



Entretien

Alain MONIEZ : « Nous sommes passés d'une médecine de dépistage de masse à une médecine de cas complexes. »

Entretien avec Alain Moniez, médecin du travail et coordinateur de la cellule PDP chez Pôle santé travail métropole nord à Douai, et co-animateur du groupe régional PDP Hauts-de-France porté par l'ISTNF. La Loi du 11 octobre 1946 a organisé la médecine du travail. 80 ans après la publication du texte de 1946, à quoi ressemble la discipline ? L'équipe de l'ISTNF est allée à la rencontre de différents professionnels de santé-travail afin de les interroger sur l'originalité de leurs métiers.

ISTNF. Comment t'es-tu retrouvé en médecine du travail ?

Alain Moniez. J'ai fait mes études de médecine à Paris. J'ai d'abord fait quelques remplacements en médecine générale, puis j'ai travaillé en médecine préventive universitaire : il y avait beaucoup de vacataires, et, sur chaque site universitaire, un ou deux médecins au moins à mi-temps, travaillant avec des infirmières, des assistantes sociales et des secrétaires.

Cela s'appelait le CUPS - Centre universitaire de promotion de la santé. J'y étais au moment de la découverte de l'épidémie de sida, j'ai animé pas mal de réunions de prévention sur le préservatif, la sexualité, etc. La prévention me plaisait, mais le statut de vacataire à temps partiel restait précaire. Je faisais aussi des vacations à la MDPH – qui s'appelait Cotorep à l'époque.

J'ai décidé de partir en médecine du travail. C'étaient les dernières années du CES de médecine du travail. C'était une spécialisation post-doctorale. J'ai postulé dans le Douaisis en 1992. La pluridisciplinarité, je l'avais vécue au cours de mes expériences universitaires. En arrivant en santé au travail, j'ai presque fait un bond en arrière : c'était un médecin, une secrétaire, rien d'autre.

Il y avait plusieurs binômes médecin-secrétaire, mais pas de pluridisciplinarité. La visite était annuelle et nous voyions quasiment uniquement des personnes en bonne santé. Notre rôle était surtout de dépister des problématiques de santé. Depuis 1979, nous avons pourtant théoriquement un tiers-temps, et dans nos formations quelques heures d'ergonomie... mais c'était très limité.

ISTNF. Comment voyais-tu ce tiers-temps ?

AM. Le tiers-temps, à l'époque, c'était un peu tout ce qui n'était pas purement médical. Ensuite, cela a été rebaptisé « actions en milieu de travail », mais sans cadrage très approfondi : où classer la formation, l'information, les réunions ? On a surtout appris en travaillant, en écoutant les salariés expliquer leur travail, en assistant à des conférences.

Je n'ai pas vraiment l'impression que la formation actuelle enseigne l'art de négocier avec les employeurs. Or c'est un volet essentiel : comment convaincre un employeur d'agir ? Nous avons de plus en plus d'outils – statistiques, épidémiologie, coopération avec la Carsat – qui peuvent l'amener à se dire « il faut faire quelque chose », mais ce n'est pas toujours simple, surtout dans les TPE.

Dans les grandes entreprises, avec les CSE, il faut réussir à rester expert impartial, entre syndicats et employeur : parfois on trouve que le syndicat a raison, parfois c'est l'employeur. On apprend à négocier, tout en respectant le secret médical. Il faut être un peu équilibriste.

ISTNF. Le public que tu vois aujourd'hui est-il le même qu'en 1992 ?

AM. Non, ce n'est plus le même. Depuis une bonne dizaine d'années, la logistique s'est massivement implantée dans le Douaisis. Avant, il n'y en avait pas. Je suivais du bâtiment, des banques, qui n'avaient pas encore créé leur propre service de santé au travail, des domaines annexes, des grands magasins. J'ai aussi suivi des grandes entreprises qui ont fermé, avec leurs plans sociaux.

La différence fondamentale, c'est l'ancienneté : quand je voyais quelqu'un de 40-45 ans en visite annuelle, il avait souvent 20 à 25 ans d'ancienneté dans la même entreprise. Il avait un équilibre, une fierté de son travail. Je pense notamment au secteur bancaire : les conseillers, à l'époque, donnaient de vrais conseils. Aujourd'hui, on parle « d'objectifs de vente », c'est de la vente pure.

J'ai vu des salariés de 55 ans en grande difficulté à la fin de leur carrière : mes premiers cas de risques psychosociaux. Ils disaient : « On me demande de faire des choses, je ne veux pas. » Un découvert bancaire est rentable pour la banque, mais cela les mettait en conflit avec leurs valeurs. Ils continuaient à travailler, mais n'étaient plus fiers de leur travail.

Aujourd'hui, dans bien des secteurs, ceux qui travaillent ne sont plus souvent fiers de ce qu'ils font. Je me souviens des agents de nettoyage intégrés aux entreprises, puis externalisés. Les mêmes personnes ont été reprises par les sociétés de nettoyage, mais avec des temps de travail réduits : ce qui prenait 3 heures est passé à 2h45, sans ajustement réaliste.

ISTNF. La pluridisciplinarité s'est installée facilement ?

AM. Je suis à fond pour la pluridisciplinarité. Dans les années 2000, avec le Gisset, nous avons organisé des sessions au cours desquelles un ergonome montait sur scène pour présenter son travail devant des médecins. Puis nous l'avons fait avec des infirmières, avec des toxicologues... C'est ainsi que la pluridisciplinarité s'est diffusée, puis la loi a imposé le renforcement de ces équipes.

Pour les IPRP, il y a eu moins de résistance : ils étaient perçus comme des techniciens, des accompagnateurs. C'est avec les infirmières que les blocages ont été les plus forts : j'ai connu des collègues qui refusaient de leur serrer la main, persuadés qu'elles allaient prendre notre métier. Le rôle de l'infirmière est devenu pour moi essentiel.

Aujourd'hui, mon infirmière voit les salariés en bonne santé que je ne vois plus. Selon les postes, elle recherche les premiers symptômes des maladies professionnelles, elle prodigue aux salariés des conseils de santé. Elle va aussi en entreprise pour faire des études de poste et participer aux réunions de la commission santé, sécurité et conditions de travail, au sein du comité social et économique.

Alain Mercier, alors qu'il était directeur à Saint-Quentin, à la fin des années 2000, avait écrit une tribune expliquant que les médecins du travail allaient redevenir des « vrais médecins », en voyant surtout des personnes qui n'allaient pas bien. Aujourd'hui, un médecin du travail voit très peu de gens en parfaite santé, en général, s'il voit quelqu'un, c'est qu'il y a un problème.

ISTNF. Le maintien dans l'emploi résume l'objet même de ton activité ?

AM. Avant, un cancer, c'était souvent invalidité et arrêt définitif. Avec les progrès, les gens survivent, veulent et peuvent continuer à travailler. Il a fallu adapter les règles, d'où les quotas handicap, l'obligation d'emploi de 6%, etc. Notre rôle est d'adapter les conditions de travail pour qu'elles soient le moins pénibles possible. Moins les gens s'abîment, plus ils peuvent travailler longtemps.

Nous sommes passés de visites annuelles de salariés « en routine » à des consultations de pré-reprise, de reprise, de difficultés. Cela peut déformer notre représentation du monde du travail. On essaie de la corriger en croisant avec les retours des infirmières, qui voient aussi des salariés « qui vont bien ». Mais il n'empêche que la charge mentale est lourde.

Comme les cancérologues, il faut apprendre à couper, à rentrer chez soi en laissant les dossiers au service. Nous sommes passés d'une médecine de dépistage de masse à une médecine de cas complexes. À mes débuts, je voyais 16 personnes par demi-journée, et je n'étais pas le plus rapide. Aujourd'hui, quand on en voit 8 ou 9, c'est déjà beaucoup, vu la complexité des situations.

Je délègue des pré-reprises à mon infirmière, tout le monde ne le fait pas. Elle me « débroussaille » le terrain. La pénurie de médecins traitants complique encore les choses : les examens ne sont pas faits, les traitements tardent, les arrêts s'allongent. Nous travaillons avec la CPAM, la Carsat, les médecins conseils, pour limiter la durée des arrêts sans sacrifier la qualité de la prise en charge.

ISTNF. As-tu un rôle de conseil, de formateur ou de parrain auprès des jeunes médecins ?

AM. Ils sont, à mon sens, mieux formés que nous ne l'étions sur le maintien, parce que c'est devenu un objectif explicite du service, notamment via les cellules PDP. Avec le groupe régional PDP

coordonné par l'ISTNF, nous animons des formations. À Pôle santé travail, nous avons décidé que chaque médecin devait savoir se débrouiller sur ces sujets et devait pouvoir solliciter de l'aide.

Il m'arrive donc d'être appelé pour un cas, une négociation avec un employeur, l'utilisation d'outils comme l'essai encadré. On se rend compte que tous les médecins ne maîtrisent pas encore bien certains dispositifs. J'ai vraiment l'impression par contre que les jeunes collègues ont cette culture maintien. Dès leur arrivée, ils font des visites de pré-reprise, ils voient des cas.

Et pour eux, la pluridisciplinarité est une évidence : si on leur disait qu'ils allaient travailler sans infirmière ni plateau pluri, ils diraient « je m'en vais ». Il y a eu un changement dans la direction des services : les Cpom, la loi, la PDP, tout converge vers le maintien. On a finalement précisé l'esprit de la loi de 1946 : éviter l'altération de la santé, c'est pour préserver la possibilité de travailler.

ISTNF. Beaucoup de choses reposent désormais sur le logiciel métier ?

AM. Le médecin délègue ce qu'il souhaite, avec plus ou moins de latitude. Arriver aujourd'hui dans un service en disant « je veux bien être embauché, mais je veux travailler sans infirmière », ce n'est plus possible. Il y a encore des marges de liberté – via les protocoles signés avec l'infirmière par exemple –, mais l'orientation générale est claire : pluridisciplinarité, délégation encadrée, traçabilité.

Les jeunes maîtrisent mieux l'outil informatique et l'utiliseront encore plus pour tracer, requêter, partager, mais je les sens très attachés à leur libre arbitre et à la décision médicale. Quand nous discutons de cas complexes – notamment en RPS ou en maintien –, les choix finaux restent argumentés, cliniques, individualisés.

Je dis souvent : quand un salarié me remercie en me disant « grâce à vous j'ai gardé mon emploi » ou « j'ai pu me reconvertir », ça me donne envie de retravailler trois mois de plus. C'est ce qui me nourrit. Cela demande du temps, de l'énergie, une forme de sur-investissement, que je partage avec d'autres collègues très engagés.

ISTNF. Pour toi, le collectif régional, c'est quelque chose qui existe réellement, qui doit perdurer ?

AM. Oui. Je suis médecin coordonnateur, avec Marie-Aude Gudin, du réseau PDP Hauts-de-France, animé par l'ISTNF. Pour moi, c'est fondamental : cela permet d'avoir des relations institutionnelles structurées, notamment avec la Carsat. Historiquement, le réseau a fait évoluer des choses : avec l'Agefiph, sur l'essai encadré, par exemple, dont nous avons élaboré les contours.

Cela permet de partager les expériences, d'identifier les blocages communs, de proposer des ajustements. C'est ce message que je souhaite continuer à porter, que ce soit auprès de mes collègues ou dans les webinaires que j'anime : « Occupez-vous de la personne, de ses déficiences, pas seulement de la pathologie, et construisez des solutions réalistes ».

J'ai pris ma retraite le 1er mars (le 28 février, plus exactement) et je suis désormais en cumul emploi-retraite, à 70%, en gardant mes fonctions d'animation du réseau et du maintien. Il me reste à continuer à me former, car de nouvelles problématiques émergent (TDAH, troubles psychiques complexes, etc.) et nous manquons encore de recul scientifique sur leurs impacts professionnels.