

Actes des colloques

- [Colloque 2009](#)
- [Colloque 2010 \(à venir\)](#)

Actes du colloque E-PAIRS du 19 juin 2009

Quelles pratiques professionnelles pour instruire le lien santé travail ?

- [I- GAPEP AVIGNON 08003](#)
- [II - BINOME DU GAPEP 07002](#)
- [III - TRAVAIL ET ALCOOLISATION GAPEP 07005](#)
- [IV - GAPEP de Lyon 07008](#)
- [V - GAPEP de TOURS 07002](#)
- [VI - En Guise de BILAN](#)

Les thèmes étudiés par les GAPEP sont variés : les troubles musculosquelettiques, les atteintes auditives, l'exposition à des toxiques ou la traçabilité des expositions professionnelles. Mais les altérations de la santé mentale au travail, et les pratiques professionnelles qu'il est nécessaire de mettre en oeuvre pour les prendre en charge, s'avèrent un des tout premiers sujets de débat au sein des GAPEP.

Il est donc logique que ce premier colloque d'E-Pairs y consacre une place importante.

Télécharger : [La méthode proposée par E-PAIRS d'évaluation des pratiques professionnelle en médecine du travail à partir de cas cliniques](#)

I- GAPEP AVIGNON 08003 : Présentation du travail d'un GAPEP sur un an (Nicole CHEVALIER et Benoît DELABRUSSE) [retour](#)

- [Télécharger la Présentation au format .pdf](#)
- [présentation](#)
- [débat](#)
- [repère I](#)

- **Présentation :**

Le GAPEP a constaté que certains rôles sont difficiles à tenir notamment :
Le modérateur : il est aussi l'organisateur et il doit surtout éviter les déviations des débats. Le rapporteur a le rôle le plus difficile : il doit prendre des notes tout en participant à la discussion et il ne doit pas modifier le sens des débats lors de la rédaction.

Au niveau de l'organisation, le GAPEP a rajouté quinze minutes en début de séance pour l'approbation du compte rendu et discuter de l'organisation du groupe.

Au fil du temps, le thème a pris plus d'importance que les cas cliniques. : en 2008, trois thèmes ont été étudiés par le GAPEP d'Avignon : les vaccinations, le cursus laboris, l'examen médical. Le choix des thèmes est fait par consensus au sein du GAPEP. Les 2 thèmes les plus développés dans la présentation sont :

Thème 1 les vaccinations :

Il s'est agi d'un choix très consensuel Des propositions pour une bonne traçabilité ont été faites Une grille d'auto évaluation a été réalisée Une proposition de bonnes pratiques professionnelle a été proposée aux confrères et acceptée. Ce consensus, élaboré entre pairs médecins du travail du service, a amélioré aussi la qualité mais en dehors du processus actuellement proposé dans les services de santé au travail (démarche progrès)

Thème 2 Cursus laboris

Le choix de ce thème a pour but :

De connaître les expositions antérieures pour mieux exercer la surveillance post exposition De préparer un relevé des expositions significatives à destination du médecin traitant via le salarié à son départ à la retraite Dans le but de faire des propositions pour une bonne utilisation d'un cursus laboris

Pour connaître le cursus laboris, une grille d'exposition a été élaborée comportant les renseignements suivants : entreprise, poste avec date de début de prise de poste et date de fin, les risques, les examens complémentaires pratiqués. Les salariés de plus de 55 ans ont été convoqués pour faire ce relevé. Un des obstacles à la réalisation de ces convocations est le manque de temps disponible.

Le GAPEP s'est questionnement sur la connaissance des expositions : il est difficile de trouver des expositions précises.

Des questions se posent après un an de travail du GAPEP : quelle peut être la durée du GAPEP ? Risque d'épuisement après 2 ans ?

Le piège majeur est de cantonner les échanges sur : « comment rédiger la fiche d'aptitude » Attention le GAPEP n'a pas cet objectif, il faut donc se recentrer sur l'objectif qui est la prévention des altérations de la santé du fait du travail.

- **Débats** [retour](#)

Question : quel est le nombre de réunion par an ?

Réponse : le GAPEP a débuté en novembre 2007. Sur 2008, il y a eu 6 réunions de programmées (bien que E-Pairs n'en exige que 5 ... au cas où il y aurait des absents)

Question d'un médecin du travail de Roanne : mon GAPEP fonctionne depuis 1 an et on galère un peu : le choix d'un thème en commun est ce que cela se fait sur plusieurs réunions ? Un dossier clinique a-t-il été présenté ?

Réponse : le nombre de réunions nécessaires ? Jusqu'à épuisement du thème ! Au départ, nous présentions les thèmes sur 2 réunions puis on exposait des cas cliniques. Il y a eu une certaine dérive avec le principe des thèmes et nous avons dû nous recentrer sur les cas cliniques

Question d'un médecin du travail de Paris : le rôle du modérateur n'est pas évident. Je galère un peu car je fais tout. Pouvez vous me précisez comment vous faites ? J'ai aussi une remarque à faire : je suis étonnée que vous ne vouliez pas rentrer dans une conduite à tenir ?

Réponse : une organisation tournante a été mise en place ce qui permet un autre regard, de voir les choses différemment et cela est enrichissant. Le modérateur est aussi l'organisateur. Par contre, pour certains, être rapporteur c'est difficile : pour rédiger ils croisent les notes.

Sur la conduite à tenir, nous pensons qu'une conduite à tenir est rigide et figée. Moi-même j'en suis revenue car il n'y a jamais deux cas identiques. Nous préférons utiliser le mot consensus plutôt que conduite à tenir.

Question : ma réflexion c'est que 3 thèmes en 1 an c'est beaucoup ! En réalité ces réunions sont plus longues que celles prévues par E-Pairs : plutôt de 3H et + que 2h30 ! Les cas cliniques sont transmis avant la réunion ce qui n'est pas le cas pour tous les GAPEPS. La question est donc : comment on choisit le cas ? Et comment ça s'est passé avec les employeurs ?

Réponse : sur les présentations de cas cliniques c'est la théorie. Parfois il y avait des réunions sans cas clinique donc ce n'était pas facile. Le jour de la séance on désignait un volontaire pour présenter un cas clinique pour la réunion suivante.

Pour la question des employeurs : la MSA n'a pas eu de problème, le SIST est rentré dans la négociation qui a abouti à un compromis (d'où le temps de 2h30 décrit...). Une anecdote : le compte rendu annuel transmis à E-PAIRS a été aussi transmis au Président et la réaction a été plutôt favorable. Par contre, pour le service hospitalier, ce fut très long et difficile (9 mois).

Questions d'A. CARRE, membre d'un binôme du groupe projet : j'ai une remarque sur l'accompagnement bienveillant et pédagogique du binôme. Il y a des discussions au sein du groupe projet car c'est un exercice de

modestie, cela nous renvoie à nos propres pratiques. Ce n'est pas de l'ordre de la supervision : je suis là pour veiller que les GAPEP, leur fonctionnement, soit conforme avec les valeurs de E-PAIRS.

Sur les conduites à tenir, je suis dubitatif : qu'entend-on par conduite à tenir ? Pour nous, ce sont des repères pour les pratiques. Je considère qu'il n'y a pas de bonnes pratiques mais des pratiques adaptées à la situation. Sur le deuxième thème je suis sur ma faim car, de part mon activité actuelle, je vois arriver des salariés sans rien. Avez-vous travaillé avant ou après le rapport Lejeune ? Qu'en avez-vous retiré ?

Réponse : nous n'avons pas tous lu ce rapport dans son intégralité.

Notre présentation est réductrice. Sur ce sujet, nous avons vu que nous étions mauvais : il n'y a que depuis 2 ans que dans notre service travaille sur la traçabilité.

Qu'est ce que c'est la traçabilité ? Que veut-on dire quand on parle de salariés exposés ?

Pourquoi la traçabilité ? Pour donner quelque chose au salarié ? Que lui donne t on ?

Les fiches individuelles d'exposition sont inexistantes et les attestations parfois appelées certificat ! **Réponse** : en milieu hospitalier on est plus que mauvais : il n'y a qu'une culture de soins. Par exemple, pour les produits utilisés c'est très difficile d'avoir des informations - donc on est loin des fiches individuelles d'exposition et donc de la traçabilité

Question d'A.GROSSETETE : la posture du binôme : on peut l'aborder de la façon suivante : c'est une posture de pair ; nous n'avons pas une posture de professeur mais nous veillons que le cadre de la Charte soit respecté et si il y a discussion sur les pratiques, le binôme ne s'en mêle pas. Cette position est importante : le binôme ne peut réagir que sur l'écrit, il s'agit d'une posture d'extériorité.

Réponse : « l'accompagnement pédagogique » a été utilisé au sens large puisqu'il a porté sur la méthodologie, et le conseil donné a permis au groupe de se « recadrer ».

Question d'un médecin du travail de Paris : devant la difficulté de compréhension du directeur, je lui ai donné les documents du site de E-PAIRS et nous avons tous posé notre demande ensemble. L'idée de lui faire parvenir un rapport annuel est intéressante. Ne faut il pas le tenir au courant de ce que l'on fait ? Dans le cadre de la CMT, nous élaborons un nouveau dossier avec le Cursus Laboris pour avoir une traçabilité des expositions au travail. Notre logiciel n'est pas adapté, il n'a même pas de thésaurus ... notamment sur les risques.

G. LUCAS : le rôle de modérateur et de rapporteur c'est formateur, c'est de l'apprentissage en soi. Ce choix d'E-Pairs n'est pas le hasard.

Sur le Cursus Laboris : ce que j'entends dans « on est mauvais » c'est que cela est important de se le dire entre nous. Ce n'est pas que nous soyons « mauvais », mais nos pratiques sont à améliorer. Il nous reste du travail à faire car nous sommes au B A BA de ce qui est touché à l'exposition aux risques professionnels.

- **Repères I** [retour](#)

À partir de la présentation et du débat GAPEP Avignon, (Dominique HUEZ, Conseil scientifique)

Je représente le Comité scientifique d'E-Pairs étant le seul présent de celui-ci. Mais je ne peux m'exprimer qu'en mon nom personnel. Je ferai toutefois quelques remarques préliminaires :

1) Le rôle du Comité scientifique n'est pas d'apporter un dépannage ou une offre de service sur les questions professionnelles : nous ne sommes pas les sachants par rapport aux praticiens qui tentent de faire progresser leurs pratiques professionnelles. Je crois que les collègues ont accepté d'être membre de ce Comité scientifique en étant conscient des écarts entre les connaissances scientifiques et l'élaboration des règles de métiers qui peuvent ou doivent s'y adosser quand ces premières existent.

2) Il n'y a pas de médecine prédictive. Et les connaissances scientifiques qui instruisent les différentiels de risque des populations ne sont d'aucun secours à titre individuel. La médecine du travail accompagne des sujets, des individus irrémédiablement différents du point de vue des déterminants biologiques et sociaux. C'est le sujet dans sa globalité que prend en charge le médecin du travail. Le métier de médecin du travail est par ailleurs différent de celui du consultant en pathologie professionnelle qui investigate une atteinte spécifique à la santé, sans avoir accès aux déterminants collectifs environnementaux, organisationnels et sociaux des personnes.

3) Mais ni les pratiques ni les données scientifiques ne sont suffisantes : il faut s'appuyer aussi sur des valeurs communes : exclusivement, prévenir les altérations de la santé du fait du travail.

4) Il y aurait donc un socle commun à des pratiques hétérogènes. Quels sont nos repères communs. Quelle est la spécificité de notre spécialité médicale ?

5) Dans le dossier médical du travail, on doit trouver la trajectoire du travail (cursus ou curriculum laboris), la traçabilité des expositions, et l'investigation du lien de cette histoire professionnelle avec la santé du sujet. La recommandation de l'HAS sur le dossier médical permet un cadre de travail professionnel qu'il va falloir visiter du point de vue de nos pratiques. La traçabilité de nos actes cliniques internes à nos dossiers, et pour les actions dans l'espace de l'entreprise, est essentielle.

6) L'EPP ne se réduit pas à apprendre et appliquer une conduite à tenir. Nos pratiques ne peuvent être toutes contenues dans des Recommandations professionnelles. Elles doivent être

complétées par des repères professionnels évolutifs que nous élaborons et confrontons qui feront naître des règles professionnelles partagées. Ce sont ces deux dernières ambitions collectives qui naîtront de nos pratiques d'évaluation des pratiques dans les GAPEP.

7) Il y a une véritable dialectique entre l'émergence des thématiques professionnelles à interroger et évaluer et le travail très concret d'E-Pairs. C'est une des raisons de cette journée.

II - BINOME DU GAPEP 07002 [retour](#)

« Repères pour les pratiques », un exemple : le rapport entre les indicateurs en santé mentale au travail et la pratique clinique, Alain CARRE et Thérèse BURET

- [présentation](#)
- [débat](#)
- [repère II](#)

A - Présentation

Cet exposé montre ce à quoi on arrive dans un GAPEP du point de vue du binôme. La qualité des réflexions vient de l'intégration par le GAPEP des principes de la charte de E-pairs comme référence des échanges, des comptes rendus exhaustifs comportant la monographie des cas cliniques et de la précision sur l'analyse des pratiques.

Le GAPEP 07002 travaille sur des thèmes pratiques en santé mentale : La souffrance au travail, la pertinence des indicateurs et leur rapport à la clinique

L'exposé s'articule autour des thèmes exposés lors de deux réunions :

Premier thème : les indicateurs

« Nous avons choisi de vous présenter la genèse puis la cristallisation et la mise en mots d'un repère pour les pratiques. De ce point de vue nous vous présentons ce que l'activité du « binôme » a de plus enrichissant, en euphémisant le travail assez ingrat de nature administrative qui constitue la majorité de son activité. Deux conditions sont indispensables à l'accouchement de repères pour les pratiques de qualité :

- La première est morale et implique que les principes de la charte soient intellectuellement et implicitement exercés lors des échanges
- La seconde est plus pratique et fait référence à la qualité du compte rendu du rapporteur de séance du GAPEP

Rappelons rapidement ce qui sera sans doute rappelé aujourd'hui et est la base de notre charte :

- L'investigation du lien santé-travail centrée sur le travail des personnes est la base de la clinique médicale du travail
- Aucune pratique de sélection n'est légitime en médecine du travail dont l'unique mission est la préservation de la santé au travail

Nos objectifs sont d'aider les médecins du travail à progresser dans leurs savoirs et savoirs faire notamment par une coordination d'un exercice professionnel en réseau

Les conditions de la qualité que nous venons d'exposer conditionnent les échanges:

- Ils permettent de savoir exposer en s'aguerrissant aux échanges entre pairs
- Ils facilitent la capacité à « s'exposer » par la confiance qu'ils suscitent

Pour être francs le GAPEP 07002 est particulièrement favorable pour cette démonstration.

Il a été précédé par un GEP fonctionnant depuis longtemps et par conséquent pour les membres duquel exposer et s'exposer ne posait pas problème.

Nous avons choisi de vous présenter cet exemple d'analyse des pratiques en santé mentale au travail qui constitue le thème des échanges du GAPEP.

Nous montrerons que deux séances ont permis d'élaborer des repères sur les indicateurs en santé mentale au travail, notamment dans leur rapport à la souffrance au travail et la clinique médicale du travail. Commençons par la réunion du 23 mai 2007 à laquelle participaient 8 des 13 membres inscrits. Cette séance était consacrée à l'exposé des pratiques en SST autonome à la suite d'une succession de suicides de salariés. Les questions explorées nous placent au coeur de la question

- La finalité et la nature des indicateurs
- La mise en place de la veille médicale dans ces situations concrètes
- Comment assurer la traçabilité
- Quelles alertes et comment
- Quelles coopérations mettre en oeuvre

Telles sont les questions qui seront tour à tour mise en discussion

Les indicateurs tout d'abord qui n'ont comme finalité que d'aider à réfléchir et de soutenir l'action du médecin :

- Pas d'indicateurs flous
- Pas d'indicateurs coupés de la réalité de travail ou qui se substitueraient à la clinique médicale. Ou plus exactement, au service de la clinique, c'est-à-dire dans un contexte « situé », dans un secteur défini et dans

- une perspective temporelle
- Pas d'indicateur prédictif d'un passage à l'acte mais bien utile pour repérer les secteurs à risque
- Et puis enfin facilitant l'expression sur ces questions pour les médecins et les CHSCT Pour résumer : un outil en appui de la clinique loin des velléités positivistes de certaines initiatives officielles vouées à l'échec.

Les indicateurs ne doivent pas être les seules modalités de veille. Tout aussi importantes: Les visites qu'il s'agisse de visites périodiques mais aussi de visites de reprise éclairantes de ce point de vue ou de visites par sondage, voire celles de travailleurs « sentinelles » et surtout le suivi de leur évolution dans le temps.

La potentialisation de ces moyens de veille implique une traçabilité dans les dossiers individuels quasi obsessionnelle tant il est précieux de garder trace pour jalonner la dynamique des situations et du temps et puis les documents médico réglementaires, piliers et prétexte à l'ouverture de débats entre acteurs.

Il n'y a pas d'exclusive dans les coopérations recherchées à conditions qu'elles se réfèrent au champ de la prévention de la santé au travail et qu'elles relèvent d'une déontologie professionnelle »

Deuxième thème : discussion sur le GHQ utilisé dans l'enquête SAMOTRACE

« La réunion du 14 septembre 2007 est à la limite du quorum mais elle n'en sera pas moins fructueuse. Elle est centrée sur un cas clinique exposé par un médecin de service autonome participant à l'enquête « samotrace ». Confronté à un patient dont le score au GHQ est supérieur à 15, notre confrère ou consoeur infirmera cette indication dans une observation clinique longitudinale.

Entre le seuil de 21 au GHQ qui repère de façon fiable un état dépressif et celui de 15 choisi pour donner de la visibilité au mal être, les participants hésitent entre la nécessaire mise en visibilité des états de mal être et son lien à la décompensation aigue ainsi que sur la valeur clinique de l'indicateur en santé au travail.

La pertinence du GHQ est confortée par l'observation clinique. Quand le salarié répond au test il est bien inquiet et pessimiste : Des modifications substantielles et paraissant négatives de son poste de travail sont imminentes.

En fait les données de la situation sont modifiées par la négociation et l'action du médecin du travail et les visites médicales confirment l'amélioration de la santé du salarié.

Le questionnaire interrompt le temps mais il y a eu un « avant le questionnaire » et il y aura « un après le questionnaire » le temps courrait et continuera à courir et seul le médecin peut mesurer et accompagner la perspective. La condition toutefois et là encore est de conserver la souplesse

cognitive de la clinique. Le diagnostic n'est pas la finalité. L'investigation du lien santé-travail demeure la cible que la flèche clinique cherche à atteindre.

A l'issue de cette réflexion trois repères pour les pratiques sont ici proposés en matière d'indicateurs en santé mentale au travail :

Il n'existe pas de « bon » indicateur : sa pertinence étant contingente des circonstances de son utilisation et liée à d'autres pratiques qui l'éclairent.

La qualité d'un indicateur ne vaut que par la capacité du médecin à relier cet indicateur à des risques précis repérés dans l'organisation du travail et une pratique qui ne s'attacherait qu'à un dénombrement de pathologies, sans les relier à la situation de travail ou à des risques avérés n'aurait qu'une valeur incomplète.

Un indicateur n'a qu'une fonction d'instantané dans le parcours du salarié. Une pratique pertinente impose donc une mise en perspective clinique qui relativise les réponses au questionnaire en mobilisant la sensibilité à écouter et à noter lors de l'entretien clinique

Comme nous l'a appris l'aphorisme d'Hippocrate : « L'art demande du temps et la vie est brève, l'occasion fugace, l'expérience dangereuse et le jugement difficile ».

Comme médecin nous le savons trop bien c'est pourquoi nous croyons que c'est le travail entre pairs qui nous permet d'amplifier et de dépasser nos pratiques personnelles et que notre art commun dépassera la brièveté de nos existences, et que la confrontation de nos fugaces occasions, la difficulté de nos expériences personnelles et de notre jugement seront transcendée par notre travail en commun et que cela nous permettra de remplir, mieux encore, notre devoir fraternel envers nos semblables.

C'est ce que nous essayons de mettre en pratique à e-PAIRS.

Débat après présentation du binôme du GAPEP 07002

Question d'A. GROSSETETE : Alain et Thérèse sont dans la posture de binôme. Ils ont rapporté leur point de vue sur un GAPEP «ancien ». Ils ont rapporté que les conclusions sont issus d'un consensus du GAPEP : à quoi sert l'indicateur si c'est la clinique qui instruit l'indicateur ? Qu'est ce qu'on en fait ? Comment on reprend la main sur les indicateurs ? La question de l'alerte ? Quelle valeur pour l'alerte aurait un indicateur ? La clinique pour moi reste le maître mot.

Réponse G. LUCAS : j'ai l'expérience d'un retour de GHQ29 supérieur à 15 chez quelqu'un dont je n'avais pas perçu le niveau de souffrance (« santé RAS mais travail difficile »). Quand je l'ai revu, il était dans une grande souffrance Donc on ne peut pas dire que l'indicateur ne sert à rien, ce n'est pas vrai. Mais la question qu'il faut se poser c'est : comment l'utilise t on ?

Réponse d'A. CARRE : ce que tu dis c'est que l'indicateur t'as permis de repérer une souffrance qui n'était pas repérable parce qu'infra clinique : Sans

doute serait elle devenue détectable du fait de la majoration. L'indicateur a permis d'anticiper et de compléter la clinique. C'est ce que montrent les travaux du GAPEP : la clinique avant tout, l'indicateur comme complément, pas d'indicateur sans clinique. Il faut éviter de nous faire « coller » un indicateur qui n'interroge pas la clinique médicale du travail. Il ne s'agit donc pas de rejeter l'indicateur mais de s'interroger sur sa valeur et son intérêt dans le cadre de la démarche clinique : c'est la question qui se pose pour EVREST.

Question d'un médecin du travail de l'Ain : en réaction après intervention de Gérard Lucas, pourquoi le salarié n'a-t-il pas demandé à voir le médecin du travail ? Et si la réforme passe la visite à 4 ans quid de cet accompagnement ?

Réponse d'A. CARRE : Avec un tel intervalle entre deux visites, si tant est que la situation de l'emploi permette une pérennité de surveillance par le même médecin, une visite n'a plus d'intérêt puisque faute d'un exercice diachronique la clinique ne peut se déployer. Il faudrait que ces conclusions arrivent au niveau de nos référents c'est-à-dire à la HAS : la clinique médicale du travail est non seulement synchronique mais aussi diachronique.

Question de H. Martinez : ne pourrions nous pas porter cette communication à Toulouse ? Réponse de G. Lucas : le CA de E-Pairs a saisi la HAS pour faire la proposition de travailler sur la santé au travail, ils nous ont renvoyés vers la Société Française de Médecine du Travail.

Réponse V. ARNAUDO : un questionnaire ne permet pas d'exprimer la subjectivité

Médecin du Travail de Paris : cela pose un énorme problème s'il y a une modification des visites : on va vers des grandes difficultés avec une perte en ligne sur la réalité des choses.

Réponse d'A. CARRE : la modification de la fréquence de la visite, sous le prétexte d'un « gros faux bon sens » justifié par la pénurie, aura pour effet de faire disparaître un droit individuel fondamental puisque constitutionnel, celui, pour chacun, de la protection de sa santé. Celui ci repose sur l'existence d'un exercice médical de première ligne (droit à la santé égale médecin, mais droit individuel à la protection de la santé égale visite individuelle). le siphonage par l'espacement des visites, la dévolution d'actes médicaux à des tiers, médecins ou non, la contrainte managériale sur le déploiement de la clinique médicale du travail a pour objet de faire disparaître un droit fondamental. Le dire, c'est le défendre.

Repère II

après présentation binôme GAPEP 07002 et débat Dominique HUEZ, Conseil scientifique

1) Dans clinique médicale du travail il y a clinique du travail : une grande partie des professionnels acteurs de prévention au travail se retrouvent dans la clinique du travail comme par exemple les ergonomes ou les analystes du travail. Mais les médecins du travail parlent plus spécifiquement de « clinique médicale du travail ».

2) Une certaine médecine du travail « honteuse » à mon sens, qui porte un projet eugénique, a besoin de se rattacher à des données scientifiques, des données épidémiologiques pour se justifier. Pourtant celles-ci n'ont aucune signification au niveau individuel. L'action sélective d'un médecin du travail par la prise en compte de soit disant sur-risques individuels n'a pas de fondements. L'accompagnement individuel ne peut se nourrir et s'appuyer que sur une clinique médicale du travail. Transposer au niveau individuel des instruments conçus pour de l'épidémiologie par nature collective, est un non sens. On ne va pas faire de diagnostic et d'accompagnement médical avec des questionnaires faits pour l'épidémiologie comme le KARASEC ou des indicateurs de gestion comme EVREST.

3) La clinique médicale du travail peut ouvrir à la veille et l'alerte médicale. Mais il y a des difficultés à articuler les pratiques professionnelles et notre participation à l'élaboration des connaissances scientifiques nourries d'enquêtes ou études à travers des observatoires. On ne peut confondre ces derniers instruments avec des supports de nos pratiques professionnelles que l'EPP se propose d'évaluer justement.

4) L'expérience clinique des médecins du travail les incitent à se méfier des questionnaires héritiers de l'épidémiologie qui n'ont pas de place dans la pratique clinique. Quant aux indicateurs, ils peuvent être récupérés dans le champ social de la gestion ou des ressources humaines. L'indicateur ne peut prendre en compte la question du pouvoir d'agir, des marges de manoeuvre, de l'histoire du « travailler collectif ».

5) Il faut donc bien distinguer la nécessité pour les médecins du travail de participer à l'élaboration des connaissances scientifiques et la participation des médecins du travail à la mise en oeuvre d'indicateurs de ressources humaines. La responsabilité première du médecin du travail est de faire des diagnostics médicaux individuels lors de leur sa pratique clinique, qui lui permettra ensuite de faire des diagnostics médicaux collectifs.

6) Alors, de quoi est nourrie la clinique médicale du travail, à quelles connaissances s'adosse-t-elle ? Le Médecin Travail ne peut faire l'impasse sur l'apport des sciences humaines dans la clinique médicale du travail : c'est un apport essentiel. Les pratiques médicales ne peuvent se contenter des évidences scientifiques issues de démonstrations empreintes de mathématiques et ne prenant en compte que la rationalité objective et instrumentale. Nous devons prendre en compte la rationalité pathique ou subjective, et la rationalité sociale.

7) Notre écoute clinique est « compréhensive » au sens de l'apport des sciences humaines ; nous tenons dans nos consultations la distance clinique nécessaire, créons les conditions de la confiance, y déployons des règles professionnelles partagées et confrontées avec des confrères qui partagent les mêmes valeurs professionnelles.

8) C'est tout cela que prend en compte la clinique médicale du travail. Reste à confronter nos pratiques pour les améliorer.

III - TRAVAIL ET ALCOOLISATION GAPEP 07005 [retour](#)

Marie-Odile LALOT et Michèle DOUSSET

- [présentation](#)
- [débat](#)
- [repère II](#)

Premier cas clinique :

Il s'agit d'un ouvrier du BTP, chauffeur poids lourds avec un problème d'agression et d'alcoolisation sur les lieux du travail. Il est pris en charge par le médecin du travail qui prononce une inaptitude temporaire. Le salarié reprend son travail au même poste. Il y a une récurrence de l'alcoolisation. La discussion a porté sur le rôle du médecin du travail dans l'alcoolisation aigue sur le lieu du travail quand l'employeur se décharge de sa responsabilité.

Le médecin du travail a-t-il sa place dans une réunion disciplinaire ?

Qui doit faire l'alcootest dans l'entreprise ?

Cette alcoolisation est une interpellation sur la souffrance collective au travail.

Deuxième cas clinique :

C'est le cas de Mr B, chauffeur dans société ambulance. Il est vu en visite d'embauche 8 mois après son entrée dans l'entreprise pour un poste chauffeur pour enfant handicapé à temps partiel. Il reprend le travail après un congé parental de six ans, il a cinq enfants. Il finance sa formation et sur le plan personnel, sa femme a une tumeur au cerveau

Lors de la première visite, il y a des signes d'alcoolisme mais le médecin du travail délivre l'aptitude sans restriction mais programme un suivi. Il est convoqué sous prétexte de mise à jour des vaccinations et le problème de l'alcoolisme est abordé. Le bilan biologique est perturbé mais le salarié nie la consommation. Le médecin du travail diffère l'inaptitude. Revu 1 mois plus tard, l'entretien se passe mal. Le salarié, agressif, accuse le médecin du travail de harcèlement. Lors de la visite suivante, le médecin du travail sort mal à l'aise car il n'a pas pu avancer. Cette situation est fréquemment rencontrée en médecine du travail et illustre la difficulté pour les médecins du travail à tenir les deux postures d'accompagnement et de contrôle.

Troisième cas clinique :

Dominique est conseiller d'assurance, il a 22 ans et possède un DESS de droit. Son cas a été étudié dans le cadre de l'enquête SAMOTRACE. A son embauche, la promesse d'évolution de carrière lui est faite sous réserve de prouver d'être un bon vendeur. Après une autoformation sur l'intranet, il doit constituer lui-même sa clientèle d'abord par le porte à porte puis par téléphone. (il lui est

demandé de prendre l'annuaire et de choisir les prénoms anciens et de parler de conseil fiscal plutôt que de conseil financier). Le salarié a des difficultés par rapport à sa formation. Le salaire est uniquement à la commission. Il a un changement de son inspecteur de ventes et c'est difficile avec soit des arguments incitatifs (voyage à gagner en cas de bons résultats), ou des arguments coercitifs (il doit se justifier devant les autres de ses mauvais résultats). Il ressent des sentiments de honte et d'humiliation : il est ébranlé.

Un autre salarié arrive avec des manières de faire qui lui semblent plus correctes. Des nouvelles relations professionnelles s'instaurent avec une organisation du temps de travail plus libre mais aussi avec une dérive progressive vers le café. Il en résulte une dégradation dans le travail et une augmentation de la consommation d'alcool. Parallèlement, il rencontre des difficultés dans sa vie privée. Il assiste au départ de son coéquipier et au retour avec l'inspecteur des ventes. L'équipe s'engage alors dans un challenge. Ce challenge est un échec et plusieurs collègues démissionnent. Dominique est désoeuvré, il continue à boire et il attrape un accident de la voie publique. Il a un retrait de permis de conduire et prend conscience de sa dépendance à l'alcool.

Suite à sa rencontre avec le médecin du travail, celui-ci lui propose d'approfondir le plan professionnel et les liens entre le vécu du travail et sa santé. Les liens avec le travail s'éclaircissent (ni le médecin généraliste ni le médecin alcoologue ne parlent du travail dans sa dépendance à l'alcool).

Epilogue : il a démissionné et a arrêté de boire.

Comment aller de l'individuel au collectif ?

Dans le cas de Dominique, le médecin du travail a fait un courrier d'alerte à l'employeur. Ce courrier a été transmis au niveau du siège de l'entreprise qui a répondu par le déni.

En conclusion de ces 3 cas : injonction thérapeutique et menace par l'aptitude sont les arguments du médecin du travail face à un alcoolisme chronique pour un salarié occupant un poste de sécurité. Dans le troisième cas, l'interrogation sur la relation entre le travail et l'alcoolisme a permis de rendre le salarié acteur de son action. Lors de la rédaction du compte rendu, des liens avec le travail nous sont apparus. Donc nous allons revoir le fonctionnement du GAPEP et notamment avoir les cas cliniques avant la réunion. Les échanges sont parfois difficiles entre pairs. Nous ne sommes pas toujours d'accord. Certains ont une attitude sécuritaire.

B- Débat après présentation GAPEP 07005 travail et alcoolisation

Question : comment vivez-vous le fait de ne pas avoir de consensus ? Les discussions font-elles évoluer les postures respectives ?

Réponse : oui

Question : d'accord avec le fait qu'il faut traiter le lien entre santé et travail,

mais je me pose la même question du consensus. Je pense au compte rendu d'un GAPEP qui a abordé ses propres règles de métier. C'est important de mettre en commun nos règles, nos valeurs : c'est important de dire comment chacun travaille, c'était l'intérêt de ce groupe.

Réponse V. ARNAUDO : ce qui est intéressant c'est d'instruire un cas réel, et de s'entendre sur l'objectif qui est poursuivi : est-ce l'aptitude ? Ou l'accompagnement de la santé au travail ? La réponse est déjà donnée par la Charte. La recherche de consensus n'est pas forcément ce qui est à rechercher.

Réponse A.DEVAUX : on ne peut pas être d'accord sur les pratiques si on n'a pas d'abord mis en lumière nos propres pratiques.

Réponse A. GROSSETETE : je voudrais qu'ici, au sein de E-Pairs, on puisse « tordre le cou » au consensus. Le maître mot c'est argumenter, exposer ses pratiques, et les débattre. Ce que l'on discute se sont les pratiques professionnelles capables de prendre en charge la santé du salarié.

C-Repères III, après présentation et débat GAPEP 07005 Dominique HUEZ :

Je repère six questionnements pour continuer la réflexion :

1)La question de la responsabilité de l'employeur et du médecin du travail ? Il n'y a pas toujours de bonne réponse : c'est la problématique des injonctions paradoxales.

2)Comment peut-on articuler aptitude sécuritaire et clinique médicale ? Et là, la clinique compréhensive, comment la place-t-on ? L'attitude sécuritaire nous prive de la clinique médicale du travail donc de la compréhension.

3)L'approche issue des travaux du Pr DEJOURS (la psychodynamique du travail) fait partie des connaissances indispensables mais ne résout pas la pratique professionnelle concrète : comment construire la confiance ? quelle attitude avoir face à la question de la honte (souffrance éthique) ? comment intégrer l'existence de la peur au fond des mobiles impensables du travailler ? comment percevoir les défauts de collectif d'appartenance face à l'individualisation managériale ?

4)La question des savoir-faire de protection, de prudence, peut rejoindre des connaissances issues de l'épidémiologie. Il y a un apport scientifique très large à réinvestiguer.

5)La question de la prévention individuelle et collective : peut-il y avoir une pratique clinique collective qui ne s'appuierait pas sur l'individuel ? Mais de toute façon, il ne saurait y avoir de prévention sans mettre en visibilité ce qui fait difficulté dans les situations de travail et peut avoir un impact sur la santé.

6)Alors la question fondamentale est de savoir si le travail ici permet ou non de construire sa santé ?

IV - GAPEP de Lyon 07008 [retour](#)

Elisabeth TRESCOL

- [présentation](#)
- [débat](#)

A - Présentation

Ce GAPEP, constitué de 12 médecins du travail exerçant en service interentreprises, a choisi de travailler sur l'analyse de leur pratique professionnelle, à partir de cas cliniques de souffrance au travail. Au cours de leurs pratiques professionnelles, trop souvent l'inaptitude apparaissait comme la seule solution dans les atteintes à la santé mentale en relation avec le travail. La nécessité de mener une action spécifique en mettant de côté l'aptitude s'est alors imposée.

Cette action a consisté à mettre en place un travail clinique qui est proposé au salarié, à distance de la consultation initiale. Il a pour objectif d'aider le salarié à comprendre le sens de sa souffrance, en mettant en lien son histoire personnelle et sa trajectoire professionnelle avec la façon dont il a investi son travail actuel. L'accord du salarié est indispensable pour mener à bien cette investigation.

Ce temps clinique, proposé et accepté par le salarié, est appelé « clinique médicale du travail » et fait référence à la charte d'E-PAIRS. Il explore le travail microscopique et pose la question : comment c'était quand cela allait bien ?

A partir de l'analyse de 2 histoires cliniques débattues au sein du GAPEP(Ndlr : l'exposé des cas cliniques ne peut être développé ici), E Trescol nous présente sous quelle forme ce travail clinique a été ou n'a pu être réalisé. En effet, dans un certain nombre d'observations, le constat d'un « travail clinique empêché » a été fait et l'analyse des raisons de ce « travail clinique empêché » a été fait.

A contrario, lorsque le médecin a obtenu l'adhésion du salarié et qu'il a pu conduire le travail clinique, les répercussions sur sa pratique ont été évaluées positivement. L'apport de la clinique du travail se situe alors autant dans l'accompagnement du salarié, que dans l'action préventive menée au sein de l'entreprise (courrier d'alerte sur les TMS).

Par la clinique du travail les médecins de ce GAPEP défendent avant tout le principe d'une aide à l'élaboration du sens et à la « récupération du pouvoir d'agir » par le salarié. Ce GAPEP insiste sur l'importance de la clinique médicale du travail

B - Débat après présentation GAPEP 07008

Question : comment vous vous organisez en pratique pour faire les entretiens ?

Réponse : on se débrouille !...

Question de D. HUEZ : à votre réflexion « sans clinique médicale du travail, pas de salut », on doit s'interroger sur les limites de la clinique médicale du travail : comment déployer une clinique médicale compréhensive pour permettre de « penser les situations », en s'arrêtant avant une intervention substitutive à la pensée ?

L'instruction approfondie en clinique médicale du travail, de quel point de vue est-elle faite : du point de vue du médecin du travail, ou du point de vue d'une étude scientifique ou d'une recherche comme SAMOTRACE ? Si la clinique médicale du travail relève du quotidien d'une pratique de médecin du travail, de quoi se nourrit-elle ?

Elle s'est beaucoup nourrie des pratiques nées des consultations de pathologie professionnelle, mais aussi de l'expérience clinique concrète des médecins du travail face à la souffrance au travail. On ne peut pas faire l'impasse de l'accompagnement clinique dans la quotidienneté, où se joue la possibilité ou non de prendre soin de sa santé face à un « travailler » malmenant.

Les médecins du travail sont confrontés dans leur quotidien clinique à des figures enchevêtrées : la possibilité d'interférences de pathologies psychiatriques préexistantes avec le travailler, la prise en compte du travail réel ou de sa représentation prescrite, et l'articulation de ces deux éléments ; mais aussi les figures évolutives de ce qui est au début hyperactivité exploitée par une entreprise, et/ou auto-accélération anesthésiante, puis activisme défensif pour ne pas penser ce qui fait douleur.

Les médecins du travail sont face à une véritable difficulté, celle du temps nécessaire : entendre pour la comprendre la souffrance au travail demande de la disponibilité dans la consultation, un temps parfois considérable. Le risque en est que faute de pouvoir dégager/gérer ce temps selon les situations, on en déduise qu'une pratique clinique approfondie ne serait pas ouverte au médecin du travail. Je ne le crois pas. Il nous faut inventer des réponses professionnelles face à ce déficit. La réponse ne saurait être de faire appel, pour nombre de situations malheureusement « ordinaires » de souffrance, à des consultations spécialisées.

Réponse : nous avons travaillé à partir de cas : c'est le travail approfondi, qui n'est pas au quotidien, mais qui nous a permis d'évoluer dans nos pratiques - et là on retrouve la clinique médicale du travail dans le quotidien

D. HUEZ : Peut-on avec du recul et une analyse distanciée et qui se donne le temps, penser qu'une pratique de clinique médicale du travail approfondie aurait pu éviter un suicide, au contraire d'un accompagnement clinique ordinaire pratiqué dans les consultations de médecins du travail ? Il faut certainement être prudent. Offrir la possibilité, en s'en donnant les moyens, de penser les situations, peut débloquent le « pouvoir d'agir ». Mais d'après mon expérience, il n'est pas possible de le vérifier immédiatement après une intervention clinique, et de nombreux facteurs intercurrents jouent en parallèle, comme ce qui se passe au niveau des coopérations et des solidarités

professionnelles et humaines. Ne laissons pas passer les opportunités ouvertes par la spécificité du métier de médecin du travail.

A. GROSSETETE : ce que je crois c'est que la pratique de la clinique médicale du travail est absolument indispensable quel que soit le temps disponible. Il n'y a pas un temps où l'on fait de la clinique médicale du travail et un temps autre. Je suis absolument d'accord avec Dominique. La clinique médicale du travail est une clinique qui peut être utilisée par le médecin du travail. Sur le fait déjà de cette posture évoquée, c'est à dire de déployer ou pas du temps complémentaire en dehors de l'espace du temps du travail, c'est une réelle question. Cette intervention marque la contradiction d'un système qui s'occupe de salariés qui n'en ont pas forcément besoin et celui que l'on développe en « catimini » pour pouvoir s'occuper de salariés qui en ont réellement besoin.

A. CARRE : la clinique médicale du travail est entravée mais pas empêchée. Mais il y a deux types d'exercice : une médecine du travail qui est contrainte par le temps puis une médecine du travail où l'on prend le temps de détailler cette clinique médicale du travail. Comment les collègues subvertissent-ils ? Comment se donnent-ils des marges de manoeuvre ?

G. LUCAS : quelles marges de manoeuvre ? Comment agencer cela ? Sur la question de la gêne par rapport au suicide antérieur ? A la DDE, l'autopsie psychiatrique, la question du travail a été introduite. Je préfère un travail sur le questionnement du travail que sur cette autopsie psychiatrique.

Question : ce que je n'ai pas vu dans l'exposé, c'est le partage dans le GAPEP, le côté échanges de pratique, l'avis du GAPEP ?

Réponse : on le retrouve dans les comptes rendus. Ici c'était un autre exercice. Sur dix cas, nous en avons choisis deux pour essayer de montrer pourquoi on ne rentre pas dans la clinique médicale du travail.

V - GAPEP de TOURS 07002 [retour](#)

- [présentation](#)
- [débat](#)

Bernadette BERNERON

A - Présentation du GAPEP

Depuis plus de 15 ans, des médecins du travail du département d'Indre et Loire se retrouvent pour travailler collectivement et analyser leurs pratiques en groupe de pairs, autour de la question de la souffrance au travail qui est toujours plus d'actualité dans les consultations.

Ce groupe de 11 à 15 médecins s'est réuni pendant 15 ans hors temps de travail à raison d'une réunion tous les 2 mois faisant l'objet d'un CR, rédigé par

les volontaires. Après une période d'apports théoriques en PDT, le groupe a travaillé et discuté autour de cas cliniques présentés par les médecins qui le souhaitent - en raison de situations difficiles dont la mise en débat aide à la compréhension ou comme des cas exemplaires.

Mais, suite à l'obligation d' Evaluation des Pratiques Professionnelles, le groupe est devenu GAPEP au sein de l'association E-pairs, permettant au groupe de continuer à travailler comme par le passé. Les membres ont déjà expérimenté le fait que ce travail coopératif permet d'apprendre tout en renforçant le soutien social et la reconnaissance au sein de la profession.

Depuis plusieurs années maintenant, le groupe a orienté sa réflexion sur l'analyse du travail à partir de la santé mentale : instruire le rôle du travail dans les manifestations de souffrance, voire les décompensations mentales ou physiques et repérer, identifier et analyser le lien éventuel entre les deux, dans une dimension individuelle et collective.

Ce travail se fait autour d'un ou plusieurs cas cliniques exposés au cours de la réunion par un ou plusieurs médecins volontaires, cas non programmés par avance.

La présentation du cas concret peut se faire à partir de notes, d'une observation rédigée, ou simplement de mémoire pour les situations en cours. Il s'agit souvent de cas graves où planent des risques de perte d'emploi, de conflits, de suicides, mais aussi à posteriori des cas qui interrogent les médecins du travail sur leur rôle ou des cas emblématiques. Ces discussions permettent aussi d'aborder le problème de l'alcool au travail, de son lien avec le travail, de la posture du médecin du travail face à ces situations.

Face à des formes cliniques non prévues, des histoires incroyables-impensables, des cas de délire, il s'agit d'investiguer le travailler avant de parler de folie. Autour de l'histoire racontée, les collègues demandent des précisions, se font décrire l'environnement, le contexte, le fonctionnement du groupe, le contenu du travail, la façon dont cela fonctionnait avant. Chacun suggère, propose son interprétation.

On essaie de comprendre ce qui n'est pas explicite, de rechercher les éléments clé qui permettent de « penser » les processus défensifs contre la peur, la honte (souffrance éthique).

Dans le domaine de la veille en santé mentale, thème travaillé par le groupe, il est indispensable de :

1 - Laisser des traces

Quelles traces laissons nous dans le dossier médical ?

On écrit ce qu'on comprend ou pas mais dans le sens de comprendre avec le salarié ce qui lui arrive.

La prise de notes médicales au fil de l'eau se fait pendant l'entretien et après le temps de visite, on développe, on décrypte, on fait une synthèse de ce qu'on

comprend et on peut revenir sur des notes antérieures dont le sens peut être éclairé par les événements récents ; mais ce qu'on écrit doit être respectueux du salarié comme s'il pouvait ou allait lire ; on note aussi nos questionnements.

On trace dans le dossier médical avec un minimum de notes de synthèse ; l'écriture porte le reflet de nos pratiques et autorise le médecin à énoncer ce qu'il pense.

On trace les risques psychosociaux dans le cadre réglementaire, à travers la fiche d'entreprise, le rapport annuel dans les entreprises plus grandes, dans le cadre d'enquêtes.

2 - Rédiger des monographies

Il s'agit d'écrire une histoire clinique du point de vue de la santé au travail en articulant 4 histoires liées : Celle de la santé individuelle

Celle du travail du salarié

Celle de la santé du collectif de travail

Celle de l'histoire du collectif

Et sur les 2 plans les liens entre travail et santé et pourquoi ;

Quelques règles sont à respecter : ne pas écrire à la 1ère personne, ne pas donner la monographie au salarié. Il n'est pas facile d'écrire une monographie.

Cela a été discuté dans le groupe monographies de SAMOTRA-CE. On peut proposer un atelier d'écriture pour apprendre à écrire une monographie mais en se gardant de réécrire derrière les collègues et inviter les collègues à mettre leur monographie en discussion pour la retoucher.

La monographie est un exercice de style avec mise en débat entre pairs

- Monographies SAMOTRA-CE : écrire dans le sens de comprendre avec le salarié ce qui lui arrive ; le but de ces monographies est d'apporter aux épidémiologistes un matériel clinique qui éclaire le quantitatif, pour ne pas rester sur des représentations, des interprétations éloignées de la réalité. C'est ainsi que des matériaux ont été apportés sur la souffrance éthique.

3 - Veiller

- Nous avons au cours de plusieurs réunions évoqué la place des indicateurs en matière de santé mentale au travail pour une veille en risques psychosociaux, une veille chiffrée et une veille qualitative :
- utilisation des indicateurs dans SUMER (double tâche, souffrance, absentéisme, accident du travail), dans l'enquête SAMOTRA-CE avec le rôle du score du GHQ et de son caractère opérationnel (précédé de questions sur la vie personnelle.)
- Questionnaire instantané qui ne donne pas la même vision de l'état de santé du salarié qu'un entretien médical déroulé durant plusieurs années et relaté dans le dossier accompagné de la vision collective qu'a le Médecin du travail. Il devient intéressant quand il est complété par la clinique, le qualitatif.

4 - Le cas du suicide

Ce grave sujet a été abordé autour de plusieurs cas rencontrés dans une même entreprise.

Que doit faire le médecin du travail ? Que n'aurait il pas fait ?

Le médecin doit toujours se poser la question de la place du travail dans la survenue d'un suicide et ne pas se laisser embarquer dans les arguments « il avait des problèmes personnels, il était fragile » qui sont ceux de l'employeur. Il faut aller impérativement dans le dossier regarder les traces inscrites même discrètes sur une fragilisation de la santé du salarié en lien avec le travail. Il faut aussi rechercher dans les dossiers médicaux du collectif de travail les traces d'une atteinte individuelle de la santé en lien avec le travail.

Quelle démarche doit il adopter ?

Toujours mettre en débat le travail dans la responsabilité d'un acte de violence contre soi, toujours s'interroger sur l'implication et le retentissement sur le collectif.

Il doit aussi se rendre disponible pour recevoir les collègues de travail voire les convoquer en visite médicale. Ce sont les salariés les plus engagés dans le travail qui retournent la violence contre eux.

Le médecin du travail se retrouve dans une situation difficile, s'il n'a pas veillé antérieurement, s'il n'a pas parlé et pas alerté.

5 - Alerter

Le groupe a débattu de la nécessité d'alerter dans la sphère collective, sous forme de rédaction « d' une alerte pour danger grave et imminent ».

Cette alerte peut concerner un collectif de travail. Elle a été pratiquée sous forme de consultation collective avec rédaction d'un certificat médical collectif, certificat médical de stress post traumatique, attestant de la souffrance au travail qui est remis aux intéressés et adressé par eux même s'ils le souhaitent à l'inspection du travail et à l'employeur.

L'alerte est conditionnée par l'existence d'un recueil d'informations systématisé qui portent sur les souffrances des salariés et sur les risques psychopathologiques du travail.

Lorsqu'une alerte de risque psychosocial est faite, c'est que le médecin a rencontré plusieurs salariés en très grande difficulté dans leur travail (stress post traumatique, processus dépressif généré par des dérives organisationnelles qui se déploient dans un contexte collectif...)

6 - Déclarer en Accident du travail

La déclaration en accident du travail « stress post traumatique », en maladie professionnelle de ce qui a pu provoquer la décompensation mentale, le geste suicidaire au niveau professionnel permet une mise en visibilité sociale.

Il faut donc :

- Déclarer en accident du travail la décompensation aigue psychopathologique en repérant et notant l'évènement déclencheur même à distance dans le temps : la santé peut être atteinte de façon différée par rapport à la déclaration éloignée référant à un constat médical proche, cela pour limiter les contestations de la CPAM : avoir à l'esprit que le médecin doit rester en état de certifier médicalement des constats

médicaux issus d'une consultation clinique contenant des matériaux qualitatifs et même avec échelle (Evrest...)

- Attester du lien avec le travail
- Rédiger un certificat où on croit comprendre en tant que Médecin du travail (certificat médical de stress post traumatique) ;
- Donner acte au salarié de l'effondrement de son travailler tout en reconnaissant ses compétences anciennes.
- Ne pas intervenir dans les enquêtes AT qui sont de la compétence du collectif.

Conclusion

Le groupe continue de travailler mais est actuellement préoccupé par la réduction de son effectif à 7 membres en raison de départs soit en retraite, soit dans une autre région.

Le renouvellement du groupe semble difficile peut être en raison de la longue histoire du groupe qui le fait paraître moins accessible aux confrères. V Il nous faut peut être avoir une méthode de travail plus structurée, susceptible d'être plus rassurante pour les confrères : un temps de travail sur des monographies qui auraient été commandées à l'avance et donc envoyées avant la réunion, un temps d'élaboration de repères pour notre pratique, un temps pour traiter les situations urgentes.

B - Débat

D. HUEZ : Il faut souligner

- le rôle de la formation spécifique et des apports théoriques ;
- le « comment chacun se positionne » pour respecter les pratiques « dévoilées » des confrères ; jusqu'où ne pas aller trop loin dans ce qu'on peut dire, dans ce qui peut être entendu, en préservant toujours le respect qu'on doit au collègue ;
- la nécessité de prendre en compte la santé même du médecin du travail qui « se dévoile », parfois très malmené par la situation qu'il rapporte ;
- Attention ! la monographie est un exercice de style abouti, pour formaliser. C'est différent de la quotidienneté, des notes, des questionnements : ne pas mélanger les deux. La pensée en travail est bien plus riche dans le travail d'un GAPEP !
- Notre groupe fonctionne un peu sur la spontanéité : rôle des pairs.

A. DEVAUX : le retour des GAPEP en transversal, pour les membres du groupe projet et les binômes, est enrichissant aussi pour leur propre pratique.

G. LUCAS met en débat la question de la monographie : la remise au salarié, qui ne s'est pas reconnu : est ce que cela n'invalide pas notre travail ?

D.HUEZ : La question des notes médicales dans le dossier d'un agent est importante ; chacun a ses pratiques. Moi je note quelques éléments au fil

de la consultation ; à la fin je mets soit des synthèses quand je comprends, soit des interrogations quand je ne comprends pas. C'est important de noter quand on ne comprend pas. Cliniquement, ces situations m'inquiètent. Il m'est arrivé, mais à longue distance, dans des histoires de somatisation lourdes, de lire à la personne le contenu de son dossier dont des choses difficiles à entendre pour le salarié. Revisiter une histoire à distance, quand la personne s'est un peu « armaturée » peut être fort intéressant pour mieux comprendre ensemble les difficultés de son « travailler ». Mais la règle de base est que tout ce qu'on écrit dans le dossier médical doit être respectueux des personnes. Alors il n'est pas besoin d'être inquiet du fait que les salariés ou leurs ayants droits pourraient y avoir accès ; ce qui est par ailleurs rarissime, mais légitime.

A. CARRE : je voudrais tempérer ce que dis Gérard Lucas : quel est le pré requis pour recevoir une monographie ?

V. ARNAUDO : une mono n'a pas un but thérapeutique pour le salarié : c'est ce que le médecin du travail a compris de l'histoire de la personne.

VI - En Guise de BILAN [retour](#)

Un tour de table permet à chaque participant de s'exprimer :

Prise de conscience que notre fonctionnement de GAPEP, c'est un soutien dans nos doutes.

Nous avons des problèmes communs et les échanges sont importants. Il faut accepter la remise en cause. Même groupe, on se connaît depuis longtemps, on voit que nous avons les mêmes repères.

La notion de respect est très présente dans notre groupe. Il y a quelque chose qui me contraignait d'être le modérateur et le fait de retravailler seul les notes est très enrichissant.

Outre le fait que ce colloque permet l'échange entre plusieurs GAPEP, il permet aussi une relecture par les autres. GAPEP en gestation : j'ai appris le terme de « clinique médicale du travail » ... et que j'en faisais sans le savoir ! GAPEP de Roanne : je suis venue avec beaucoup d'interrogations - j'en ai encore ! J'ai trouvé dans cette journée une relation simple. Je suis contente d'avoir rencontré le binôme autrement que par le mail.

Dans notre service, nous avons un groupe où nous exposons nos difficultés plutôt comme soutien, et je viens de comprendre qu'il fallait décortiquer nos pratiques ; mais je reste avec mes questions. L'ambiance de cette journée a été intéressante et je pense que je verrai différemment les commentaires de notre binôme.

M. HAMON (ex secrétaire du groupe projet, membre d'un nouveau GAPEP) : on a beaucoup travaillé sur le GAPEP 07002 y compris le binôme. La barre est

haute, il ne faut pas se décourager. Il faut toujours un certain temps, au moins un an, avant d'avoir des choses intéressantes. En tant que binôme, on a un peu de mal à voir comment s'est mis en place le débat, et on ne voit pas toujours apparaître le lien santé et travail. En tout cas, l'objectif n'est pas l'aptitude. La charge de travail du binôme est importante.

B. DELABRUSSE (binôme) : de la journée d'aujourd'hui, j'aimerais qu'il y ait des écrits. (Dont acte) Un guide sur comment écrire des monographies, est ce publié ? (D. Huez, nous avons un PowerPoint conçu pour le cours pré-congrès de Tours). Par ailleurs quelle est la « durée » d'un GAPEP et d'un Binôme (phénomènes d'usure)?...

Actes du colloque 2010 (à venir) [retour](#)