



Entretien

Elodie LE RAZER : « Ça demande de l'énergie, pour une personne, de venir voir une assistante sociale en santé au travail, de prendre conscience que « ça ne va pas », et de décider d'avancer. »

Entretien avec Élodie Le Razer, assistante sociale et coordinatrice du service social chez Présosa à Saint-Quentin, et formatrice sur la PDP à 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 en 2026 ? 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. A quand remonte ton engagement dans cette profession ?

Élodie Le Razer. J'ai voulu être assistante sociale quand j'avais 15 ou 16 ans. Ce métier, je l'avais « en tête », avec l'envie d'aider l'autre, de me rendre utile. J'ai été admise à l'IRTS de Loos au sortir du Bac. À la sortie de l'école, je ne pensais pas du tout « service de santé au travail ». Je me suis fait embaucher comme assistante sociale au Département en 2005.

Ensuite, j'ai travaillé à l'hôpital, dans un centre hospitalier gériatrique, avec soins palliatifs, médecine, SSR (soins de suite et de réadaptation), une unité Alzheimer. J'ai aimé le travail, mais pas les conditions de travail, donc je suis partie. Après, je me suis occupée de femmes victimes de violences conjugales, dans des centres d'hébergement.

Et puis j'ai vu une création de poste d'assistante sociale en santé au travail, à la MTA (Médecine du Travail de l'Aisne), en 2014. J'ai postulé. C'est là que j'ai découvert la santé au travail. Le fait que j'aie

pas mal bougé sur le territoire était un atout : mon réseau était déjà construit. C'était une création de poste. J'ai dû tout inventer. Au départ, la mission reposait surtout sur le maintien en emploi.

Je me suis spécialisée en droit du travail : mon ancien directeur, Alain Thomas, était conseiller prud'homal, il avait le Code du travail en permanence sur son bureau. J'allais le voir en fonction des situations afin de savoir quoi dire, quoi ne pas dire, comment faire « au mieux ». Notre réglementation est bien faite ; encore faut-il savoir lire entre les lignes.

ISTNF. Est-ce qu'il existait une sorte de descriptif type de la mission d'assistante sociale ?

ELR. Je suis allée à l'Asmis, à Amiens, pour rencontrer deux assistantes sociales qui y travaillaient, parce qu'il n'y en avait pas partout. Le métier d'assistante sociale en santé au travail apparaît dans le décret de 2012, avec la notion d'équipe pluridisciplinaire. Avant ce texte, on ne parlait pas d'assistante de service social en santé au travail.

Il a fallu « tâtonner ». J'ai participé à des réunions médicales, j'ai accompagné les médecins en entreprise. J'ai eu une grande phase d'observation, de co-construction avec les médecins du travail et l'équipe pluri, pour voir en quoi je pouvais les aider. On ne parlait pas, au départ, d'actions de sensibilisation. Le premier focus a été de mettre en place le suivi individuel et l'accompagnement.

Aujourd'hui, je rencontre entre 6 et 8 personnes par jour. On a vu une augmentation des demandes, et le poste a évolué. La santé-travail a bougé rapidement, il fallait faire face au contexte économique, à une nouvelle organisation du service avec des médecins du travail qui géraient de plus en plus de situations complexes, et les infirmiers qui réalisaient de plus en plus de visites.

ISTNF. L'assistant social, c'est un métier de connexion, de contact avec les différents métiers ?

ELR. Nous avons un code de déontologie, avec un secret professionnel – ce n'est pas le secret médical, mais il est tout aussi important. Au début, je travaillais surtout avec les médecins du travail : il n'y avait qu'une infirmière. Aujourd'hui, nous comptons plus de 30 infirmiers de santé-travail sur l'Oise et l'Aisne. Puis sont arrivés les préventeurs, psychologues du travail, ergonomes...

Au départ, je m'appuyais plutôt sur les partenaires extérieurs : service social de la Carsat, Sécurité sociale, MDPH, tout en travaillant étroitement avec le médecin. Toutes les personnes que je vois ont une problématique de santé physique, ou psychologique. Elles ont un « caillou », ou plusieurs, dans leur sac. Mon travail, c'est de les aider à déposer ces cailloux au bon endroit pour qu'elles avancent.

Je m'appuie sur un cadre réglementaire, ça rassure tout le monde et ça permet d'avancer pas à pas sur des situations où il y a un problème de santé, que la personne soit en arrêt ou non. Certains sont en poste et s'interrogent sur leur avenir professionnel. C'est légitime, après X années sur un poste, un problème de santé survient, tout explose, et on se demande : « On fait quoi ? »

ISTNF. Certains sujets ne sont pas de ta compétence ?

ELR. Oui. Il est important, pour une assistante sociale en santé au travail, comme pour tout professionnel, de connaître ses limites. Quand je reçois, j'oriente aussi vers les professionnels compétents. Parfois, on me dit : « L'entretien m'a fait beaucoup de bien. » Mais je rappelle que ça ne suffira pas : une heure d'entretien ne remplace pas un suivi psychothérapeutique ou médical.

Je peux orienter vers une psychologue clinicienne, un psychiatre pour un traitement, vers Cap Emploi pour un aménagement de poste, vers la MDPH pour un dossier de reconnaissance, en m'appuyant sur des correspondants identifiés dans chaque structure. Je renvoie aussi vers la « mission accompagnement santé » de la Sécurité sociale, si je repère des difficultés d'accès aux soins.

L'entretien dure quarante-cinq minutes en moyenne. Au bout d'une heure, la personne écoute moins, il vaut mieux proposer un deuxième rendez-vous. Même avec des supports écrits, ça demande de l'énergie, pour une personne, de venir voir une assistante sociale en santé au travail, de prendre conscience que « ça ne va pas », et de décider d'avancer. Ça génère beaucoup d'émotions.

ISTNF. Le « ça ne va pas » est d'abord identifié par le médecin ?

ELR. À 90%, c'est le médecin du travail. Il reste 10%, il s'agit des partenaires, des salariés eux-mêmes, ou par bouche-à-oreille : « J'ai vu Madame Le Razer, appelle-la, elle va t'aider ». L'équipe pluri peut aussi me solliciter. Si la personne vient directement, j'organise une visite de pré-reprise avec le médecin. On détecte assez vite, en face à face, que « ça ne va pas ».

On voit des problématiques de santé de plus en plus lourdes, complexes. On est passé de « simples » TMS – sans minimiser, car ça fait souffrir – à des maladies invalidantes, des séquelles de cancer, des situations très lourdes à gérer en maintien en emploi ou en prévention de la désinsertion professionnelle. C'est compliqué.

ISTNF. Tu constates une dégradation sociale dans les territoires ?

ELR. Avant, une personne déclarée inapte était vue 15 minutes par le médecin, l'avis était posé et... c'était tout. Aujourd'hui, il y a tout un travail en amont : réflexion sur la sortie de l'entreprise, construction et co-construction. On arrive à une sortie d'entreprise en expliquant la procédure, l'après, comment ça doit se passer. Il y a un avant, un pendant et un après.

Il y a aussi une réalité territoriale. Dans certains endroits il y a plus de champs que d'entreprises, quelqu'un qui sort de l'emploi va se retrouver dans une grande précarité. Donc oui, on constate une hausse des besoins du territoire. La preuve : rien que sur l'Aisne, nous sommes maintenant quatre assistantes sociales au sein du service, alors que j'ai été toute seule pendant huit ans.

Dans notre logiciel métier, j'écris mes comptes rendus dans le dossier médical. Le choix des mots est important. Très souvent, quand je rédige, je tourne l'écran vers le salarié pour qu'il voie ce que j'écris, en lui précisant que ça ira dans son dossier médical. Depuis quelque temps, beaucoup d'entre eux me demandent d'imprimer le compte rendu pour l'ajouter à leurs papiers. Je le fais volontiers.

Je ne cache rien. Quand j'écris au médecin traitant, je rédige et relis le courrier devant le salarié. Une fois le compte rendu fait, je lui envoie une « alerte » via le logiciel. Pour les cellules PDP, l'accord du salarié est indispensable. J'ai déjà refusé que des dossiers soient présentés car nous n'avions pas cet accord. Il faut mettre la personne au centre des démarches.

ISTNF. À partir de quand te dis-tu : « l'accompagnement est un succès » ou « un échec » ?

ELR. Je ne vois pas les choses en termes d'échec. Même une sortie d'entreprise n'est pas un échec, si je parviens à faire en sorte que la personne ne perde pas le lien avec le monde du travail. Si ce lien

est maintenu, j'estime avoir réussi. Je suis devenue coordinatrice du service social, mais j'ai souhaité conserver une à deux journées par semaine à l'exercice de ma profession.

Le reste du temps, j'ai ma casquette de responsable, coordinatrice de la cellule PDP avec le médecin du travail, ce qui prend beaucoup de temps : actions de sensibilisation, conventions avec les partenaires, etc. Mon statut a changé. Mais j'ai encore du mal à quitter le terrain. Ça m'aide à manager : les difficultés rencontrées par l'équipe sont les miennes, je les connais au quotidien.

ISTNF. Quel est ton rôle au sein de la cellule PDP ?

ELR. Je suis copilote de la cellule. Je coordonne le fonctionnement : ordre du jour, dates, calendrier. La cellule a deux volets : un versant individuel (repérage des situations, proposition de plan de retour à l'emploi) et un versant collectif (actions de sensibilisation). Ce sont deux instances distinctes, mais toutes deux nécessaires pour faire avancer la cellule et le service.

Auparavant ces cellules étaient portées par la Carsat. Il y a un « avant » et un « après » : en termes de traçabilité, d'organisation, de propositions. La Sécurité sociale a mis la PDP au cœur de son fonctionnement. On a nos fiches de signalement, mais lorsqu'une situation est déjà suivie par une assistante sociale de la Carsat, elle continue son accompagnement. Nous sommes complémentaires.

ISTNF. Est-ce que le sujet santé mentale se développe ?

ELR. Il y a de plus en plus de personnes qui vont mal en entreprise : augmentation des burn-out, des situations de harcèlement allégué, de souffrance au travail, de dépressions liées au travail. Il y en avait avant, mais on observe une nette augmentation des demandes de prises en charge. Peut-être parce que les travailleurs en parlent davantage aux médecins du travail.

La difficulté, pour la PDP, c'est de travailler avec des personnes en grande souffrance dans leur entreprise, d'essayer de les amener à se projeter, alors que leur confiance en soi est altérée. Ces personnes ont besoin d'écoute, d'accepter ce qui leur arrive, de l'appui d'un psy clinicien, d'un psychiatre, de visites intermédiaires avec le médecin du travail, de solutions en interne ou ailleurs.

Mais leur principal frein, c'est souvent eux-mêmes : ils sont prisonniers de leur mal, et en sortir prend du temps. Le système est lui aussi très tendu : les indemnités journalières s'arrêtent plus vite qu'avant. La souffrance au travail s'ajoute à un état de santé fragile et à une précarité qui arrive très vite dès qu'on est en arrêt maladie. Quand on en est là, avancer devient très difficile.

ISTNF. C'est quoi ton domaine de compétence en formation ?

ELR. Je suis formatrice à l'ISTNF : je forme les collaborateurs sur la PDP, en expliquant le cadre réglementaire, les acteurs, les dispositifs mobilisables, le positionnement de chacun (infirmier, médecin, préventeur). En interne, on me sollicite beaucoup sur le droit de la Sécurité sociale. Je forme les nouveaux médecins de Présosa sur ces sujets. Ça me passionne.

Il n'y a pas d'assistante sociale dans tous les services. Je pense que ça va se développer, mais pour l'instant, il y a beaucoup de sous-traitance : des assistantes sociales présentes une fois par semaine, ce qui n'a rien à voir avec un poste intégré. Dans d'autres services, il n'y a pas d'assistante sociale, mais des chargés de maintien en emploi. Notre profession manque peut-être encore de visibilité.