

Colloque *epair* 9 juin 2017

la question du travail au cœur de la
coopération entre les équipes
médicales du travail et la médecine
générale

Docteure Nathalie Pennequin
Membre du gapep 13002 Paris

Coopération entre médecin du travail (MW) et médecin traitant (MT) dans le parcours de soin de M.B, salarié patient présentant un état de stress aigu suite agression au travail

PLAN

- * Fonctionnement de notre gapep
- * Monographie clinique présentée et discutée en gapep :
- * Cursus laboris, suivi médecin du travail, rapport subjectif au travail, dégradation de l'état de santé (lien santé travail), pouvoir d'agir et autonomie du salarié ; conclusion CMT
- * Agression au travail
- * Reprise du travail
- * Discussion en gapep

Fonctionnement de notre GAPEP

- * Groupe d'analyse des pratiques entre pairs
- * Fonctionnement informel depuis 2004 : analyse des pratiques entre quelques médecins du travail tous formés à la psychodynamique du travail CNAM, Formalisation progressive des compte rendus écrits à partir de 2008
- * GAPEP Binômé par epair depuis 2013 et enregistrement DPC : développement de la clinique médicale du travail (CMT /charte epairs); enrichissement des pratiques par analyse et discussion des commentaires du binôme epair
- * En 2017 : 8 médecins du travail du service se réunissent 5 fois par an minimum pour validation individuelle du DPC (7 dates prévues sur l'année)

Monographie clinique 1

- * Monsieur B. né en 1977 embauché comme **chauffeur de bus** en 2000 (à 23 ans) dans une grande entreprise de transports (12000 chauffeurs de bus répartis sur 20 centres) métier choisi par opportunité
- * CL : BEP horticulture (niveau BTA), expérience agent de sécurité dans l'entreprise (entreprise sous traitante)
- * ATCD médicaux : fractures membres sans séquelles
- * Tabagique , se met au sport en 2003 (conseil de collègue)
- * Vit en couple près du lieu de travail, une fille née en 2011

Monographie clinique 2

- * **Parcours professionnel stable** dans l'entreprise depuis 2000 :
- * Même centre Bus depuis embauche, même activité sur différentes lignes de bus du centre ville
- * Surveillance annuelle au SST en service autonome de 2000 à 2012 (même médecin du travail) uniquement en visites périodiques
- * Suivi tous les 2 ans depuis 2012 (nouveau médecin de 2012 à 2014, vu deux fois) première visite de reprise en 2014 : 1 mois d'arrêt maladie pour lumbago aigu (peu d'absentéisme)
- * Surveillance depuis début 2015 : vu à plusieurs reprises par moi-même (demande médecin 2015 puis périodique 2016, demandes médecin 2017)

Monographie clinique 3

- * **rapport subjectif de M.B à son travail et stratégies « pour tenir »** : à partir de 2007 fait des services de **soirées** (18h/2h) jugés moins stressants, fait beaucoup de sport « *pour se calmer* » mais « *ça va* »
- à partir de 2014 : « ne supporte plus les gens », fume davantage (15 c/j), fait des heures supplémentaires (hyperactivité défensive ?), augmente **sa pratique sportive** (3h/j)
- en 2015 : **démotivation** depuis emménagement dans nouveau centre Bus non convivial (déconstruction du collectif), plaintes exprimées : pressions de la régulation centralisée à distance, peu de battement en terminus : solitude au travail face à une surcharge émotionnelle
- **Souhait de changer de poste de travail** non transmis par son N+1 à la voie hiérarchique (frustration par rapport au management)
- 2017 : **intolérance majeure aux incivilités des voyageurs**, vécu d'injustice/ interdiction de riposter

Monographie 4

dégradation de l'état de santé : lien santé travail

- * **TMS** : Lombalgies signalées depuis 2007 : Facteurs favorisants = efforts de manutention jeunesse, haltérophilie, exposition vibrations corps entier, position assise prolongée (TDM : hernie discale L3L4 et discopathie L5S1), travail sous contrainte de temps
- * Névralgie cervico-brachiale droite sans arrêt de travail en 2016 (mouvement répété rotation cervicale droite au travail)
- * **Fatigue** due à la privation de sommeil chronique (sommeil tardif de > 5h à < 12h)
- * Nervosité en rapport avec la conduite en milieu urbain et au contact clientèle (incivilités) et privation de sommeil
- * Suite agression en janvier 2017 : **état de stress aigu sur fond d'épuisement professionnel**

Monographie 5

- * **Autonomie du salarié au travail et mode d'utilisation du système de soin** : Préserve ses marges de manœuvres (organise ses services sur une bourse d'échanges entre chauffeur) : n'a jamais sollicité le MW en vue d'un aménagement de poste
- * faible absentéisme malgré des lombalgies récurrentes
- * Une seul arrêt de travail (maladie) \geq 1 mois en 2014
- * Reprise du travail 4 jours après l'agression (2007) : n'a pas souhaité d'arrêt de travail plus long et n'a pas sollicité le MW malgré sa colère et son état de stress
- * Volonté de reprendre le travail au bout de 15 jours sans avoir revu son MT

Conclusion de CMT : Chronique d'une décompensation annoncée

Construction de la santé au travail exigeant des efforts depuis le début de l'activité :

- * horaires de soirée, tabac, sport++
- * Dégradation conditions de travail à partir de 2014 mettant en défaut ses stratégies de défense : régulation centralisée conflictuelle, nouveau centre bus mal configuré ne permettant plus les espaces de délibération entre chauffeurs (solitude)
- * Souhaite partir mais absence de perspective de mobilité
- * Décompensation physique et psychique 2017 suite agression

Agression au travail 1

- * déclaration d'accident du travail au volant du bus en janvier 2017 : insultes et crachats par voyageuse mécontente du refus de la laisser descendre entre 2 arrêts de bus, M.B est descendu de son bus pour rattraper la voyageuse qui a fuit après avoir craché sur lui , elle chute sur le trottoir... arrivée des pompiers
- * Plainte déposée contre agresseur identifié, déclaration AT, 1 jour d'arrêt de travail par le MT puis 3 jours de repos prévus (pas de passage aux UMJ)
- * Reprise de la conduite de bus au bout de 4 jours
- * Décision de reconvoquer le salarié par le MW en demande médecin 15 jours après l'agression : colère rentrée, vécu d'injustice devant l'impossibilité de se défendre, crainte de la sanction, anxiété ++, sommeil très perturbé, craque...

Agression au travail 2

Lors de la première visite : le MW insiste auprès du salarié sur la nécessité de faire une pause hors travail pour préserver sa santé et éviter prise de risque /sanction (le patient est cristallisé sur son vécu d'injustice : il faut lui redonner sa capacité de penser et d'agir)

- * **Adressé au médecin traitant pour arrêt de travail au titre d' AT** et prise en charge médicale (courrier 1 ouvert remis en main propre au salarié) : « *cher confrère, je vous adresse votre patient dont l'état psychique suite à l'agression du 09/01/17 n'est pas compatible avec la poursuite du travail ; je vous remercie de l'arrêter au titre de l'AT et de le prendre en charge ; il ne souhaite pas consulter le psychologue pris en charge par l'entreprise ; je le reverrai à la reprise du travail; bien confraternellement* »
- * **fiche d'aptitude** : *suite AT du 09/01/17, le salarié est adressé au médecin traitant pour arrêt de travail*

Reprise du travail 1

- * « Visite de reprise » demande médecin après 15 jours d'arrêt de travail en AT:
- * Pas de réponse du médecin traitant à mon courrier 1, rapporte le cerfa CMP sans date de reprise (diagnostic cerfa MT : dépression-stress) et l'ordonnance d'antidépresseur pour un mois; a fait du sport++
- * **FA : Reprise du travail non possible ce jour car le cerfa ne mentionne pas la date de reprise, adressé au médecin traitant**
- * *Courrier 2 remis au salarié : « cher confrère, je revois ce jour votre patient traité par antidépresseur depuis 15 jours pour sd dépressif avec un cerfa de prolongation sans date de reprise ; je vous l'adresse pour une éventuelle reprise en sachant que la reprise du bus est prématurée ; je demanderai qu'il ne soit pas affecté à la conduite de façon temporaire »*
- * J'explique à M.B ma compréhension de la situation : son MT voulait le revoir avant de décider avec lui de sa reprise

Reprise du travail 2

- * Revu trois jours après première « visite de reprise » :
- * Salarié plus loquace et plus détendu, exprime son accord pour une reprise du travail sans conduite de bus, rapporte le CMP avec date de reprise (diagnostic cerfa MT : dépression post traumatique)
- * **Aucune réponse du médecin traitant à mon courrier.** J'envisage avec M.B les modalités possibles de la reprise sans conduite ni contact clientèle à une activité de bureau, et précise l'absence de pénalité financière du fait de la prise en charge au titre de l'AT; nous nous mettons d'accord pour inscrire sur la FA des horaires réguliers d'après midi et pour fixer une prochaine visite à ma demande dans 01 mois
- * **Co-construction de la FA /CMT**

Au travail 1

- * Revu 01 mois après la reprise du travail en poste aménagé : M.B est souriant, se sent mieux depuis qu'il ne conduit plus, exprime son souhait de faire un autre métier ; il a demandé au DRH de faire une activité de bureau plus soutenue et a accepté de travailler dans un autre centre pour une mission de confiance avec un ancien chauffeur de bus (pouvoir d'agir) ; il a stoppé (seul) le psychotrope et me demande à être affecté à l'activité de voiture de régulation, activité déjà effectuée et appréciée.
- * FA : suite AT 09/01/17, pas de conduite de bus, peut travailler sur la voiture de secteur ou faire une activité de bureau, pas de service de matin ; à revoir dans 02 mois

Au travail 2

- * Revu deux mois plus tard soit 3 mois après la reprise du travail et **4 mois après l'agression** : souhaite reprendre son poste de machiniste car projette de faire une mobilité et ne veut pas passer par le reclassement suite inaptitude définitive , va mieux ; aucune nouvelle du dépôt de plainte.
- * Discussion sur le **renforcement des « savoir faire de contournement »** pour supporter le stress de la clientèle (« je suis trop carré ») et éviter la tentation de la riposte
- * **FA : apte à reprendre son poste de chauffeur à revoir dans 01 mois** (la loi du 8 août 2016 n'est pas encore déclinée , donc poste de travail avec aptitude même si ne sera pas forcément classé en SIR 3)
- * Sait qu'il peut venir me voir en demande salarié si besoin
- * Ne souhaite aucun aménagement de poste car veut garder ses marges de manœuvre et obtenir sa mobilité. Veut reprendre sur la même ligne de bus (un nouveau N+ 1 plus compréhensif...).

Coopération informelle entre le médecin du travail et le médecin généraliste traitant

- * **Le médecin traitant a suivi les préconisations du médecin du travail** dans l'intérêt de la préservation de la santé du salarié patient : arrêt de travail cerfa AT, prise en charge médicale de l'état psychique (ESA)
- * Le médecin du travail a pu s'appuyer sur les documents médicaux rapportés par le salarié pour comprendre la prise en charge par le MG : ordonnance, diagnostic médical sur le cerfa AT, arrêts de travail itératifs
- * **Absence d'échanges épistolaires** : Le médecin du travail n'a pas spécifié qu'il attendait une réponse ni précisé au salarié ce qu'il attendait de son MT, favorisée par l'ambivalence du salarié pour la reprise de la conduite ? (le salarié ne voulait pas rester en arrêt de travail et craignait de voir diminuer son salaire)
- * **Pas d'appel téléphonique** : le salarié n'a pas demandé à ses médecins d'échanger par téléphone (je n'ai pas senti le besoin d'avoir des précisions auprès du MT)

Discussion en GAPEP 1

Principaux points de discussion :

- **Modalités de coopération** (informelle) entre MT et MW : que faire en l'absence d'écrits du MT ?
Coopération dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié/patient, nécessité pour le MW de donner à voir au MT le « travailler » dans ses écrits
- **Questions sur** : Risque d'épuisement professionnel , devenir du salarié : indication d'orienter vers autre poste de travail

Discussion en GAPEP 2

Controverses :

- Relation téléphonique avec le MT : en présence du salarié, sur sa demande....?
- réponse du MT : nécessaire/pas nécessaire
- orientation vers un spécialiste pour PEC de l'ESA ?

Repères :

- Contenu des échanges par courrier remis en main propre, lettre non cachetée (activité, OT, relations sociales, hiérarchiques, marges de manœuvre, possibilités d'aménagement du poste...)
- Le salarié relève d'un arrêt de travail au titre de l' AT
- le MW a la mission de convaincre le salarié de la nécessité de s'arrêter
- possibilités de reprise du poste : prématuré de statuer

Merci de votre attention et place aux questions