

AUGMENTATION DU NOMBRE DE VISITES À LA DEMANDE QUELQUES EXEMPLES DE PRATIQUES DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Bernadette BERNERON

INTRODUCTION

La loi « relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels » a, dans son chapitre consacré à la modernisation de la médecine du travail, modifié en les allégeant, les modalités de suivi médical des salariés en supprimant le principe de la visite d'embauche pour nombre de salariés transformée en visite d'information et de prévention et en élargissant la périodicité du suivi médical de salariés. Seuls les salariés sur des postes présentant des risques particuliers pour leur santé, leur sécurité... ou celle de tiers bénéficient d'un suivi individuel renforcé réalisé avant l'embauche.

Cette loi facilite par ailleurs la constatation de l'inaptitude et le licenciement potentiel des salariés mais ne favorise pas le maintien dans l'entreprise du salarié. Elle a créé un carcan réglementaire pour l'exercice du médecin du travail dont il a du mal à se libérer.

Même quand le médecin du travail se donne les moyens de faire respecter son indépendance professionnelle, l'organisation du travail en SSTIE, en raison de la pénurie de médecin du travail et de la multiplicité des procédures réductrices pour l'action du médecin du travail ne lui permet pas, sauf à résister jusqu'à l'épuisement, de mener à bien sa mission d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Et ce n'est pas parce que le législateur a entouré le médecin du travail de nombreuses compétences, les IST

infirmières en santé travail), les IPRP, les assistantes sociales, les psychologues cliniciennes, les juristes que celui-ci a vu diminuer sa charge de travail. Si dans le SSTIE l'introduction des IST a fait l'objet de nombreux débats et a demandé beaucoup d'énergie pour obtenir qu'elles puissent bénéficier d'une formation à ce nouveau métier (formation théorique diplômante et compagnonnage), il n'en reste pas moins qu'elles ne peuvent pas être un palliatif à la baisse du nombre de médecins du travail. Elles n'ont pas pour mission de le remplacer. La complémentarité des compétences de l'IDEST et du médecin du travail facilite un travail en coopération mais nécessite de travailler en confiance. J'ai la chance de pouvoir travailler en confiance avec une infirmière en santé travail qui me donne à voir sa pratique tout comme je lui donne à voir ma pratique et elle est donc devenue une aide et un soutien précieux pour exercer au mieux mes missions.

CONSTAT

Médecin du travail depuis plus de 35 ans en service interentreprise ma pratique professionnelle a évolué au cours des années. J'ai connu les journées de travail à 25 visites/jour programmées qui se soldaient par 18 salariés vus en raison d'un taux d'absentéisme élevé aux visites médicales et peu d'activité en milieu de travail. Mais je connais aujourd'hui un mode de fonctionnement qui me malmène, pourtant je ne vois en moyenne que 5 à 6 salariés par demi-journée mais il n'y a pas d'absent car le temps médical est « précieux ». Si le salarié ne se présente pas à son rendez-vous l'entreprise est rapidement appelée et la visite facturée.

Dans le SSTIE l'équipe médicale que nous composons l'IDEST et moi-même assure le suivi d'un effectif de 5 000 salariés.

Pour faire face au nombre croissant de demandes de visites complexes nous avons depuis quelques années anticipé ce que le législateur vient de mettre en place. L'IDEST réalise les visites d'embauche « des salariés non à risque », revoit à ma demande les salariés nécessitant un suivi dans le cadre d'un aménagement d'un poste ou pour le suivi d'un salarié dont la santé est malmenée par le travail ; elle prépare les dossiers de suivi post professionnel, les dossiers de renouvellement de RQTH, activité chronophage en augmentation constante chaque année ; elle fait les pré-visites à ma demande pour des dossiers complexes, elle réalise des actions de sensibilisation des salariés en contrat vacances et intervient dans les entreprises pour réaliser des Fiches d'entreprise, des Études de poste et surtout elle est disponible pour m'accompagner dans les entreprises dans lesquelles je me sens en difficulté, ayant parfois du mal à garder la maîtrise de mes propos.

En 2017 l'IDEST a réalisé 1 450 entretiens infirmiers et le médecin du travail 1 350 consultations cliniques dont 60% sont des visites (hors périodiques et embauche) à la demande soit de reprise, occasionnelles et visites de pré-reprise. Le nombre important de visites de pré-reprise est lié à un durcissement des contrôles effectués par les médecins-conseils de la CPAM (contrôles plus fréquents, injonctions de reprise et rupture des indemnités journalières chez des salariés en mauvais état de santé) et aux arrêts générés par des pathologies d'usure et de souffrance psychique consécutifs à des conditions de travail délétères en terme de pénibilité physique et psychique que les salariés subissent longtemps par peur de la perte d'emploi. Ce sont des visites complexes, chronophages de salariés souvent en difficulté de santé et précarisés dans des entreprises aux conditions de travail délétères en terme de pénibilité physique et psychique. La durée déjà longue d'un entretien clinique investiguant le travail et la santé est poluée :

- ♦ par toutes les procédures à respecter dans le cadre de préconisations de restriction, d'aménagement du poste, d'inaptitude au poste (courriers, courriels, appels téléphoniques) ;
- ♦ par une saisie informatique dans le DMST chronophage et inexploitable ;
- ♦ par la sollicitation de nombreux intervenants pour mener à bien le maintien dans l'emploi.

Il faut donc de la persévérance pour résister à la pression du chiffre et pouvoir faire ce qui est central dans

notre métier et qui nous est dénié par certains employeurs : attester du lien santé/travail.

POUVOIR ATTESTER DU LIEN SANTÉ/TRAVAIL

LES CERTIFICATS DE DÉCLARATION DE MP : CMI

Nombreux sont les confrères qui ne rédigent pas le CMI et adressent le salarié à son médecin généraliste avec un courrier décrivant les contraintes du poste conduisant à la pathologie peut-être par manque de temps (la rédaction d'un certificat argumenté est chronophage), peut-être par peur de dégrader les relations avec l'employeur (je confirme que certains employeurs à réception d'un certificat de MP signé de la main du médecin du travail peuvent être virulents et menaçants). Mais quel autre professionnel de santé est-il le mieux placé pour connaître les conditions de travail dans l'entreprise, pour investiguer le travail et ses contraintes avec le salarié, pour informer le salarié du lien potentiel entre maladie et conditions de travail et de l'existence d'un tableau de MP ?

J'ai rédigé l'année précédente 35 CMI, la majorité pour le tableau 57 concernant TMS. En deuxième place ce sont les certificats de déclaration de maladie professionnelle au tableau 98. Les pathologies de l'épaule et les hernies discales L4-L5 et L5-S1 font très souvent l'objet du passage en C2RMP. J'ai répondu à 16 questionnaires adressés par le C2RMP.

Je déplore que dans le cadre d'une enquête de maladie professionnelle ou d'accident du travail, notamment les cas de décompensations psychopathologiques réactionnelles à un événement traumatique professionnel, le médecin du travail ne soit jamais sollicité par l'enquêteur de la CPAM. Il a souvent fait un écrit au médecin traitant (à partir de notes cliniques rédigées dans le DSMT) qu'il donne au salarié lui donnant ainsi acte des difficultés ou des événements professionnels à l'origine de l'urgence en raison de sa connaissance de l'entreprise ou de situations identiques déjà rencontrées.

Le certificat rédigé pour M. Y..., pourtant explicite, n'a pas suffi puisqu'il a fallu un passage au C2RMP (avec sollicitation de l'avis du médecin du travail) pour que la MP 57A soit reconnue.

« Je vois monsieur Y... âgé de 54 ans qui travaille en 2x8h dans une entreprise de métallurgie, tôlerie industrielle depuis vingt-neuf ans. Il m'est orienté par l'infirmière qui l'a vu en consultation périodique au cours de laquelle il s'est plaint d'une douleur importante de l'épaule droite alors qu'il occupe depuis plus de vingt ans un poste d'ouvrier polyvalent sur la chaîne de peinture à l'accrochage, à la peinture par poudrage et au décrochage des portes d'armoires fortes. Chez ce salarié

droitier l'IRM, réalisée sur prescription du médecin traitant qui le suit depuis quelques mois, montre une rupture partielle du tendon du supra épineux de l'épaule droite. L'infiltration récente suivie d'une semaine d'arrêt n'a pas apporté d'amélioration. J'interroge Monsieur Y..., que je ne connais pas, sur son travail. Il s'agit de positionner ou peindre des éléments d'armoires fortes (corps, portes, contreforts, tablettes), pièces pesant entre 11 et 22 kg et d'accessoire ou décrocher les pièces peintes sur chaîne. **L'accrochage des pièces** prises sur un plateau se fait sur les crochets des balancelles. Il manipule en huit heures de 30 à 60 portes ainsi que différents éléments des armoires fortes dont le poids va de 10 à 22 kg. Lorsqu'il peint, il intervient pour peindre les parties non accessibles au robot et faire ainsi les retouches avec le pistolet long tenu main droite. Il manutentionne les pièces qu'il décroche pour les déposer sur un plateau ou sur le convoyeur à rouleaux pour l'assemblage. Il s'agit bien d'un travail avec hyper sollicitation des MS, les mains en mouvements de préhension avec effort, bras décollé du corps avec épaule sans soutien à plus de 60° voire 90° au dessus du niveau de l'épaule en élévation antérieure pour positionner les portes, peindre et décrocher avec gestes répétitifs avec effort des MS. »

La rédaction du certificat de maladie professionnelle a été réalisée suite à mon travail d'investigation de l'histoire de la maladie et du lien avec le travail tout en expliquant au salarié ce lien ainsi que les complications de cette pathologie et les difficultés administratives avec la CPAM qu'il aura à vaincre. J'ai aussi sollicité l'IDEST pour une visite du poste et des postes potentiels pour permettre le reclassement de Monsieur Y... dans cette entreprise que je connais mal. J'ai vu Monsieur Y... à plusieurs reprises. Monsieur Y... a pu s'autoriser à s'arrêter pour se soigner suite au courrier que j'ai rédigé pour le médecin traitant et que je lui ai donné. Il a pu reprendre le travail sur un poste plus adapté au montage des petits accessoires.

LES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

C'est là aussi une activité chronophage : j'ai rédigé 38 fiches de signalement sur le modèle de la QMCP et 19 dans le cadre d'une campagne QMCP la « Quinzaine de la déclaration des maladies à caractère professionnel » pour les pathologies ne relevant pas de tableau maladies professionnelles comme les pathologies de décompensation mentale, maladie de Dupuytren, TMS, pathologies cervicales, pathologies endocriniennes. De nombreuses pathologies prennent leur origine dans l'organisation du travail (pression temporelle, horaires atypiques, insatisfaction, déni des compétences, perte

du sens du travail, contraintes de procédures, perte de marges de manœuvre chez les ouvriers et les encadrants, management inadapté et manque de communication...).

L'impossibilité de faire un recueil correct de cette information dans le logiciel médical impose une comptabilité parallèle, ce qui est regrettable.

ATTESTATION DE SUIVI POST PROFESSIONNEL

Si le médecin du travail a l'obligation d'informer les salariés des risques auxquels il est exposé ou a été exposé, il a aussi l'obligation de le tracer dans le DMST (dossier médical en santé travail). La traçabilité des expositions professionnelles est indispensable pour une bonne prévention primaire et aussi pour les droits du salarié à réparation. C'est un devoir du SSTIE et bien sûr un devoir du médecin du travail et pourtant de nombreux dossiers médicaux sont vides, ce qui m'oblige à investiguer avec le salarié, les emplois précédents à la recherche d'exposition aux cancérogènes et à rechercher les documents existants. Ce travail d'investigation du *curriculum laboris* des salariés est réalisé avec le concours de l'IDEST. J'ai rédigé en 2017, 39 attestations d'exposition professionnelle à la silice (expositions passées pour une entreprise du secteur ayant fabriqué des appareils sanitaires en céramique mais qui a fermé), à l'amiante, aux huiles minérales, aux poussières de bois essentiellement ainsi que les documents pour le médecin traitant et pour la CPAM. Ce travail enrichit les dossiers médicaux et ma pratique mais est chronophage. Il s'agit d'un sujet traité par un groupe de travail dans le SST mais d'une pratique que peu de confrères ont mise en place.

« ALERTE » INDIVIDUELLE

Lorsque les conditions de la construction de la santé au travail ne sont plus réunies, afin de pouvoir maintenir le salarié dans son travail le médecin du travail peut solliciter l'employeur pour une demande d'aménagement du poste de travail comme acte thérapeutique. Si le travail peut être transformé il participera à la reconstruction de la santé du travailleur.

Madame X... est vue en entretien périodique par l'IDEST à qui elle évoque un arrêt de travail récent de plus d'un mois car elle n'en peut plus. Elle est conseillère depuis dix ans dans une petite agence d'assurances où elle se retrouve souvent seule depuis le départ, il y a un, de la collègue mutée dans une autre agence. Elle est en pleurs dans le bureau de l'infirmière qui me sollicite alors que je suis présente dans le service. Je fais connaissance avec Madame X... qui n'a jamais eu de problème dans le passé et qui aime son métier mais qui

est épuisée par la surcharge de travail, se sent fatiguée et dort mal. Elle assure l'accueil des clients 5 j/sem, répond au téléphone (30 appels en moyenne) conseille les clients et vend des prestations, réalise les dossiers d'adhésion, de modification, fait le courrier, la saisie, le reporting. Elle est aidée par une apprentie en alternance présente deux jours par semaine à qui elle doit montrer le travail. Elle me dit en avoir parlé plusieurs fois avec le responsable du secteur mais que rien ne bouge. Elle semble être une salariée reconnue pour ses compétences. En sa présence, j'appelle le responsable que je ne peux joindre et rédige avec elle un courrier dont elle aura une copie pour le responsable décrivant les différentes tâches, la situation de travailleur isolé de Madame X... et le risque potentiel d'agression verbale ou physique en lui demandant de reconsidérer sa charge de travail. Je précise qu'elle sera revue deux mois plus tard. Je l'oriente avec un courrier explicatif vers son médecin traitant qui l'arrêtera trois semaines. Une collègue sera positionnée en soutien les jours d'absence de l'apprentie.

Il s'agit ici d'une situation peu compliquée mais qui demande du temps pour instruire le lien santé/travail et construire un écrit pour convaincre l'employeur d'aménager le poste de travail et ainsi préserver ou redonner au salarié les conditions de construction de sa santé.

ALERTE COLLECTIVE

En utilisant la veille médicale en santé au travail par le biais d'écrits dans le dossier médical de chaque salarié, écrits de l'infirmière et du médecin j'ai pu rédiger des courriers d'alerte collective à l'intention de directions d'entreprise et des représentants des salariés pour rendre compte des risques délétères pour la santé des salariés. Cela représente un travail long et fastidieux de lecture des dossiers des salariés, d'échanges avec l'infirmière, d'entretiens avec les employeurs.

Il s'agit d'une maison de retraite dont j'ai la charge depuis trois ans, 60 salariés et une nouvelle directrice depuis quatre ans ; rapidement j'ai commencé à recevoir des salariés en visite à la demande et en visite de pré-reprise, notamment pour accident du travail (six salariées en arrêt de travail suite accident du travail: lombalgie, tendinite, entorse cheville). J'ai aussi fait un certificat de maladie professionnelle (MP) pour une tendinite de l'épaule. J'ai ressenti une certaine méfiance lors des premières consultations (certains agents regardant le plafond du cabinet médical du SST comme si une caméra y était fixée). L'année suivante j'ai vu onze salariées à leur demande, essentiellement AS et ASH qui m'ont sorti leur peur de la directrice : les menaces orales de la directrice, la toute puissance de la directrice, les menaces de sanction (la punition exquise est

le passage en horaires coupés !), les demandes de délation, les contrôles (elle se cache à l'entrée d'une porte et elle nous épie), la mal bouffe des résidents, l'augmentation de la charge de travail en parallèle de l'augmentation de la dépendance des résidents qui arrivent dans l'établissement à un âge toujours plus avancé et de l'effectif insuffisant avec un sentiment de maltraitance des résidents : « *Il faut les presser, on leur fait perdre leur autonomie pour gagner du temps* » (fauteuil pour aller en salle à manger ce qui va plus vite que le déambulateur ou l'accompagnement en tenant le bras), l'absence de soins de confort, le non-respect de la fréquence des changes d'où la validation d'achat de changes plus épais, la réduction du temps de toilette obligeant à choisir ce qui est le plus urgent à laver la bouche, les fesses et le zizi ou les mains, la bouche, les fesses... « *On fait comme on peut* », l'absence d'accompagnement en fin de vie alors que la directrice tient le discours inverse « *À B.. on privilégie la fin de vie !* ». Ce que j'entends dans les consultations « non ordinaires » est conforté par ce qu'entend l'infirmière qui assure le suivi périodique. La reprise à mi-temps thérapeutique est refusée par la directrice conduisant à des prolongations d'arrêt et donc à la désorganisation du travail, la surcharge pour celles qui sont présentes et qui attendent le retour de la collègue pour pouvoir s'arrêter comme elles disent. Je rencontre la directrice à deux reprises en un an et l'infirmière rédige la fiche d'entreprise dont la directrice conteste le contenu en me demandant de la modifier. Je la rencontre à nouveau en présence de l'IDEST où elle me dit que l'ambiance de l'établissement a été dégradée par la présence de deux salariés en CDD qui avaient « un mauvais esprit et posaient problème » et qu'avec leur départ en fin d'année les tensions seront apaisées. Je l'informe que je rédige un écrit sur les constats que je lui ai présentés au cours de l'entretien qui est à considérer comme partie de la fiche d'entreprise.

Madame la directrice,

Comme vous le savez, le rôle du médecin du travail, exclusivement préventif, consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (art. L.4622-2 du Code du travail) et c'est dans ce cadre-là que je vous adresse ce courrier.

Je vous prie de trouver ci-dessous les éléments de synthèse de ce que j'ai entendu et constaté lors des entretiens avec certains de vos salariés et dont nous nous sommes entretenues par téléphone le ... et lors d'un rendez-vous à votre demande dans mon service le ... et auquel assistait Madame C... IDEST.

J'ai constaté un état de santé altéré chez onze salariés vus au cours des douze mois écoulés. Il s'agit de

troubles anxieux voire dépressifs avec expression de peur et pleurs lorsque les salariés évoquent le travail et de quelques troubles musculo-squelettiques.. Ces problèmes de santé ont conduit à consulter un médecin, à prendre un traitement et dans certains cas ont entraîné des arrêts de travail. Ces arrêts de travail génèrent notamment d'une part une pénibilité supplémentaire pour les salariés restants (AS et ASH) qui doivent assurer le travail à moindre effectif et d'autre part un épuisement professionnel.

Au cours de ces visites médicales, plusieurs salariés rapportent un vécu difficile du travail qui se traduit notamment par :

- ◆ Un sentiment de culpabilité des salariés en arrêt de travail et qui à leur retour au travail peuvent constater le départ en arrêt maladie d'une collègue épuisée.
- ◆ Un conflit éthique, un conflit de valeurs sur le travail bien fait qui ne serait pas d'après leurs dires perçus par la hiérarchie.
- ◆ Un sentiment de maltraitance envers les résidents : impossibilité de réaliser certains soins de confort et sentiment de participer à l'aggravation de la perte d'autonomie alors même que dans leur fonction, le personnel soignant se devrait de protéger et de maintenir le plus possible l'autonomie (de part leurs formations, ils ont appris à prendre soin de la personne en s'adaptant au rythme de la personne pour lui permettre de conserver un maximum d'autonomie et ont travaillé sur les soins de confort qui bien souvent permettent d'apaiser les résidents).

Les salariés rapportent également un sentiment d'isolement dans le travail, isolement qui d'après leurs propos serait lié :

- ◆ À l'absentéisme générant une instabilité dans les équipes et une gestion des plannings dans l'urgence conduisant à changer d'horaires, de poste ou à rappeler des collègues en repos (facteur en outre déstabilisant pour la vie privée).
- ◆ Au fait que les agents assurent seuls les soins aux résidents.
- ◆ Au manque d'espace et de temps pour pouvoir débattre collectivement de ce qu'il est licite ou non de faire et du comment on fait dans des conditions difficiles autour du soin aux résidents.

Cela ne favorise pas le travail en équipe et l'entraide. En outre au cours de ces entretiens, certains salariés évoquent :

- ◆ Des « rapports tendus avec la direction », la « peur de sanctions » lesquelles sanctions se caractériseraient notamment par le passage d'horaires continus à des horaires coupés.

tériseraient notamment par le passage d'horaires continus à des horaires coupés.

- ◆ Un sentiment de surveillance permanente, certains salariés employant même le terme « épié ».

De même certains salariés font référence à des propos qui leur seraient tenus, et qu'ils perçoivent comme très dévalorisants, s'agissant de leur travail, de leurs compétences ou même de leur avenir professionnel. De tels propos peuvent générer un sentiment d'insécurité voire même de peur.

Enfin, certains salariés ont fait référence de manière explicite aux difficultés ressenties à l'égard de la directrice de l'établissement ; il a ainsi été rapporté, à plusieurs reprises, que celle-ci pouvait être à l'origine « d'un climat de terreur qui règnerait au sein de l'établissement », lequel climat peut entraîner un sentiment généralisé de crainte envers elle.

Vous m'avez effectivement précisé que l'ambiance de l'établissement avait été dégradée par la présence de deux salariés en CDD qui avaient « un mauvais esprit et posaient problème » et qu'avec leur départ fin 2015 les tensions seraient apaisées.

Il convient néanmoins de prendre en considération le ressenti difficile de l'organisation et de l'ambiance de travail ainsi que les propos qui, sans nécessairement établir la véracité du comportement d'une personne, reflètent le sentiment de mal être de certains salariés.

Je sais que dans le cadre de votre obligation légale d'évaluer les risques notamment psychosociaux (RPS) votre établissement participe avec d'autres établissements à la démarche de prévention A initiée par des préventeurs de la région V.

Ce document fait partie intégrante de la fiche d'entreprise et doit au même titre de la fiche d'entreprise être tenu à la disposition des autorités compétentes, médecin inspecteur régional du travail, inspecteur du travail, préventeur de la CARSAT.

AVIS AUTRES QUE APTÉ

RESTRICTIONS D'APTITUDE

ET DEMANDES D'AMÉNAGEMENT DU POSTE

Je n'ai émis en 2017 que 107 avis de restriction d'aptitude et d'aménagement de poste (183 en 2016). 65 visites de reprise ont donné lieu à de nouvelles restrictions et demandes d'aménagement du poste. La lourdeur de la procédure concernant les avis de restrictions et les préconisations pour aménagement du poste conduit à une diminution des préconisations : certains salariés ont peur de perdre leur emploi, « On verra si on peut s'arranger avec le chef », « Je reviendrai si cela

ne va pas » et le médecin du travail épuisé par ces procédures stériles est moins incité à écrire des préconisations qui ne sont pas respectées ou contestées.

Quand le médecin du travail a une bonne connaissance de l'entreprise et des interlocuteurs de l'entreprise ou (et) quand le salarié est bien intégré dans l'entreprise les demandes d'aménagement sont moins problématiques même si elles mobilisent de nombreux intervenants.

Monsieur T... âgé de 28 ans a eu un grave AVP avec coma de trois mois et une récupération encore parfaite après quinze mois d'arrêt de travail. Je l'ai vu en visite de pré-reprise à deux occasions car il souhaite reprendre le travail rapidement dans son poste de monteur de caisses en bois dans une petite menuiserie de dix salariés. Il a une reconnaissance de travailleur handicapé. Il m'informe qu'il a repris contact avec son employeur dans ce but là. Il a encore des troubles cognitifs mais a le feu vert du centre de réadaptation qui le suit. Je prends contact avec le chef d'atelier que je connais bien pour l'avoir suivi suite à un accident du travail grave. Avec l'accord de l'entreprise et du salarié je contacte la CPAM et le SAMETH pour la mise en place d'un essai encadré (reprise de l'activité professionnelle à l'essai pendant l'arrêt de travail pour favoriser la réinsertion professionnelle) ce qui permet à l'IDEST puis à moi-même d'aller observer et échanger avec Monsieur T... pendant son travail. Cette demi-journée passée dans l'entreprise est riche d'enseignements sur la façon dont Monsieur T... réapprend à travailler et sur le fonctionnement de l'entreprise, les liens entre les salariés. Monsieur T... a retrouvé ses gestes de travail, le calcul des dimensions est bon mais l'essai encadré montre une lenteur dans l'exécution de ses tâches, le besoin de contrôler et de reprendre ses repères. Grâce au SAMETH (Service d'aide au maintien dans l'emploi) différentes mesures sont mises en place avec l'accord de toutes les parties pour permettre la réinsertion dans son poste de Monsieur T... qui a repris à temps partiel thérapeutique.

C'est bien dans ce cas là, la coopération entre préventeurs, services compétents dans le maintien dans l'emploi et la volonté affichée de l'entreprise ainsi que la mobilisation du salarié qui favorisent la réinsertion au poste. Mais cela reste des démarches chronophages.

Il y a des situations plus difficiles de pressions exercées par l'employeur sur les salariés alors que l'entreprise porte la responsabilité de l'altération de la santé des salariés ce qui est source d'indignation et de colère chez le médecin du travail.

Je n'ai jamais rencontré de problème jusqu'à il y a un an dans cette entreprise de mécanique de précision de

pointe de plus de 50 salariés mais l'entreprise grandit et fusionne il y a dix-huit mois avec une entreprise de décolletage. La décision est alors prise, sans bien sûr consulter le médecin du travail, de changer l'huile soluble qui fera l'objet d'un achat groupé.

Je reçois Monsieur O... puis Monsieur N... qui présentent tous deux un eczéma aux fluides d'usinage depuis quelques semaines, adressés par leur médecin traitant. Les deux salariés sont usineurs, régleur au fraisage pour l'un et tourneur régleur pour l'autre. Tous deux me rapportent la survenue de lésions sur les mains depuis le changement de lubrifiant et chacun a été arrêté pendant quelques jours et réapparition des lésions après nouveau contact. Il s'ensuit une alerte à l'employeur avec l'accord des salariés pour l'informer d'un potentiel eczéma aux huiles et pour demander les FDS de l'ancien et du nouveau produit. Je revois les salariés qui ne souhaitent pas en l'état quitter leur poste car ce sont deux professionnels compétents et investis qui aiment leur métier et qui souhaitent retravailler avec l'ancien produit. J'ai rédigé cela fait un an deux certificats pour MP36 - eczéma aux huiles minérales et de synthèse - avec à la clé la reconnaissance en maladie professionnelle. L'entreprise refusera de changer le lubrifiant et exigera que je fasse pratiquer des tests épicutanés aux deux salariés ce qu'elle fera réaliser chez un allergologue avec l'accord signé des deux salariés pour en arriver à la même conclusion. Le fournisseur du produit que je rencontrerai certifiera à l'entreprise qu'il n'y a jamais eu de problème avec son produit et suggérera que sans doute les salariés ont d'autres activités le weekend notamment la maçonnerie... Par la suite elle fera pression sur moi en m'imposant d'écrire dans les formes du texte mon avis d'inaptitude afin de décider de reclasser ou non les salariés : période de 6 mois difficile pour les salariés revus plus de huit fois en un an et ayant eu de nombreux arrêts. Aujourd'hui Monsieur N..., tourneur qui est plus âgé dans la crainte d'un licenciement, a accepté un travail moins intéressant et moins qualifié afin de ne plus être exposé aux huiles. Le collègue plus jeune, Monsieur O... travaille en pointillé (arrêts de travail, reprise quelques jours avec réapparition des lésions) car il ne veut pas quitter ainsi un poste pour lequel ses compétences sont largement reconnues et l'entreprise refuse de le reclasser dans un poste technico administratif (programmeur machine, technicien BE..) alors qu'il a les diplômes pour cela. L'entreprise veut réorganiser le secteur où il travaille afin d'utiliser au mieux ses compétences dans un poste de « super régleur » que je suis allée étudier mais les risques de contact avec l'huile (qu'il n'est pas question de changer) sont présents. C'est un sujet toujours en cours avec un salarié qui va mal et un médecin du travail impuissant.

INAPTITUDE

La procédure d'inaptitude modifiée contraint le médecin à rédiger son avis en une seule visite alors que ses contraintes sont multiples : faire l'étude du poste du salarié, l'étude des conditions de travail dans l'établissement, noter la date de réalisation, d'actualisation de la fiche d'entreprise et procéder à un échange par tout moyen avec l'employeur.

Imposer l'écriture d'une formule avec inaptitude dans un emploi est insupportable mais ma résistance avec la formule « inapte à tout poste dans l'entreprise » qui permet d'exprimer les contraintes d'un travail aux effets délétères sur la santé auxquels ne doit plus être soumis le salarié a été « retoquée » par les juristes des entreprises, m'obligeant à revoir ma copie et donc le salarié que cela met en difficulté.

J'ai pourtant rédigé 31 avis d'inaptitude ayant conduit à la perte de leur emploi 31 salariés (16 femmes et 15 hommes) dont 13 pour une pathologie liée aux risques psychosociaux. Cette décision d'inaptitude est souvent lourde de conséquences pour les salariés encore plus aujourd'hui car elle concerne majoritairement des salariés déjà précarisés et pour qui la perspective de retrouver un emploi est incertaine.

Je pense avoir joué un rôle de régulateur social dans cinq cas d'inaptitudes qui ont fait suite à des demandes de rupture conventionnelle de la part des salariés refusées par les employeurs dans des situations critiques de travail.

Madame D... âgée de 54 ans est auxiliaire de vie depuis plus de vingt ans et dans cette entreprise depuis trois ans. Elle présente une usure du rachis et des membres supérieurs et a de fréquents arrêts pour sciatique. Je l'ai vue déjà deux fois en visite de reprise pour ce problème de santé mais elle vit seule et a besoin de travailler. Au cours des entretiens Madame D... évoque des contraintes majeures de travail que je connais bien et qui font écho aux paroles des collègues : le temps d'intervention insuffisant : « On a une demie-heure quand il faut plus et qu'on avait plus avant et quand en plus la dépendance augmente », l'augmentation du nombre d'interventions de faible durée, l'absence de temps libéré pour les déplacements entre deux interventions, « On finit à 11 h notre intervention et on débute à 11 h chez un autre bénéficiaire. Comment peut on faire ? » Je sais qu'à la demande du Conseil général qui a mis en place une télégestion pour la facturation des heures, les aides à domicile doivent téléphoner au début et à la fin de leur intervention à un numéro spécial en se servant du téléphone du bénéficiaire ce qui est vécu par certaines comme un « flicage ». Ces appels obligent les sa-

lariées à tricher, soit elles ne passent pas le temps prévu chez le bénéficiaire sous peine d'arriver en retard chez le suivant, soit elles débordent sur leur temps personnel pour assurer leur mission correctement sinon le temps supplémentaire effectué est facturé au bénéficiaire. Elle parle aussi des interventions réalisées seule (toilette, lever), « Nous, on est toujours seule pour manipuler les personnes alors que les AS du SIAD interviennent à deux », les interventions du weekend d'une demie-heure occasionnant des déplacements midi et soir et qui obligent à rester mobilise toute la journée, les plannings qui change fréquemment. J'entends un vécu de non reconnaissance, de manque de considération de la part de la hiérarchie, des familles, le sentiment de mal faire son travail par méconnaissance des situations et par manque de temps accordé au « prendre soin, écouter », la peur de perdre des heures de travail en démissionnant d'un domicile face à un bénéficiaire « dangereux ». « J'aime pourtant mon travail mais je ne peux plus ».

J'ai un courrier du médecin traitant me disant qu'elle ne peut plus faire ce travail. Je revois Madame D... qui ne perçoit plus d'IJ depuis 5 jours. Madame D... a rencontré l'assistante sociale, le SAMETH, a consulté Pôle Emploi et a réfléchi à son avenir. Elle ne veut plus dépendre d'une structure qui ne lui laisse aucune marge de manœuvre mais elle ne sait pas faire autre chose, alors elle veut travailler avec les chèques emploi-services pour les particuliers.

J'appelle le médecin-conseil qui accorde une prolongation des IJ pour trois semaines et j'entre alors dans la procédure d'inaptitude dans l'intérêt de la santé de Madame D... Peut-être que les échanges que nous avons eus, ce travail en intercompréhension a-t-il permis à Madame D... d'envisager d'autres horizons et de redevenir ainsi actrice de son avenir.

L'inaptitude dans le cadre de maltraitance au travail concerne souvent les mêmes entreprises. Les dossiers s'accumulent sans que rien ne bouge malgré toutes les démarches d'alerte, d'interventions concertées avec l'inspecteur du travail.

Je viens de rédiger la quatrième inaptitude dans une structure administrative de neuf salariés dans laquelle nous sommes conjointement intervenus il y a dix-huit mois pour alerter sur les RPS.

Madame M... est une jeune femme de 30 ans qui élève seule ses deux enfants et qui après une reconversion est embauchée il y a deux ans au poste d'accueil, standardiste de la structure. Je la vois à sa demande quelques jours après un appel de détresse au secrétariat du SSTIE, orientée par son médecin traitant qui l'a mise en

arrêt de travail. Elle a subi une agression verbale de la part d'une collègue H... sans justification professionnelle accompagnée de gestes menaçants, de propos violents, dévalorisants et humiliants en la traitant de nulle devant l'équipe alors qu'elle a défendu une collaboratrice confrontée à des propos semblables. Elle n'a reçu aucun soutien de la direction et en retour elle est isolée, H... ayant demandé à l'équipe de ne plus lui adresser la parole. Madame M... a rapidement compris les dysfonctionnements dans la structure qu'elle attribue à H.. qui n'est pas la N+1 mais qui dicterait sa loi aux patrons et mettrait tous les salariés en soumission. « Elle tient les paies, les primes, les formations ; elle nous insulte, elle nous rabaisse, elle punit sans raison ; C'est invivable, je ne peux plus travailler avec elle, les patrons ne veulent rien entendre et en rajoutent, elle décide pour nous, elle nous humilie. » Je lui fais un courrier pour son médecin traitant en conseillant de faire une déclaration d'accident du travail en raison de la survenue brutale des faits constatés par les collègues qui lors de l'enquête de la CPAM se tairont. Pourtant tout ce que rapporte Madame M... fait écho aux situations précédentes que j'ai eues à traiter et qui se sont soldées par des inaptitudes dans un climat de tensions majeures avec les employeurs qui contestent mes compétences, qui ont demandé à changer de médecin du travail ce que j'ai refusé. L'accident de travail ne sera pas reconnu après des semaines d'enquête et Madame M... n'a ni la force ni les moyens de se battre et il n'y a pas d'autre issue que l'inaptitude, procédure au cours de laquelle j'ai reçu trois courriers d'entrave de l'employeur.

C'est un constat négatif de mon métier aux exemples malheureusement nombreux.

EN CONCLUSION

Je dirais que j'ai le sentiment de travailler en permanence dans l'urgence aussi bien pour effectuer les visites médicales prioritaires et compliquées que pour effectuer l'AMT, essentiellement les fiches d'entreprise faites lors d'une étude de poste pour émettre un avis d'aptitude. La participation à plusieurs groupes de travail avec différents participants du service ou d'autres services est enrichissante et permet de construire des actions concertées dans une démarche pour moi de préservation de la santé des salariés mais elle est aussi chronophage que les réunions de l'équipe pluridisciplinaire. La poursuite de la démarche de progrès dans le SSTIE, la mise en place de procédures toujours plus rigides, les contrôles, la traçabilité, la pression des chiffres (nombre de FE réalisées, nombre de maintiens dans l'emploi.....) laissent de moins en moins de place au rôle important du médecin du travail dans la mise en visibilité sociale des atteintes à la santé en lien avec le travail et à la production d'écrits visant à faire reconnaître l'origine professionnelle de certaines pathologies. Il en résulte un sentiment d'impuissance, d'inachevé pour effectuer mes missions de médecin du travail malgré la présence d'une équipe compétente. Ce ne sont pas les textes à venir qui faciliteront les missions du médecin du travail qui tend à devenir un médecin de sélection de la main d'oeuvre dans des SSTIE au service des entreprises.