

**COLLABORATION DIRECTION DES
RESSOURCES HUMAINES-MEDECCIN DU
TRAVAIL-MEDECCIN TRAITANT DANS LA
GESTION DES MALADIES CHRONIQUES**

**Dr Baly OUATTARA
MCA DE RHUMATOLOGIE
UFR DES SMA-ABIDJAN-UFHB**

ETAT DES LIEUX :

- Prise en charge de la santé ostéo-articulaire des salariés très variable selon :
 - possibilités offertes aux travailleurs pour la gestion de leur santé,
 - type de structures,
 - secteurs d'activités.

ETAT DES LIEUX :

- Prise en charge de la santé ostéo-articulaire des salariés très variable selon :
 - Possibilités offertes aux travailleurs pour la gestion de leur santé :
 - Existence d'un service de santé au travail
 - Existence d'une couverture de prise en charge médicale
 - Possibilité ou non pour le travailleur de bénéficier d'une prise en charge par la CNPS
 - Type de structures
 - Secteurs d'activités.

ETAT DES LIEUX :

- Quelles sont les prestations données en matière de santé ostéo-articulaire ?
 - Prescription de soins et éducation du travailleur
 - Proposition d'adaptation des ou aux postes de travail
 - et arrêts de travail lors des rechutes douloureuses.

ETAT DES LIEUX :

- Quelles sont les modalités des demande des prestations données en matière de santé ostéo-articulaire ?
 - Demande à l'initiative du travailleur lui-même ou sur suggestion d'un médecin généraliste +++
 - Demande formulée par le médecin du travail
 - Demande formulée par la direction des ressources humaines.

ETAT DES LIEUX :

- Quels sont les objectifs des demandes des prestations données en matière de santé ostéo-articulaire ?
 - Prise en charge adaptée
 - Evaluation de l'aptitude ou l'inaptitude
 - Certification ou non d'une recommandation.

**Notre expérience de collaboration
Médecin rhumatologue - Médecin
du travail et DRH.**

Cas clinique 1

- Femme enceinte d'une entreprise disposant d'un service de santé au travail (Médecin généraliste, Médecin du travail , Pédiatre et Gynécologue)
- Consultation de rhumatologie pour lombosciatique hyperalgique invalidante.
- Demande formulée par Médecin généraliste-Médecin du travail – Gynécologue
- Objectif : prise en charge adaptée de la douleur.

Cas clinique 1

- Interrogatoire :
 - Âge 31 ans
 - Ancienneté 10 ans
 - Poste de travail : station assise prolongée sur ordinateur (horaires de travail varient entre 10 heures et 12 heures en général).
- Diagnostic : hernie discale postéro-médiane L4-L5 avec conflit disco-radulaire à L'IRM du rachis lombaire.
- Proposition :
 - arrêt de travail,
 - prescription d'un siège adapté,
 - délocalisation de son bureau au RDC initialement à l'étage,

Cas clinique 1

- Proposition :
 - aménagement des horaires de travail (avec avis favorable de la DRH),
 - accouchement par césarienne
 - Interdiction de conduite.
- Evolution :
 - Satisfaisante des douleurs,
 - Maintien de l'agent dans l'activité avant les congés de maternité.
 - Retour dans le bureau prévu pour son activité
 - Rechutes ultérieures des douleurs nécessitant des soins aigus et d'entretien.

Cas clinique 1

- 2017 : Entorse de cheville avec impotence fonctionnelle avec rupture tendineuse partielle
- Proposition
 - Traitement médicamenteux,
 - Délocalisation du bureau de la salariée au RDC initialement à l'étage,
 - Aménagement des horaires de travail).
- Evolution
 - Satisfaisante des douleurs,
 - Maintien de l'agent en activité

Cas clinique 2

- Agent de la même structure que Madame TM, âgé de 55 ans conducteur depuis 30 ans
- Consulte pour une lombosciatique commune et une ténosynovite des fléchisseurs des doigts de la main droite compliquant une affection métabolique non diagnostiquée.
- Décision avant consultation de rhumatologie :
 - Traitement symptomatique - Arrêt de travail

Cas clinique 2

- Diagnostic rhumatologique :
 - Arthrose rachidienne et goutte
 - Traitement : médicaments, arrêt de travail de trois jours, dispositif orthopédique pour le poignet droit.
- Proposition : affectation sur un véhicule à boîte automatique et éviction de l'activité de manutention pendant trois mois (avis favorable de la DRH).
- Evolution plutôt satisfaisante, maintien de l'agent dans l'activité

Cas clinique 3

- 2012

- **Monsieur B A**, chauffeur conducteur-livreur,
- Diagnostic : arthrose rachidienne avec radiculopathies sans indication de traitement radical
- ATCD : HTA, AVP grave (accident de travail?) avec traumatisme du rachis non déclaré à la CNPS.
- Service médical de l'entreprise tenu par un infirmier, couverture médicale+
- Traitement : antalgiques , AINS, arrêts +++, CML, collier cervical
invalidité pour l'activité de chauffeur livreur 2015 (affectation : posture debout + flexion-extension du rachis lombaire et manutention)

Cas clinique 3

- Début 2015 : Invalidité à la station debout prolongée et à la manutention (affectation à un poste assis sur un terminal à écran visuel)
 - Fin 2015 : Incapacité ? de tenir en station assise prolongée
 - Janvier 2016 :
 - propositions :
 - Aménagement des horaires (Écho non favorable de la DRH)
 - Demande de retraite anticipée pour invalidité (écho non favorable du travailleur)
-  Agent non productif rémunéré

Cas clinique 4

- Femme de 52 ans, HTA, travailleuse debout, vendeuse au comptoir depuis 31 ans souffre de lomboradiculalgies depuis 2012.
- Pas de couverture médicale
- Service de santé au travail ??
- Suivi en médecine générale de 2012 à 2016 (Diagnostic de hernies discales lombaires)- 2014 → CHIRURGIE LOMBAIRE ????
- Relations salariée – hiérarchie → conflictuelles (2014)

Cas clinique 4

- Consultation de rhumatologie en 2016 sur demande d'un médecin généraliste (tableau douloureux invalidant - pas d'indication opératoire)
- Proposition :
 - Prise en charge adaptée de la douleur.
 - Changement de poste (écho défavorable de la hiérarchie)

???? Maladie de cause professionnelle → avis des services de santé au travail (visite de poste)

- Rapport du médecin de l'entreprise difficilement délivré !!!
- SST : Diagnostic de lien possible maladie et profession

→ Agent en procès avec l'employeur.

Commentaires

- Cas cliniques 1 et 2, prestations complémentaires du rhumatologue et du médecin du travail. Les travailleurs ont bénéficié de la compréhension mutualisée du rhumatologue et du médecin du travail.
- L'analyse de la décision du rhumatologue est faite par un professionnel de santé, interlocuteur de poids pour les travailleurs auprès de la DRH
- L'adhésion de la DRH aux décisions médicales, a permis la préservation de la santé et l'insertion au travail des agents.

Commentaires

- Cas cliniques 3, changement de poste par la DRH dans un premier temps. Mais poste à risque pour la pathologie du salarié. Nouvelle proposition de réorganisation  écho défavorable de la part de la DRH.
- Cas clinique 4, non adhésion de la hiérarchie à la proposition de changement de poste.

Commentaires

- Situation conflictuelle entre salariés et DRH dans cas clinique 3 et 4 cas, objectivité de l'importance de la souffrance de ces salariés ??
- Logique de recherche de bénéfice secondaire.
 - accident pendant l'exercice de ses fonctions non reconnu en tant qu'accident de travail
 - Caractère professionnel de sa pathologie non reconnu par la hiérarchie.

Atouts de la coopération entre médecin rhumatologue et médecin du travail

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

Bases de la coopération entre médecin rhumatologue et médecin du travail

- Pour coopérer, le médecin rhumatologue et le médecin du travail doivent construire la confiance (confiance du salarié et confiance entre eux).
- Il faut surtout que chacun fasse son travail et que l'on communique à partir de des expériences et savoirs de spécialistes,
- Aucun médecin ne doit se considérer comme omnipotent.

Comment ? Quelle formalisation de ces échanges coopératifs ?

- Echanges par écrits (lettre au confrère remise à l'intéressé-travailleur non fermée, parce qu'il est le concerné),
 - Echanges téléphoniques ou courriellés entre confrères peuvent être pratiqués.
 - Ecrits du médecin traitant tenant compte de la santé de son patient en respectant l'approche du travail réel.

CONCLUSION

- La collaboration médecin traitant et médecin du travail est une nécessité pour la préservation de la santé du travail.
- Deux écueils à éviter :
 - Le déni ou la non prise en compte de la place du travail dans l'atteinte à la santé du patient.
 - L'exclusivité de l'interprétation du travail dans une genèse complexe individuelle et d'itinéraire environnemental.