

8ème Colloque E-PAIRS du 20 mai 2016
Avec l'association Santé et Médecine du Travail (a-SMT)
et le soutien du SNPST et des médecins du travail de la CGT

COMPTE RENDU du COLLOQUE

<p>Les coopérations du Médecin du Travail avec quatre spécialistes médicaux (Généraliste, Psychiatre, Rhumatologue, Consultant de pathologie professionnelle) du point de vue de la santé au travail d'un patient</p>	
---	---

SOMMAIRE

Introduction par Alain GROSSETETE

1ère PARTIE : MEDECINE DU TRAVAIL / MEDECINE GENERALE

- Vignette clinique préparée par les Dr Annie Deveaux et Josiane Crémon, médecins du travail : Observation de Mme B
- Billet du référent médecine du travail : Questionnement sur la coopération entre les deux professions médecine du travail et médecine générale.
- Médecin généraliste Dr Patrick Dubreil, région nantaise
- Table ronde et débat :

2ème PARTIE Médecine du travail / Consultation de pathologie professionnelle

- Vignette clinique : médecins du travail Une maladie professionnelle par exposition aux solvants
- Billet du référent médecine du travail, Mireille Chevalier, médecin du travail
- Consultante de pathologie professionnelle Dr Mireille Matrat maître de conférences et consultante à la consultation de pathologie professionnelle du CHI de Créteil
- Table ronde et débat :

3ème PARTIE : MEDECINE DU TRAVAIL / RHUMATOLOGIE

- Vignette clinique préparée par les Dr Odette Tencer et Alain Grossetête, médecins du travail
- Billet du référent Médecine du travail : Dr Alain Grossetête, médecin du travail
- Rhumatologue : Pr Y MAUGARS, CHU de Nantes
- Table ronde et débats
- Commentaire distancié du référent Médecine du travail : Dr Alain Grossetête,
- Quelques repères professionnels accessibles à la dispute,

4ème PARTIE : MEDECINE DU TRAVAIL / PSYCHIATRIE

- Vignette clinique Une collaboration difficile avec un médecin psychiatre
- Billet du référent médecine du travail : Dr Dominique Huez, médecin du travail
- Psychiatre Jean-Jacques Chavagnat, CH Henri Laborit, Poitiers
- Table ronde et débat

Discussions et conclusions, par le Dr Magdeleine Ruhlmann, MIRT

Introduction par Alain GROSSETETE

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 pouvons 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 médecin du travail et le salarié, qui est adressée 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 rechercher 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 « **Ecrits** ». 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, 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.

1^{ERE} PARTIE : MEDECINE DU TRAVAIL / MEDECINE GENERALE

- **Vignette clinique** préparée par les *Dr Annie Deveaux et Josiane Crémon, médecins du travail*

Observation de Mme B

Mme B âgée de 54 ans travaille depuis 1979 comme comptable dans une petite société comportant d'une part une entité comptable et 4 salariés au rez-de-chaussée et une entité formation de 2 salariés à un autre étage, dirigée par Mr 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, Monsieur Y, un associé de la nouvelle entreprise qui passera 2 fois par semaine environ.

Mme 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 40h par semaine (période des bilans, déclarations fiscales et sociales), et le reste de l'année elle travaille 32h 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 MT note :

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

Il oriente Mme B vers son médecin généraliste pour prise en charge de sa TA élevée.

Lors de la visite périodique d'octobre 2011, Mme B exprime pour la 1ère 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

A l'examen clinique la TA reste encore élevée et n'est toujours pas traitée. Le MT adresse un courrier au médecin généraliste.

Le 28/06/2012 Mme 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 G traité par cortisone
- pour confirmation HTA et traitée par Pritor plus 1cp/j
- pour syndrome anxiodépressif se manifestant par des angoisses, des troubles du sommeil avec réveil nocturnes, et des ruminations sur le thème du travail, traité par Deroxat ½ cp/j.

Mme 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 Mme B s'entendait bien notamment sur le plan professionnel, elles s'épaulaient en cas de surchauffe).

Depuis Mme 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.

Mme 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 MT rencontre l'employeur le 6/7/2012, qui nie tout conflit avec cette salariée, mais confirme que Mme B a du mal à s'adapter aux évolutions à l'inverse de sa collègue. L'employeur suggère même que si Mme B est en souffrance dans l'entreprise il faut qu'elle cherche un autre emploi et est prêt à l'aider. Le MT fait la proposition d'une reprise à temps partiel thérapeutique, l'employeur est d'accord mais septique sur l'efficacité.

Le 21/08/2012 Mme B est vue en visite de pré reprise. Elle dit qu'elle va mieux, elle dort mieux, son moral est bon et sa TA est

à 14/8 sous traitement. Mme B ne veut plus quitter l'entreprise. Le MT fait alors un courrier au médecin généraliste pour lui spécifier que Mme B peut reprendre le travail mais à temps partiel thérapeutique. Puis le MT rédige un fiche d'aménagement poste en prévision de la reprise.

Le 25/09/2012 la salariée demande une visite auprès du MT car à nouveau elle ne va pas bien (la VR n'a pas été demandée par l'employeur, reprise effectuée le 3/9) Sur le plan santé le syndrome anxio dépressif est réapparu, car la situation professionnelle n'a absolument pas changé, on lui aurait même proposé un poste dans une petite entreprise et à ½ temps qu'elle a refusé pour raison personnelle. Mme B ne se sent pas capable de reprendre à temps plein, et ne veut pas être en arrêt complet. Cette fois encore le MT adresse un courrier au MG pour demander une prolongation du ½ temps thérapeutique et il explique que les difficultés professionnelles persistent.

Le 28/02/2013 Mme B redemande à rencontrer le MT. Elle est à nouveau en arrêt complet depuis le 31/2012, car sa TA est déstabilisée avec nécessité d'augmenter le traitement, son syndrome anxiodépressif s'est aggravé. Elle prend un nouveau traitement :

- Pritor 1/j
- Hypérium 1/J
- Deroxat 1/j

Le MT envisage l'inaptitude mais Mme 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 MT s'entretiendra le même jour (qui a pris l'initiative ?), une prolongation des IJ est acceptée.

Le MT adresse un courrier au MG :

« J'ai revu le 28 février 2013, dans le cadre d'une visite médicale de pré reprise, madame 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.

Madame 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.

A la demande de Mme 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.

Madame 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, HYPERIUM et DEROXAT. 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 madame B. n'est actuellement pas possible et que son arrêt de travail doit être prolongé. Avec l'accord de madame B., j'envisage de faire un nouveau signalement à l'employeur. ».

Il s'ensuit un échange de courrier avec l'employeur (14/03/2013 et réponse de l'employeur le 20/04/2013). 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 Mme B., notamment des 3 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 Mme 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 Mme B. qui semble très ferme sur sa volonté de rester dans l'entreprise.

Le MT propose de rencontrer l'employeur avec Mme 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 Mme B., de bonne compétence technique et surtout étranger aux tensions actuelles.

Un courrier de l'employeur au MT 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 Mme 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 3 semaines. En conséquence nous vous proposons de démarrer cette formation la semaine 36, soit la première semaine. Comme cela a été convenu, j'ai appelé Mme 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 2 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 ». du mois de septembre.

Le MT sera en copie du mail confirmant, fin août, à Mme B cette organisation et sa reprise de travail début septembre 2013.

➤ **Billet du référent médecine du travail** *Dr Gérard Lucas, médecin du travail*

Questionnement sur la coopération entre les deux professions médecine du travail et médecine générale.

Rappel : La préservation de la santé au travail doit tenir compte de la connaissance de l'entreprise, du travail réel et du travailler ; elle doit respecter la santé globale du travailleur, plus accessible par le médecin généraliste, et sa sphère privée.

1 - Pourquoi la coopération entre la médecine du travail et le médecin généraliste des travailleurs :

- Parce que 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.
- Parce que 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.
- Parce que le travailleur-patient aurait 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 - Risques du manque de coopération

Incongruences des décisions d'accompagnement par exemple :

- Refus d'une ITT 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. (un épisode infectieux, métabolique, une TMS, une phase dépressive...)
 - 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. (charges physiques, nuisances ou organisation du travail à RPS...)
 - Salariés démunis de réponse cohérente ; 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 en maintenant à la fois l'invisibilité du travail.

3 - Quelles sont les éléments attendus de cette coopération ?

- 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 travail du salarié.
- Le médecin traitant peut avoir besoin d'avoir 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 compatible avec la préservation et/ou la construction de la santé de son patient.

4 - Comment ? Quelle formalisation de ces échanges coopératifs ?

- Établir les conditions d'une relation de confiance entre le salarié et les médecins du travail et généraliste. Dans le colloque singulier avec le patient ou le salarié, la suggestion d'une coopération confiante est capitale, (au-delà des rivalités professionnelles !).
- 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 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.

➤ Médecin généraliste Dr Patrick Dubreil, région nantaise

1^{er} temps : cas clinique

Il y a beaucoup de non-dit de la part de la patiente et un jeu de pingpong entre le médecin du travail (MDT), le médecin généraliste (MG) 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
- 6 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 madame 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 ?

2^{ème} temps : réflexion sur les coopérations

Quand je pose la question suivante à mes patients : « *quand avez-vous vu le MDT ?* »,

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 MDT ?* », 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 MDT ont changé ?

Dans les cas grave, je communique avec le MDT 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.

➤ Table ronde et débat :

Questions :

1. Comment le médecin du travail peut-il faire connaître au généraliste le positionnement d'un salarié dans l'entreprise, la réalité des contraintes de travail, les potentialités d'insertion, réinsertion, modifications, aménagements de postes compatible avec la préservation et/ou la construction de la santé de son patient ?
2. Quelle coopération pour comprendre l'effet des choix thérapeutiques sur le travailler du salarié ?
3. Quelle formalisation de ces échanges coopératifs ?
4. Quelles conditions d'une relation de confiance entre le salarié et les médecins du travail et généraliste ?
5. Quels échanges écrits ? La place de la lettre au confrère remise à l'intéressé travailleur ? Quelles conditions éthiques pour cela ?

Débat :

MDT : Il s'agit certainement d'une posture défensive pour les MDT qui n'étudient pas les conditions de travail. Certains MG pensent que les MDT peuvent transformer la situation de travail ce qui n'est pas possible. Il est souvent difficile de rentrer dans le travail car on peut être instrumentalisé par le salarié ou par l'employeur. Par exemple : je me souviens d'un salarié qui avait été changé de poste pour un problème de compétences mais le salarié n'avait pas été informé de la cause de son changement de poste et était en souffrance. Ce n'est pas au MDT de donner la raison du changement de poste et ce n'est pas non plus au MG de le dire au salarié, c'est de la responsabilité de l'employeur. Le MDT se centre sur le travail et non sur la partie intime du salarié mais souvent celle-ci peut émerger du fait de l'émotion. Quand le MDT interroge le MG c'est pour savoir s'il y a uniquement un problème de santé au travail ou s'il existe un autre problème.

MG : Je suis venu car en pratique cette coopération m'intéresse car vos positionnements sont différents des miens. Chacun doit contribuer en fonction de son lieu d'exercice. Comment puis-je faire ? Comment puis-je contribuer ? C'est moins évident pour les autres spécialistes. On commence à s'y intéresser. Quand le patient parle de la souffrance et quand j'évoque qu'il pourrait y avoir un lien avec le travail, il a l'air étonné. Je lui conseille de prendre rendez-vous avec son MDT et éventuellement je lui fais un courrier. Tout passe par le patient. Je pense que le salarié est en difficulté pour prendre le contact avec le MDT. En lui donnant des pistes, on l'aide à retrouver son pouvoir d'agir. Le MG tient compte des difficultés de tous ordres pour rechercher les causes de la souffrance même si l'on ne le fait pas toujours. Le MDT reste centré sur le travail et on

peut coopérer pour améliorer les choses. J'ai constaté qu'après une souffrance au travail, le salarié ne redeviendra jamais comme avant : il y aura une perte du plaisir au travail.

DH : Dans la question des pathologies familiales et des pathologies des enfants, est-ce que la souffrance au travail des parents pourrait être une clé de lecture des difficultés de la famille ? La souffrance a souvent un caractère multifactoriel.

MG : L'instruction du lien santé travail peut aider à comprendre. Mais quelles sont les bases de la collaboration et comment on fait ?

MDT : Il est difficile de lever les défenses du travailleur. La coopération entre les 2 professions peut aider à lever les défenses du salarié-patient

MDT : Dans certains cas, les employeurs ne proposent rien en termes d'aménagement du poste de travail quand il y a des difficultés avec des risques d'inaptitude. Dans le cas clinique présenté, il y a des propositions. Dans la fonction publique, tout bouge et on ne sait pas pourquoi : Danièle LINHART, sociologue directrice de recherche au CNRS, pense que c'est pour casser les collectifs de travail et garder les salariés plus adaptables.

MDT : De plus en plus, beaucoup de salariés assez jeunes n'ont pas de médecin généraliste. Les MDT sont soumis à des effectifs non négligeables. Les moyens à utiliser pour la coopération sont le téléphone en présence du salarié qui me semble assez porteur. Je subvertis la fiche d'aptitude avec des conseils écrits avec l'accord du salarié. Même si les moyens sont dégradés, on peut agir. Avec la souffrance psychique, on peut échanger plus facilement avec les MG et même avec les psychiatres.

MDT : Quelquefois le MG rédige des certificats de contre-indication que ne respecte pas le MDT. Cela pollue la confiance entre le MDT et le salarié qui ordonne au MDT d'exécuter l'avis du MG. Quand les recommandations du MG ne sont pas applicables par le MDT, il y a ainsi une perte de confiance car le salarié dit au MDT « *vous êtes aux ordres du patron* ». Je constate que parfois, il y a un empiétement du rôle du MG sur celui du MDT : le MG peut banaliser certaines contraintes que ne pourra pas banaliser le MDT.

DH : La question est que la grille de lecture des contraintes par le MDT n'est pas la même que celle du MG.

MDT : Ces coopérations ont un intérêt car le MDT est confronté à une difficulté d'échanges avec les MG par courrier car ils n'ont le plus souvent pas de réponse. J'ai une bonne connaissance du travail mais je n'ai pas de réponse. Il faut développer cette relation de confiance. En PACA, l'ordre a mis en place un vademécum pour faire connaître le métier de médecin du travail aux autres spécialités médicales.

MDT : Je n'ai jamais reçu de lettre de médecin généraliste. Je donnais une lettre au salarié ouverte mais c'est le salarié qui faisait le messenger ou alors le MG demandait qu'on l'appelle en présence du salarié pour discuter à trois. Le MG est choisi par le salarié, le MDT doit écrire car il n'est pas choisi.

MDT : La visite de pré reprise est un très bon outil de coopération entre le MDT et le MG. Le salarié peut montrer au MG sa conclusion écrite que nous allons envoyer à l'employeur

MDT : C'est la confiance qui construit la coopération. La question de la santé n'est pas

non plus une valeur commune. Le salarié doit récupérer son pouvoir d'agir : c'est surtout de la santé du patient dont dépend sa capacité à se prendre en charge ou pas : est-ce que je dois faire des démarches pour lui ou est-ce qu'il doit les faire lui-même ? La vignette clinique, c'est l'isolement. Il faut aider les salariés à sortir de l'isolement

MG : Je rencontre beaucoup de souffrance en lien avec le travail nécessitant des consultations longues. Le MG 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 savoir aussi démedicaliser et rechercher de l'aide auprès des collègues, des syndicats et des DP dans un deuxième temps. Je me tourne aussi vers le médecin inspecteur régional du travail.

2^{ème} PARTIE Médecine du travail / Consultation de pathologie professionnelle

- **Vignette clinique** préparée par les *Dr Thérèse Buret et Alain Randon, médecins du travail*

Une maladie professionnelle par exposition aux solvants

Je reçois madame 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 3 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 de 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.

Madame L est née le 11/08/1976, elle élève seule son fils né le 14/01/2003. 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 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 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 :

- Neuro : 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 (alcool=0 tabac=0)

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 deuxième 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 madame 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 madame 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, Mme 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 10 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 Dr B conclut :

« Mme 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 Mme 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.

Mme 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 Mme L, instruite des effets de la peinture sur la santé, a relaté ses problèmes au sein de l'entreprise, expliquant qu'une déclaration de MP était envisagée par le médecin du travail. (Entre parenthèses, ce n'est qu'en 2010, que le PDG 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 Pr H voyait Mme L en consultation, après un bilan
Le 24 mars 2009, le Pr H voyait Mme L en consultation,

après un bilan neuropsychologique pratiqué le 11 mars 2009, en vue d'une déclaration en MP, alors qu'elle n'était plus vraiment exposée aux solvants depuis octobre 2008.

Le Pr H concluait : « Depuis le mois d'octobre, Mme L a été soustraite de cette exposition. Sa fatigue qui était permanente s'est maintenant améliorée... elle se couche à 22H alors qu'elle était contrainte auparavant de se coucher à 20H30... 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 MP 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 Mme 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 Pr 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.

➤ **Billet du référent médecine du travail, 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.

- **Consultante de pathologie professionnelle** *Dr 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 quel apport ?

Cette consultation fonctionne en collaboration avec le médecin du travail

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)
 - 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 quel que 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 (réalisation d'examens complémentaires, diagnostic)
- Pour la mise en place de la surveillance post 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 réalisation d'examens complémentaires, diagnostic

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, avec 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).
-

➤ **Table ronde et débat :**

Questions :

- 1 Comment favoriser les échanges entre médecins ?
- 2 De quoi peut avoir besoin le consultant ?
- 3 Qu'attend le médecin du travail de l'aide du consultant ?
- 4 Comment garder le salarié au centre des échanges en toute confiance et avec sa participation active ?
- 5 Jusqu'où peuvent se faire les transmissions du médecin du travail en respectant le secret professionnel ?
- 6 Jusqu'où peut aller le consultant sans usurper le rôle du médecin du travail ?
- 7 Quels apports mutuels pour les deux spécialistes ?

Débat :

DH : Au cœur des pratiques médicales, il y a des pratiques cliniques avec la centralité du travail et la centralité du sujet au travail. Quel est le moteur de la coopération entre les 2 spécialités MDT et spécialiste de la consultation de pathologie professionnelle (MPP) ?

MDT : La relation MDT et MPP est inversée. Parfois, le salarié est adressé à la consultation de pathologie professionnelle par son MG et le MPP adresse le salarié au MDT avec le compte rendu de la consultation. Cela m'est arrivé dans un cas de souffrance au travail, c'est ce qui a permis au salarié de quitter l'entreprise.

MPP : Le 1/3 des consultations est demandé par les MDT et le reste par les MG ou les médecins spécialistes de l'hôpital. Le MPP oriente ensuite toujours le salarié vers le MDT. Il y a alors une coopération entre les 2 praticiens.

MDT : C'est un des rares cas où le MDT est prescripteur d'une consultation ce qui n'est pas toujours le cas pour les collaborations avec autres spécialistes. La caractéristique du MPP c'est qu'il verra une ou deux fois le salarié. Le risque pour le MPP est de faire une recherche de diagnostic qui ne serait pas documentée par l'analyse du MDT. Le pivot dans cette consultation, c'est le patient, c'est ce qu'il a pu comprendre quand il vient à la consultation. Le travail clinique des deux praticiens, le MPP et le MDT, est essentiel et le patient est au milieu de tout ça et s'il n'est que passif, s'il n'est que le témoin d'un échange de courrier entre deux médecins et s'il n'a rien élaboré de ce qui lui arrive au motif qu'il présente les symptômes d'une intoxication, il ne pourra pas restituer sa compréhension du problème de travail au spécialiste. C'est le salarié qui peut aider ou pas le MPP en expliquant son histoire pour permettre à ce praticien de faire sa propre analyse.

DH : Dans ces coopérations, ce médecin consultant est médecin sapiteur ou médecin Co décideur ? J'ai entendu qu'il y avait des décisions collectives.

MDT et MPP : 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 (MP) ou d'inaptitude sans être toujours explicitée au salarié.

MDT : J'entends le MPP qui se substituerait au MDT ? J'ai entendu dire que certains MDT seraient embarrassés à l'idée socialement de prononcer certaines décisions alors qu'ils connaissent la réponse.

MPP : Je le vois plutôt pour conforter l'avis du MDT. Il n'est pas question de faire à la place du MDT.

MDT : Quand je demande une consultation de pathologie professionnelle, c'est pour avoir un avis d'un expert pour étayer un diagnostic ou un aménagement de poste. La déclaration de maladie professionnelle est légitime et donne une visibilité sociale. Il y a des circonstances où il est préférable que ce soit à un médecin externe de faire la déclaration de MP. La question que je me pose : est-ce qu'on victimise la personne quand on fait une déclaration de MP ? Est-ce que c'est un obstacle à la compréhension de sa situation par le salarié et un obstacle pour son parcours professionnel ? Est-ce que c'est mettre une étiquette sur une personne quand on fait cette déclaration ?

MDT et MPP (consultation de souffrance au travail du CHU de Tours) : J'entends que le MPP se substituerait au MDT. La question que je pose c'est : est-ce que ça voudrait dire que le MDT ne pourrait pas s'autoriser à faire de déclaration de MP 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.

MDT : Je ne suis pas sûr qu'il se substitue au MDT. Je ne me dédouane pas mais si je fais cette demande c'est que j'ai besoin d'un avis complémentaire pour étayer une inaptitude ou pour faire une déclaration de maladie professionnelle.

MDT : On est là pour juger de la problématique de la personne par rapport au poste de travail. On ne va pas le mettre inapte parce qu'il y a de la pression dans l'entreprise. Dans le cas d'un asthme professionnel, parfois il n'y a pas d'alternative et le salarié ne veut pas quitter son poste et quand on a des difficultés à trouver des solutions d'aménagement, on envoie à la consultation de pathologie professionnelle pour étayer et trouver des arguments supplémentaires.

DH : Le MDT prend l'avis éclairé du salarié qui donne un écrit. Le MDT, il sait ce qu'il va faire. Il peut demander l'avis de l'expert pour une couverture juridique.

MDT : Cette question pose la question du collectif du travail des MDT, de la pratique de pairs et de l'isolement des MDT. Il faut surtout partager avec les pairs pour s'aider quand on rencontre des difficultés pour traiter un cas difficile.

DH : Est-ce que dans un cas difficile, tu as envoyé un salarié à un collègue MDT de ton propre service pour avis ?

MDT : Oui quelquefois. Je connais bien mes entreprises et je connais certains aspects du poste car je vais souvent dans l'entreprise mais les postes de travail évoluent parfois, les collectifs de travail changent. Ce que je fais souvent c'est que j'appelle le MPP devant le salarié et nous avons des échanges très riches. De même j'écris souvent au médecin conseil de la CPAM qui est le grand absent de cette journée car c'est avec lui que j'ai le plus d'échanges.

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

MIRT : un MDT a besoin d'échanger avec quelqu'un d'autre mais l'idée de DH d'adresser un salarié par un écrit à un autre MDT : ce n'est pas prévu par la réglementation car on a un MDT par salarié. Par contre la coopération entre pairs est essentielle.

DH : Un confrère peut envoyer un salarié pour avis à un autre MDT mais pas pour prendre une décision à sa place et cela est autorisé par la réglementation. Le confrère MDT doit répondre par écrit au médecin du travail adressant qui prendra la décision.

MG : Par rapport au cas clinique, est-ce qu'il s'agit d'une maladie d'un tableau ? Si j'envoie au MPP c'est pour savoir quels sont les risques à long terme ? Y a-t-il un risque de cancer ? Car c'est le MG qui assure le suivi post professionnel quand les salariés partent à la retraite.

MDT : Le MDT ne voit plus le salarié quand il quitte le travail et c'est le MG qui va alors faire ce suivi. Avant de classer le dossier de médecine du travail aux archives, les MDT devraient parcourir attentivement le dossier médical de leurs salariés qui vont partir à la retraite pour faire le point sur leurs expositions professionnelles et faire un courrier, remis au salarié, pour son MG pour son suivi post professionnel. Ce n'est pas prévu par la réglementation mais on a le droit d'inventer des pratiques dans l'intérêt de la santé des salariés. Il y a un devoir de coopération par le biais des salariés avec le MG et c'est de notre responsabilité de médecin.

MDT : Je suis frappé de l'interprétation du cas clinique qui me semble exemplaire. On peut avoir une encéphalopathie liée à l'exposition aux solvants et qui disparaît après le retrait de l'exposition, la déclaration de maladie professionnelle est justifiée. La question de l'IPP de 25 % pour déclarer une maladie professionnelle est une monstruosité. La question du tableau c'est aussi une limite. La question à se poser c'est que les règles administratives, les repères qui sont figés prennent parfois le dessus sur la clinique médicale du travail.

DH : Il y a à la fois des règles de métier à développer chez les MPP et chez les MDT. Et la question aussi c'est comment je peux coopérer avec les médecins conseils car il y a souvent des alternatives par rapport aux déclarations. La consultation de pathologie professionnelle est un lieu de conseils et d'informations de sachant. La question à se poser pour les médecins qui envoient les salariés à cette consultation c'est quelles sont les connaissances dont j'aurai besoin et pourquoi ?

On doit placer le salarié au centre car il s'agit d'une consultation médicale : dans cette vignette clinique, on a des vraies questions en toxicologie, mais il y a aussi un problème de désorganisation de travail ; on peut alors se tromper dans le diagnostic. Quand on rentre dans une médecine ultra spécialisée et que le salarié n'est plus au centre cela peut arriver.

3^{EME} PARTIE : MEDECINE DU TRAVAIL / RHUMATOLOGIE

➤ Vignette clinique préparée par les *Dr 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 magasinière 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 pour une entorse cervicale en 2005 avec signes de NCB droite lors d'un AVP et en 2007, un arrêt de 4 mois pour une déchirure musculaire à la cuisse D ; enfin un épisode de dépression professionnelle, sur fond d'altercation avec le chef magasinier, avec arrêt de 2 mois en 2009.

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

A 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 4 mois d'arrêt pour une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule G. Elle apporte au médecin du travail tous les documents médicaux en sa possession. Malgré la kiné et 2 infiltrations au niveau de la face externe de l'épaule, elle conserve une douleur à ce niveau. Son généraliste devant la persistance de celle-ci et d'une gêne à l'élévation de sa main G, l'adresse au rhumatologue en avril 2013. 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* ». Elle est déclarée à sa visite de reprise du travail inapte temporairement en date du 26 avril 2013 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 G sans rupture, avec un bec acromial agressif et une arthropathie acromio-claviculaire* ». Une acromioplastie et résection minimale de la clavicule sous arthroscopie est décidée en Août. « *6 mois d'arrêt de travail post-opératoire sont à prévoir suivis d'une consolidation avec séquelle* » poursuit le courrier du chirurgien. Une RQTH est demandée et la reconnaissance au titre de la MP n°57 A 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 G sous arthroscopie. L'évolution est favorable avec récupération progressive de ses amplitudes articulaires avec peu de douleurs. Elle poursuit ses exercices d'auto-mobilisation jusqu'à récupération complète des amplitudes articulaires.*

Elle souffre des mêmes symptômes au niveau de son épaule D, pour laquelle j'engage des examens à l'issue desquels je la reverrai. Je prolonge son arrêt pour l'épaule G jusqu'au 28 février 2014. » Puis le chirurgien adresse un courrier le 27 janvier au généraliste : l'IRM confirme à l'épaule D, une rupture transfixiante du tendon sus-épineux associée à un conflit sous-acromial et à une arthrose acromio-claviculaire. Le 5 février 2014 une déclaration 57A pour tendinite de l'épaule droite est faite par le généraliste.

Le 7 mars 2014, est réalisée à D 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 3 et 6 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 1/10/2014 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 MP son épaule D.

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 15/02/2015. La pré-reprise est organisée 1 ou 2 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.

A 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 1/4/2015 et organise une visite du poste le 11/04/2015 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 10 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 MP 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.

[1]L'entreprise a été rachetée fin 2013 par un grand groupe

➤ **Billet du référent Médecine du travail : Dr 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 3 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 20 ans VIVIANE « passe la VM » périodique et vraisemblablement n'émet aucune plainte auprès du médecin du travail. Elle est interrogée lors de sa VRT. Pourquoi n'y a-t-il rien pendant ces 20 ans dans le DMST ? La réponse est probablement que Viviane ne se plaignait de rien. Elle « faisait aller ». Elle déplace jusqu'à son arrêt environ 1,8T 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 5 fois par un médecin du travail, soit en pré-reprise à l'initiative du MC, soit en VRT. 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 2ans, 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.

➤ **Rhumatologue : Pr 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 (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). Le caractère familial et donc génétique est important. Ces calcifications grossissent progressivement jusqu'à devenir symptomatiques (taille « critique » > 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 aigue hyperalgique, avec résorption possible de la calcification à ce moment-là.

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.

Une réflexion par rapport au cas clinique dans ses aspects bio-psycho-sociaux : Il s'agit d'une observation riche sur le plan psycho-social. Ce que l'on attend des médecins du travail, comme des spécialistes, c'est une compétence spécifique sur laquelle le patient pourra se reposer en toute confiance.

➤ Table ronde et débats

Question.

1. Comment le médecin du travail pourrait-il prendre appui avec la clinique médicale du travail dans sa coopération avec un spécialiste engagé dans la question du soin ?
2. Comment le médecin du travail peut-il se placer dans 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)
3. Comment construire une posture de médecin du travail vis-à-vis d'une posture de spécialiste « traitant », dont l'effort est tourné vers le soin ? Comment se faire accepter, en étant contributif ?
4. Qu'est-ce qui pourrait émerger d'une coopération où le travail serait traité pour ce qu'il contribue à la construction de la santé ?
5. Quels risques pour la coopération avec le rhumatologue quand le travail n'est pas exploré ?

Débat :

MDT : Est-ce que le refus de la reconnaissance de la maladie professionnelle a été contesté ? Réflexion intéressante du confrère rhumatologue (PYM). Ce rhumatisme n'est-il pas aggravé par les conditions de travail difficiles ?

PYM : Dans la genèse de la calcification, il n'y a pas de rôle de l'activité mécanique. Par contre le travail mécanique augmente les douleurs.

MDT : Je fais le parallèle avec l'amiante et le tabac. Il n'y a pas de reconnaissance de la MP si le salarié fume. Pourrait-on être moins tranché dans les conclusions ?

MIRT : Si on coopère avec le rhumatologue sur la pathogénie, il faut que chacun soit dans sa spécialité. Si vous teniez ce même discours sur la pathogénie devant le médecin conseil, il pourrait vous suivre et ne pas reconnaître la maladie professionnelle, alors que le salarié, « sait » que sa pathologie est due au travail, et son médecin du travail avec lui.

DH : la détection clinique des travailleurs sentinelles, les plus fragiles, permet au médecin du travail d'intervenir pour faire de la veille pour les collectifs de travail. C'est un débat sans fin sur les maladies professionnelles et les VLE, qui devraient protéger tous les salariés et non pas seulement 95 % d'entre eux. Pour la prévention collective il faut privilégier les salariés sentinelles.

PYM : 30 à 35 % de déchirures tendineuses se produisent sans douleurs dans la population standard : c'est un aspect dégénératif. Attention aux images ! Pour les tendons, des gènes ont été identifiés et on pourra bientôt, de façon prédictive, indiquer au patient s'il présentera un risque plus élevé de lésions tendineuses.

PYM : Si la douleur persiste et tend à la chronicité, il faut que tous les spécialistes travaillent ensemble. Par exemple les sciatiques sont un gros problème avec des mauvaises prises en charge. A Nantes depuis 6 mois, on les prend en charge précocement : dès qu'une sciatique dure plus de 3 à 4 semaines, le salarié est orienté vers l'hôpital de jour et c'est le MG qui est au centre du système. Il y a un staff pluridisciplinaire comprenant également le médecin du travail (en fait c'est le MPP). Le travail est donc également pris en compte.

MG : Dans mon expérience ce qui me frappe, c'est le coût. Je prends l'exemple d'un chauffeur poids lourds pour qui j'ai fait un diagnostic de maladie professionnelle avec une consultation de rhumatologue et une IRM ce qui représente un coût considérable. Il faut freiner l'inflation d'exams et peut être faut-il redonner la parole au salarié, reconnaître ce que dit le patient. Ce qui manque dans cette vignette clinique c'est la parole de Viviane. Viviane est muette !

PYM : Les rhumatologues ont été jugés en concurrence avec les radiologues quand ils se sont approprié l'échographie, qui est un aussi bon examen que l'IRM en terme de diagnostic. Mais je suis d'accord qu'il faut aller vers la simplification et pas dans l'inflation d'imagerie.

MDT : J'ai pratiqué avec les 2 rédactions successives du tableau 57 : on est obligé de faire l'IRM sinon la maladie professionnelle n'est pas reconnue et on est obligé de quantifier le temps passé les bras en l'air alors que l'on ne tient pas compte de l'intensification du travail.

MDT : Dans l'investigation de la vignette clinique, il manque des éléments sur le travail. J'ai déclaré beaucoup de maladies professionnelles et parfois il faut y aller doucement sinon on est marqué au fer rouge. Aujourd'hui, on est débordé et on voit parfois les salariés tous les 4 ans donc on perd beaucoup d'informations sur le travail du fait de ces délais. L'essentiel du problème c'est le travail en tension et non pas seulement les contraintes du travail en elles-mêmes. Vous, rhumatologues, vous voyez les gens en bout de course.

PYM : On connaît ces problèmes de démographie des médecins du travail mais il faut aussi faire ce que vous faites : des aménagements de poste. Dès qu'il y a une tendinite, il faudrait pouvoir travailler en équipe pluridisciplinaire. Cette coopération est compliquée mais serait plus efficace.

MDT : J'ai une clientèle très diversifiée dans ma région de Dijon. Il y a des généralistes proches mais les spécialistes sont à 20 km. L'accès au spécialiste passe par le MG mais j'essaie « d'être dans la boucle ». On est parfois informé de l'arrêt du salarié et je lui propose alors de venir me voir même s'il est en arrêt. Ce n'est pas une obligation mais cela permet de faire de la prévention de la désinsertion professionnelle et c'est ce que l'on nous demande de faire aussi.

MDT : Dans l'équipe pluridisciplinaire de ma ville, j'ai l'impression qu'on est autour d'un dossier et qu'il manque la parole du salarié pour entendre ce qu'il a dire de son travail, sinon on va dans l'impasse si on ne traite que le dossier et l'imagerie : il faut que ce soit le salarié qui soit au centre mais pas le dossier.

MDT : Dans la vignette clinique présentée il n'y figure pratiquement pas l'exploration du travail. La grille de lecture de la clinique de Viviane à partir de son travail n'est pas facile à reconstituer. Je pense que si on veut construire de nouvelles pratiques, le MDT a quelque chose à dire à partir des hypothèses qu'il soumet entre l'atteinte et le lien avec le travail. La pathologie décrite a pu être peut être bien supportée ou mal supportée par le patient. D'autre part, rien n'est mentionné sur l'état de son collectif de travail : L'a-t-il aidé, ou enfoncé ? on ne sait pas non plus s'il y a des DP, et un CHSCT après le rachat par un grand groupe. Mais très probablement, On est sur un constat d'individualisation du travail. Le collectif est absent.

MDT : Il ne faut pas oublier les « fondamentaux » de nos pratiques de médecin du travail. Le MDT est un médecin de prévention. Quand il y a une pathologie professionnelle qui apparaît dans une entreprise, il faut que tout soit mis en œuvre pour qu'il n'y en ait pas une autre, et cela nécessite un travail collectif au niveau de l'entreprise avec la participation de l'employeur, des DP et du CHSCT.

MDT : Les actions pluridisciplinaires n'ont pas été décrites dans la vignette clinique. Qu'est-ce qui a été préconisé : un arrêt long avec avis du chirurgien favorable à la reprise du travail. Il semble que les discussions médicales sont restées cantonnées au strict domaine du soin. Le médecin conseil le médecin du travail ont-ils pu délibérer avec l'équipe chargée du soin ? Peut-être qu'on aurait dû être plus prudent et ne pas la faire retourner au travail contre sa volonté. Est-ce qu'on peut faire le bien des gens malgré eux ?

DH : Le salarié doit être consentant et participer activement à sa reprise du travail.

MDT : Aujourd'hui, on note la primauté de la technique de l'imagerie sur la clinique : je suis intervenu avec un ancien MIRT sur une maladie professionnelle non reconnue car c'était une capsulite rétractile qui semblait très liée au travail : il y avait une amélioration pendant les repos. L'étude du poste de travail a été faite et des photos ont montré que les gestes étaient réellement d'amplitude et angulation plus importantes que ce qui avait été estimé. Aujourd'hui, on a des dérives du côté de la technicité et notamment de l'imagerie qui aboutissent à nier le réel de l'activité et ses conséquences en termes d'atteinte due au travail.

PYM : 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.

MDT : Qu'est-ce que le rhumatologue que vous êtes a besoin de savoir du MDT pour traiter correctement le patient ?

PYM : 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 peut-être plus sensibiliser les étudiants sur la question du travail.

MDT : Une posture de clinicien du MDT peut-elle vous aider dans votre rôle de spécialiste traitant ?

PYM : Ce qui est important c'est la sensibilisation par rapport à nous et c'est aussi la sensibilisation de nos jeunes confrères. Il faut surtout que chacun fasse son travail et que l'on communique à partir de nos expériences et savoirs de spécialistes.

MIRT : Est-ce que vous identifiez votre rôle d'expert scientifique dans la responsabilité qui est la vôtre, de la mise en œuvre de ces connaissances.

PYM : Certains médecins se considèrent comme omnipotents : quelques gynécologues qui deviennent les médecins généralistes de la femme ménopausée, ou des MG qui traitent tout eux-mêmes en n'envoyant aucun patient au spécialiste. Chacun doit rester dans sa compétence et solliciter celles des autres spécialités.

➤ **Commentaire distancié du référent Médecine du travail** : *Dr 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 ; elle 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.

A 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.

1.1. 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.

1.2. 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.

4^{EME} PARTIE : MEDECINE DU TRAVAIL / PSYCHIATRIE

- **Vignette clinique** préparée par les Dr 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 DP) 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 3 jours d'arrêt en AT pour traumatisme

facial avec épistaxis. Le pilote d'équipement est arrêté 1 an complètement puis ensuite un an à temps partiel thérapeutique.

Ce sont les difficultés de réintégration de Monsieur 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 4 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.

Monsieur 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 3 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, SERESTA, DEROXAT* ». A 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 Monsieur 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 Monsieur A. Son état psychique est stabilisé depuis plusieurs semaines sous traitement (RISPERDAL,*

DEROXAT, SERESTA, STILNOX). 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 15 jours plus tard sur un poste aménagé. Monsieur 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 8h à 11h45 en poste fixe. Monsieur A se dit content de reprendre.

Il est revu 3 mois plus tard et prolongé à mi - temps thérapeutique. Le traitement par RISPERDAL a été diminué. Son travail se passe bien mais Monsieur 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 2 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 6 mois de mi-temps thérapeutique.

Lors de cette visite de reprise pour passage au temps complet, Monsieur 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 Monsieur 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 Monsieur 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. Mr A aurait du mal à respecter le cadre prescrit et entretiendrait des relations tendues avec certains collègues de travail. J'ai rappelé à Monsieur 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 monsieur 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 (6h à 14h) 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 Monsieur 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 RTH.

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 2 mois après le courrier, le médecin du travail lui adresse une lettre pour l'informer :

« A la date du ... j'ai remis à votre patient Monsieur 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 mail : « j'ai cherché à vous contacter pour échanger éventuellement sur les difficultés suscitées par la perspective de reprise à temps complet de votre patient Monsieur A... je souhaiterai 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 2 ans de l'AT. Une expertise accorde à Monsieur 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.

Monsieur 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 7H30 à 16 H avec une pause de 45'.

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 Monsieur A s'est plainte d'un comportement agressif à son encontre et elle est en arrêt de travail. La DRH se dit contrainte de convoquer quotidiennement Monsieur 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, Monsieur 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, Monsieur 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 3 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 monsieur 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 2 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. Monsieur 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 Monsieur A, dixit « 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 :

- Evaluer la gravité d'une atteinte psychique
- Evaluer un risque suicidaire
- Evaluer 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.

➤ **Billet du référent médecine du travail** : Dr Dominique Huez, médecin du travail

Faciliter la coopération du médecin du travail avec le psychiatre en tenant la question du travail

Le médecin du travail a besoin du psychiatre pour recueillir un avis diagnostique quand il est dans l'embarras :

- Pour accompagner la construction ou la préservation de la santé au travail d'un salarié.
 - Ou pour mieux cerner ce qu'il considère comme une psychopathologie 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.
 - Ou pour assoir ou faire partager, ou parfois faire endosser (!), au psychiatre une
-

décision de médecin du travail.

La construction et la préservation de la « *confiance* » entre le médecin du travail et le salarié est nécessaire et centrale pour faciliter la coopération avec le psychiatre. Pour permettre au psychiatre de se repérer dans l'action de sauvegarde de la santé du médecin du travail, ce dernier devrait lui rendre visible et intelligible ses propositions de préconisations sur le travail, comment il pense intervenir, qu'il s'agisse d'une intervention individuelle ou collective.

La place de l'écrit médical comme support à cette coopération diagnostique est essentielle. Pas facile avec une spécialité médicale qui répugne à enfermer une prise en charge clinique dans un écrit diagnostic ! Quel juste nécessaire écrire ou dire dans l'intérêt de la santé du patient et dans le respect de l'observance du secret médical s'imposant aux deux praticiens ?

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 du travail, l'engagement du salarié dans celui-ci, approché un peu les affects malmenés qui y émergent comme la peur et la honte, et évoqué des processus défensifs psychiques professionnels qui se donnent à voir derrière l'incompréhension d'une situation.

Cela 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.

Pour mettre en débat mieux coopérer entre le MDT et le MP :

- Ce pourrait être, pour le MDT, de s'interroger sur ce que peut apporter le MP au MDT plutôt que sur ce que le MDT attend du MP.
- 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 de faire apparaître que le MDT n'arrive pas malgré tous ses efforts à se représenter le travailler du patient.
- 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.

Quand il y a un constat réciproque que le MDT et le MP 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.

➤ **Psychiatre Jean-Jacques Chavagnat, 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'a permis de rencontrer de nouveaux collègues non seulement des MDT 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 MDT 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 MDT ont mis en place des actions comme par exemple une plaquette « un collègue ou une collègue va mal ». Cela permet au MDT d'acquérir 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 MDT dans les actions à mener quand un tel événement potentiellement traumatique quel qu'il soit se produit. Tous les 2 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 2 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 organisés.

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 place pour permettre notamment aux MDT d'acquérir 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 MDT 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 MDT et médecin psychiatres (MP). 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 MP et un MDT 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 MDT ? » « A quoi ça sert le MDT » « C'est quoi un MP ? » « A quoi ça sert le MP » ?

Pour moi c'est : à quoi ça sert le MP et le MDT 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 ? A 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 MDT au MP 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 MP ne doit pas tout raconter de la vie du patient mais il doit donner des éléments significatifs qui vont aider le MDT dans sa compréhension du comportement du salarié patient et permettra au MDT une meilleure approche et vice versa le MDT doit donner des éléments du travail, du collectif et de l'organisation du travail et du fonctionnement de l'entreprise au MP. Le psychiatre n'intervient pas directement sur la détermination de l'aptitude, c'est propre au MDT 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 MG 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 MP : moi, j'essaie de réfléchir avec le salarié, en lien avec le MDT, 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 (MP traitant, MG, MDT). 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 referons le puzzle.

➤ **Table ronde et débat**

Questions

Pour en débattre ici, mieux coopérer entre médecin du travail et psychiatre, ce pourrait être peut-être pour le médecin du travail :

1. 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* ».
2. De donner à voir à la lumière de la clinique médicale du travail, des éléments de compréhension des difficultés du salarié dans son travail.
3. Ou bien de faire apparaître que le médecin du travail n'arrive pas malgré tous ses efforts à se représenter le « *travailler* » du patient ?
4. D'essayer de comprendre comment le salarié construit ou précarise à sa façon sa santé au travail, même parfois malgré une pathologie invalidante non professionnelle, non pas sur la scène de « *l'économie du désir* », mais celle de « *l'économie du travailler* ».
5. De pouvoir faire constat réciproque que médecin du travail et psychiatre demeurent en difficulté pour la prise en charge de leur salarié-patient.
6. Et donc d'organiser les modalités d'un travail inter-compréhensif entre ces deux médecins, en remettant le patient dans la boucle de cette élaboration ?

Débat

MP : Par rapport 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 comme « *syndrome de persécution* » ; je ne peux mettre que des banalités dans l'écrit. J'interviens pour donner un avis au médecin du travail et pour lui faire une réponse.

Le champ de la psychiatrie est traversé aujourd'hui par un scientisme important et il y a un conflit entre les professionnels du point de vue de la clinique. 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.

DH : Dans les formes paranoïdes de décompensation, la question pour les MDT du côté de la clinique médicale est : Est-ce que je peux contribuer à apporter des éléments sur l'économie du travailler ; mais qu'elles en sont alors les limites quand le patient est dans un délire paranoïaque ?

Mais aussi, à quel moment le MDT doit-il renoncer à dire au psychiatre ce qu'il observerait du point de vue de la clinique du travail ? Quand le MDT ne comprend rien au travail et au travailler d'un salarié, quand il ne peut se représenter le travail du salarié car il est subverti par la pathologie, c'est le moment où le MDT doit renoncer à contribuer envers le psychiatre du côté de la clinique médicale du travail. C'est très rare dans les faits.

Mais parfois même pour les personnes très handicapées par leur pathologie et qui ont besoin d'une prise en charge psychiatrique, le MDT doit malgré tout instruire la question de l'engagement dans le travail par la clinique médicale du travail ; et c'est important aussi quand ce n'est pas le travail qui est la cause de sa psychopathologie. Il ne faut pas renoncer à déployer une clinique médicale du travail même pour ces malades graves.

Autrefois, on arrivait à conserver au travail des patients lourdement handicapés psychiquement ce qui n'est plus possible aujourd'hui du point de vue des entreprises.

Si on n'arrive pas à donner ces clés de compréhension du côté du travail au psychiatre pour aider le salarié, comment tient-on ces règles professionnelles là entre MDT et MP pour n'agir que dans l'intérêt de la santé du patient salarié ?

Ce qui pose une autre question : on a des confrères qui peuvent être à des moments de leur vie, ou sachant ou experts. On a besoin de clarifier cela dans nos coopérations, car

on ne peut pas impunément glisser de l'un à l'autre pour le même travailleur. Quand on est médecin du travail, on ne peut pas être expert.

MDT : Ce que j'ai souvent rencontré au travail, ce sont des salariés atteints de bipolarité qui sont utilisés par l'entreprise dans des situations compliquées quand ils sont hypomaniaques mais qui sont jetés quand ils sont en période maniaque. Je rappellerai l'importance du collectif pour alerter le MDT quand un membre de l'équipe décompense et je voudrai avoir l'avis du psychiatre sur les risques de décompensation par le travail des maladies bipolaires et dans certaines alcoolisations, car j'ai trouvé un lien.

MP : Pour le travailleur avec un trouble psychiatrique sévère, il vaut mieux être schizophrène que paranoïaque car on a des traitements qui fonctionnent assez bien. Le MP que je suis a une vision importante du travail car je m'occupe d'un ESAT où il y a beaucoup de salariés présentant des troubles psychiatriques qui y travaillent et la collaboration avec mon collègue MDT est facile.

Que dire et écrire quand on a affaire à un salarié paranoïaque ou quand on a affaire à un délire paranoïaque : 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 mais le patient va garder son noyau paranoïaque et le rendre plus sociable pour qu'il continue à travailler. Là il faut collaborer avec le lieu de travail et voir si on peut mettre le salarié dans un endroit sur un poste de travail où il ne sera pas perturbateur.

Pour la bi polarité : c'est une maladie fréquente avec de multiples formes cliniques. On a intérêt à être tous un petit peu hypomaniaques. Il faut prendre cette maladie au sérieux et la traiter. Le MDT a un rôle important d'information de l'ensemble de la collectivité de travail. 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. Mais 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 MDT. 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 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 jamais été posé. On doit être attentif à tout ça. Le travail peut être un facteur favorisant mais peut être aussi 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.

MDT : Il y a des choses qui me dérangent comme parler de la maladie ou donner de l'information sur les maladies de certains salariés dans l'entreprise. Aujourd'hui, la personne différente est complètement rejetée et les organisations de travail éliminent les plus fragiles. Les MDT sont complètement désarmés quand les gens parlent de leurs problèmes de santé entre eux et que ces informations remontent à la hiérarchie et sont utilisées contre eux ce qui fait que ces personnes sont rejetées parce qu'elles ont parlé de leur pathologie. J'ai des exemples de personnes qui aujourd'hui sont payées chez elles alors qu'elles sont malades de ne pas travailler. Le MDT doit informer les salariés des enjeux graves de santé pour eux s'ils parlent de leurs problèmes de santé au travail.

MP : Je suis d'accord car aujourd'hui il y a des effondrements de la tolérance pour des raisons multiples. Il faut rechercher des alliés : pour moi c'est le SST, le collectif de travail CHSCT, les DP.

MIRT : On est dans un milieu où le comportement pathologique est rejeté chez les

salariés mais, d'un autre côté, certains comportements pathologiques sont plutôt encouragés pour la hiérarchie dans certaines entreprises. Qu'est ce qui dérange la personne ? Qu'est ce qui dérange le collectif et qu'est-ce qu'il est légitime de décrire et qu'est-ce qu'il est légitime de prendre en considération ? (je vous conseille de lire « la perversion ordinaire » de JP Lebrun qui traite de ce problème). Le MDT et le MP doivent échanger.

MP : Si on parle de paranoïa, 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. Mais 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.

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 que certains salariés n'avaient pas d'antécédent psychiatrique, cette situation peut les rendre dépressifs ou révéler une pathologie bénigne qui sera accentuée dans un milieu de travail ou par une organisation pathogène.

MDT : Si c'est renvoyé à la question des gens qui ne sont pas comme les autres il y a un problème plus large car ces personnes devraient être défendues et les alliés ce devraient être naturellement les syndicats existants qui ne devraient pas accepter ces situations.

MDT : Attention au contrôle social qui peut exclure du travail.

MP : Ce n'est pas le contrôle social mais c'est la bienveillance par rapport aux collègues.

MDT : Il faut faire attention à ce qui se dit. Comme par exemple signaler les gens qui mangent tout seul à la cantine. Il faut faire attention à ne pas individualiser les problèmes. Il faut aujourd'hui surtout parler de l'organisation du travail. J'ai quitté Orange car les psychiatres faisaient des formations y compris aux MDT en insistant sur les profils particuliers et les pathologies des personnalités qui osaient s'opposer aux consignes données. Il ne faut pas se tromper : les alliés sont les collectifs, les DP et les organisations syndicales. Il faut former les syndicats pour lutter contre ces rejets des malades psychiatriques.

DH : On ne peut pas tout demander aux syndicalistes. il faut faire attention à les former pour les inciter à entendre le travail quand ils n'entendent que la souffrance, sinon on va augmenter leurs réflexes défensifs. Dans les psychopathologies du travail « normales », c'est bien le travail la grille de lecture du MDT : c'est le métier de MDT de s'en débrouiller mais il y a des circonstances où il faut coopérer avec le MP.

MIRT : Je ne suis pas d'accord avec toi. Dans les psychopathologies du travail, il y a un travail en commun à faire avec les MP et les MDT.

DH : C'est dans la compétence de la spécialité de MDT de faire le diagnostic dans les psychopathologies du travail.

MDT : Dans la coopération MDT et MP, on essaie de faire ce que l'on peut. Le rôle central est celui du salarié patient. Le salarié même malade, même atteint de psychose, peut dire ce qu'il pense de son travail et on peut l'aider à décider. Pour les psychopathologies du travail, Le MDT a un rôle préventif pour le collectif tandis que le MP prend en charge le salarié malade.

MP : 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 MDT mais dans certains cas particuliers on a besoin d'être 2, 3 ou 4 (MDT, MP, MP spécialisé et MG). 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, par le Dr Magdeleine Ruhlmann, MIRT

Au terme d'une journée où nous avons choisi de ne parler que des coopérations du MDT 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 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 MG 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 MG 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 MP alors que la question se posait de manière très différente avec le MG. Ce qui est riche d'enseignement.
- Parallèlement, le débat avec le MPP a mis en évidence autre chose : un questionnement sur le collectif des MDT, 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 MDT 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 MG. Ensuite avec le MPP, 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.
