va d'abord rechercher l'adhésion et la compréhension du salarié pour le recours à une consultation de pathologie professionnelle. Le salarié doit bien entendu être consentant pour aller en consultation de pathologie professionnelle et accepter les contraintes de disponibilité. Mais il doit surtout être volontaire et bien tout comprendre les enjeux de cette consultation. Le médecin du travail doit accepter de livrer au salarié le fond de sa pensée et surtout ses doutes et ses interrogations. L'intéressé doit comprendre pourquoi il voit un autre spécialiste. Le salarié doit comprendre et admettre que le médecin du travail lui propose de voir un consultant de pathologie professionnelle pour que lui, salarié, soit conforté par un deuxième avis de spécialiste. Il aura alors le sentiment que son médecin prend bien en compte ses interrogations et ses angoisses, et prend la peine de le rassurer. De même, le médecin du travail doit pouvoir expliquer au salarié qu'il a besoin d'un avis de spécialiste plus compétent pour affiner son diagnostic ou ses connaissances sur une pathologie avant de prendre une décision.

Enfin, le recours au consultant comme « expert » dans une problématique d'aptitude doit être parfaitement

compris par le salarié qui risque de croire que cet avis s'impose comme dans une expertise classique. Le médecin du travail devra bien expliquer que l'avis du « sachant » sera revu avec le salarié, discuté à la lumière de la réalité du travail et des besoins du salarié, pour une décision nécessitant le consentement éclairé de ce dernier.

La confiance avec le salarié passe par la connaissance des écrits adressés au consultant de pathologie professionnelle. Le courrier remis au salarié à destination du professionnel qu'il va consulter, ou envoyé au consultant avec copie au salarié, prouve à ce dernier la volonté du médecin du travail de l'associer à la démarche, en toute transparence. C'est le moyen de montrer au salarié que les médecins veulent construire avec lui les moyens de prévenir sa santé au travail et non contre ou malgré lui.

2. LA PLACE CENTRALE DE L'INSTRUCTION DU TRAVAILLER INDIVIDUEL ET COLLECTIF POUR COOPÉRER AVEC UN CONSULTANT EN PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE

2.1. Qu'est-ce que le médecin du travail attend du consultant ?

Il est important que le consultant de pathologie professionnelle comprenne que le médecin du travail attend un travail de collaboration autour de la problématique du patient et non un avis de sachant qui doit être suivi sans autre considération. Le médecin du travail sait qu'il est le mieux placé pour connaître le travail réel du salarié et pour appréhender le lien santé/travail. Le médecin fait donc appel au consultant pour lui apporter un avis qui va conforter ou aider dans son diagnostic de ce lien santé/travail, et c'est ce qu'il doit faire comprendre au consultant auquel il fait appel.

2.2. Comment apporter la question du travail dans le recours à la consultation de pathologie professionnelle ?

La question est bien de savoir comment donner au professionnel sollicité toutes les clés de compréhension autour du travail. Les éléments du poste, les gestes, les actions et les modes d'utilisation des outils et des produits sont des données qui sont facilement acceptées par le consultant et dont il est même demandeur. Il n'hésitera pas à demander des précisions au salarié s'il l'estime nécessaire. Les données de la clinique médicale du travail concernant la partie du « vécu réel » du salarié et des pratiques éloignées du process et du prescrit sont plus difficiles à aborder et nécessitent de s'être assuré de la disponibilité d'écoute et de compréhension de la part du consultant.

2.3. Donner à voir une pratique de clinique médicale du travail pour faciliter l'approche du consultant en faveur du salarié

Il s'agit bien de donner à voir l'histoire de l'engagement et du vécu du salarié dans son activité de travail au long d'une histoire professionnelle, et donc toute l'intimité du salarié dans son activité de travail. À travers son parcours, ce qu'il vit, et ce qu'il cherche dans le travail actuel, ses relations avec ses pairs, il engage son corps et sa santé dans le travail. Cet aspect est donc indispensable à connaître pour appréhender pleinement le rôle du travail dans un processus pathologique. Si le consultant est réceptif et rentre dans cette démarche de compréhension commune de l'activité de travail, son rôle va être conséquent puisqu'il pourra ajouter un regard et un questionnement neuf au récit du salarié et du médecin du travail.

Le médecin du travail devra apporter également l'analyse du processus délétère ou non de l'organisation ou des conditions de travail pour la santé physique ou psychique du salarié et du collectif de travail. Il s'efforcera de donner un éclairage précis sur le management et l'organisation de l'entreprise. C'est cette démarche qui va permettre aux deux médecins et au salarié de pouvoir faire apparaître la part de responsabilité du travail dans l'apparition ou l'aggravation de la pathologie du salarié. La compréhension et l'analyse avec le salarié d'une organisation de travail délétère mettant les travailleurs dans un état de concurrence, de conflits éthiques et d'empêchement d'agir, permettra aux médecins et surtout au salarié de voir les conséquences sur le comportement du collectif de travail et sur sa propre santé.

2.4. Le médecin du travail doit donner les éléments et les descriptions de travail pour faciliter l'apport du consultant de pathologie professionnelle dans la mise en évidence du lien santé/travail (maladie professionnelle...)

Les écrits du médecin du travail visant à faire partager au consultant les données de cette clinique médicale du travail, vont permettre la mise en évidence de l'origine du travail dans la symptomatologie développée par le patient salarié. Ce dernier pourra comprendre pourquoi il voit une aggravation de sa maladie auto-immune alors qu'il était persuadé qu'il « gérait » bien les agressions et le « stress » au travail. Le consultant pourra l'aider à faire le lien entre des pratiques particulièrement exposantes aux poussières, nécessitées par l'obligation de tenir des délais et la productivité, et les troubles respiratoires qu'il ressent.

2.5. Le médecin du travail doit participer à la recherche de solutions pour le salarié : amélioration du poste de travail, suppression du risque pathogène ou protection efficace contre ce risque

Mais le consultant va avoir besoin du médecin du travail pour rechercher avec le salarié les pistes acceptables pour protéger le travailleur ou éliminer le risque. Il ne va pas pouvoir se contenter des solutions théoriques, mais il devra compter avec le point de vue du salarié et les éléments de la réalité du travail qui lui ont été fournis. Ainsi le médecin du travail devra participer pleinement à la prise en compte de toutes les pistes, avec leurs acceptations de la part du salarié et les stratégies à développer pour les faire aboutir dans l'entreprise. Il est le seul à pouvoir tenir cet aspect du problème et doit donc les apporter à la discussion avec le consultant de pathologie professionnelle.

3. LA COOPÉRATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL AVEC UN MÉDECIN DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE LES RÈGLES PROFESSIONNELLES INTERROGÉES

3.1. Le médecin du travail, comme nous l'avons vu en première partie, peut avoir besoin du diagnostic du consultant pour différentes raisons

- **Affirmer un diagnostic de pathologie professionnelle** ; car il a souvent besoin des connaissances ou des examens complémentaires facilement accessibles au consultant pour affirmer un diagnostic radiologique de silicose par exemple, de syndrome neurologique des solvants, ou d'allergie spécifique.
- **Évaluer la gravité ou les conséquences d'une pathologie**. Il fait alors appel au consultant pour évaluer de façon plus précise les conséquences et la gravité d'une pathologie professionnelle ou non, et appréhender de façon précise les répercussions sur les capacités de travail du salarié, voire anticiper les conséquences sur la reprise du travail.
- **Préciser la toxicité d'un produit, la morbidité d'un process, par exemple**. Le médecin du travail a parfois besoin de connaissances pointues du consultant en matière de toxicologie, afin de comprendre ou de rechercher les symptômes développés par le travailleur suite à une intoxication aiguë ou chronique. De même certaines techniques de production peuvent libérer des produits dont il ne maîtrise pas forcément tous les composants et toutes les conséquences. Le consultant peut être d'une aide précieuse dans ces cas difficiles qui nécessitent des connaissances particulières et des moyens de recherche dont le médecin du travail ne dispose pas toujours.

3.2. Le médecin du travail sollicite également l'avis du consultant pour « affiner » ce que le premier considère comme une pathologie dûe au travail

Le médecin du travail pourra avoir besoin de retrouver les connaissances scientifiques permettant d'étayer son hypothèse. Il va faire appel au spécialiste de pathologie professionnelle pour chercher les preuves scientifiques de ce qu'il a compris de l'analyse de l'activité de travail. Le consultant pourra ainsi lui apporter la preuve ou les mécanismes scientifiques expliquant l'aggravation d'une pathologie auto-immune dans un milieu de travail présentant des facteurs importants de stress.

Dans d'autres circonstances, il recherchera des éléments afin de rédiger un certificat médical initial de maladie professionnelle (MP) ou maladie à caractère professionnel (MCP).

Les références bibliographiques et scientifiques récentes données par le consultant seront des données importantes pour argumenter un certificat médical de maladie professionnelle compliqué. Ces données peuvent ainsi permettre de contrecarrer des éléments manquants du tableau de maladie professionnelle ou étayer le dossier en CRRMP, telle une polyexposition à des agents cancérogènes par exemple.

Le médecin du travail peut également rechercher de l'aide afin de mieux rédiger un écrit adressé à l'entreprise (alerte, FE, etc.). L'avis et le point de vue d'un autre médecin peut permettre au médecin du travail d'enrichir son argumentation et ses écrits destinés à agir auprès de l'entreprise sur la prévention collective. Il peut avoir besoin du diagnostic du consultant pour se conforter dans certaines précisions apportées au responsable d'entreprise. Certains aspects du problème ou de la démonstration peuvent lui avoir échappé, l'apport du consultant peut alors lui être très utile, surtout dans une entreprise qu'il connaît bien et dont certains aspects ne l'étonnent ou ne l'interrogent plus.

3.3 Le médecin du travail a dans certaines circonstances, besoin de l'avis écrit du consultant de pathologie professionnelle

Cet écrit peut assoir ou faire partager une décision de médecin du travail. Ce dernier peut ainsi dans certaines circonstances, lors d'alertes ou d'avis concernant la prévention collective, s'appuyer directement sur le rapport du consultant de pathologie professionnelle pour donner du poids à son argumentation et pousser l'entreprise à agir.

Il peut constituer un élément du dossier médical du salarié, confortant sa décision d'aptitude/inaptitude au

poste, dans des cas difficiles, alors que le médecin du travail craint une contestation de la part de l'employeur.

Il peut aider à convaincre le salarié du bien-fondé de la décision du médecin du travail dans le cadre de la recherche de son consentement éclairé. Le travailleur sera plus facilement convaincu et rassuré par un avis motivé d'un autre professionnel de santé au travail, allant dans le même sens. Cela peut concerner une décision d'inaptitude, de demande de reclassement de poste, ou une incitation auprès du salarié pour qu'il fasse une démarche de reconnaissance de travailleur handicapé, de reclassement professionnel ou autre.

4. COMMENT AMÉLIORER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECIN DU TRAVAIL ET LE CONSULTANT DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE

Pour toutes les raisons que nous avons développées plus haut, même si les relations entre les deux professionnels sont satisfaisantes à premier abord, il est toujours utile et intéressant d'améliorer le travail coopératif entre médecin du travail et consultant de pathologie professionnelle. Pour cela, on peut étudier plusieurs pistes :

4.1. Pouvoir échanger avec le consultant de pathologie professionnelle pour lui apporter des éléments du travail connus par le médecin du travail, dans les cas difficiles

Les échanges entre professionnels restent des moyens incontournables de collaboration. Ils relèvent de la déontologie et s'avèrent toujours productifs car susceptibles de lever des ambiguïtés, voire des incompréhensions. Ces échanges nécessitent de prendre le temps d'écrire, de téléphoner, de préciser sa pensée et ses attentes. Autant un premier écrit explicatif va toujours de soi, autant les échanges pour demande de précision, débat en cas de désaccord, ou autre, sont parfois plus difficiles, ils nécessitent d'établir un véritable climat de confiance entre les médecins et avec le salarié.

4.2. Mettre le salarié au cœur des échanges entre praticiens

Car à tout moment de ces échanges, le travailleur doit rester informé et actif, donc donner son accord et son avis. Il en va du respect de la déontologie, mais surtout de l'intérêt du travail car le but est bien de redonner du pouvoir de décision et d'agir au salarié en termes de sa santé au travail.

Cela nécessite une attention particulière pour le médecin du travail parfois surchargé qui pourrait avoir tendance à régler ses dossiers en oubliant d'impliquer complètement le salarié qu'il n'a pas toujours les moyens de contacter facilement.

4.3. Être bien clair sur qui fait quoi dans les investigations ou les démarches

Certains médecins du travail pourraient reprocher au consultant de pathologie professionnelle de prendre sa place, en prenant la responsabilité de la prescription d'examens complémentaires à plus ou moins long terme dans les suites de la pathologie ou pour la mise en place d'un suivi post-professionnel par exemple. Les mêmes questions se posent pour les déclarations de MP ou MCP, la nécessité d'un suivi particulier ou la relation avec le médecin traitant.

Mais tout cela nécessite un échange et une conduite à tenir claire, à mettre en place entre les deux praticiens. Les pratiques doivent être discutées et expliquées, puisque les points de vue divergent entre les médecins du travail eux-mêmes. On sait bien par exemple que tous les médecins du travail ne s'accordent pas sur la nécessité de faire eux-mêmes les certificats de maladie professionnelle, le consultant ne peut donc pas deviner les pratiques de chaque médecin du travail.

C'est donc dans l'échange et la mise au point que l'on évitera les malentendus, les doublons ou les ratés qui peuvent être préjudiciables au salarié et qui sont toujours nuisibles à la collaboration et au travail collectif.

4.4. Ne pas hésiter à faire un retour avec le consultant à la fin de la prise en charge du salarié

La collaboration entre médecins passe également par l'échange critique des difficultés rencontrées lors de l'accompagnement de tel ou tel salarié.

C'est ainsi que les médecins pourront rechercher ensemble les améliorations pour une meilleure prise en charge ultérieure. Cela passe souvent par de petits détails pratiques, la prise en compte des emplois du temps ou des contraintes de chacun.

Il faut pour cela également que chaque médecin puisse accepter la critique ou entendre les besoins de l'autre.

Il est intéressant que le médecin du travail fasse l'effort de donner des nouvelles ou des informations sur les suites de tel ou tel dossier, afin que le consultant se sente concerné mais surtout qu'il puisse avoir un retour du terrain qui puisse lui permettre d'améliorer sa pratique.

Huitième colloque de l'association *E-PAIRS* :

E-PAIRS / 6 rue des coudriers, 86 100 CHATELLERAULT / <http://www.e-pairs.org/>

en partenariat avec :

➤ *a-SMT / 25 rue Edmond Nocard, 94 410 SAINT MAURICE / <http://www.a-smt.org/>*

et avec le soutien de :

➤ *SNPST / 12 impasse Mas, 31 000 TOULOUSE / <http://www.snpst.org/>*

➤ *Médecins du travail de la CGT, Case 408, 263 rue de Paris, Montreuil Cedex*

III—D' MIREILLE MATRAT, MAÎTRE DE CONFÉRENCES ET CONSULTANTE À LA CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE DU CHI DE CRÉTEIL

Pourquoi solliciter une consultation de pathologie professionnelle ? Pour un regard extérieur à la problématique à l'entreprise.

La consultation de pathologie professionnelle de Créteil comporte de nombreuses compétences et dispose notamment d'un important plateau médical et technique permettant l'orientation vers d'autres confrères spécialistes.

Elle peut compter sur les compétences médicales de :

- Médecin du travail
- Psychiatre (souffrance au travail)
- Psychologue
- Rhumatologue
- Pneumologue
- Allergologue
- Dermatologue
- ORL
- Ophtalmologue

Mais également sur d'autres compétences non médicales :

- Inspecteurs du travail
- Assistante sociale de la CRAMIF

Elle peut compter sur les compétences techniques :

- Biologiques
- Radiologiques (avec des spécialistes dans le dépistage des pathologies de l'amiante)
- Explorations fonctionnelles respiratoires
- Tests psychotechniques

Ces consultations, qui ont des délais d'attente parfois longs, sont prises en charge par la CARSAT ou CRAMIF quand il s'agit de patients appartenant au Régime Général de la Sécurité sociale, s'il y a un risque de maladie professionnelle avec la possibilité d'obtenir des aides pour aménager le poste. Cette consultation reçoit les salariés quelque soit leur régime d'assurance.

Pour quel apport ? C'est une aide :

- pour conforter les décisions d'aptitude ou d'inaptitude ;

- pour rechercher le lien entre les pathologies en rapport avec des expositions professionnelles (réalisations d'examens complémentaires, diagnostic) ;
- pour la mise en place de la surveillance post-exposition professionnelle et dans la surveillance post-exposition ;
- pour la demande de RQTH et l'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ;
- pour tous les médecins du travail qui peuvent venir au centre avec leurs radios, scanners ou IRM pour avis lors des staffs de pathologie professionnelle.

Cette consultation fait partie d'une unité qui dispose d'un staff de pathologie professionnelle pour discuter des dossiers qui ont pu poser problème lors de la consultation, et un radiologue spécialiste de l'amiante lors des RCP imagerie.

Elle fait partie du Réseau National de Vigilance pour le Recueil des Pathologies Professionnelles (RNV3P). Des médecins sentinelles des services de santé au travail participent à ce réseau en plus des praticiens des consultations de pathologie professionnelle. Mais les résultats de ce réseau sont biaisés pour une exploitation nationale car les salariés qui viennent à la consultation de pathologie professionnelle ne sont pas représentatifs de tous les salariés de France.

Cette consultation fonctionne en collaboration avec le médecin du travail :

- Un courrier du médecin du travail est indispensable pour la consultation pour préciser la demande et parce qu'il apporte la connaissance du poste de travail, la problématique de l'entreprise, du collectif de travail et les fiches de données de sécurité ou la composition des produits chimiques manipulés. Il apporte un regard différent sur le travail que celui du travailleur.
- Le salarié apporte son vécu.
- Le médecin du travail assure le suivi du salarié et pourra par exemple recueillir des informations sur des examens complémentaires comme les mesures régulières de *One-flow* à réaliser pendant le travail et chez lui (mesure le volume expiré et permet de suivre au quotidien la fonction respiratoire).

IV—MÉDECINS DE CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE APPORTANT DES COMPLÉMENTS AU COURS DU DÉBAT

Le tiers des consultations est demandé par les médecins du travail et le reste par les médecins généralistes ou les médecins spécialistes de l'hôpital. Le médecin de consultation de pathologie professionnelle (MPP) oriente ensuite toujours le salarié vers le médecin du travail. Il y a alors une coopération entre les deux praticiens.

Le médecin du travail et le MPP ont des positionnements différents. La consultation dure longtemps, en particulier la première fois. Le courrier type qui accompagne le salarié : « *Monsieur Intel a telle maladie professionnelle, merci de me donner votre avis ?* ». Dans ma pratique, les courriers sont souvent peu documentés. C'est donc grâce au salarié que je vais faire mon analyse et souvent on est en fin de chaîne avec quelquefois un travail dans l'urgence car les salariés sont arrêtés jusqu'à deux ans et ils doivent reprendre rapidement leur travail à cause d'un arrêt des indemnités journalières par la CPAM.

La première chose importante, c'est d'abord un interrogatoire sur le travail, sur l'organisation du travail avant de passer à la clinique et éventuellement au diagnostic de pathologie professionnelle. Il faut répondre aux confrères. Le sujet est toujours au centre mais quelquefois il attend des clés pour résoudre sa problématique. Je ne connais pas l'entreprise mais quelquefois je connais le secteur. Dans l'interrogatoire, je vais rechercher ce qui se passe, ce qui s'est passé et ce que le salarié va devenir. Jusqu'où peut aller le MPP sans prendre le rôle du médecin du travail ? Qu'attend de nous le médecin du travail ? Souvent ce sont des arguments pour une inaptitude dans un contexte difficile mais parfois des salariés attendent une solution mais pas celle-là.

Je revois les salariés, et il faut souvent expliquer. La question c'est : qu'est-ce que vous attendez de nous ? On construit l'histoire spécifique avec ce que le salarié nous donne à voir et quelquefois ils nous donnent à voir la partie émergée de l'iceberg et l'on doit reformuler la question qui nous est posée. C'est toujours le salarié de toute façon qui est au centre. Le MPP ne donne que des avis, des conseils explicités mais il doit répondre aux questions.

Quand la question est par rapport au diagnostic, on instruit et on donne une réponse collégiale. La consultation est souvent demandée pour faire une déclaration de maladie professionnelle ou d'inaptitude sans être toujours explicitée au salarié.

J'entends que le MPP se substituerait au médecin du travail. La question que je pose c'est : est-ce que ça voudrait dire que le médecin du travail ne pourrait pas s'au-

toriser à faire de déclaration de maladie professionnelle ou quelque part il faut qu'il envoie son salarié à la consultation de pathologie professionnelle pour s'autoriser cela ? J'ai parfois l'impression que c'est ça.

On a ce type de demande. On essaye de donner un avis, on n'est pas là pour se substituer. Quand c'est une pathologie professionnelle comme un asthme, la démarche diagnostique est connue. Dans le cas de l'aptitude, la situation est parfois conflictuelle et l'avis du médecin du travail peut être contesté dans l'entreprise : on est là pour donner un avis. On juge de la problématique de santé et du poste.

On ne va pas dans l'entreprise et on ne connaît pas le poste. On peut répondre au téléphone et aux courriels des confrères.

Dans ce cas clinique, il s'agit d'une maladie du tableau 84B des maladies professionnelles « *Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel...*) : avec un délai de prise en charge de 1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'au moins 10 ans) (...) Encéphalopathies caractérisées par des altérations des fonctions cognitives, constituées par au moins trois des six anomalies suivantes :

- *ralentissement psychomoteur ;*
- *troubles de la dextérité, de la mémoire, de l'organisation visiospatiale, des fonctions exécutives, de l'attention, et ne s'aggravant pas après cessation de l'exposition au risque.*

Le diagnostic d'encéphalopathie toxique sera établi après exclusion des troubles cognitifs liés à la maladie alcoolique, par des tests psychométriques et confirmé par la répétition de ces tests au moins six mois plus tard et après au moins six mois sans exposition au risque. »

Sur les six items du tableau, il en faut trois d'atteints. Les premiers tests psychométriques sont faits la plupart du temps alors que les salariés sont encore exposés au risque. Il faut réaliser les mêmes tests psychométriques après six mois de non exposition au risque. S'il y a une amélioration des tests, il n'y a pas de reconnaissance de la maladie professionnelle. Dans le cas d'exposition professionnelle à ces solvants, il n'y a pas de risque cancérogène. Mais le médecin généraliste est en première ligne pour la surveillance post-professionnelle. Pour mettre en place cette surveillance post-professionnelle, le salarié doit avoir un courrier de son médecin du travail avec les dates des derniers examens complémentaires prescrits et les différents examens prévus pour cette surveillance à donner à son médecin généraliste.

MÉDECINE DU TRAVAIL / RHUMATOLOGIE

I-VIGNETTE CLINIQUE préparée par les D^{rs} Odette TENCER et Alain GROSSETÊTE, médecins du travail

Viviane, 47 ans, a été embauchée à 17 ans après un CAP de commis vendeuse en quincaillerie, comme magasinnière et cariste dans l'établissement actuel d'un gros dépôt régional de colis. Le travail au magasin est très physique : les livraisons se font chaque matin, les colis arrivent en vrac ou sur palette. Chaque gros carton est à ouvrir pour faire la préparation de commandes des succursales. La préparation se fait sur des tables, mais du fait du volume des livraisons, il faut mettre un maximum de colis sur des racks, déplacer les colis à la main, ou les palettes avant de parvenir au carton dont il faut prélever des boîtes pour composer la commande. Et l'encombrement est tel que l'emploi du chariot élévateur est limité au déchargement des poids lourds. Les tire-palettes ne disposent pas toujours de la place suffisante pour pouvoir être utilisés. Elle a trois enfants entre 1991 et 2000, le dernier avec césarienne. Viviane présente un premier arrêt en 2001 pour altercation avec son chef, un autre de deux mois en 2005 pour une entorse cervicale avec signes de névralgie cervicobrachiale droite lors d'un accident de la voie publique, et en 2007 un arrêt de quatre mois pour une déchirure musculaire à la cuisse droite ; enfin en 2009 un épisode de dépression professionnelle, sur fond d'altercation avec le chef magasinier, avec arrêt de deux mois .

En décembre 2012, Viviane est en arrêt pour douleur de l'épaule gauche non calmée par les anti-inflammatoires. Elle présente une hypertension artérielle avec un début de traitement.

À partir de janvier 2013 elle commence une très longue période d'arrêt.

Le 26 avril 2013, elle est vue en visite de reprise de travail après quatre mois d'arrêt pour une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Elle apporte au médecin du travail tous les documents médicaux en sa possession. Malgré la kinésithérapie et deux infiltrations au niveau de la face externe de l'épaule, elle conserve une douleur à ce niveau. En avril 2013, son généraliste, devant la persistance de celle-ci et d'une gêne à l'élévation de sa main gauche, l'adresse au rhumatologue. La patiente a apporté au médecin du travail le double du courrier que le rhumatologue a destiné au généraliste.

Il indique que l'examen des radiographies objective, outre une tendinite calcifiante, l'existence d'une lésion du sous-scapulaire, à l'origine des douleurs en antépulsion et abduction de l'épaule.

Le courrier du rhumatologue au généraliste se poursuit ainsi : « (...) Il se pose le problème de la conduite à tenir, je pense que l'on peut proposer une reprise à mi-temps thérapeutique. Mais j'aimerais que la patiente puisse être vue par un chirurgien spécialiste de l'épaule pour être sûr que la reprise du travail ne soit pas préjudiciable à la guérison de la rupture de la coiffe qu'elle présente. C'est pourquoi je lui demande de vous consulter pour prévoir un tel rendez-vous chez le chirurgien spécialiste de l'épaule. » En date du 26 avril 2013, elle est déclarée inapte temporairement à sa visite de reprise du travail et sera revue après avis spécialisé.

Le courrier du 17 juin 2013, du chirurgien au rhumatologue, indique que l'IRM montre « une tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche sans rupture, avec un bec acromial agressif et une arthropathie acromioclaviculaire ». Une acromioplastie avec résection minimale de la clavicule sous arthroscopie est décidée en août. « Six mois d'arrêt de travail post-opératoire sont à prévoir suivis d'une consolidation avec séquelle » poursuit le courrier du chirurgien. Une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé est demandée et la reconnaissance au titre de la MP n°57A est refusée puis l'avis du C2RMP demandé est négatif dans sa conclusion rendue le 2 mai 2014.

Le chirurgien écrit le 5 novembre au rhumatologue : « *Je revois la patiente à trois mois d'une réparation des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche sous arthroscopie. L'évolution est favorable avec récupération progressive de ses amplitudes articulaires avec peu de douleurs. Elle poursuit ses exercices d'automobilisation jusqu'à récupération complète des amplitudes articulaires.* »

Elle souffre des mêmes symptômes au niveau de son épaule droite, pour laquelle j'engage des examens à l'issue desquels je la reverrai. Je prolonge son arrêt pour l'épaule gauche jusqu'au 28 février 2014. »

Puis le chirurgien adresse un courrier le 27 janvier au généraliste : « *L'IRM confirme à l'épaule droite, une rupture transfixiante du tendon sus-épineux associée à un conflit sous-acromial et à une arthrose acromioclaviculaire.* » Le 5 février 2014, une déclaration MP 57A pour tendinite de l'épaule droite est faite par le généraliste.

Le 7 mars 2014, est réalisée à droite une réparation des tendons sus et sous-épineux avec acromioplastie et résection du bord externe de la clavicule, ténotomie juxta-glénoïdienne du biceps sans ténodèse.

Dans le compte rendu opératoire, le chirurgien prévoit un arrêt de travail entre trois et six mois « *selon l'activité professionnelle* ». Il mentionne enfin qu'« *une consolidation avec séquelles est prévue à un an post-opératoire. En cas de séquelles ne permettant pas la reprise de l'activité professionnelle antérieure, une orientation et adaptation professionnelle doit être envisagée avec le médecin du travail dès le sixième mois post-opératoire* ».

Un courrier du chirurgien au médecin traitant est adressé le 10 juin : « *L'évolution est progressivement favorable avec récupération des amplitudes articulaires et de moins en moins de douleurs. (...) (Votre patiente) pourra reprendre une activité professionnelle à mi-temps thérapeutique sans activité manuelle bras en l'air à partir du 1^{er} octobre 2014 et ce jusqu'à la date anniversaire de son intervention.* »

Le 7 août, le C2RMP émet un avis défavorable à la reconnaissance de la prise en charge au titre de la maladie professionnelle pour son épaule droite.

Le 24 septembre 2014, sur demande du médecin-conseil, Viviane passe sa visite de pré-reprise à la demande du médecin-conseil. Elle conserve des douleurs et relève encore du soin.

L'arrêt se prolongeant, le médecin-conseil fixe une reprise au 15 février 2015. La pré-reprise est organisée un ou deux jours avant avec le médecin du travail qui se montre sceptique sur sa capacité à reprendre le travail et l'indique dans un courrier au médecin-conseil. Celui-ci fixe alors une nouvelle date de consolidation au 15 mars.

À la visite de reprise du travail, Viviane apporte un courrier du chirurgien daté du 3 mars. Il fait état d'un bon résultat aux deux épaules. Il précise même au médecin du travail que sa patiente lui « *a décrit en détail son activité professionnelle* » et qu'il n'émet « *aucune contre-indication à la reprise de son métier* ». La consolidation est prononcée le 15 mars.

Entre temps, Viviane change de médecin du travail. Celui-ci entre en contact avec la salariée le 1^{er} avril 2015 et organise une visite du poste le 11 avril 2015 car il ne connaît pas l'entreprise. Le médecin du travail reçoit alors Viviane. Elle a 46 ans, est obèse et en paraît au moins dix de plus. Elle indique sa lassitude au nouveau médecin du travail et dit qu'elle est usée. Toute sa carrière s'est déroulée dans cette entreprise. Ses épaules n'ont pas été reconnues en maladie professionnelle et pourtant dit-elle : « *Ce n'est pas dans sa cuisine qu'elle les a abîmées !* » Néanmoins, elle n'a pas le choix : elle veut retravailler et retrouver son poste.

La visite du poste avec le nouveau médecin du travail permet à Viviane de le vérifier : la reprise au poste de travail paraît tout à fait possible sans aucune restriction car l'organisation du travail a totalement changé en deux ans depuis son arrêt en décembre 2012. Viviane découvre les nouveaux locaux. Le magasin est vaste et organisé en lignes de préparation. Il y a de la manutention entre table de préparation et convoyeur mais il n'y a plus aucune situation handicapante identifiée. Un avis d'aptitude au poste est prononcé.

Pourtant elle sera licenciée dès son retour en mars 2015.

NB : L'entreprise a été rachetée fin 2013 par un grand groupe

II—BILLET DU RÉFÉRENT MÉDECINE DU TRAVAIL

D' Alain GROSSETÊTE, médecin du travail

Voici un commentaire sur la vignette présentée.

Il s'agit de la description d'un drame qui se déploie en trois ans. Il y a une atteinte au travail, un long épisode de soin et une guérison. Mais elle perd son emploi à sa reprise de travail. Il est possible d'analyser la perte d'emploi de Viviane en lien avec la longueur de son arrêt de travail, comme étant un cas très fréquent. Que s'est-il passé ? Pendant vingt ans Viviane « passe la visite médicale » périodique et vraisemblablement n'émet aucune plainte auprès du médecin du travail. Elle est interrogée lors de sa visite de reprise de travail. Pourquoi n'y a-t-il rien pendant ces vingt ans dans le dossier médical en santé au travail (DMST) ? La réponse est probablement que Viviane ne se plaignait de rien. Elle « faisait aller ». Elle déplace jusqu'à son arrêt, environ 1,8 tonnes au quotidien. Elle dépanne ses collègues femmes et les protège vis-à-vis du chef qui lui parle mal et le harcèle, en lui tenant tête. Elle se rebiffe

contre ce qu'elle présente comme un magasin rangé tout n'importe comment, et le conflit sur la façon de faire le travail, faute d'aboutir, devient un conflit interpersonnel avec son chef qui parvient à la fragiliser et à la déstabiliser.

Pendant son arrêt elle a été vue cinq fois par un médecin du travail, soit en pré-reprise à l'initiative du médecin-conseil, soit en visite de reprise au travail. Mais en même temps peut-on dire que son arrêt de travail a été mis à profit pour préparer son retour ? Il n'y a pas eu d'accompagnement. Ce retour, le croit-elle possible ? On peut en douter.

Viviane durant son arrêt de plus de deux ans, apparaît totalement en rupture avec son ancien travail. Elle n'y croit plus Elle sait simplement que son entreprise a déménagé et découvre les lieux au jour de sa visite de poste quelques jours après sa visite de reprise du travail à l'issue de laquelle elle est déclarée apte.

III—RHUMATOLOGUE

P^r Y. MAUGARS, CHU de Nantes

Il n'y a pas eu de prise en charge optimale de cette salariée avec un très long arrêt. Et si on ajoute les relations conflictuelles avec son chef, on obtient une chronicisation de ce tableau clinique.

Cette vignette fait appel à des concepts rhumatologiques anciens. La tendinite calcifiante n'existe pas, une tendinite ne se calcifie pas : c'est en fait un rhumatisme à apatite dont les localisations au niveau de l'épaule sont fréquentes avec une prévalence de 3 à 5 % chez la femme, et sans rapport direct avec l'activité physique (pas plus de calcifications chez les travailleurs manuels ou les sportifs avec prédominance féminine, pas plus de calcifications du côté dominant, début des symptômes chez des sujets jeunes).

Dans la genèse de la calcification, l'activité mécanique ne joue aucun rôle mais le caractère familial et donc génétique est important ; par contre le travail mécanique augmente les douleurs. Ces calcifications grossissent progressivement jusqu'à devenir symptomatiques

avec une taille « critique » supérieure à 15 mm, soit de manière mécanique comme un conflit sous-acromial chronique classique, soit de manière inflammatoire comme un rhumatisme microcristallin, avec des accès extrêmement aigus comme l'épaule aigüe hyperalgique, avec résorption possible de la calcification à ce moment-là.

Dans le cas clinique présenté, il y a de plus une arthrose acromio-claviculaire. Il est parfois difficile dans la chronicité de faire la part des choses entre la responsabilité de la coiffe et celle de l'acromio-claviculaire. Celle-ci ne doit pas être opérée. Par contre l'évolution favorable à terme plaide en faveur d'une pathologie microcristalline de la coiffe.

Pour le traitement du rhumatisme à apatite on peut proposer, si la douleur résiste aux traitements habituels, de retirer la calcification par grattage et lavage par ponction-aspiration radioguidée ou sous arthroscopie. La récupération sera souvent excellente comme

pour la patiente, car il n'y a que peu de rupture de coiffe associée. Il faut savoir que 30 à 35 % de déchirures tendineuses se produisent sans douleurs dans la population standard : c'est un aspect dégénératif.

Attention aux images ! Il est évident qu'il faut du bon sens et ne pas lire un compte rendu d'imagerie comme une référence, qui doit rester clinique. L'imagerie mal interprétée est source de nombreuses erreurs. Il faut connaître les images habituelles anormales, très fréquentes, et le plus souvent asymptomatiques. Pour les tendinites de la coiffe, l'échographie est un examen comparable à l'IRM en terme de diagnostic. Il faut aller vers la simplification et pas dans l'inflation d'imagerie.

Pour les atteintes tendineuses, des gènes ont été identifiés et on pourra bientôt, de façon prédictive, indiquer au patient s'il présente un risque plus élevé de lésions tendineuses.

Il est important que tous les spécialistes travaillent ensemble si la douleur persiste et tend à la chronicité. Par exemple, les sciatiques sont un gros problème où l'on rencontre souvent des mauvaises prises en charge. À Nantes depuis six mois, ces sciatiques sont prises en charge précocement : dès que la douleur dure plus de trois à quatre semaines, le salarié est orienté vers l'hôpital de jour et c'est le médecin généraliste qui est au centre du système. Il y a un staff pluridisciplinaire comprenant également le médecin du travail qui est repré-

senté par le médecin consultant en pathologie professionnelle : le travail est donc également pris en compte.

Il faut également faire aussi ce que vous faites dans les cas de survenue de tendinite : des aménagements de poste en travaillant en équipe pluridisciplinaire. Cette coopération est compliquée mais serait plus efficace, or nous connaissons tous les problèmes de démographie des médecins du travail.

Une réflexion par rapport au cas clinique dans ses aspects psycho-sociaux : il s'agit d'une observation riche sur le plan psycho-social. Ce que l'on attend des médecins du travail, comme de tous les spécialistes, c'est une compétence spécifique sur laquelle le patient pourra se reposer en toute confiance. Le constat que je peux faire est le suivant : le faible taux de questions posées sur le travail dans les dossiers de consultation. Il faudra s'efforcer de sensibiliser les étudiants et nos jeunes confrères sur la question du travail.

Il faut surtout que chacun fasse son travail et que l'on communique à partir de nos expériences et savoirs de spécialistes. Certains médecins se considèrent comme omnipotents : quelques gynécologues qui deviennent les médecins généralistes de la femme ménopausée, ou des médecins généralistes qui traitent toutes les pathologies eux-mêmes en n'envoyant aucun patient au spécialiste. Chacun doit rester dans sa compétence et solliciter celles des autres spécialités.

IV—COMMENTAIRE DISTANCIÉ DU RÉFÉRENT MÉDECINE DU TRAVAIL

D^r Alain GROSSETÊTE, médecin du travail

Comment s'organise la relation entre les praticiens dans le respect du secret médical ? Que transmettre ? Quels sont les appuis de la déontologie et des règles professionnelles pour cela ?

La relation avec ce spécialiste passe généralement par l'écrit, comme avec les autres spécialistes. En pratique, le médecin du travail n'est que très rarement à l'origine de la consultation du rhumatologue. De son côté le rhumatologue n'a guère l'opportunité d'écrire en premier au médecin du travail. Aussi le médecin du travail souhaitant contacter le rhumatologue intervient en réalité dans une relation déjà constituée auparavant entre le généraliste et le spécialiste, dans une relation de soin. Il est possible, de ce fait, qu'il s'y joigne en position d'intrusion et parfois de méfiance. Pour en sortir, il lui faut

tenter de porter le point de vue de clinicien du travail dans une histoire du salarié-patient, la part du travail ne pouvant être réduite à la seule dimension de « lésion ». Il peut donner son analyse portant sur le « travailler » du salarié-patient : les conditions et l'organisation du travail, mais aussi le plaisir au travail, l'ennui, la peur, ce qui compose l'investissement et l'engagement dans le travail, l'état du collectif de travail ; comment l'atteinte de la santé vient percuter la trajectoire du salarié-patient (que la cause de l'atteinte soit le travail ou non, ou les deux) et son pouvoir d'agir. Mais également ce qui peut constituer une énigme, quelque chose qui serait repéré comme une part non élucidée, dans l'essai à partir de la clinique médicale du travail recueillie du salarié-patient.

La mise en récit d'une histoire clinique constitue un temps d'élaboration pour clinicien et patient-salarié, peut s'avérer une contribution importante de la part du médecin du travail vis-à-vis des autres spécialistes. Cet écrit peut être rédigé à partir du DMST (dossier médical santé travail), le patient étant le pivot de la transmission des écrits. Restituer par son intermédiaire aux autres spécialistes le « travailler » du salarié-patient avec des écrits pour en rendre compte, est important également pour lui. La période de l'arrêt maladie, considérée comme un temps précieux de récupération du pouvoir d'agir du patient, est un temps propice autant pour l'échange avec les autres spécialistes sur le patient, que pour le patient lui-même, sa capacité à élaborer.

À partir de là, il reste certainement des questions à explorer. Comment en prenant appui sur la clinique médicale du travail, le médecin du travail peut-il engager sa coopération avec un spécialiste engagé dans la question du soin ? Comment le médecin du travail peut-il se placer lui-même vis-à-vis d'une posture de soin, « se mettre dans le soin » avec un rhumatologue ? (au sens de sa contribution à la guérison du salarié-patient, en l'aidant à préparer son retour au travail) ou, dit autrement, comment remettre le salarié dans la boucle du soin, dès son arrêt maladie ?

Quelques repères professionnels accessibles à la dispute, mais issus de cette troisième partie :

1-SUR LA RELATION ENTRE LE MÉDECIN DU TRAVAIL, LE SALARIÉ, ET LE RHUMATOLOGUE

- Placer la relation avec le médecin traitant, en position clé dans l'échange entre les praticiens et le salarié.
- Donner à voir au rhumatologue une pratique de clinique médicale du travail, et des règles professionnelles de médecin du travail pouvant assurer la « confiance » entre le médecin du travail et le salarié, ce dernier étant le pivot de la relation avec les deux médecins ; rechercher et mériter la confiance du salarié en le plaçant au cœur des échanges entre praticiens, à la fois porteur et destinataire des courriers.
- Les écrits du médecin du travail sont remis au salarié à l'intention du rhumatologue.

2-SUR L'APPORT AU RHUMATOLOGUE : LA PLACE CENTRALE DE L'INSTRUCTION DU TRAVAILLER INDIVIDUEL ET COLLECTIF POUR COOPÉRER AVEC UN RHUMATOLOGUE

Comment amener la question du travail dans le recours à la consultation du rhumatologue, *via* en général le médecin traitant qui a orienté le patient vers lui ?

Le médecin du travail doit donner les éléments et les descriptions de travail pour faciliter l'apport du rhumatologue dans la mise en évidence du lien santé/travail :

- L'histoire de l'engagement et du vécu du salarié dans son activité de travail au long d'une histoire professionnelle et de ses impasses.
- L'analyse du processus délétère ou non de l'organisation ou des conditions de travail pour la santé physique ou psychique du salarié et du collectif de travail.

MÉDECINE DU TRAVAIL / PSYCHIATRIE

I- VIGNETTE CLINIQUE préparée par les D^s Christian MASSARDIER et Elisabeth TRESCOL, médecins du travail

Une collaboration difficile avec un médecin psychiatre

L'histoire commence par une rixe. Une nuit, dans une entreprise industrielle de métallurgie, employant environ 250 salariés, deux salariés en viennent aux mains. Conflit entre un cariste et un pilote d'équipement, conflit entre deux délégués appartenant à deux centrales syndicales différentes.

Le licenciement des deux salariés concernés (tous deux élus délégués du personnel), demandé immédiatement par l'employeur, est refusé par l'inspecteur du travail. Les deux salariés sont sanctionnés : passage en horaires de journée donc avec une perte de salaire. Le cariste reprend le travail après trois jours d'arrêt en accident du travail pour traumatisme facial avec épistaxis. Le pilote d'équipement est arrêté un an complètement puis ensuite un an à temps partiel thérapeutique.

Ce sont les difficultés de réintégration de M. A. pilote d'équipement qui vont être à l'origine d'échanges ou plutôt de tentatives d'échanges avec le psychiatre traitant.

Une première visite de pré-reprise est organisée quatre mois après l'événement, à la demande du médecin-conseil qui souhaite savoir si un licenciement est envisagé, et estime que la prolongation en accident de travail n'est plus justifiée.

M. A. se présente à cette visite avec une ordonnance témoignant d'une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique par un psychiatre. Il dit avoir refusé l'hospitalisation proposée par le psychiatre (car il dit que sa femme et ses trois enfants ne peuvent pas rester seuls). Il dit avoir refusé l'IRM prescrite car il ne supporte aucune injection. Il dit vouloir reprendre le travail, pour assurer sa fonction de délégué du personnel, car il dit être le seul à s'occuper correctement des salariés. L'état psychologique ne paraît pas stabilisé et le médecin du travail demande au médecin-conseil de différer la reprise qui paraît peu envisageable dans un avenir proche.

Une seconde visite de pré-reprise est programmée sur les conseils de l'assistante sociale de la CPAM. Le salarié se présente avec un courrier du médecin psychiatre qui sollicite « *vu l'état clinique, la personnalité et le contexte professionnel, un changement de poste au sein de l'entreprise de façon à minimiser le stress ressenti (bruit, rendement, relationnel...), le traitement étant Risperdaloro^o, Seresta^o, Deroxat^o* ». À noter que le salarié signale alors au médecin du travail, que pour être en pleine possession de ses moyens, il s'est abstenu de prendre son traitement le jour de la visite.

Le médecin du travail écrit alors au médecin traitant et au médecin psychiatre une lettre remise au salarié dans laquelle :

- Il expose les appréhensions du salarié : être perturbé par l'ambiance sonore de l'atelier d'usinage, ne pas tenir les cadences exigées par l'employeur, être trop sollicité par ses collègues en raison de son statut de délégué.
- Il insiste sur la nécessité d'une bonne observance thérapeutique .
- Il conseille une demande de reconnaissance de travailleur handicapé, bien que M. A n'y soit pas favorable.

- Il émet des réserves sur la demande du salarié d'être muté sur un poste d'expédition, car cela nécessiterait une formation à la conduite du chariot élévateur, ce qui dans l'état actuel de la situation ne paraît pas adapté.
- Pour terminer, il propose d'étudier avec l'employeur une piste de reclassement au sein du secteur de l'usinage, en tenant compte de sa contre-indication à l'exposition au bruit.

Le salarié est revu à nouveau en pré-reprise avec une lettre de son psychiatre :

« Vous allez recevoir M. A. Son état psychique est stabilisé depuis plusieurs semaines sous traitement (Risperdal^o, Deroxat^o, Seresta^o, Stilnox^o). Après un an sans activité professionnelle, il m'apparaît indispensable et même thérapeutique qu'il reprenne une activité professionnelle. Toutefois, vu la durée conséquente de son arrêt de travail, ainsi que des conditions de travail semble-t-il délicates dans son entreprise, je souhaite que cette reprise se fasse à temps partiel thérapeutique, et si possible, sur un poste différent de celui qui était le sien (agent de contrôle qualité, agent de maintenance, entretien des machines...). »

La reprise est réalisée à l'issue de l'arrêt de travail actuel, soit quinze jours plus tard sur un poste aménagé. M. A. est affecté sur un poste de tri de pièces, dans le secteur usinage, mais dans un local fermé donc sans exposition au bruit. Les horaires sont de 8 h à 11 h 45 en poste fixe. M. A. se dit content de reprendre.

Il est revu trois mois plus tard et prolongé à mi-temps thérapeutique. Le traitement par Risperdal^o a été diminué. Son travail se passe bien mais M. A. se plaint de devoir travailler une semaine sur deux sur le même poste que son agresseur, qui travaille en horaire alterné 2 X 8. Le médecin du travail lui répond qu'à sa connaissance, il ne semble pas y avoir eu d'agresseur identifié mais une rixe entre deux personnes. Les deux salariés concernés ayant conservé leur emploi, il insiste sur la nécessaire cohabitation au sein de la même entreprise.

La reprise à temps complet est demandée à l'issue des six mois de mi-temps thérapeutique.

Lors de cette visite de reprise pour passage au temps complet, M. A. se présente avec un discours revendicatif et agressif. Il exige de réintégrer un poste de week-end et à terme son poste de nuit, ignorant totalement la mesure disciplinaire dont il a été l'objet. Son discours est très procédurier, car dit-il : *« Il connaît ses droits. »* Par ailleurs, si la reprise à temps partiel s'est déroulée sans difficulté majeure, l'employeur se plaint de grosses difficultés de cadrage par rapport au respect des règles de fonctionnement de l'entreprise, ce qui nécessite de sa part la présence d'un encadrement hiérarchique conséquent lorsque M. A. est à son poste. Le médecin du travail demande de différer la reprise à temps plein en sollicitant un avis du médecin psychiatre.

Lettre du médecin du travail au psychiatre et au médecin traitant (remise au salarié) :

« La réintégration de M. A. à temps partiel thérapeutique s'est relativement bien passée sur un poste aménagé de type contrôle des pièces, en horaire fixe le matin. L'employeur manifeste son inquiétude par rapport à quelques difficultés d'ordre relationnel. M. A. aurait du mal à respecter le cadre prescrit et entretiendrait des relations tendues avec certains collègues de travail. J'ai rappelé à M. A. l'importance du respect des relations internes au collectif de travail, car dans l'entreprise l'objectif prioritaire est d'assurer la production. Je constate un décalage important entre le discours de M. A. et celui de sa hiérarchie sur les difficultés rencontrées.

Le passage à temps complet, s'il était confirmé, entraînerait des modifications du poste actuel avec une plus grande polyvalence donc un poste moins protégé. Il resterait sur un poste fixe, en horaire du matin (6 h à 14 h) car l'employeur ne souhaite pas l'affecter sur d'autres plages horaires (en particulier sur des horaires de nuit ou de week-end) car il a besoin d'être bien encadré.

Je sollicite votre avis pour savoir si, de votre point de vue, la pathologie de M. A. est suffisamment équilibrée avec le traitement actuel, indépendamment de savoir s'il prend régulièrement son traitement. Je suis relativement inquiète pour l'avenir professionnel de votre patient, compte tenu de la déstabilisation actuellement rapportée par l'employeur.

En raison de la nécessité d'aménager son poste de travail, il me paraît nécessaire de demander une reconnaissance en travailleur handicapé.

Dans l'immédiat je lui délivre un avis négatif pour la reprise à temps plein. Je lui demande de vous revoir et je vous remercie de tout renseignement que vous jugerez utile de me communiquer pour le suivi de votre patient. »

Sans réponse du médecin psychiatre deux mois après le courrier, le médecin du travail lui adresse une lettre pour l'informer :

« À la date du ... j'ai remis à votre patient M. A. un courrier à votre intention. Dans le contexte d'une réintégration difficile, je me permets de porter à votre connaissance cet état de fait. Je vous remercie de tout renseignement que vous jugerez utile de me communiquer... »

Puis il téléphone au psychiatre et tombe sur un répondeur qui lui communique une adresse de messagerie sur laquelle il adresse un courriel : *« J'ai cherché à vous contacter pour échanger éventuellement sur les difficultés suscitées par la perspective de reprise à temps complet de votre patient M. A., je souhaiterais un avis de votre part. »*

Deux tentatives d'échanges à l'issue du courrier remis au salarié, qui ne seront suivies d'aucun échange.

Le médecin-conseil décide la consolidation à deux ans de l'accident de travail. Une expertise accorde à M. A. une IPP de 15 % pour décompensation d'un état antérieur.

Le médecin du travail écrit au médecin-conseil pour signaler les difficultés d'adaptation en lien avec les effets secondaires du traitement : fatigabilité importante, sudation importante avec intolérance à la chaleur (surtout en ce début de période estivale), difficultés d'aménager le poste à temps complet et la nécessité d'un encadrement de proximité. Le médecin du travail émet des doutes sur la faisabilité d'une réintégration à temps complet.

Pour le médecin-conseil, avec qui un échange téléphonique a lieu, la rente de 15 % doit pouvoir autoriser une diminution du temps de travail avec baisse de salaire.

M. A. reprend le travail à temps complet dès la fin de l'été, soit après les grosses chaleurs. Mais il est inquiet, car très fatigué, fatigue qu'il attribue au traitement. Il conserve le même poste et ses horaires restent en journée de 7 h 30 à 16 h avec une pause de 45 mn.

Le médecin du travail continue à se poser la question de l'observance thérapeutique car très rapidement, soit un mois après la reprise à temps complet, l'employeur sollicite une visite en raison de graves problèmes relationnels au sein de l'équipe. Une des collègues de M. A. s'est plainte d'un comportement agressif à son encontre et elle est en arrêt de travail. La directrice des ressources humaines se dit contrainte de convoquer quotidiennement M. A. et elle n'en peut plus. Le chef d'atelier est exaspéré par la situation. Tous manifestent leur peur d'un nouvel événement.

Lors de la consultation demandée par l'employeur, M. A. tient des propos délirants sur les causes des difficultés rencontrées, propos qui sortent du registre du travail : *« Le mari de sa collègue serait un grand trafiquant de drogue, M. A. habitant la même cité qu'elle, c'est lui qui aurait dû alerter la police des polices pour le faire incarcérer, et pour se venger cette dame serait de mèche avec son employeur pour le faire craquer, elle mettrait de la musique exprès... »*

Le médecin décide de demander un avis d'aptitude professionnelle auprès du psychiatre en charge de la consultation dans le service de pathologie professionnelle. Il écrit à nouveau au médecin traitant et au psychiatre pour les informer de sa demande. Le délai est de trois mois. En attendant, le médecin du travail évoque les propos décalés dans le courrier remis au salarié, la question de l'observance thérapeutique et de sa tolérance et le risque de perte d'emploi à terme si l'état de M. A. n'est pas stabilisé.

Il téléphone au médecin traitant pour solliciter une prescription d'arrêt car une inaptitude temporaire lui paraît indispensable dans l'immédiat, compte tenu de la situation. Le médecin évoque la possibilité que son patient soit victime de harcèlement mais accepte cependant de lui prescrire un arrêt de un mois.

Lors de sa reprise un mois plus tard, le psychiatre a modifié le traitement : arrêt de Deroxat[®] responsable de l'hypersudation ; prescription de Risperdaloro[®], Atarax[®] et Stilnox[®], mais sans aucun courrier pour le médecin du travail.

L'avis du médecin du travail lors de cette visite de reprise est le suivant : *« Apte à la reprise, dans l'attente de l'avis spécialisé demandé au service de pathologie professionnelle, prévu à la date du ... (soit deux mois plus tard). »*

Le courrier pour la consultation spécialisée est adressé directement au psychiatre de la consultation du service hospitalier de pathologie professionnelle, avec copie remise au salarié. La réponse se fera attendre plus d'un mois en raison de gros problèmes de secrétariat du service. Après plusieurs relances, le médecin du travail la reçoit trop tard. M. A., qui est resté au travail, contrairement à l'avis spécialisé repris ci-dessous, est alors sous le coup d'une mise à pied avant licenciement ; il ne sera jamais revu par le service sauf pour réclamer son dossier médical.

Le courrier du psychiatre est très détaillé et après avoir repris les éléments incohérents du discours de M. A., dicit « *récit très flou et à l'image de la désorganisation psychique du patient lors de l'entretien* » il conclut : « *Au terme de cette consultation, le vécu paranoïde essentiellement interprétatif et intuitif à thématique persécutoire et mégalomane envahit tout le champ de pensée et m'incite à ré-adresser le patient rapidement auprès de son psychiatre, annonce que le patient accueillera avec beaucoup d'opposition prétextant qu'il est guéri.*

Pour répondre à vos interrogations, vous comprendrez qu'il m'est impossible de me prononcer sur une quelconque aptitude à son poste de travail, la priorité étant avant tout les soins spécialisés afin d'équilibrer la thérapeutique et affiner le diagnostic clinique. »

En résumé :

Dans cette vignette clinique, le médecin psychiatre souhaite la réintégration de son patient avec un objectif thérapeutique. Le médecin du travail poursuit le même objectif mais il est le témoin d'un état psychique mal stabilisé, responsable de difficultés de réintégration du salarié qui lui font craindre la désinsertion professionnelle.

La préoccupation du médecin du travail est plus globale, car il doit aussi tenir compte du collectif de travail qui de toute évidence est en souffrance.

Aurait-il été possible d'échanger directement avec le psychiatre sur les difficultés suscitées par son patient au sein de l'entreprise ?

Dans d'autres situations fréquemment rencontrées, la sollicitation du médecin psychiatre est essentiellement à visée d'expertise :

- Évaluer la gravité d'une atteinte psychique.
- Évaluer un risque suicidaire.
- Évaluer le besoin d'une prise en charge médicamenteuse.
- ...

Le médecin a souvent besoin d'arguments pour prendre une décision d'aptitude ou d'inaptitude ; l'inaptitude, apparaît souvent comme la seule solution pour protéger la santé d'un salarié en difficulté dans son travail.

II—FACILITER LA COOPÉRATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL AVEC LE PSYCHIATRE EN TENANT LA QUESTION DU TRAVAIL

Support à l'intervention du référent médecine du travail D^r Dominique Huez, médecin du travail

Le médecin du travail a besoin de coopérer avec un psychiatre pour recueillir un avis diagnostic quand il est dans l'embarras pour accompagner la construction ou la préservation de la santé au travail d'un salarié. Mais aussi pour mieux cerner ce qu'il considère comme une psychopathologie du travail, ou pour assoir ou discuter avec le psychiatre une décision de médecin du travail ; ou pour communiquer au psychiatre son avis éclairé dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique parce qu'il le juge alors nécessaire.

1-RÈGLES DE MÉTIER EN MÉDECINE DU TRAVAIL
CONSTRUCTION DE LA CONFIANCE AVEC LE SALARIÉ

11- Permettre au psychiatre de comprendre le « métier » du médecin du travail

Le travail est la grille de compréhension du médecin du travail. Il agit exclusivement du point de vue de la construction ou de la préservation de la santé au travail du sujet. Il peut contribuer à remettre le travail réel et le « travailler ensemble » en débat au centre du projet d'amélioration de l'organisation du travail. Il donne à comprendre les mécanismes délétères précis du côté du travail pour en prévenir les causes. Il permet ainsi à l'employeur de mieux répondre à son obligation de sécurité de résultat. Le médecin du travail n'est pas en charge, ni comptable, des contraintes économiques, contrairement à l'ensemble des acteurs de l'entreprise.

➤ **Les Préconisations médicales** sont émises dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié. La fiche de suivi médical peut faire état du lien entre le changement d'organisation et l'altération de la santé du salarié. La préconisation médicale, véritable ordonnance médicale, y est rédigée exclusivement pour la santé du salarié. Elle lui permet une sauvegarde de sa santé individuelle et d'être acteur de la transformation de son travail, en remettant le travail réel au centre de son action et la possibilité d'une mise en délibération collective des difficultés de ce travail. Cette pratique s'oppose à la sélection médicale de la main-d'œuvre.

➤ **La Veille médicale collective** collige les données anonymes des suivis cliniques individuels. Elle a

pour projet de préserver la santé altérée avant l'atteinte pathologique, de comprendre certains aspects délétères du travail. Pour les sujets fragilisés, elle peut permettre à l'organisation du travail d'évoluer en un sens plus respectueux de la santé des femmes et des hommes. Cette veille médicale permet de rendre compte à la communauté de travail, direction, représentants du personnel, collectifs de travail, du risque de certaines organisations du travail et des rapports sociaux qui s'y nouent.

➤ **Le devoir d'alerte du médecin du travail** est la cristallisation de la veille médicale. L'alerte médicale a pour objet de prévenir les situations de travail qui font grande difficulté, dispute ou empêchement. Elle est nécessaire du fait de la gravité d'une situation individuelle emblématique, elle concerne aussi les situations de collectifs de travail que le médecin du travail considère comme graves. Ce qui est visé est la reconnaissance de ces situations concrètes de travail pour mettre en débat les questions d'organisation du travail et pour faciliter leur transformation dans un sens favorable à la santé.

Le médecin du travail devrait ainsi rendre visible et intelligible au psychiatre ses préconisations et actions sur le travail, comment il pense intervenir, qu'il s'agisse d'une intervention individuelle ou collective, pour lui permettre de se repérer dans l'action de préservation ou de sauvegarde de la santé exercée par le médecin du travail comme l'exige sa « mission » régalienne.

1.2- La construction de la « confiance » entre le médecin du travail et le salarié est essentielle pour faciliter la coopération avec le psychiatre

L'information de chaque travailleur concernant le lien éventuel entre les risques du travail et leurs effets négatifs sur sa santé relève du droit du patient garanti par le Code de la santé publique et traduit également dans le Code du travail. C'est une obligation déontologique pour chaque médecin du travail, le salarié-patient étant bien au centre de la relation médicale.

Il ne peut y avoir de développement d'une pratique clinique en médecine du travail dont le déploiement

d'une clinique médicale du travail sans l'instauration de la « confiance » avec le salarié-patient. C'est par son intermédiaire que sont communiquées entre médecins les informations concernant sa santé au travail. Évidemment les règles de la préservation du secret médical l'exigent, mais ce sont leurs conséquences déontologiques qui sont essentielles, car c'est sa santé qui est bien l'objet de cette coopération. Cette modalité de transmission lui symbolise et prouve que c'est bien lui qui est au centre des relations de coopération entre les deux spécialistes médicaux.

1.3- La place de l'écrit médical comme support à la coopération professionnelle est essentielle

Quel juste nécessaire écrire dans l'intérêt de la santé du patient et dans le respect de l'observance du secret médical s'imposant aux deux praticiens ? Pas facile avec la psychiatrie, spécialité médicale qui répugne à enfermer une prise en charge clinique dans un écrit diagnostique ! Et pourtant le médecin du travail ne doit pas hésiter à passer à l'écrit.

C'est l'intérêt pour la santé du destinataire de l'écrit médical qui en détermine la forme dans l'instruction du lien santé/travail. C'est l'exercice de l'écrit médical dans la pluralité de ses formes et objets qui permet de le déployer « quand nécessaire », dans les relations de coopération avec un psychiatre, qui seront alors enrichies par ce que le médecin du travail lui donnera à voir et comprendre.

Rédiger un « Écrit médical » qui supporte le diagnostic du lien santé/travail, selon les connaissances, compétences et règles professionnelles d'une spécialité est un acte en responsabilité déontologique. C'est ainsi qu'un médecin du travail procède pour la restauration de la santé individuelle du patient en lui donnant acte de l'état du travail clinique d'instruction du lien santé/travail. Aussi dans les liaisons médicales dans le cadre d'un processus de soin, pour la rédaction d'un certificat médical initial d'un accident du travail ou de maladie professionnelle, pour la rédaction de l'avis du médecin du travail que lui demandera un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles, ou pour faciliter l'indemnisation d'un préjudice.

Ce qui s'écrit dans le dossier médical s'inscrit ainsi dans un cadre de droit, droit du travail, droits du patient, missions réglementaires du médecin du travail. Cela s'inscrit aussi dans un cadre déontologique, et l'écrit médical doit donc être utile au patient, au moins ne pas lui nuire et doit être fondé sur les connaissances actuelles de la médecine du travail.

1.4- La « fonction » du psychiatre doit être clairement appréhendée par le salarié

Le médecin du travail a intérêt pour déployer au mieux « son métier », à comprendre et connaître en les interrogeant, les règles de métier des psychiatres, dans leur confrontation à la question du travail et à la prise en compte de l'économie du « travailler ». Mais ces règles dépendent des différents métiers exercés en psychiatrie, dont les modalités diverses ne sauraient être déployées par un même psychiatre pour un patient donné, au risque sinon d'un conflit d'intérêt ou de présentation mensongère.

- Ou il s'agit d'un psychiatre prodiguant des soins au salarié, clairement inscrit dans la chaîne de soins et ayant donc été « choisi » par le salarié, au service médical exclusif de la santé au travail du patient et agissant donc avec son consentement éclairé, sauf si le patient est temporairement privé de la liberté de prendre soin de sa santé.
- Ou il s'agit d'un psychiatre sapiteur, d'un sachant choisi par le médecin du travail, intervenant pour mieux l'éclairer médicalement. Le questionnement du médecin du travail à son égard devrait être accessible au salarié, la réponse de ce sachant devra aussi lui être accessible, pour garantir l'exercice en confiance de cet avis. Le salarié-patient doit savoir sans ambiguïté qu'une éventuelle « décision médicale » engagera la seule responsabilité du médecin du travail, l'avis du « sapiteur » ayant vocation à enrichir le DMST au titre de la responsabilité de moyens du médecin du travail.
- Ou il s'agit d'un psychiatre expert dans le cadre d'une procédure relevant d'une façon ou d'une autre du « contradictoire ». Son intervention ne concerne et n'engage en aucun cas le médecin du travail. Le patient doit en être informé. Ce type d'intervention peut procéder de multiples causes. Elle peut s'inscrire dans un cadre d'expertise « de droit » : droit procédural ou assurantiel. Le médecin du travail se doit d'apporter tout éclairage à ce sujet à son salarié patient et ne peut évidemment transmettre aucune pièce médicale ni écrit à ce psychiatre expert. Mais le salarié à tout loisir de transmettre ou non tout élément de son DMST.

2- LA PLACE CENTRALE DE L'INSTRUCTION DU TRAVAILLER INDIVIDUEL ET COLLECTIF POUR COOPÉRER AVEC UN PSYCHIATRE

Un médecin du travail a pour projet d'identifier la relation entre des altérations de la santé d'un patient et des éléments pathogènes de sa situation professionnelle. Il le comprend avec le patient par son travail d'in-

vestigation clinique inter-compréhensive. C'est le travail qui est pris comme grille de lecture. Le travail clinique ne sépare pas les conditions de travail du patient, de l'évolution des rapports sociaux du travail et des organisations du travail, ni des conflits qui les accompagnent, y compris au sein même de la santé au travail. L'objectif du médecin est de soutenir la réflexion du patient et de l'aider à élaborer une parole propre sur les enjeux de son travail. Pour nombre de médecins du travail, cette clinique médicale du travail est centrale.

Le travail clinique du médecin du travail a pour objet de l'éclairer et de permettre au salarié-patient de comprendre ce qui peut faire difficulté dans son travail au point de l'en rendre malade. Pour permettre au sujet d'échapper au mécanisme qui le broie, il faut lui permettre de comprendre le processus délétère qui annihile sa capacité d'agir. Le médecin du travail investigate donc la relation entre des altérations de la santé d'un patient et des éléments pathogènes de sa situation professionnelle. Il la comprend avec le patient par son travail d'investigation clinique inter-compréhensive. Il y soutient la réflexion du patient et l'aide à élaborer une parole propre sur les enjeux de son travail. C'est le travail et l'engagement du sujet dans celui-ci qui y est investigué. Au titre de l'indispensable anamnèse, l'histoire de la santé au travail du salarié est reconstituée avec lui pour en faire émerger des clés de compréhension. Le sujet met en récit le travail prescrit, le travail réel, son engagement. Le médecin fait raconter dans le détail une situation de travail dans laquelle le salarié a été mis en difficulté, les premiers incidents qui l'ont malmené. L'émotion surgit quand émerge une difficulté professionnelle irrésolue. Ce travail clinique individuel passe par la parole et repose sur sa possibilité de penser son travail pour participer aux transformations des organisations du travail et recomposer l'agir ensemble.

L'objectif de ce travail clinique est la reconquête par le patient de son pouvoir d'agir afin de lui permettre de retrouver sa capacité à construire sa santé au travail. Par cette pratique clinique, le médecin appréhende mieux le travail singulier du sujet, les effets irréductiblement personnels du travailler ensemble. Cela permet de comprendre ensemble, médecin et patient, les dynamiques de l'activité de travail, le travail collectif, le déploiement ou non d'un engagement subjectif dans le travail, ce qui y fait difficulté.

Ce qui malmène le patient peut échapper à sa compréhension, parce que la quotidienneté de son travail le contraint « à faire avec », et donc à faire répression inconsciemment aux affects trop douloureux qui en surgissent, « pour tenir malgré tout ». Dans le récit des

patients sur leur travail, la honte à l'origine de souffrances éthiques ne s'énonce pas. Elle émerge en creux, dans ce qui ne peut se dire. Il y a alors de véritables trous dans le récit du travail. L'explicitation des conduites est alors incohérente. Le médecin ne doit pas casser les défenses psychiques du sujet et se garder des jugements moraux.

Donner à voir au psychiatre le processus du « travailler ensemble » du collectif du travail du salarié est aussi important. En quoi le patient s'y arrime, ou le déstabilise. Comment éventuellement il peut en être bouc-émissaire ? Certains psychiatres pourraient investiguer la question du collectif de travail. Le travail clinique peut permettre d'accéder en toile de fond au collectif, parce que le récit produit par le salarié met en scène le travailler collectif. Mais il faudrait y déployer le temps nécessaire et en acquérir une compétence spécifique.

Muni d'un avis argumenté sur le travail individuel et collectif de ce salarié, d'un diagnostic concernant son processus morbide et en quoi le travail y interfère négativement ou positivement, de façon essentielle ou secondaire mais y ancrant toutefois son économie du travailler, le médecin du travail pourrait donner à voir au psychiatre ses propositions à venir de « traitement » du travail. Ainsi il pourra décrire comment il pense intervenir, qu'il s'agisse d'une intervention individuelle et/ou collective.

3- DIAGNOSTIQUER UNE PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL MÉTIER DU MÉDECIN DU TRAVAIL, APPUI DU PSYCHIATRE SI NÉCESSAIRE

Le travail n'est jamais neutre pour la santé mentale. Il peut devenir un médiateur dans la construction de la santé. Mais il peut générer le pire. Les nouvelles méthodes de gestion et de management, l'évaluation individualisée des performances, la qualité totale, la précarisation de l'emploi, génèrent une « souffrance éthique » en consentant à participer à des actes qu'on réprovoie moralement. Cela peut ouvrir à la honte et la haine de soi. Le risque de l'aliénation professionnelle est présent. Le « système » qui peut broyer fonctionne grâce au zèle et dépend du consentement à le servir. Les stratégies psychiques de défense occultent les sources de souffrances réelles et permettent d'endurer. Mais elles peuvent permettre le concours à une organisation intolérable. Ce clivage défensif est alors érigé contre le sens moral et fait agir dans le sens inverse de ce que le sujet croit juste ou bien.

C'est de la compétence de la spécialité de médecine du travail de faire le diagnostic des psychopathologies. Dans les psychopathologies du travail « ordinaires »,

l'analyse du travail qui est la grille de lecture du médecin du travail est généralement suffisante. Il en investigate l'anamnèse professionnelle et le processus délétère concernant le lien santé/travail en s'adossant principalement à la clinique médicale du travail.

Il pourra investiguer finement du côté du travail les différents processus pathogènes des psychopathologies du travail.

Ainsi :

- **Les Pathologies de surcharge**, avec les effondrements dépressifs, mais aussi le suicide par surtravail (*Karôjisatsu*), et les conséquences somatiques de cela : les maladies cardio-vasculaires par surtravail (*Karôshi*) ou les TMS et rachialgies.
- **Les Pathologies post-traumatiques** par État de Stress Traumatique Aigu ou Chronique.
- **Les Pathologies de la solitude** par Maltraitance professionnelle organisationnelle individuelle ou collective et alors possiblement par Harcèlement ou *Mobbing* (harcèlement par un groupe), conduisant aux décompensations psychopathologiques, dépression réactionnelle professionnelle ou au suicide.

Le médecin du travail pourra parfois solliciter l'avis du psychiatre pour « affiner » ce que le premier considère comme une psychopathologie du travail, particulièrement pour argumenter un diagnostic différentiel qui lui aurait échappé, pour étayer ou infirmer un diagnostic de psychopathologie du travail, pour rédiger un certificat médical initial d'un AT-MP ou pour mieux rédiger ultérieurement un écrit médical comme médecin du travail pour que le salarié puisse comprendre ce qui lui arrive, ouvrir des droits médico-sociaux.

4- LA COOPÉRATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

AVEC UN PSYCHIATRE : LES RÈGLES PROFESSIONNELLES INTERROGÉES

Le médecin du travail a besoin du diagnostic du psychiatre pour exercer avec compétence son métier de médecin du travail. Ainsi pour évaluer la gravité d'une atteinte psychique ou évaluer le besoin d'une prise en charge médicamenteuse.

Le médecin du travail peut juger essentiel de communiquer au psychiatre son avis spécialisé éclairé par la clinique médicale du travail, dans l'intérêt de la prise en charge thérapeutique pour la santé du salarié, en lien avec la compatibilité du traitement avec le travail, la question de l'observance ou les interrogations diagnostiques du médecin du travail à la lumière de l'évolution de l'engagement dans le travail du salarié et de ses rapports avec son collectif de travail.

Le médecin du travail peut avoir besoin de l'avis du psychiatre pour assoir ou confronter, (certains pour faire

endosser !) une décision de médecin du travail. Ainsi pour exercer son devoir de « sauvegarde du salarié » en urgence (risque suicidaire, confirmation d'un diagnostic médical évoqué à la base de l'action du médecin du travail) ou pour conforter sa décision d'aptitude/inaptitude à ce travail ou pour convaincre le salarié du bien-fondé de la décision du médecin du travail dans le cadre de la recherche de son consentement éclairé. Aussi pour mettre en argumentation ou dispute professionnelle, la compatibilité de ce diagnostic psychiatrique avec le maintien au travail ou non du salarié. Ou avec l'intérêt à ce moment pour le salarié de continuer à exercer une activité professionnelle, pour le convaincre d'accepter une qualification de travailleur handicapé *via* la RQTH, ou pour faciliter l'action de son maintien dans l'emploi. Enfin pour justifier un arrêt de travail prolongé aboutissant à une invalidité et/ou une inaptitude.

5- LA CENTRALITÉ DU TRAVAIL

MÊME POUR LES MALADES PSYCHIATRIQUES DÉCOMPENSÉS

La coopération avec le psychiatre peut contribuer à éviter le handicap de situation professionnelle du patient malgré sa grave pathologie psychique. Prendre en compte la centralité du travail est essentiel, même pour les malades psychiatriques ! Il ne peut y avoir de contribution du médecin du travail pour cette coopération s'il n'a pas instruit préalablement la question de leur travail, de leur engagement dans celui-ci, approché un peu leurs affects malmenés, et évoqué des processus défensifs psychiques professionnels qui se donnent à voir derrière l'incompréhension d'une situation, malgré peut-être leur pathologie psychiatrique.

Pour les pathologies psychiatriques graves, c'est bien concernant ce que comprend et investigate le médecin du travail du « travailler individuel et collectif » du patient que sa contribution à la coopération avec le psychiatre sera déterminante. Et cela est aussi important même quand ce n'est pas le travail qui est la cause de la psychopathologie. Il ne faut pas renoncer à déployer une clinique médicale du travail même pour ces malades psychiatriques graves !

Tenter de tenir l'investigation de la question du travail de salariés par ailleurs malmenés par une pathologie psychiatrique, pourrait peut-être permettre de mieux prendre en compte la contradiction face à laquelle se trouve le médecin du travail : concilier la préservation de la santé du collectif de travail, tout en tentant de préserver la santé au travail du malade psychiatrique.

Parfois, dans les situations cliniques très difficiles, une pathologie mentale originaire ou réactionnelle fait empêchement à la mise en récit des difficultés majeures

du travail. Le médecin « ne se représente pas le patient travailler ». Il n'est alors pas en mesure d'instruire le lien entre sa santé et son travail et d'avoir sur ce sujet, à ce moment, une contribution profitable à sa coopération avec le psychiatre.

Dans les formes paranoïdes de décompensation, la question pour le médecin du travail est de savoir s'il peut contribuer, dans l'intérêt de la santé du patient, à apporter au psychiatre des éléments sur l'économie du travailler. Quelles en sont alors les limites quand le patient est dans un délire paranoïaque ? C'est probablement le cas quand le médecin du travail ne comprend rien au travail et au travailler d'un salarié. Mais cette situation est dans les faits, très rare.

Dans les situations où la pathologie psychiatrique du sujet surdétermine l'action du médecin du travail, la coopération avec le psychiatre est quand même « nécessaire » avec le médecin de soin, très souvent le psychiatre traitant. Ainsi lors de troubles comportementaux très graves, de délire qui se donne à voir au-delà de la relation médicale, parfois quand le salarié est « psychiquement empêché » de prendre soin de sa santé qui est très gravement altérée. L'incapacité temporaire au travail « coordonnée » entre médecins, peut permettre à nouveau des soins. Dans des situations extrêmes en urgence, peut s'avérer nécessaire l'élaboration d'un certificat médical pour initier l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

Autrefois, on arrivait à conserver le travail des patients lourdement handicapés psychiquement, ce qui est souvent impossible aujourd'hui selon trop d'entreprises ! Les risques du conflit d'intérêt santé collective/santé du salarié existent alors pour le médecin du travail lorsqu'il veut préserver l'emploi de tous, mais en sous-trayant le malade du travail contre son intérêt. La coopération avec le psychiatre pourra permettre de prendre en compte la préservation de la santé du collectif de travail, tout en tentant de préserver la santé au travail du malade psychiatrique.

6- COMMENT AMÉLIORER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECIN DU TRAVAIL ET PSYCHIATRE ?

Mieux coopérer entre le médecin du travail et le psychiatre, ce pourrait-être de s'interroger sur ce « que peut apporter au psychiatre le médecin du travail »,

plutôt que « ce que le médecin du travail attend du psychiatre ». Ce pourrait être de donner à voir à la lumière de la clinique médicale du travail des éléments de compréhension des difficultés du salarié dans son travail. Ce pourrait être d'essayer de comprendre comment le salarié construit ou précarise à sa façon sa santé au travail même parfois avec des pathologies psychiatriques invalidantes non professionnelle non pas sur la scène de l'économie du désir mais sur celle de l'économie du « travailler ».

La prise en compte du « travailler » du patient, malgré ou au-delà de sa pathologie, est un élément déterminant pour la confrontation des points de vue professionnels de ces deux spécialités. Il est important que le médecin du travail puisse donner à voir au psychiatre des éléments de sa compréhension des difficultés du salarié dans son travail à la lumière de la clinique médicale du travail, ou bien « qu'il ne se représente pas le travailler du salarié » du fait de la prégnance d'éléments délirants, interprétatifs. Alors le médecin du travail est dans l'incapacité à repérer le « faire », le « faire avec » et le « faire ensemble ».

Une fois que le psychiatre et le médecin du travail ont tenté de confronter leur compréhension diagnostique, l'essentiel réside dans le constat qu'ils demeurent en difficulté pour la prise en charge de leur patient. Il est alors important de repérer ce qui résisterait à la compréhension de la part du patient. Pourquoi le patient reste-t-il en arrêt et ne parvient pas à reprendre le travail ? Pourquoi refuse-t-il l'invalidité ? Quand il y a un constat réciproque que le médecin du travail et le psychiatre demeurent en difficulté pour la prise en charge de leurs salariés patients, ils pourraient organiser les modalités d'un travail inter-compréhensif entre eux, en remettant le patient dans la boucle de cette élaboration

L'espace du travail coopératif pour un travail inter-compréhensif fécond entre les deux spécialités se situerait donc dans l'espace invisible de ce qui échappe et dont l'issue pourrait provenir d'une zone de non compréhension, non investiguée ou repérée – ou peut-être d'une absence d'élaboration suffisante à trois.

L'issue en serait alors de mieux incorporer le patient au cœur du dispositif de « soin ».

III—JEAN-JACQUES CHAVAGNAT, PSYCHIATRE CH HENRI LABORIT, POITIERS

Je ferai un commentaire plus dans la forme de la vignette clinique que dans le fond pour donner quelques pistes de réflexions. Je voudrais insister sur cette spécificité que peut être l'abord psychique qui doit être fait dans chaque spécialité. Il y a toujours des éléments de comportement à prendre en compte dans toutes les situations.

Mon compagnonnage avec le service de médecine du travail a débuté dans les années 1999 par une mission dans le cadre de la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale au travail. La collaboration avec le monde du travail était évidente autour de formations qui m'ont permis de rencontrer de nouveaux collègues, non seulement des médecins du travail mais également d'autres professions (psychologues, assistantes sociales, infirmiers, assistantes...). C'est une première approche importante pour modifier les représentations. Des formations ont été organisées : il y avait au départ d'un côté le formateur et de l'autre côté le formé mais en fait ce fut plutôt un apprentissage car tous avaient beaucoup de choses à apprendre des uns et des autres. Des réunions départementales de médecins du travail et des réunions régionales en collaboration avec le médecin inspecteur régional du travail ont été organisées pour réfléchir aux différentes actions à mener autour de la souffrance au travail. Ces groupes de médecins du travail ont mis en place des actions, comme par exemple une plaquette *Un collègue ou une collègue va mal*. Cela permet au médecin du travail d'acquiescer ou de découvrir qu'il a des tas de possibilités, qu'il peut et sait faire des choses, il lui faut un peu plus d'assurance, et il peut mettre en place des processus avec le CHSCT et d'autres préventeurs pour permettre cette bienveillance des uns et des autres, pour amener les travailleurs vers la santé au travail qui est capable de faire une prise en charge et une détection importante sur le plan psychologique. Sur le plan régional, un guide — téléchargeable sur le site du ministère du Travail —, a été écrit sur les conduites à tenir en cas de survenue d'un événement traumatique au travail avec la place du médecin du travail dans les actions à mener quand un tel événement potentiellement traumatique, quel qu'il soit, se produit. Tous les deux ans un colloque est organisé en collaboration avec les médecins du travail de la Société de Santé au Travail de Poitou-Charentes. C'est un lieu d'échanges de connaissances et d'échanges au sens large sur les pratiques pour la prise en charge, l'accompagnement et le traitement des patients.

Je travaille également sur deux autres axes importants : le psycho-traumatisme et la prise de toxiques en milieu de travail, notamment l'alcool. En alcoologie, des réunions à thème et des échanges autour de cas cliniques sont organisées.

Je suis par ailleurs responsable de la CUMP régionale et de la consultation en psycho-traumatologie et je suis aussi responsable du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en psychologie de mon département. Des formations sur la psycho-traumatologie avec les Services de santé au travail sont mises en places pour permettre notamment aux médecins du travail d'acquiescer et de s'approprier ces connaissances et de vérifier qu'ils sont capables de prendre en charge certaines situations au départ sans le psychiatre.

L'une des finalités de ces formations est de permettre aux SST et notamment aux médecins du travail de s'approprier ces connaissances, de gérer certaines situations et de dépister les personnes à risques. Pourquoi ? Cela améliore l'orientation plus précoce du patient vers les structures hospitalières avec une meilleure préparation du patient pour la prise en charge ultérieure commune entre le médecin du travail et médecin psychiatre. On a un langage commun mais chacun doit rester dans son rôle. Une autre synergie très proche existe avec la consultation de pathologie professionnelle en lien avec notre consultation de psychiatrie et de santé au travail.

Je trouve également beaucoup d'intérêt à participer aux réunions de la Société de Psychodynamique pour des études de dossiers ou sur des thèmes précis.

Comment ça marche entre un médecin psychiatre et un médecin du travail ou un médecin de prévention ? Il faut prendre conscience des représentations de chacun. Quand on interroge nos collègues, on peut être assez surpris : « *C'est quoi un médecin du travail ?* », « *À quoi ça sert le médecin du travail* », « *C'est quoi un médecin psychiatre ?* », « *À quoi ça sert le médecin psychiatre ?* »

Pour moi c'est : à quoi ça sert le médecin psychiatre et le médecin du travail, pour le patient travailleur d'abord, qu'est-ce qu'il peut en faire ?

Puis par l'intérêt l'un pour l'autre : les gens que nous voyons travaillent la plupart du temps ; la connaissance du parcours et de la personne est indispensable. Il faut donc l'interroger sur son travail, l'interroger sur la façon

dont il travaille et sur ses relations avec l'organisation actuelle de son travail pour les connaître.

Quelle complémentarité existe-t-il entre nous ? Quelle synergie peut-on développer ? À savoir un avis spécialisé. Un avis sans le mettre en perspective et sans avoir échangé est d'un intérêt limité. Pour mettre tout ceci en œuvre, quelle communication entre nous ? Comment sortir de nos inhibitions ou de nos projections ? Il ne faut pas hésiter à se parler et à se rencontrer pour que chacun ne reste pas dans son discours. C'est possible et c'est souvent souhaitable pour nous et pour le patient-travailleur qui passe une grande partie de son temps au travail. Il y a le courrier donné au patient. C'est l'occasion de préciser sa pensée à d'autres et avec le patient et c'est important d'essayer, quand c'est possible, d'avoir un véritable échange avec le salarié-patient pour lui permettre d'être un des acteurs et peut être même à certains moments l'acteur principal. On travaille avec lui. Il faut clarifier la demande du médecin du travail au médecin psychiatre et vice versa. L'avantage que j'y vois, c'est d'éviter de lui donner l'impression qu'il est ballotté d'un praticien à un autre et que chacun est dans son discours et a du mal à pouvoir échanger.

Le psychiatre donne un avis technique comme un autre spécialiste, mais l'avis du psychiatre est désincarné s'il reste psychopathologique. Quand on est en lien avec un patient dans sa vie, il faut faire transpirer les éléments de sa vraie vie, de sa vie de travailleur, d'amoureux et de père... Le médecin psychiatre ne doit pas tout raconter de la vie du patient mais il doit donner des éléments significatifs qui vont aider le médecin du travail dans sa compréhension du comportement du salarié patient et permettra au médecin du travail une meilleure approche et vice versa le médecin du travail doit donner des éléments du travail, du collectif et de l'organisation du travail et du fonctionnement de l'entreprise au médecin psychiatre. Le psychiatre n'intervient pas directement sur la détermination de l'aptitude, c'est propre au médecin du travail qui a la connaissance du patient travailleur, de ses conditions de travail, du collectif, du contexte social, du fonctionnement de la hiérarchie, des possibilités de l'entreprise... et il a toutes les compétences pour cela.

Je pense qu'il faut intégrer d'autres collègues dans cette coopération : le médecin généraliste mais aussi le médecin-conseil de la CPAM et d'autres spécialistes en fonction des pathologies chroniques associées : neurologues, gastro-entérologues, rhumatologues, cancérologues spécialistes de médecine physique dans les problèmes de lombalgies chroniques en lien avec l'école du dos.

Il y a toujours des répercussions psychiques dans les pathologies organiques chroniques. On est dans des processus d'accompagnement sur le long terme.

J'interviens aussi comme psychiatre spécialisé uniquement pour réfléchir sur la souffrance au travail, le patient ayant un autre médecin psychiatre ; moi, j'essaie de réfléchir avec le salarié, en lien avec le médecin du travail, sur les raisons de sa souffrance au travail pour comprendre ce qui se passe au travail et pour avancer d'un même pas ; c'est alors l'organisation du travail qui va être interrogée. Ce psychiatre spécialisé centré sur le travail est le trait d'union entre tous les médecins qui gravitent autour du patient (médecin psychiatre traitant, médecin généraliste, médecin du travail). Parfois, il peut expliquer la souffrance au travail en faisant la part entre les problèmes d'organisation du travail qui sont une de nos préoccupations et une pathologie psychologique du patient qui peut être complexe.

Tous les échanges d'informations cliniques, d'informations sur le poste de travail et de confrontations sur le travail permettront d'envisager avec le patient les meilleures pistes pour lui.

En conclusion, il faut oser communiquer : les échanges sont nécessaires, nous avons tous des morceaux de vérité et c'est ensemble que nous refferons le puzzle.

Je reviens au cas clinique, l'histoire commence par la rixe : après coup, il apparaît que le responsable doit être celui qui a décompensé. Pour le psychiatre, il est difficile d'écrire le diagnostic « Syndrome de persécution » : il ne peut mettre que des banalités dans l'écrit pour donner un avis au médecin du travail et lui faire une réponse. Dans ce cas, il est intéressant de voir la personnalité du patient et la façon dont le patient vit son travail. Il est intéressant aussi de s'intéresser aux événements déclenchants.

Il faut savoir que le champ de la psychiatrie est traversé aujourd'hui par un scientisme important entraînant un conflit entre les professionnels du point de vue de la clinique.

Le médecin psychiatre que je suis a une vision importante du travail car je m'occupe d'un ESAT où travaillent beaucoup de salariés atteints de troubles psychiatriques et la collaboration avec mon collègue médecin du travail est facile.

De manière générale, pour un travailleur présentant un trouble psychiatrique sévère, il vaut mieux être schizophrène que paranoïaque car on a des traitements qui fonctionnent assez bien.

Que dire et écrire quand on a affaire à un salarié paranoïaque ? Il faut différencier les traits paranoïaques, la

personnalité paranoïaque, le délire paranoïaque. Il faut définir le délire paranoïaque : c'est une pathologie difficile à traiter et qui a difficilement sa place quand elle est floride dans l'entreprise. Si on parle de paranoïa, il y a des mots qui sont difficiles à écrire ou difficiles à expliquer au patient. Il faut le dire d'une autre manière. On peut faire douter le patient avec le traitement et le rendre plus sociable pour qu'il continue à travailler mais il va garder son noyau paranoïaque. Là il faut collaborer avec le lieu de travail pour voir si on peut le mettre sur un poste de travail où il ne sera pas perturbateur.

D'un autre côté, les personnalités paranoïaques peuvent être mises en avant, pour au moins un temps, dans les comportements de manipulation de la part de certains vis-à-vis des autres.

La bipolarité est une maladie fréquente avec de multiples formes cliniques qu'il faut prendre au sérieux et la traiter. On a intérêt à être tous un petit peu hypomaniaques. Le médecin du travail a un rôle important d'information de l'ensemble de la collectivité de travail mais dans l'entreprise, est-ce que c'est pertinent ou pas de donner de l'information sur la maladie ? Parfois c'est le salarié qui explique sa maladie. Il faut être très prudent : on n'a pas le droit de donner le diagnostic mais on peut expliquer les troubles : c'est une question de cas par cas. Je crois beaucoup à l'importance du collectif et à l'accompagnement par le collectif du collègue malade vers le médecin du travail. Développer la préoccupation de l'autre dans l'entreprise me paraît fondamental afin de limiter les conséquences pour le salarié par une prise en charge rapide par le SST.

En quoi le travail peut-il révéler une maladie bipolaire ? Le travail est dans une certaine mesure une contrainte soit externe soit interne. Toute tension au travail est un facteur de déstabilisation qui peut favoriser une décompensation d'une maladie dont le diagnostic n'a ja-

mais été posé. On doit être attentif à tout ça. Le travail peut être un facteur favorisant mais peut aussi être un facteur protecteur car le travail permet de vivre et d'être heureux de travailler. Certains patients font le souhait de continuer à travailler, on doit les aider à reprendre le travail mais dans des conditions adaptées. Aujourd'hui il y a des effondrements de la tolérance en entreprise pour des raisons multiples. Il faut rechercher des alliés pour garder ces salariés malades au travail : pour moi c'est le SST, le collectif de travail, le CHSCT, les DP.

Les gens qui ne sont pas comme les autres, par exemple les salariés dépressifs ou atteints d'une de ses multiples formes cliniques (maladie dépressive caractérisée, désespoirs, anxiété...) sont rejetés. On ne peut pas passer sous silence les représentations de certains qui interprètent mal les comportements des salariés dépressifs en les assimilant à des personnes fainéantes ; ces malades sont souvent mis de côté ou maltraités. Pour les salariés qu'on veut licencier, mais qui ne sont pas dépressifs et qui sont comme les autres, on va les maltraiter pour faire en sorte qu'ils ne deviennent pas comme les autres en ne leur donnant pas de travail. Et alors cette situation peut rendre dépressifs certains salariés sans antécédent psychiatrique ou révéler une pathologie bénigne qui sera accentuée dans un milieu de travail ou par une organisation pathogène.

Cette personne avec une maladie psychiatrique, on doit la protéger et ne pas l'exclure mais l'inclure dans sa vie de travail comme les autres car elle peut s'y épanouir. Le psychiatre ne prend pas la place du médecin du travail mais dans certains cas particuliers on a besoin d'être 2, 3 ou 4 (médecin du travail, médecin psychiatre, médecin psychiatre spécialisé et médecin généraliste). Parfois c'est l'organisation du travail qui est pathogène et tout le monde est dans le flou et c'est cette collaboration qui permet à tous de progresser dans la compréhension du travail pour le bien être du patient salarié.

DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS

D^r Magdeleine RUHLMANN, MIRT

Au terme d'une journée où nous avons choisi de ne parler que des coopérations du médecin du travail avec certaines spécialités médicales, je ne peux qu'espérer que, malgré l'heure tardive et les frustrations, chacun se reconnaitra. Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée et vais essayer avec humilité de faire cette brève synthèse.

Alain Grossetête a cadré dans son introduction les conditions nécessaires à la coopération entre médecins

spécialistes autour du salarié-patient. Il a parlé de la place à donner au travail, de la nécessité de la confiance et de l'importance des écrits. Les échanges d'aujourd'hui nous ont montré que ces conditions étaient nécessaires mais qu'elles n'étaient pas suffisantes. Je vous livre ici les quelques réflexions que j'ai faites au cours de la journée.

Nous avons rencontré tout au long de la journée de nombreux questionnements et observations. De

manière transversale aux quatre vignettes cliniques, même si chacun n'est pas cité ici, voici ce que j'ai entendu, et les quelques questions « en plus » que je me suis posées et que je souhaite partager avec vous.

- Est-il important et pertinent de remarquer que la question du travail semble émerger et s'imposer chez le médecin généraliste par rapport à la souffrance, à l'humiliation et à la servitude volontaire ? plutôt que par la question des cancérogènes professionnels ou des TMS ?
- Il est important de savoir si on se situe dans un rapport essentiellement de personne à personne, par rapport à ce patient précisément, ou si, comme pour le médecin du travail, la rencontre passe par le cadre d'un engagement social (ou même politique ?).
- Nous devons nous demander comment constater l'humiliation, la réalité des relations et conditions de travail sans avoir l'air d'avoir un positionnement *a priori* ?
- Nous avons entendu à partir de la vignette clinique de médecine générale des lectures différentes, qui traduisent sans doute des positionnements différents.
- Nous avons entendu combien il était nécessaire de décrire les choses avec rigueur pour pouvoir partager la clinique en donnant des éléments concrets et compréhensibles.
- La discussion autour de la pathologie professionnelle a montré l'importance de travailler « à partir de notre vécu ». Alors que la discussion avec le médecin généraliste a montré combien la coopération passait par la propre pratique de chaque médecin.
- Coopérer ce n'est pas se substituer à l'autre, c'est partager avec l'autre et lui donner les éléments de ce partage. La crainte d'une « substitution », d'une « emprise » sur l'exercice du médecin du travail ou d'une « perte de pouvoir » sur la prise en charge s'est fait jour avec le médecin psychiatre alors que la question se posait de manière très différente avec le médecin généraliste. Ce qui est riche d'enseignement.
- Parallèlement, le débat avec le médecin consultant en pathologie professionnelle a mis en évidence autre chose : un questionnement sur le collectif des médecins du travail, sur l'existence ou non de collectifs de travail. « La consultation de pathologie professionnelle n'est pas là pour lutter contre l'isolement des médecins du travail » a-t-il été dit, « chacun doit être dans son rôle ». Montrant ainsi, s'il en était besoin ici, la nécessité pour les mé-

decin du travail d'échanger aussi avec leurs pairs pour lutter contre l'isolement et enrichir leurs pratiques.

Il était intéressant que le débat s'ouvre sur les coopérations avec le médecin généraliste. Ensuite avec le médecin consultant en pathologie professionnelle, puis les autres spécialistes, nous avons pu nous poser la question de l'existence d'un langage commun et partagé. De quoi, de qui parlons-nous quand nous parlons ensemble de « nos » salariés-patients ? (*Je voulais insister sur l'importance de la notion de santé, de l'image et de sa construction, et en conséquence de l'image et de la place de la prévention dans ces échanges.*)

Et j'ai entendu en filigrane la question suivante, qui me semble essentielle : cette coopération entre médecins spécialistes, ne devient-elle nécessaire qu'une fois qu'est présente l'atteinte à la santé ? Que s'est-il passé avant l'alerte ? Quel est le rôle de chacun des spécialistes au cours ou autour d'un arrêt de travail ? Comment une meilleure coopération aurait-elle pu éviter l'atteinte à la santé ?

Il nous faut donc savoir prendre en considération les points de vue cliniques respectifs des différents médecins. Et si le salarié-patient est au centre, au cœur des échanges, chacun des médecins spécialistes partie prenante à la discussion, pourra prendre en compte les aspects purement médicaux mais aussi « sociaux » de ce patient-là et traiter ce salarié-là, sans oublier les autres salariés ni le travail.

Nous l'avons vu ensemble, il y a des préalables à la coopération : savoir faire le point sur son propre « travailler », sur sa propre pratique et sur son propre engagement et savoir reconnaître ce qui se joue dans une relation. Savoir que cela, que certains appellent le transfert, se joue dans toute relation et à fortiori dans une relation médecin/médecin ou médecin/salarié. Notre compétence c'est aussi de savoir connaître notre propre position, notre rôle, pour savoir échanger avec l'autre

Il y a des impératifs que nous tous, médecins, connaissons dans un monde où nos salariés patients sont comme nous, médecins, confrontés à la procédurisation, à la normalisation, à l'évaluation quantitative, à l'économisation où à la financiarisation. Nous n'avons peut-être pas d'autre choix que de nous faire confiance, de reconnaître ce qui nous rapproche, comme la clinique, plus que ce qui pourrait nous éloigner. Et nous pouvons faire le choix de ne pas entrer dans le jeu ou le risque de la rivalité, pour le plus grand intérêt du sujet-salarié-patient, et pour notre satisfaction éthique et notre plus grand plaisir au travail à nous.

LES CAHIERS S.M.T.

L'accès à chaque article de quasiment
tous les CAHIERS S.M.T. est en ligne.
Accessible sur le site internet de l'association
<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

- N°1 Spécificité et médecine du travail (89) – (épuisé) –
- N°2 Éthique et pratique en médecine du travail ; introduction aux débats (90) – (épuisé) –
- N°3 Évaluation en médecine du travail (nov. 90) – (épuisé) –
- N°4 Éthique en médecine du travail (mars 91) – (épuisé) –
- N°5 Précarité et sous-traitance en médecine du travail (mai 92) – (épuisé) –
- N°6 Médecine du travail et santé publique (mai 93) – (épuisé) –
- N°7 **Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail (mai 94)**
Éditions Syros – (épuisé) –
- N°8 Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail (mai 95) – (épuisé) –
- N°9 Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ? (mai 96)
- N°10 Pluralité, éthique commune, un métier en quête de sens (mai 97)
- N°11 Médecine du travail, un débat nécessaire (avril 98)
- N°12 **Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat (juin 98), Éditions Syros**
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (mai 2000), Éditions Syros**
- N°15 Rendre visible les expositions. Témoigner des risques (juin 2000)
- N°16 Articuler accompagnement clinique et identification exhaustive des expositions (juin 2001)
- N°17 Organisation du travail. Santé mentale (mai 2002)
- N°18 Clinique médicale du travail. Éthique et pluridisciplinarité (juin 2003)
- N°19 La Clinique au cœur de nos pratiques. Construire du sens (juin 2004)
- N°20 Somatisation, les mots du travail (juin 2005)
- N°21 Évaluation des Pratiques Professionnelles (juin 2006)
- N°22 Maltraitements organisationnelles, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)
- N°23 Quelle évolution pour la médecine du travail ? (juin 2009)
- N°24 Préserver la médecine du travail ? (juin 2010)
- N°25 Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle (juin 2011)
- N°26 Quelle médecine du travail demain ? (mai 2012)
- N°27 Clinique médicale du travail. écrits du médecin du travail (octobre 2013)
- N°28 Les Écrits des médecins du travail. Liens santé-travail (octobre 2014)
- N°29 Quels métiers et pratiques en médecine du travail (octobre 2015)
- N°30 La coopération médecin et infirmier en santé au travail, et le DPC en santé au travail (octobre 2015)
- N°31 Agir pour la seule santé des salariés (octobre 2016)

L'accès à chaque article de quasiment tous les CAHIERS S.M.T.
est en ligne

Accessible sur le site internet de l'association

<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>