

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOËLE Emilie Esther
née le 30 Novembre 1986 à SCHOELCHER

Présentée et soutenue publiquement le 8 septembre 2015

**Etat des lieux de la coordination des soins dans la prise en charge de
la souffrance au travail par le médecin généraliste : audit qualitatif
auprès de 19 médecins du Nord des Hauts-de-Seine**

Président de thèse : Professeur BELLIVIER Frank

Directeur de thèse : Docteur PILLON Nadja

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, le Pr Frank BELLIVIER et aux membres du jury. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de soutenance.

A ma directrice de thèse, le Dr Nadja PILLON. Merci de ton soutien et de ton accompagnement tout au long de l'élaboration de cette thèse.

A tous les participants à cette étude sans qui elle n'aurait pas pu être réalisée.

A Jean-Philippe, Fabrice, Chris, Céline et Elodie. Merci de votre aide pour la correction et l'amélioration de ce travail.

A Clément, merci de ton aide et de ton amour depuis de nombreuses années.

A mes parents et à mes sœurs. Je voudrais vous remercier de votre présence et de votre soutien dans les bons comme dans les mauvais moments.

A Nathalie, loin des yeux mais certainement pas loin du cœur.

A Abi, Myriam, Sorya, Gabi, Victoire, Zohra et Sophie. Merci pour les nombreux fous-rires que nous avons partagés.

A Caroline, Bénédicte et Anna. Merci de votre amitié.

A Jean-Marc, Michel et Catherine. Merci de la confiance que vous m'avez accordée pour prendre soin de vos patients.

A mes maîtres de stage. Merci de vos précieux enseignements.

A ma (future) belle-sœur Amélie et à mon (futur) beau-frère Pierre. Merci pour les moments sympathiques passés ensemble.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABBREVIATIONS ET SIGLES	5
1 INTRODUCTION	6
2 ELEMENTS DE CONTEXTE	7
2.1 QUELQUES CHIFFRES	7
2.2 CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE	8
2.3 DEFINITION DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL	8
2.3.1 Théorie de la psychodynamique du travail	9
2.3.2 Théorie du stress chronique au travail.....	11
2.3.3 Pathologies associées à la souffrance au travail	16
2.4 PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SOUFFRANCE AU TRAVAIL	18
2.4.1 Coordination nécessaire des soins.....	18
2.4.2 Prévention des risques psychosociaux.....	18
2.4.3 Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la souffrance au travail	19
3 HYPOTHESE ET QUESTION POSEE	23
4 MATERIEL ET METHODE	24
5 RESULTATS	25
5.1 POPULATION ETUDIEE.....	25
5.2 ANALYSE DES DONNEES	27
5.2.1 Représentation de la souffrance au travail selon les médecins généralistes	28
5.2.2 Facteurs de risque de souffrance au travail	30
5.2.3 Fréquence	31
5.2.4 Dépistage de la souffrance au travail.....	32
5.2.5 Prise en charge thérapeutique initiale par le médecin généraliste.....	32
5.2.6 Acteurs intervenant dans la prise en charge de la souffrance évoqués par les médecins généralistes	34
6 DISCUSSION	45
6.1 LIMITES DE L'ETUDE	45
6.1.1 Caractéristiques de l'échantillon	45
6.1.2 Conditions d'entretien	45
6.2 FORCES DE L'ETUDE	45
6.2.1 Caractéristiques de l'échantillon	45
6.2.2 Conditions d'entretien	46
6.3 DISCUSSION SUR LES RESULTATS.....	46

6.3.1	Prise en charge initiale de la souffrance au travail par les médecins généralistes.....	46
6.3.2	Connaissances des médecins généralistes en matière de coordination des soins.....	46
6.3.3	Freins à la coordination des soins.....	47
6.4	EXPERIENCE PERSONNELLE	49
6.5	OUVERTURES	51
7	CONCLUSION	53
8	BIBLIOGRAPHIE.....	54
	ANNEXE 1 : FICHE « RESSOURCES ».....	56
	ANNEXE 2 : ENTRETIENS AVEC 3 ACTEURS DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL	72
	ANNEXE 3 : OUTIL DADSMOP	79
	ANNEXE 4 : VERSION INITIALE DU GUIDE D'ENTRETIEN.....	80
	ANNEXE 5 : EXEMPLE D'UN ENTRETIEN RETRANSCRIT.....	81

LISTE DES ABBREVIATIONS ET SIGLES

BTP	Bâtiment et Travaux Publics
CE	Comité d'Entreprise
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMS	Centre Médico-Social
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CV	Curriculum Vitae
DADSMOP	Dossier d'Aide à la Décision face aux Souffrance Morales alléguées d'Origine Professionnelle
EU-OSHA	European Union-Occupational Safety and Health Administration
(2 significations)	European Agency for Safety and Health at Work
FONGECIF	Fonds de Gestion des Congés Individuels de Formation
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MCV	Maladie Cardio-Vasculaire
MDPH	Maison Départementale du Handicap
OIT	Organisation Internationale du Travail
RDV	Rendez-Vous
RH	Ressources Humaines
RNV3P	Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins primaires en Autonomie Supervisée
SIP	Santé et Itinéraire Professionnel
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
VAE	Validation des Acquis par l'Expérience

1 INTRODUCTION

Le stress occasionné par le travail est perçu par plus de 50 % de l'ensemble des travailleurs européens (et par 49 % des travailleurs français) comme un phénomène courant sur le lieu de travail selon l'enquête d'opinion européenne de l'EU-OSHA réalisée en 2013 [1].

A partir d'une enquête INSEE réalisée en 2002-2003, l'IRDES a conclu en mars 2011 que l'exposition à un risque psychosocial est responsable d'un tiers des arrêts de travail, de 10.2 % de consultations médicales supplémentaires et de 19.3 % des hospitalisations de la population étudiée [2].

La prise en charge de la souffrance au travail constitue donc un enjeu de santé publique.

Celle-ci repose sur la coordination des soins que le médecin généraliste, en tant que premier recours, doit organiser.

Or plusieurs études montrent que les médecins généralistes n'ont pas suffisamment recours aux différents acteurs susceptibles d'aider les patients en souffrance au travail.

Il serait donc intéressant de connaître les correspondants des généralistes en matière de souffrance au travail et de savoir ce qu'ils pensent de ces correspondants.

L'hypothèse est la suivante : Dans leur prise en charge de la souffrance au travail, les médecins généralistes n'orientent pas suffisamment leurs patients vers les professionnels compétents. Le nombre d'acteurs auxquels ils ont recours est limité et ils ont une mauvaise connaissance de ces acteurs.

Question posée : Quels sont les recours des médecins généralistes dans la prise en charge de la souffrance au travail et comment se représentent-ils ces recours ?

L'objectif de l'étude est de faire un état des lieux de la coordination des soins réalisée par les médecins généralistes dans la prise en charge de la souffrance au travail.

2 ELEMENTS DE CONTEXTE

La souffrance au travail est un concept complexe, ayant une dimension à la fois médicale, économique et sociale. De multiples notions sont associées à ce concept qu'il est important de détailler.

Au cours de ce paragraphe, nous nous intéresserons, tout d'abord, à la prévalence et à l'impact sur les dépenses de santé des situations de souffrance au travail. Le contexte socio-économique actuel, indispensable à la compréhension des mécanismes de la souffrance au travail, sera ensuite développé. Nous définirons les notions associées au concept de « souffrance au travail ». Enfin, nous aborderons la prévention, le dépistage et la prise en charge de la souffrance au travail.

2.1 QUELQUES CHIFFRES

Selon l'enquête « Santé et itinéraire professionnel » (SIP) réalisée en 2010, 31 % des salariés déclarent travailler « toujours » ou « souvent » sous pression. 53% indiquent être amenés, au cours de leur travail, à « devoir calmer des gens ». 18% estiment avoir « toujours » ou « souvent » « très peu de liberté pour décider comment faire leur travail ». 43% jugent que leur travail n'est que « parfois » ou « jamais » « reconnu à sa juste valeur ». 36% indiquent, que dans leur travail, ils doivent faire « toujours », « souvent » ou « parfois » « des choses qu'ils désapprouvent ». 67% estiment qu'ils « vivent des changements imprévisibles ou mal préparés » [3].

Selon la cinquième enquête sur les conditions de travail parue en 2010, seul un cinquième de la population de travailleurs a l'impression qu'il existe un équilibre entre vie privée et vie professionnelle [4].

Selon l'étude Yearbook 2012 Eurofound, à la quarantaine, 64 % des femmes et 56 % des hommes estiment qu'ils n'ont pas de perspectives satisfaisantes d'évolution professionnelle. A la cinquantaine, ces pourcentages grimpent respectivement à 75 % et 66 % [5].

L'enquête d'opinion européenne de l'EU-OSHA a conclu, en 2013, que le stress occasionné par le travail est perçu comme un phénomène courant sur le lieu de travail par plus de 50 % de l'ensemble des travailleurs européens et par 49 % des travailleurs français [1].

En 2007, le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) rapporte que les troubles mentaux et du comportement représentent 27 % des problèmes de santé d'origine professionnelle vus en consultation de pathologies professionnelles, devant les maladies de l'appareil respiratoire (19 %) et les maladies de peau (15 %) [6].

Entre 2007 et 2012, les taux de prévalence de la souffrance au travail ont augmenté chez les hommes de 1,1 % à 1,4 % et de 2,3 % à 3,1 % chez les femmes [7].

A partir d'une enquête INSEE de 2002-2003 incluant 11 572 personnes actives résidant en France métropolitaine, l'IRDES a établi en mars 2011 que l'exposition à un risque psychosocial est responsable d'un tiers des arrêts de travail, de 10.2 % de consultations médicales supplémentaires et de 19.3 % des hospitalisations de la population étudiée [2].

Ces chiffres mettent en évidence la grande fréquence des situations de souffrance au travail et l'impact de cette souffrance sur les dépenses de santé.

2.2 CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

La prise en compte du contexte socio-économique est indispensable pour comprendre les mécanismes et les étiologies de la souffrance au travail.

L'Union européenne connaît actuellement une période de crise économique. Malgré une discrète reprise de la croissance en 2015, le taux de chômage est très élevé. Il stagne depuis 2012 passant de 11 % en 2012 à 10.4 % en 2014. [5], [8]

Cette situation économique est à l'origine d'une transformation du marché du travail. Ceci entraîne :

- Une diminution de la sécurité de l'emploi au profit de la flexibilité. Ainsi les contrats temporaires ou à temps partiel sont priorités ;
- Un allongement du temps de travail. L'objectif est d'accroître la participation à la vie active et de réduire la pression sur les régimes de protection sociale. Cependant, les perspectives de carrière sont médiocres à partir d'un âge moyen ;
- Une intensification du travail. 62 % des travailleurs déclarent travailler avec des délais très courts et 59 % à un rythme très soutenu ;
- Une tendance à la stagnation des salaires. [5], [8]

Le contexte économique a également généré une modification de l'organisation du travail centré essentiellement sur la production et non sur la gestion des relations interhumaines [9].

Malgré, une augmentation du degré d'autonomie des salariés et la promotion du travail d'équipe [5], la mise en place d'entretien individualisé couplée à une gestion par objectifs a pour conséquence la mise en concurrence des différents salariés. Cette situation fragilise la coopération entre les travailleurs [10]. Ceci est à l'origine d'un profond sentiment de solitude des employés [9].

L'objectif de qualité totale passe par la mise en place d'objectifs parfois inatteignables pour le salarié, le poussant parfois à mentir, à tricher ou à agir à l'encontre de son éthique [10].

La rotation des tâches est également favorisée, requérant de multiples compétences pour le travailleur [5].

2.3 DEFINITION DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Définir la souffrance au travail est un exercice difficile. Deux modèles théoriques sont proposés : la théorie de la psychodynamique du travail et la théorie du stress au travail. Le concept des risques psychosociaux, qui sera défini ultérieurement, découle de cette dernière [11], [12].

2.3.1 Théorie de la psychodynamique du travail

La psychodynamique du travail, initiée par C. Déjours, s'appuie sur le couple souffrance et plaisir au travail. La normalité est perçue comme un équilibre entre la souffrance et les stratégies de défense mises en place par l'individu. Les pathologies surviennent lorsque la souffrance ne peut plus être contenue. [10]

2.3.1.1 Conception du travail entre le prescrit et le réel

Le travail correspond à l'écart entre la prescription d'un côté et la résistance du réel de l'autre.

La prescription représente les directives de la hiérarchie, formulées pour une situation-type qui n'arrivera jamais. Elles ne tiennent pas compte de la variabilité de la réalité.

La résistance du réel correspond à l'exécution de la tâche par le travailleur dont le mode opératoire se modifiera au fur et à mesure de son perfectionnement. De plus, une même tâche sera effectuée différemment selon les individus. [10], [13]

2.3.1.2 Souffrance et plaisir

Selon l'approche de la psychodynamique du travail, la souffrance est ce qui pousse le sujet à surmonter les obstacles auxquels il est confronté. Elle peut, par exemple, être source de créativité.

Le travail permet de transformer la souffrance en plaisir sous réserve que l'individu puisse mobiliser son intelligence et que les conditions d'exécution soient favorables. [10]

2.3.1.3 Stratégies de défense

Le sujet ne se contente pas de subir la souffrance. Il met au point des stratégies défensives pouvant être individuelles ou collectives. L'objectif de ces stratégies est d'occulter la pensée qui fait souffrir afin de poursuivre l'activité. Le choix entre stratégies individuelles ou collectives n'est pas dicté par la personnalité du sujet mais par la situation de travail. [10]

2.3.1.3.1 Stratégie de défense individuelle : l'auto-accélération

L'auto-accélération est une stratégie de défense mise en place en cas de travail répétitif sous contrainte de temps (travail à la chaîne). Or dans ce type d'activité, l'ingéniosité dans le travail, résultant d'une alternance entre rêverie et pensée structurée, est un frein à la productivité.

L'individu va donc mettre en place une répression psychique. Ceci consiste à anesthésier sa pensée et à paralyser son fonctionnement mental. Paradoxalement, le sujet va s'imposer une cadence de travail plus soutenue. L'investissement moteur et comportemental se fera au détriment de la voie mentale avec un risque d'appauvrissement psychique. [10]

2.3.1.3.2 Stratégies de défenses collectives

Ces stratégies sont élaborées collectivement, de façon intentionnelle et rationnelle. Le but est de lutter contre les pensées comme la peur, le dégoût ou la honte qui pourraient empêcher de réaliser certains métiers. Elles sont donc façonnées en réaction à la nature du travail.

Par exemple, dans les métiers dangereux comme les gardiens de prisons, ou les ouvriers du BTP, la peur est susceptible d'empêcher la réalisation de la tâche. En réaction, les travailleurs adoptent des attitudes viriles de déni du danger et de leur vulnérabilité.

Dans les métiers de soins demandant un investissement émotionnel important et la capacité à comprendre et à soulager la souffrance d'autrui, il est indispensable d'identifier et de reconnaître ses vulnérabilités. L'autodérision est, ici, une stratégie de défense collective permettant de supporter le réel. [10]

2.3.1.4 Reconnaissance et coopération

La non-reconnaissance et la déstructuration des coopérations sont des sources de souffrance au travail. [10], [13]

2.3.1.4.1 Reconnaissance

La construction identitaire d'un individu est directement liée à la reconnaissance.

La reconnaissance du travail accompli est la réponse aux attentes subjectives de chacun et participe à la transformation de la souffrance en plaisir.

Elle s'appuie sur deux jugements :

- Le jugement d'utilité, émis par la hiérarchie. Il porte sur l'utilité sociale, économique ou technique du travail. Il consiste à évaluer si les objectifs ont été atteints ;
- Le jugement de beauté, émis par les pairs. Il comprend le jugement de conformité aux règles du métier et le jugement d'originalité (le fait que le travail effectué soit différent de celui des autres). [10], [13]

2.3.1.4.2 Coopération

Le travail est toujours effectué de manière collective. Il est nécessairement réalisé avec ou pour quelqu'un. Il requiert la mise en place de liens de coopération. Ces derniers nécessitent l'existence d'une confiance mutuelle, d'une intercompréhension et d'un espace de délibération permettant un échange d'opinion.

Il existe deux types de coopérations :

- La coopération horizontale entre collègues du même niveau hiérarchique ;
- La coopération verticale, entre un salarié et sa hiérarchie. [10], [13]

L'échec des mécanismes de défense, la non-reconnaissance ou la rupture de la coopération sont à l'origine de pathologies de surcharge [10].

2.3.1.5 Pathologies de surcharge

Ces décompensations psychopathologiques ne dépendent pas uniquement de la situation de travail. Elles découlent également de la personnalité et de l'organisation psychique de l'individu préexistante à la situation de travail.

Trois catégories de pathologies de surcharge existent :

- Surcharge du fonctionnement psychologique, mental ou cognitif ;
- Surcharge du fonctionnement pulsionnel entraînant des troubles du comportement ;
- Surcharge du fonctionnement organique, entraînant des pathologies somatiques. [10], [13]

Ces différentes pathologies seront développées par la suite.

2.3.2 Théorie du stress chronique au travail

La théorie du stress chronique établie qu'il existe des facteurs professionnels pourvoyeurs de stress, les risques psychosociaux, entraînant la survenue d'un stress chronique, lui-même à l'origine d'un certain nombre de pathologies [1], [14].

2.3.2.1 Définition du stress

Selon l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, le stress se définit par un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face [15].

Le mot stress désigne ainsi la réaction de l'organisme face à la pression de l'environnement.

Le stress entraîne des réactions neurophysiologiques comme la sécrétion de catécholamines et de glucocorticoïdes. Ceci aura pour conséquences un ensemble de signes physiques : accélération du rythme cardiaque, augmentation de la tension musculaire, ralentissement de la digestion, stimulation hépatique, accroissement de la vigilance [16].

On peut ainsi distinguer deux types de stress :

- Le stress aigu, qui fait suite à une situation ponctuelle comme la prise de parole en public. Il n'est pas délétère pour la santé. Il peut être motivant et accroître les capacités du sujet.
- Le stress chronique, lié à une situation de contrainte qui se prolonge dans le temps. Il correspond à un épuisement de l'organisme exposé trop longtemps à une hyperstimulation et donc à un excès de catécholamines et de glucocorticoïdes. Il est toujours délétère pour la santé [14].

Ces modifications biologiques vont engendrer divers symptômes d'installation rapide, en moyenne quelques semaines.

2.3.2.2 Conséquences cliniques du stress chronique

Le stress chronique est à l'origine de multiples symptômes physiques, émotionnels et cognitifs.

- Symptômes physiques : douleurs (céphalées, douleurs abdominales, douleurs musculaires, articulaires, etc.), troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, sensations d'essoufflement ou d'oppression, hypersudation, etc. ;
- Symptômes émotionnels : sensibilité et nervosité accrues, angoisse, excitation, tristesse, sensation de mal-être, crises de larmes ;

- Symptômes cognitifs : perturbation de la concentration entraînant des erreurs et des oublis, difficulté à prendre des initiatives ou des décisions, troubles de la mémoire. [1], [14]

Ces symptômes peuvent avoir des répercussions sur le comportement :

- Recours à des produits calmants (somnifères, anxiolytiques, alcool, etc.) et/ou prise d'excitants ;
- Fuite par rapport à un environnement agressif : inhibition, repli sur soi, diminution des activités sociales, etc.

Lorsque le stress chronique se prolonge, il entraîne un certain nombre de pathologies, dont la réversibilité n'est pas toujours possible. [1], [14]

Les facteurs de risques de stress chronique au travail constituent les facteurs de risques psychosociaux.

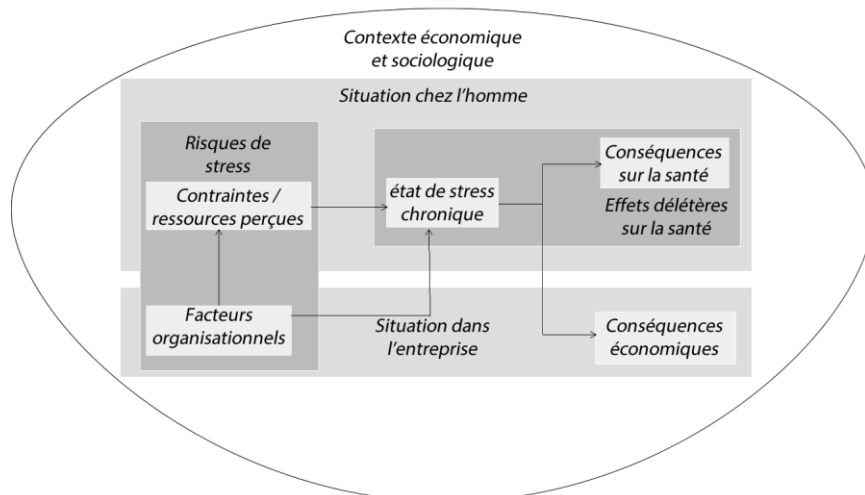
2.3.2.3 Risques psychosociaux

La notion de risques psychosociaux est un concept apparu aux Etats-Unis dans les années 70 avec le développement de stratégie de gestion individuelle du stress.

La prise de conscience ne se fait en France que dans les années 2000, notamment avec l'ouvrage « Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien » de M.F. Hirigoyen paru en 1998.

Les risques psychosociaux sont définis en 2011, en France comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. La notion de fonctionnement mental est relative aussi bien à des phénomènes cognitifs qu'à des phénomènes psychiques d'une autre nature, si tant est que la séparation ait un sens ». [1], [14]

L'impact des facteurs de risques psychosociaux est mis en évidence par le schéma-suivant [1] :



Le collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail a proposé le regroupement des facteurs de risques psychosociaux en six catégories :

- L'intensité du travail et le temps de travail ;
- Les exigences émotionnelles ;
- Le manque d'autonomie ;
- La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail ;
- La souffrance éthique ;
- L'insécurité de la situation de travail. [17]

Ils peuvent également être répartis en deux groupes :

- Les facteurs organisationnels. Ce sont les conditions de travail factuelles, repérables et objectivables ;
- Les contraintes, aussi appelées « facteurs psychosociaux », correspondant à la perception subjective des conditions de travail. [1], [14]

2.3.2.3.1 Facteurs organisationnels

On distingue les facteurs propres à l'entreprise, regroupés en quatre catégories :

- Le contenu propre du travail définissant l'activité ;
- L'organisation du travail et la gestion des ressources ;
- La qualité des relations de travail ;
- L'environnement physique (nuisances sonores, sur-occupation des locaux).

A ceux-ci s'ajoutent les facteurs liés au contexte sociologique (utilisation de techniques de communication à distance, sur-responsabilisation, etc.) et économique (intensification du travail, instabilité de l'emploi, etc.). [1], [14]

2.3.2.3.2 Contraintes

Il existe deux types de contraintes :

- Les contraintes inhérentes à l'activité professionnelle. C'est, par exemple, le cas de la surcharge émotionnelle dans les métiers de soins. Ces contraintes sont le plus souvent bien tolérées car elles font partie intégrante de la profession. Généralement, ceux qui ne les supportent pas se réorientent rapidement ;
- Les contraintes liées aux conditions de travail. Elles sont généralement mal supportées.

La perception des contraintes est variable d'un individu à l'autre ou pour un même individu d'un instant à l'autre.

De même, elles sont bien mieux tolérées lorsqu'elles sont choisies plutôt que subies.

Certaines contraintes sont particulièrement à risque de stress chronique :

- Les conflits éthiques (contradiction entre exigence du poste et valeurs morales de l'employé) ;
- Les injustices organisationnelles (inégalité dans la distribution des ressources : salaires, protection sociale, etc.) ;
- La mauvaise qualité du management ;
- L'insécurité de l'emploi et du salaire ;
- La forte charge émotionnelle ;
- Les conflits de rôle en cas de profils de poste mal définis ;
- Les violences internes. Elles correspondent à des agressions verbales ou physiques opposant entre eux des personnels (collègues, responsables hiérarchiques, etc.) d'une même structure de travail. Elles incluent la violence psychologique au travail, notamment le harcèlement moral et le harcèlement sexuel ;
- Les violences externes. Ce sont des insultes, des menaces ou des agressions (physiques ou psychologiques) exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à la situation de travail (usagers, clients, patients, élèves, etc.) et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être.

L'accumulation des contraintes est un facteur aggravant. [1], [14]

2.3.2.3.3 Cas particulier du harcèlement moral et du harcèlement sexuel

- Harcèlement moral

Le harcèlement moral est interdit en France par le Code du travail (article L. 1152-1) et par le Code pénal (article 222-33-2). Le Code du travail prévoit qu' « aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ».

Il est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. [18]

Il se distingue du conflit par sa fréquence et sa durée mais, surtout, par l'inégalité des rapports entre l'agresseur et l'agressé. Il s'agit d'un processus de domination du harceleur sur sa victime [19].

Dans une situation de harcèlement moral, la victime ne sait pas ce qu'on lui reproche et va s'épuiser dans une quête de perfection, alors que dans le conflit les reproches sont formulés [19].

- Harcèlement sexuel

Le harcèlement sexuel est interdit par le Code du travail (article L. 1153-1) et par le Code pénal (article 222-33) : « aucun salarié ne doit subir des faits :

- soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;

- soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers ».

Il est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. « Ces peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende lorsque les faits sont commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions » (article 222-33). [18]

A partir des notions de contraintes et de facteurs organisationnels, ont été établis des modèles d'évaluation de la souffrance au travail.

2.3.2.4 Modèles bidimensionnels d'évaluation de la souffrance au travail

Deux modèles bidimensionnels intégrant les facteurs organisationnels et les contraintes ont été développés afin d'évaluer l'impact des facteurs de risques psychosociaux sur la santé : le modèle de Karasek et le modèle de Siegrist [1], [14].

2.3.2.4.1 Modèle de Karasek

Il repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions :

- La demande psychologique associée à la réalisation des tâches ;
- La latitude décisionnelle recouvrant :
 - l'autonomie dans l'organisation de ces tâches et la participation aux décisions,
 - la possibilité pour le travailleur d'utiliser ses compétences.

Karasek a montré que l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (« job strain ») représentait un risque pour la santé physique et mentale.

Ce modèle a ensuite été enrichi par une troisième dimension qui est le support social au travail (soutien socio-émotionnel et technique).

2.3.2.4.2 Modèle de Siegrist

Développé dans les années 90, ce modèle, également bidimensionnel, repose sur l'équilibre entre les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour.

Dans la première dimension, celle de l'effort, il distingue deux sous-domaines : la notion d'effort extrinsèque (contraintes de temps, responsabilité, etc.) et l'investissement de l'individu vis-à-vis de la tâche.

La deuxième dimension renvoie aux gratifications apportées par le travail. Elles peuvent être de différente nature (monétaire, statut, estime de soi).

Un déséquilibre comme, par exemple, un surinvestissement ou un manque de reconnaissance est source de souffrance.

2.3.3 Pathologies associées à la souffrance au travail

Que l'on se place du point de vue de la théorie du stress ou de la psychodynamique du travail, les pathologies associées à la souffrance au travail sont les mêmes et ne sont pas spécifiques à la situation de travail [11], [10].

Ces pathologies peuvent être liées à une altération de la santé mentale, aussi appelée surcharge mentale, à des troubles du comportement (surcharge pulsionnelle), une altération de l'état physique (surcharge physique) ou à des conduites addictives.

2.3.3.1 Altération de la santé mentale (surcharge mentale)

L'altération de la santé mentale peut se manifester sous différentes formes cliniques :

- Souffrance psychique et mal-être : Ils peuvent être associés à un sentiment d'ennui chronique, de lassitude, de repli sur soi ou d'insatisfaction [1], [10], [13].
- Syndrome anxieux : (anxiété généralisée, anxiété épisodique paroxystique et troubles anxieux phobiques) [1], [11], [13].
- Syndromes dépressifs : en 2008, trois revues de la littérature fondées exclusivement sur des études épidémiologiques longitudinales concluent à l'existence de liens entre les différentes dimensions des modèles de Karasek et de Siegrist et les troubles dépressifs et anxiodépressifs. [1], [10], [13], [14].
- Manifestations psychotiques : des bouffées délirantes, un syndrome confusionnel, un délire paranoïaque peuvent apparaître dans un contexte professionnel pathogène [13].
- Syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) : le burn-out se caractérise par trois symptômes : épuisement émotionnel (impression de saturation affective et émotionnelle vis-à-vis de la souffrance d'autrui), désinvestissement de la relation (avec des attitudes et des sentiments négatifs et cyniques envers la clientèle ou les usagers) et diminution du sentiment d'accomplissement personnel au travail (tendance à l'autoévaluation négative, en particulier vis-à-vis de son travail avec les clients ou patients). Les conséquences néfastes du burn-out sont la dépression, la réduction de l'estime de soi, l'absentéisme, la diminution de l'efficacité et l'apparition de conflits interpersonnels. Pour certains scientifiques, le burn-out est une forme de dépression. [1], [13], [14]
- Etat de stress post-traumatique : cette affection est secondaire à une situation dans laquelle l'individu perçoit une menace contre lui-même ou dont il est le témoin. Le harcèlement moral en est un facteur de risque majeur. Le sujet va présenter dans les suites immédiates de l'épisode :
 - une anxiété subaiguë avec manifestations somatiques (tachycardie, tremblements, sueurs),
 - des reviviscences de la scène traumatisante,
 - des attaques de panique en cas de confrontation à l'élément traumatisant ou à un élément ayant une analogie avec ce dernier,
 - des cauchemars avec insomnie réactionnelle.

L'ensemble de ces symptômes conduira progressivement à un repli social, affectif et sexuel majeur ainsi qu'à une altération progressive de l'état général. On peut ainsi

constater une atteinte cognitive (perte de mémoire, trouble de la concentration, perte de logique), une atteinte psychique (perte de l'estime de soi, dévalorisation, pleurs, sentiment de culpabilité, position défensive de justification) et/ou une atteinte somatique.

L'état de stress post-traumatique peut évoluer progressivement vers un état dépressif et est à fort risque suicidaire. [1], [13], [14], [19]

2.3.3.2 Surcharge pulsionnelle

Les pathologies de surcharge pulsionnelle se caractérisent par des troubles du comportement qui peuvent être :

- Auto-agressif (suicide). Très peu d'études fiables permettent de démontrer le lien entre suicide et risques psychosociaux. Seules les professions du domaine de la santé ainsi que les agriculteurs présentent assez systématiquement un excès de risques ;
- Hétéro-agressif (agressions de collègues ou de clients) ;
- Episodes de violence dirigée contre l'outil de travail (vandalisme, sabotage) ;
- Episodes de dérives éthiques comme l'adhésion à un harcèlement moral de subordonnés. [10], [13], [20]

2.3.3.3 Altération de la santé physique (surcharge physique)

La souffrance au travail peut entraîner de multiples atteintes somatiques (cardiovasculaires, rhumatologiques, endocriniennes, etc.).

- Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires (MCV) étudiées en milieu de travail regroupent les affections coronariennes dont la mort subite, l'infarctus du myocarde, l'angine de poitrine et les accidents vasculaires cérébraux.

Des résultats issus de méta-analyses montrent que l'exposition au « job strain » du modèle de Karasek augmenterait le risque de MCV de 16 à 45 %. Le risque serait accru de 58 à 152 % en cas d'exposition au déséquilibre « efforts-récompenses » du modèle de Siegrist.

Les études récentes confirment la relation existant entre certains facteurs psychosociaux et de nombreux facteurs de MCV tels que l'augmentation de la pression artérielle, l'obésité, le diabète ou le syndrome métabolique.

- Troubles musculo-squelettiques (TMS)

Les TMS recouvrent un ensemble de pathologies douloureuses tels que les rachialgies, les atteintes des membres inférieurs comme les gonalgies, et des membres supérieurs (ex : épicondylite du coude et syndrome du canal carpien).

Les études montrent avant tout une association entre douleur et risques psychosociaux.

- De nombreuses autres pathologies, telles que les déficits immunitaires, les troubles de la fertilité, les troubles endocriniens, sont très probablement en lien avec les risques psychosociaux mais ces liens n'ont pas été prouvés. [1], [13], [20]

2.3.3.4 Conduites addictives (drogues, alcool, produits dopants)

Une revue de la littérature menée à la fois sur des études longitudinales et transversales, en 2006, conclut à une association entre exposition aux facteurs de risques psychosociaux au travail et l'addiction à l'alcool. Une étude longitudinale de 2007 rapporte que les hommes exposés au «job strain» ou à de fortes exigences présentent un risque accru de consommation d'antidépresseurs. [1]

L'hyperactivisme professionnel (workaholism) serait une forme d'addiction au travail. Les sujets consentiraient à leur surcharge de travail, au point que la nature compulsive de leur rapport à l'activité puisse être pensée en termes d'addiction. L'accroissement de la surcharge est alors conçu comme une dépendance du sujet, complaisant voire volontaire pour travailler plus. [1], [10]

2.4 PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SOUFFRANCE AU TRAVAIL

La prévention et la prise en charge des pathologies associées à la souffrance au travail est un enjeu de santé publique [21].

2.4.1 Coordination nécessaire des soins

La souffrance au travail est à l'interface entre le psychique, le social et l'organisationnel. De nombreux acteurs participent à sa prise en charge hétérogène et complexe.

Le recours à la multidisciplinarité avec le développement de pratiques de coopération entre les différents acteurs afin de mettre en commun les savoir-faire est indispensable. [21], [22], [23], [24], [25], [26]

Cette coopération permet une prise en charge plus efficace et plus réactive des patients en souffrance au travail [27].

2.4.2 Prévention des risques psychosociaux

Comme toute pathologie, la prévention des risques psychosociaux peut se faire à plusieurs niveaux : primordial, primaire, secondaire et tertiaire.

2.4.2.1 Prévention primordiale

L'objectif est d'éviter l'apparition de conditions (économiques, sociales, comportementales, environnementales, culturelles, etc.), connues pour augmenter les risques d'atteinte à la santé.

Au niveau de l'entreprise, la prévention primordiale consiste à prévenir l'émergence de contraintes organisationnelles. Sa mise en place peut s'appuyer sur les conditions proposées par la psychologue B. Gardell en 1981.

Le travail doit être conçu :

- De façon à ce que chacun puisse influencer la situation, les méthodes et la vitesse d'exécution ;

- De façon à ce que chacun ait une vue d'ensemble et une compréhension des différentes opérations ;
- Pour donner à chacun la possibilité d'utiliser et développer la totalité de ses ressources ;
- Pour permettre les contacts humains et la coopération entre ses acteurs ;
- Pour donner à chacun le temps nécessaire à la satisfaction de ses rôles et obligations extérieures tels que les tâches familiales, sociales ou engagements politiques.

2.4.2.2 Prévention primaire

La prévention primaire a pour objectif de diminuer l'impact des contraintes intrinsèques au métier et de réduire ou d'éliminer les contraintes organisationnelles afin d'éviter ou de limiter le stress chronique.

2.4.2.3 Prévention secondaire

La prévention secondaire concerne les travailleurs déjà exposés à des risques psychosociaux. Elle vise à éviter l'apparition de maladies liées au stress chronique et à accroître les ressources individuelles pour faire face à ce stress.

2.4.2.4 Prévention tertiaire

La prévention tertiaire concerne la prise en charge des sujets présentant des pathologies secondaires aux risques psychosociaux.

En pratique, il existe quatre catégories d'interventions de prévention menées dans les entreprises.

- Catégorie 1 : Interventions favorisant l'enrichissement du travail, l'autonomie et la participation dans les décisions, ou des horaires de travail permettant le bon équilibre entre vie familiale et vie personnelle.
- Catégorie 2 : Ce sont les mêmes interventions qu'en catégorie 1 mais appliquées à des employés qui présentent des signes de stress ou de décompensations psychopathologiques.
- Catégorie 3 : On y retrouve les actions de formation des managers, la mise en place de plans de carrière, de débriefings, d'activités de « coaching » et d'actions de promotion de la santé au travail.
- Catégorie 4 : Elle inclut les « numéros verts », les traitements médicaux et psychothérapies pour les symptômes et maladies liées au stress, les programmes d'assistance pour un stress post-traumatique ou d'aide au retour au travail après un arrêt prolongé et la gestion individuelle du stress. [1], [10], [14][28]

2.4.3 Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la souffrance au travail

En tant que médecin « de famille », le médecin généraliste est bien souvent confronté en première ligne à la souffrance au travail [11], [22], [26].

Il a donc un rôle de dépistage, de diagnostic, de prise en charge thérapeutique et d'orientation des patients en souffrance au travail [22], [23], [25].

2.4.3.1 Dépistage de la souffrance au travail

La question simple : « Au travail comment ça va ? » posée à tous patients en souffrance psychologique ou présentant des pathologies évocatrices et même à l'occasion d'une consultation de routine permet de dépister facilement les patients en souffrance au travail. [23], [25]

2.4.3.2 Interrogatoire d'un patient en souffrance au travail

L'interrogatoire permettra de repérer et d'évaluer la sévérité des symptômes de souffrance et notamment le risque suicidaire.

Dans un second temps, il est important d'identifier la cause de la souffrance et de rechercher particulièrement l'implication des facteurs délétères personnels et professionnels.

Pour cela, le médecin généraliste devra s'attacher à rechercher les antécédents de troubles psychiques ou de la personnalité et à identifier le ou les événements stressants personnels ou professionnels.

Afin d'évaluer l'implication professionnelle dans la souffrance, on pourra s'appuyer sur les questions suivantes :

- Comment ça va avec vos collègues ? (confiance, isolement, agressivité, violences, etc.)
- Et avec les responsables ? (reconnaissance, conflit, etc.)
- Y a-t-il eu des changements dans l'entreprise ? (de métier, de chef, financier, etc.)
- Dans quel état d'esprit allez-vous au travail ?
- Quel est votre statut professionnel ? (type de contrat, salarié protégé, etc.)
- Qu'est-ce qu'il faudrait pour que vous vous sentiez bien au travail ?

Un outil d'aide à la décision, le DADSMOP peut également être utilisé (annexe 3). [11], [23]

Le site « www.atoutesante.com » [29] propose des échelles d'évaluation de stress au travail.

2.4.3.3 Prise en charge thérapeutique

2.4.3.3.1 Prise en charge psychologique

L'écoute et la mise en place d'une psychothérapie de soutien sont les premiers éléments de la prise en charge par le médecin généraliste. Il est également possible d'adopter un rôle de conseil. [11], [21], [23]

La mise en place d'une psychothérapie de type thérapie cognitivo-comportementale ou psychanalytique est souvent rapidement nécessaire [11], [23].

2.4.3.3.2 Arrêt de travail

Selon certaines sources, l'arrêt de travail est essentiel pour permettre au patient de prendre de la distance avec la source de sa souffrance [21]. Pour d'autres, il n'est pas toujours une réponse adaptée. Le site « sistepaca.org » propose d'évaluer la balance bénéfique/risque selon le modèle suivant [23] :

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Rôle thérapeutique de l'arrêt de travail : supprimer (temporairement) la cause de la souffrance ; • Se retirer de la situation à l'origine de la souffrance peut permettre une réflexion, une prise de distance, une reconstitution des ressources physiques et psychologiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'arrêt de travail risque de figer la situation sans la résoudre avec prolongation « indéfinie » de l'arrêt ; • L'arrêt de travail peut être considéré comme « injustifié » par l'entreprise, avec parfois une dévalorisation professionnelle du salarié ; • L'arrêt de travail prolongé peut aboutir à une éviction de l'entreprise, ce qui est parfois le but recherché par les auteurs de la souffrance.

2.4.3.3.3 Rôle d'orientation vers les différents acteurs intervenant dans la prise en charge de la souffrance au travail

Comme énoncé en début de paragraphe, la prise en charge de la souffrance au travail repose sur la mise en place d'une coordination entre les différents acteurs.

En tant que premier intervenant, le médecin généraliste a un rôle d'orientation de son patient vers ces différents professionnels. Il met en place la coordination des soins indispensable à une prise en charge efficace de son patient. Cette coordination doit être la plus précoce possible. [22], [23], [25], [30]

2.4.3.3.4 Prise en charge médicamenteuse

En fonction de la sévérité des symptômes, le recours à des anxiolytiques ou à des antidépresseurs peut-être envisagé mais doit se faire avec prudence en tenant compte du risque d'addiction [11], [23].

2.4.3.3.5 Déclaration en accident de travail/maladie professionnelle

Les pathologies associées à la souffrance au travail peuvent être reconnues en accident de travail si les symptômes se manifestent sous la forme d'un événement aigu, pouvant être daté de façon précise et que le lien avec un rôle pathogène du travail peut être établi (exemple : infarctus du myocarde, état de stress post-traumatique)[23], [30], [31].

La souffrance au travail et ses pathologies associées ne font pas partie de la liste des maladies professionnelles indemnisables.

Il est possible d'essayer de faire reconnaître en maladie professionnelle une pathologie secondaire à l'exposition à des risques psychosociaux mais cette procédure a peu de chances d'aboutir au vue des deux conditions strictes à respecter : la maladie doit être essentiellement et directement causée par le travail et doit entraîner le décès de la victime ou une incapacité permanente d'au moins 25 % [30], [31].

2.4.3.3.6 Certificats médicaux

Le médecin généraliste peut être amené à réaliser des certificats médicaux pour aider le patient à faire reconnaître sa situation de souffrance professionnelle. Ces derniers doivent être réalisés avec prudence. Conformément au code de déontologie, la notion de harcèlement ne doit jamais apparaître. De même, il ne faut jamais citer de tiers.

Ils peuvent être réalisés selon le modèle des certificats « coups et blessures » en citant les dires du patients, précédés de la mention « selon les dires du patients ».

Le certificat doit être remis en mains propres au patient et cette notion doit y être précisée.

Le site « souffrance-et-travail.com » propose plusieurs modèles de certificats médicaux. [21], [23]

3 HYPOTHESE ET QUESTION POSEE

Au cours de mon stage ambulatoire de niveau 2 (SASPAS), j'ai été confrontée à de nombreux patients en souffrance au travail. Je me suis alors rendue compte que la prise en charge de ces patients était difficile. En réalisant une trace d'apprentissage, j'ai constaté qu'il existait très peu d'articles dédiés à la prise en charge par le généraliste de la souffrance au travail.

Par contre, plusieurs travaux de thèses réalisés entre 2006 et 2014 évaluant la prise en charge par les généralistes de la souffrance au travail ainsi qu'une étude qualitative réalisée en 2007 étudiant l'attitude de médecins généralistes et de spécialistes dans le Sud-Est de la France face à la souffrance au travail, montrent que la coordination des soins est insuffisante. [24], [32], [33],[34],[35]

Il serait donc intéressant de connaître les correspondants des généralistes en matière de souffrance au travail et de savoir ce qu'ils pensent de ces correspondants.

L'hypothèse est la suivante : Dans leur prise en charge de la souffrance au travail, les médecins généralistes n'orientent pas suffisamment leurs patients vers les professionnels compétents. Le nombre d'acteurs auxquels ils ont recours est limité et ils ont une mauvaise connaissance de ces acteurs.

Question posée : Quels sont les recours des médecins généralistes dans la prise en charge de la souffrance au travail et comment se représentent-ils ces recours ?

L'objectif de l'étude est de faire un état des lieux de la coordination des soins réalisée par les médecins généralistes dans la prise en charge de la souffrance au travail.

4 MATERIEL ET METHODE

Un audit qualitatif a été réalisé auprès de 19 médecins généralistes du Nord des Hauts-de-Seine.

L'étude s'appuie sur 11 entretiens semi-structurés enregistrés avec un enregistreur numérique, parmi lesquels on compte 10 entretiens individuels et 1 focus groupe de 9 participants.

9 entretiens individuels ont été réalisés au cabinet des médecins généralistes et 1 entretien a été effectué au domicile du praticien à sa demande.

Le focus groupe a été réalisé à l'occasion d'un groupe de pairs sur leur lieu de rassemblement habituel.

Les critères d'échantillonnage comportaient le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice et la date d'installation.

Le recrutement a été effectué essentiellement auprès de médecins généralistes que je connais ou avec qui j'ai déjà travaillé (médecin remplacé, ancien maître de stage, groupe de pairs, médecin généraliste de proches).

Afin de réaliser le guide d'entretien, la recherche bibliographique s'est initialement appuyée sur les thèses précédemment réalisées. La bibliographie associée à ces thèses a permis ensuite d'enrichir cette recherche.

Les deux premières questions de l'entretien avaient pour but d'évaluer les connaissances générales des médecins généralistes en matière de souffrance au travail et la fréquence à laquelle ils y étaient confrontés. Une troisième question « Quelle est votre prise en charge initiale ? » se voulait volontairement très large afin d'évaluer si la coordination des soins était spontanément évoquée. Les deux dernières questions permettaient de préciser les acteurs auxquels les médecins généralistes avaient recours et ce qu'ils en attendaient. (Annexe 4)

Les enregistrements ont tous été retranscrits intégralement (annexe 5). Un logiciel Word a été utilisé pour l'analyse des données.

Les entretiens ont été exploités selon une analyse thématique du verbatim¹. Les idées évoquées par les médecins interrogés sont regroupées en thèmes et en sous-thèmes.

Une analyse croisée avec ma directrice de thèse a été réalisée.

¹ Reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé

5 RESULTATS

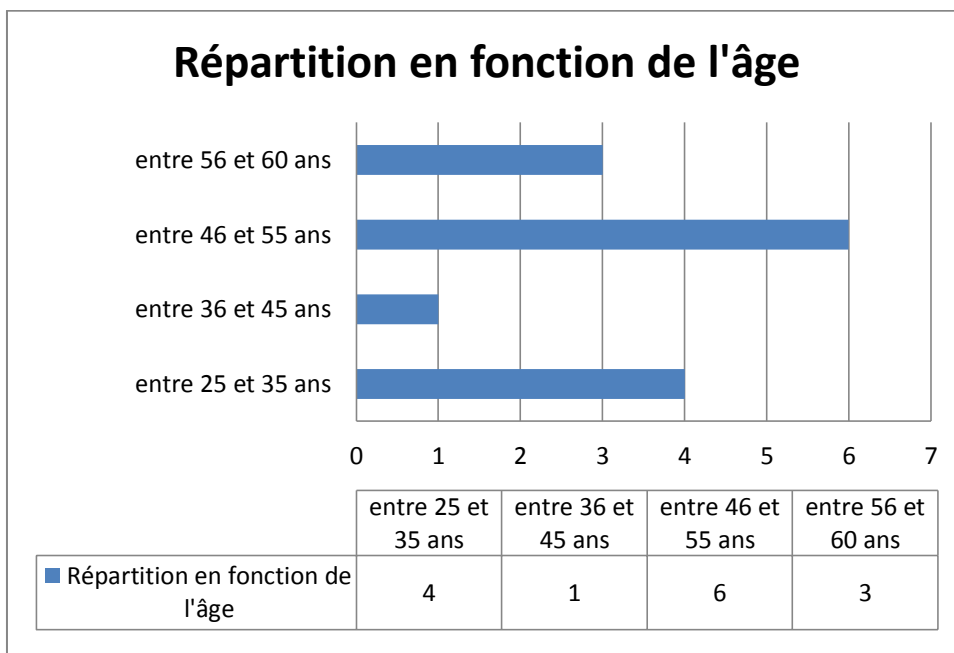
5.1 POPULATION ETUDIEE

19 médecins généralistes ont été interviewés.

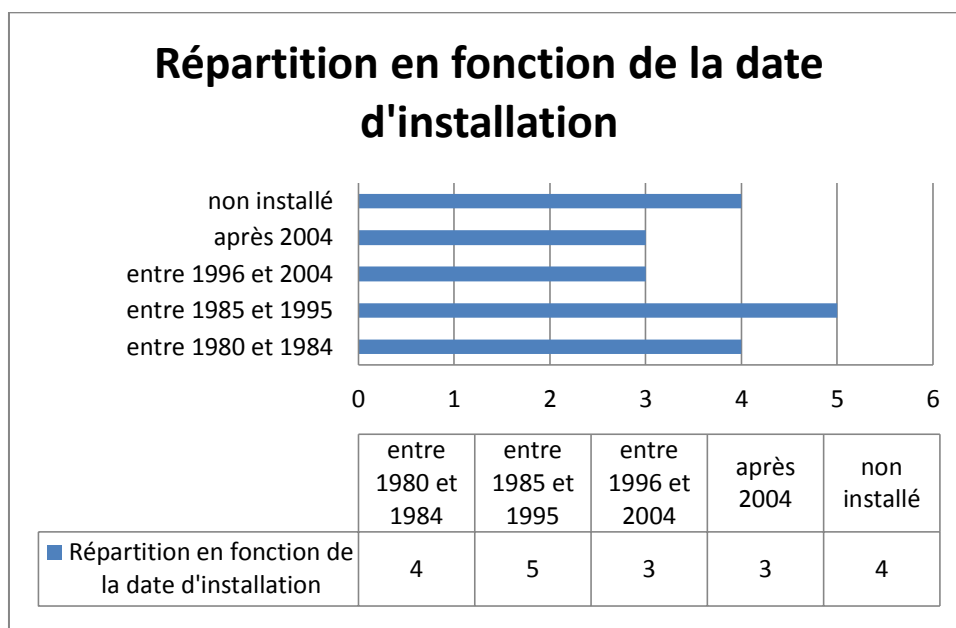
Parmi eux, on compte 9 hommes et 10 femmes.

Aucun d'entre eux n'a de formation spécifique sur la souffrance au travail. 2 médecins sont susceptibles d'être sensibilisés au problème de la souffrance au travail étant donné que l'un est marié à un médecin du travail et l'autre à un chef d'entreprise.

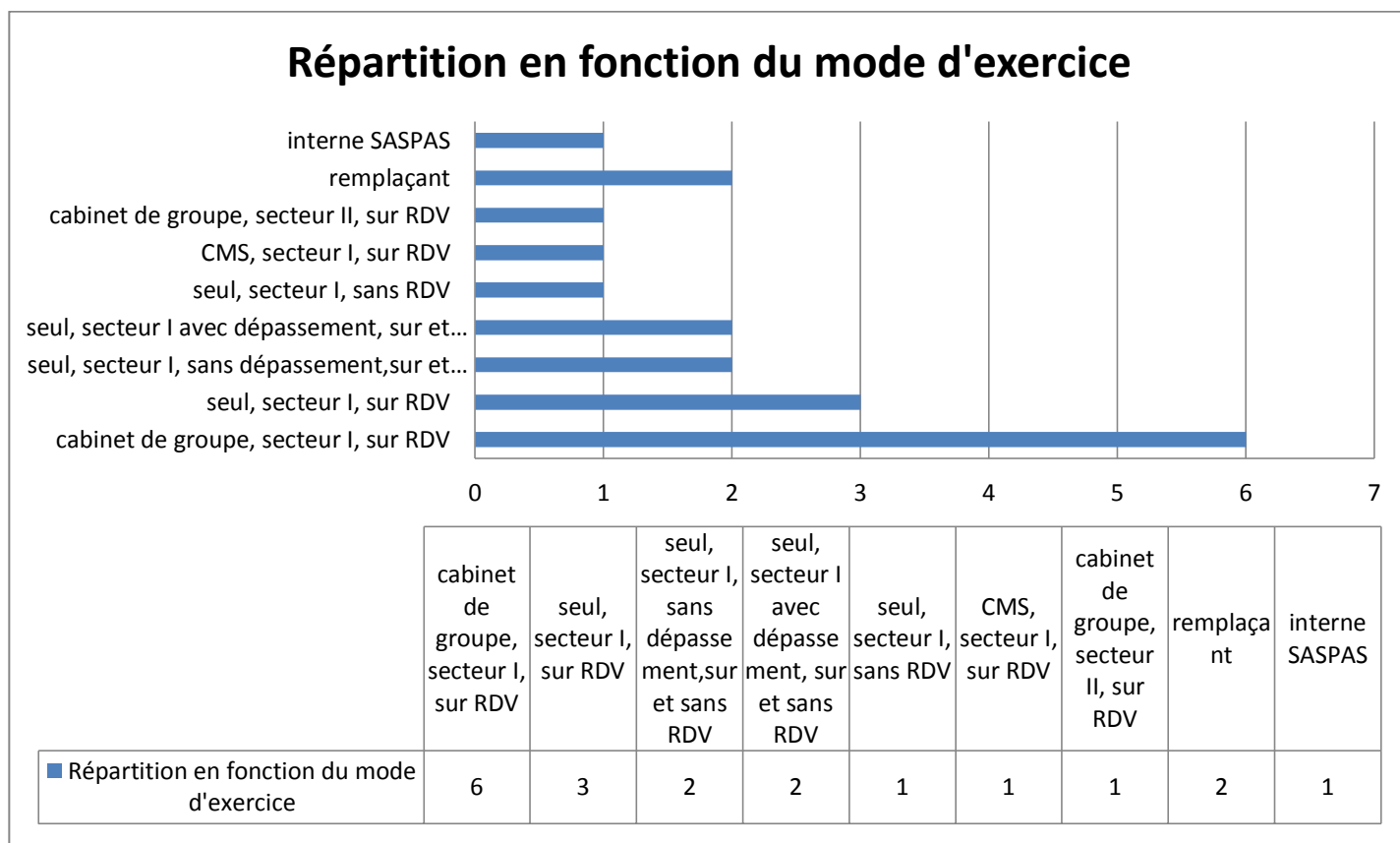
La répartition en fonction de l'âge est la suivante :



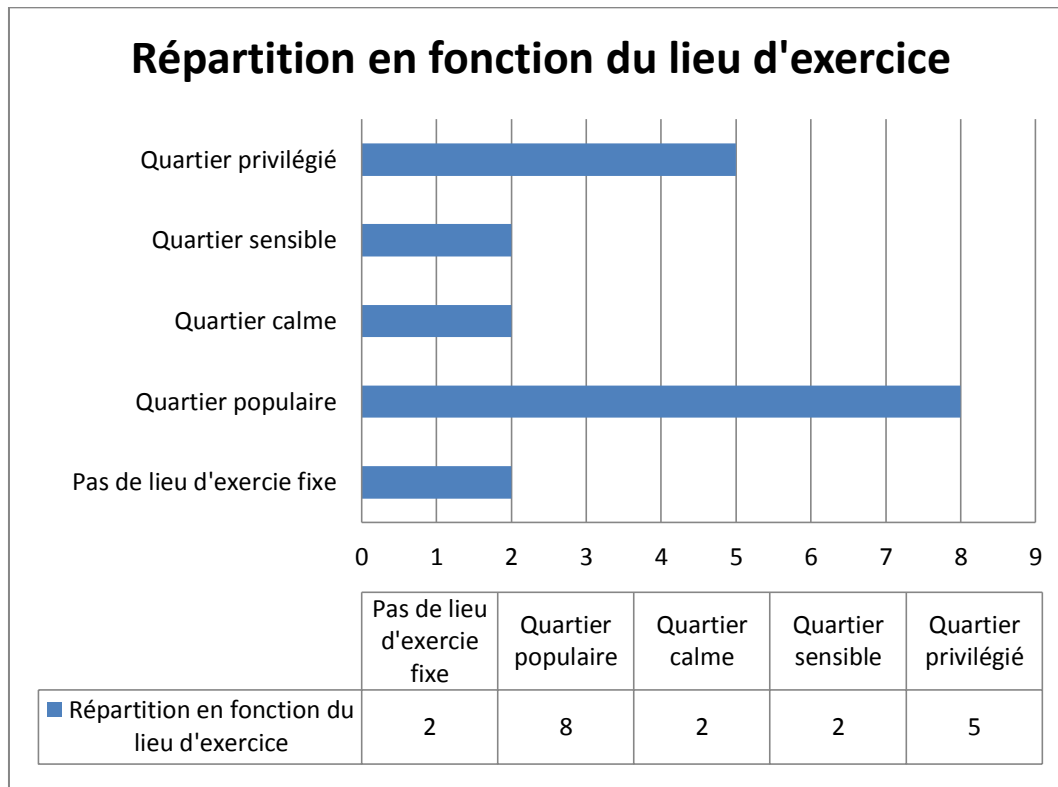
La répartition en fonction de la date d'installation est la suivante :



La répartition en fonction du mode d'exercice est la suivante :



La répartition en fonction du lieu d'exercice est la suivante :



On remarque que les tranches d'âges représentées et les dates d'installation sont assez diversifiées.

Il existe également une grande variété au niveau des modes et des lieux d'exercice. On peut cependant noter une représentation plus importante de médecins travaillant dans des quartiers populaires et en « cabinet de groupe, secteur I, sur rendez-vous ».

5.2 ANALYSE DES DONNEES

A l'issue de l'analyse thématique, les principaux thèmes identifiés ont été :

- Les représentations de la souffrance au travail selon les médecins généralistes ;
- Les facteurs de risque de souffrance au travail ;
- La fréquence des consultations pour souffrance au travail ;
- Le dépistage des patients en souffrance ;
- La prise en charge initiale par le médecin généraliste ;
- Les acteurs intervenant dans la prise en charge de la souffrance évoqués par les médecins généralistes.

Ces thèmes seront développés dans le paragraphe suivant.

5.2.1 Représentation de la souffrance au travail selon les médecins généralistes

5.2.1.1 Généralités

Pour certains généralistes, **définir la souffrance au travail est difficile** « y a pas vraiment de définition », « C'est très difficile à définir la souffrance au travail ».

Un partie d'entre eux souligne le **manque de formation** « (la souffrance au travail) c'était un des items qui était important pour lequel nous, médecin généralistes, on était démunis », « on n'est pas du tout formé (rires) pour repérer, orienter et puis ensuite faire des synthèses... qui... qui tiennent la route ».

Repérer la souffrance au travail est parfois **dépendant de la subjectivité du médecin** « Et puis il y a des vrais, enfin des vrais... Voilà c'est moi qui, déjà, mets une connotation là où je ne devrais pas... J'ai envie dire des... souffrances », « T'as des gens qui ont une vraie souffrance ».

Pour d'autres, elle peut se définir comme un **mal-être lié au monde du travail** « Dès que le patient se sent mal dans ce système de travail qui l'empêche de travailler, pour moi, c'est une souffrance au travail », « à partir du moment où la cause d'un mal-être est rapportée, on va dire, a un lien avec le travail, pour moi c'est une souffrance au travail » ou un **inconfort au travail** « tout inconfort dans le cadre du travail ».

Quelques-uns la considèrent comme une **pathologie réelle** « souffrance au travail... C'est une vraie maladie » alors que d'autres estiment que ce n'est pas le cas « c'est une situation qui est pas réellement une maladie ».

Selon certains, elle **touche toutes les catégories socio-professionnelles** « ils ne savent plus du tout du tout où ils vont quelle que soit la catégorie socio-professionnelle ».

Elle peut être de **durée et d'évolution variable** « Y a des gens qui ont une souffrance temporaire » voire **longue** « c'est des choses qui continuent sur des mois », « Bon, et après ben ça peut être très long parfois ».

5.2.1.2 Sentiments exprimés par les patients

Dans leur définition de la souffrance au travail, les médecins généralistes décrivent les sentiments rapportés par les patients en souffrance au travail :

- **Incompréhension/ perte de repère** « Ils ne savent pas... à quoi ils servent dans l'entreprise et ils ne savent pas... où les emmène l'entreprise et il y a pas de projet », « un état euh... dans lequel ils se reconnaissent plus » ;
- **Vécu douloureux** « la souffrance elle est euh, c'est comme la douleur », « un vécu douloureux, lié à... lié à une douleur morale » ;
- **Sentiment d'agression** « des vexations directes euh..., des insultes », « environnement professionnel agressif » ;
- **Dévalorisation** « elle se dévalorise », « Ils ont tendance, dans ces cas-là, à être beaucoup dans l'auto-dévalorisation » ;
- **Sidération/ obnubilation** « Autrement ils vont penser à rien d'autre donc ça tourne en boucle », « sidération » ;
- **Honte** « Ils le présentent souvent comme une honte », « souvent vécu comme une... une honte, un peu, de pas arriver à... à subvenir... enfin, à... répondre aux attentes des supérieurs » ;

- **Culpabilité** « De toutes façons, ils sont toujours dans la honte et dans la culpabilité », « je trouve que souvent il y a une... grosse, grosse culpabilité dans la souffrance au travail » ;
- **Frustration** « la frustration de ne pas être entendus et de ne pas être écoutés », « non-accomplissement » ;
- **Isolement** « l'isolement que les gens ressentent », « quand ils se battent tout seuls dans leurs difficultés, c'est compliqué ».

5.2.1.3 Manifestions cliniques

Une partie des médecins souligne le **caractère multiple des manifestations cliniques** de la souffrance au travail « la palette euh... de la symptomatologie peut être très large », « il y a différents euh... mode de présentations ».

Ces manifestations peuvent être **somatiques** « toute la somatisation anxieuse », « C'est une plainte mais qui est pas forcément... voilà qui est plutôt somatique » ou **psychiques** « c'est souvent un patient qui euh... qui consulte pour une souffrance psychologique », « troubles de l'humeur ».

Les symptômes évoqués sont les suivants :

- **Anxiété** « de l'anxiété il y en a souvent », « syndrome anxio-dépressif euh... souvent dû au travail » ;
- **Angoisse** « ça les angoisse d'aller travailler », « de l'angoisse il y en a souvent » ;
- **Troubles du sommeil** « Le sommeil qui est perturbé », « il y a des troubles du sommeil » ;
- **Anorexie** « perte d'appétit », « elle mange plus ».

5.2.1.4 Pathologies associées à la souffrance au travail

Certains médecins soulignent la **gravité des symptômes psychologiques** « J'ai... j'ai d'authentiques syn... syndromes dé... dépressifs sévères... du travail. Mais vraiment avec une pathologie sérieuse », « parfois il y a des idées suicidaires ».

Les pathologies évoquées sont les suivantes :

- **Stress professionnel** « en étant très stressés », « Ça peut être aussi euh... ce qu'on appelle le stress » ;
- **Epuisement professionnel/ burn-out** « les gens sont complètement... complètement épuisés », « y'en a qui euh... font des espèces de burn-out » ;
- **Syndrome dépressif** « ça devient même des signes de dépression à cause du travail », « syndrome anxio-dépressif euh... souvent dû au travail » ;
- **Idées suicidaires/ suicide** « parfois il y a des idées suicidaires ».

5.2.1.5 Conséquences sur la vie professionnelle

Les conséquences sur la vie professionnelle évoquées sont les suivantes :

- **Démotivation** « manque de motivation », « Alors je dirais, tout de suite, les patients démotivés » ;
- **Absence de plaisir au travail** « Pas de plaisir pour aller au travail », « (la personne) n'a aucun plaisir d'aller travailler » ;
- **Peur d'aller au travail/ appréhension** « c'est la trouille d'aller au boulot », « ils racontent qu'ils ont la boule au ventre à partir du... du dimanche à 16 h » ;
- **Incapacité à aller au travail** « le patient euh... n'arrive plus à... aller au travail le matin », « Ça l'empêche de travailler. Le patient ne peut plus travailler » ;

- **Démission** « favoriser le départ de certains. Enfin... en les poussant... pour qu'ils partent », « Est-ce que vous envisagez de... carrément de démissionner ? » ;
- **Abandon de poste** « on discute de l'abandon de poste dans certains cas » ;
- **Licenciement** « perte d'emploi », « Je pense que... je vais être... mis à la porte » ;
- **Réorientation** « il y a, peut-être la possibilité de... et ben de faire totalement autre chose », « j'ai vu des gens qui avaient démissionné, qui changeaient de travail ».

5.2.1.6 Conséquences sur la vie personnelle

Quelques médecins soulignent que la souffrance au travail peut provoquer une **altération de la qualité de vie** « je dirais l'altération de la qualité de vie, que ce soit professionnelle ou domestique », « c'est une souffrance dans le quotidien, qui soit physique ou psychologique » avec notamment un **retentissement sur la vie familiale** « ça fait péter la cellule familiale », « c'est un peu tentaculaire et ça peut... influencer sur... sur la vie familiale ».

5.2.1.7 Conséquences financières

Les conséquences financières sont également abordées « Enfin, au bout d'un moment, ils sont en demi-salaire », « générer un peu de revenu pour qu'il arrive à faire face à ce... à ces décisions ».

5.2.1.8 Aspect légal et administratif

La dimension médico-légale de la souffrance au travail est évoquée « Il va y a avoir de plus en plus de médico-légal autour du harcèlement au travail », « Tout un tas de définitions médicales et médico-légales », de même que la **reconnaissance en accident de travail** « On arrive à les prendre en charge, en accident de travail, quand il y a eu un... quand il y a eu un évènement aigu » ou en **maladie professionnelle** « ça va être, peut-être, reconnue comme maladie professionnelle », « Est-ce qu'on ne peut pas monter un dossier pour aller vers une maladie professionnelle ? ».

Certains soulignent aussi la possibilité d'une **prise en charge en affection de longue durée** « Le 100 %, ils le donnent tout de suite ».

5.2.2 Facteurs de risque de souffrance au travail

5.2.2.1 Représentation générale

Certains médecins estiment que **l'étiologie de la souffrance est facile à retrouver** « L'étiologie elle est très facile. Il suffit de faire une enquête, de poser la question » alors que d'autres évoquent des **étiologies multiples** « il y a de multiples motifs de consultations », « il y a des tas de... de motifs ».

Trois types de facteurs de risques sont proposés par les médecins généralistes : les facteurs liés au travail, à l'individu et au contexte économique.

5.2.2.2 Facteurs de risque liés au travail

Les facteurs de risque liés au travail évoqués sont les suivants :

- **Charge de travail excessive** « sentiment de trop travailler », « C'est la charge qu'il a au travail » souvent associée à un **manque de personnel** « Ils embauchent moins. Ils recrutent moins », « le manque de personnel » ;
- A l'inverse, **ennui au travail** « Ça peut être [...] par le travail qu'on lui donne plus », « ou en étant dans un placard donc en s'emmerdant » ;
- **Pression excessive** « les gens [...] sont quand même en permanence sous tension », « c'est des pressions euh... au niveau des... objectifs » ;

- **Problèmes d'organisation** « (souffrances) dues à... soit l'organisation », « quel est l'encadrement au niveau du travail ? » avec un **management défaillant** « C'est qu'il y a peut-être un problème de management », « Comme si aujourd'hui, ça faisait partie du management normal finalement que... d'être un petit peu... dans... dans ce surrégime, dans... dans la pression » ;
- **Mauvaise relation avec l'équipe professionnelle** « il y a une ambiance dégueulasse tout le monde se tire dans les pattes », « qu'est-ce qu'il se passe avec les collègues ? » ;
- **Pénibilité du travail** « surtout quand le travail... est pénible... physiquement ou même au point de vue horaires », « quel type de boulot ? » ;
- **Eloignement géographique du lieu de travail** « J'ai eu des patients qui souffraient beaucoup de ça parce qu'ils faisaient beaucoup de transports », « elle veut pas déménager, euh... ça va lui rallonger son temps de travail » ;
- **Harcèlement moral** « c'est un espèce de harcèlement », « C'est des gens qui se sentent harcelés au travail » ;
- **Harcèlement sexuel** « Et puis t'as des gens qui sont harcelés spécifiquement euh... parce que euh... harcèlement sexuel ».

5.2.2.3 Facteurs de risques liés à l'individu

L'existence de **fragilités personnelles** « De temps en temps aussi, c'est pas... il y a... il y a pas d'agresseur hein, c'est juste quelqu'un qui... a un... cumul... de problèmes divers... de famille, de santé » ou de **pathologies somatiques sous-jacentes** « travaux pénibles inadaptés à leur... leur état physiologique », « des tendinites épouvantables aux épaules [...] des genoux qui sont... vraiment plein d'arthrose » peuvent favoriser l'apparition d'une souffrance. Ceci peut entraîner une **usure professionnelle** « ras-le-bol », « on a beaucoup de patients, autour de la soixantaine, qui peuvent pas encore aboutir à... à avoir une retraite et qui continuent à avoir des travaux pénibles ».

Pour d'autres, la souffrance peut être liée à une **inadéquation physique et mentale entre le patient et son travail** « travaux pénibles inadaptés à leur... leur état physiologique », « C'est des gens qui n'aiment pas leur travail » voire à une **faible appétence pour le fait de travailler** « ils sont en souffrance parce que le travail est une souffrance en lui-même ».

Certains soulignent également l'existence d'une **tolérance du patient à la souffrance** « y a des gens qui gèrent la souffrance temporaire », « un seuil de tolérance qui est dépassé tout d'un coup ».

5.2.2.4 Facteurs de risques socio-économiques

La crise économique « on cherche à les lourder parce que euh... ben parce qu'ils coûtent cher quoi », « j'ai vécu, partagé avec les patients plusieurs, ce qu'on appelait, des crises économiques » est évoquée à l'origine d'une **pénurie d'emploi** « Les gens, ils ont peur de perdre leur emploi » et d'un **allongement du temps de travail** « avec les nouvelles lois de la retraite, il y a un allongement du temps de travail ».

5.2.3 Fréquence

Les généralistes reçoivent **fréquemment** « c'est peut-être deux fois par mois », « 1 par mois » ou **très fréquemment** « plusieurs fois par jour », « je pense en voir au moins 1 par semaine » des patients en souffrance au travail. Pour certains, cette fréquence est **variable** « c'est très variable », « c'est par... période » voire **impossible à définir** « je peux pas définir de fréquence ».

La fréquence est en **augmentation** « je pense que ça augmente par rapport à il y a quelques années », « Alors la fréquence augmente oui. Ça c'est clair » pour certains d'entre-eux.

5.2.4 Dépistage de la souffrance au travail

Alors que pour certains, il existe un **meilleur dépistage** de la souffrance au travail par le médecin généraliste « *on la repère mieux depuis... Il y a eu un avant et après l'affaire... France-télécom* », « *si j'ai une personne qui est... qui vient avec [...] des symptômes qui ne m'évoquent rien du tout, ou alors, des symptômes récurrents, la question : comment ça se passe à la maison ?, Comment ça se passe au travail ?, elle sort automatiquement* ». D'autres pensent que ce sont les **patients qui expriment plus facilement leur souffrance** « *Il y a une partie des patients qui en souffre, qui le verbalise plus facilement* », « *Je pense qu'enfin les gens osent en parler comme de la dépression* ». Cependant, il est également souligné que la souffrance reste souvent un **motif caché de consultation** « *Ça ressort assez régulièrement comme motif caché de consultation* », « *c'est un sujet [...] qu'ils ont souvent du mal à cerner eux-mêmes* ».

5.2.5 Prise en charge thérapeutique initiale par le médecin généraliste

5.2.5.1 Représentation générale de la prise en charge

La **difficulté de prise en charge** des patients en souffrance est exprimée par les médecins « *Parce que la souffrance au travail, oui, d'accord. Qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'on en fait ? Comment on oriente ?* », « *la prise en charge, dans ce cas-là, elle est difficile* ». Elle semble **plus facile à prendre en charge dans les catégories socio-professionnelles aisées** selon certains « *le type ou la nana a un poste de directeur [...] ils souffrent pas très longtemps* ».

La prise en charge est parfois perçue comme **une urgence** « *Pour moi la souffrance au travail, c'est une urgence* ». Elle sera **dépendante de l'histoire du patient** « *En fait chaque patient va générer un parcours particulier* », **de ses manifestations cliniques** « *Après ça dépend des... des symptômes* », « *ça dépend de la façon dont ça se présente* » **et de l'entreprise** « *Tout ça, ça va dépendre de l'entreprise* ».

Le **patient** est perçu comme étant **au centre de la prise en charge** « *pour moi c'est le patient qui est au centre du... du problème* », « *j'essaie de lui dire que c'est vraiment lui qui est le... qui est la pièce maîtresse* ». L'objectif est de le **protéger** « *c'est pour arriver à protéger un peu les gens* » **et de l'aider** « *j'ai l'impression d'aider... d'essayer d'aider à les faire sortir de ce métier* ».

5.2.5.2 Attitudes thérapeutiques

5.2.5.2.1 Evaluation de la situation

La **nécessité de clarifier la situation** « *ça permet des fois de... de désemmeler un peu la situation* », « *j'essaie de comprendre ce qui se passe au travail, pourquoi ça va pas bien* » **et d'évaluer la souffrance** « *Moi je suis là pour essayer d'évaluer la souffrance et d'y répondre* », « *Comme dans toute souffrance psychologique, c'est de savoir évaluer... le risque suicidaire* » est largement évoquée.

Certains médecins soulignent l'importance de **comprendre les attentes des patients** « *(la personne) on lui demande, déjà, quelle est son envie ? Qu'est-ce qu'elle a besoin ?* ».

5.2.5.2.2 Arrêt de travail

Le recours à l'arrêt de travail est abordé par la quasi-totalité des médecins. Certains y ont recours en cas de **souffrance majeure rendant le retour ou la poursuite du travail impossible** « *si vraiment il y a une souffrance au travail majeure avec euh... impossibilité de retourner au travail ben je... je les arrête* », « *je peux lui proposer un arrêt si j'ai l'impression qu'il ne peut plus aller au travail* ». Il est parfois **difficile de le faire accepter aux patients** « *essayer de les amener à prendre*

le recul suffisant, finalement, pour accepter... un arrêt de travail », « (Arrêt de travail) qui n'est pas toujours accepté, qui est lui-même anxiogène ».

Une partie des médecins soulignent qu'il doit être **court initialement pour une réévaluation rapide** « Maximum une semaine dans un premier temps pour le réévaluer au bout d'une semaine », « ça peut aller de 3 jours à 14 jours d'emblée. Jamais plus, parce qu'après je considère qu'il faut revoir... l'évolution ».

Cet arrêt a pour **objectif** de :

- **Extraire le patient du travail** « d'abord les sortir de ce... de ce milieu euh... délétère », « le problème c'est d'éviter la souffrance. En évitant la souffrance... au travail, bien-sûr c'est l'arrêt de travail » ;
- Lui permettre de **prendre du recul** « qu'il s'arrête quoi pour prendre du recul par rapport à son travail », « faire le point » ;
- **Donner un répit** « je lui demande s'il souhaite s'arrêter pour souffler un peu », « Parfois juste se reposer une dizaine de jours, ça suffit. Ça... suffit pour qu'il puisse reprendre le travail » ;
- **Faciliter la réorientation professionnelle** « j'essaye d'arrêter la personne pour qu'elle envisage un autre travail », « Euh... parce que... la... la réorientation, qui peut... suivre... un état de souffrance comme ça, passe forcément par un moment où il s'arrête ».

L'arrêt de travail comporte un certain nombre d'**inconvenients** :

- **Il peut durer très longtemps** « Il y a des souffrances au travail qu'on va arrêter plusieurs semaines voire des mois », « je vous arrêterai le temps qui est nécessaire. On peut effectivement pas savoir... » ;
- **Il ne résout pas le problème** « ça ne solutionne pas le problème », « On voit bien que... l'arrêt de travail ne règle pas tout » ;
- **Le retour au travail est parfois difficile** « Et puis... à force d'être arrêté, on est de plus en plus... on a de plus en plus... de difficultés à imaginer retourner ».

5.2.5.3 **Prise en charge psychologique par le médecin généraliste**

Selon les médecins, prendre en charge la souffrance au travail passe d'abord par une **écoute** « une écoute [...] il y a enfin un endroit où ils vont pouvoir un peu parler et être entendus », « Alors ma prise en charge habituelle déjà c'est l'écoute » et une **réassurance** « Donc je pense que ça peut passer par une bonne réassurance du médecin », « (je) leur explique que... ben, ils sont loin d'être seuls dans cette situation et que... non, ce n'est pas normal ce qu'ils vivent » puis par la mise en place d'une **psychothérapie de soutien** « je peux faire comme on fait tous, c'est-à-dire de la psychothérapie de soutien ». Il est nécessaire d'aider le patient à **verbaliser la souffrance** « Si on peut arriver à évoquer ces deux situations, ça ne peut que vous faire du bien », « Qu'il puisse raconter un peu son histoire et euh... dire ce qu'il a sur le cœur ». Le recours à l'**entretien motivationnel** « c'est plutôt de l'entretien motivationnel » est également évoqué.

Les médecins précisent l'importance de **réévaluations régulières** « je demande au patient de le revoir quelques jours plus tard pas... pas longtemps, quelques jours à une semaine plus tard pour le réévaluer », « Ce sont des personnes qu'on va être amenées à voir [...] au moins une fois par semaine, voire même des fois plus quand ils sont vraiment en grande souffrance ». Il est donc nécessaire de **se montrer disponible** « il faut leur dire que la porte est ouverte, qu'ils peuvent revenir », « Dans toute souffrance psychologique, on est là. N'importe quel moment ».

Certains médecins recherchent les **soutiens familiaux** « *Alors il y a des soutiens familiaux* », « *Et des fois, indirectement, je m'aide du compagnon ou de la compagne* ».

5.2.5.4 **Prise en charge médicamenteuse**

Une partie des médecins a recours à **une prise en charge médicamenteuse** « *Et puis moi de l'aider aussi avec des médicaments* », « *quelques petits médicaments qui peuvent remonter son moral* ».

Sont évoqués :

- Les **anxiolytiques légers** « *passiflore à composer, 5 granules au coucher, et ben franchement ça marche bien, associé à un demi-Atarax* », « *On commence toujours par les anxiolytiques* » ;
- Les **hypnotiques** « *chez les patients qui sont euh... très anxieux, qui ont des troubles du sommeil intenses, notamment de l'endormissement, j'utilise assez facilement 3- 4 jours euh... d'hypnotiques genre Imovane* », « *finalement, juste en repassant à quelques bonnes nuits déjà, ils se sentent... complètement... mieux* » ;
- Les **antidépresseurs** « *Il faut pas tarder à donner des antidépresseurs* », « *les traitements oui, euh... facilement les antidépresseurs, après les anxiolytiques* ».

5.2.5.5 **Aide à l'orientation professionnelle**

Plusieurs médecins proposent à leur patient un **accompagnement dans la construction d'un projet professionnel** « *j'incite, je... pousse le patient à... refaire son CV. Et à regarder les possibilités de réorientation soit, dans son entreprise, s'il y en a beaucoup, si c'est une grande entreprise* », « *Quand on est dans des arrêts prolongés, de leur... d'essayer de les amener à se projeter sur la suite* ».

5.2.5.6 **Outils numériques**

D'autres s'aident d'**outils numériques** tels que les sites internet pour faciliter leur prise en charge « *site internet qui s'appelle Souffrance au travail.com. Donc parfois, je dis aux patients d'... d'aller voir sur le site* ».

5.2.6 **Acteurs intervenant dans la prise en charge de la souffrance évoqués par les médecins généralistes**

5.2.6.1 **Représentation générale**

Certains médecins disent que **le recours à d'autres professionnels ne fait pas partie de leur prise en charge habituelle** « *Je pense pas toujours à orienter vers* », « *L'orientation vers d'autres spécialistes c'est... c'est exceptionnel* ».

Ils **doutent parfois de l'intérêt d'orienter** les patients vers un autre professionnel « *je sais pas si... d'autant plus que c'est que la... l'orientation vers c'est quelque chose qui va être de longue haleine et je pense qu'il faut répondre urgemment à la... à la question* ».

Beaucoup de médecins **n'évoquent pas spontanément le recours à d'autres professionnels** dans leur prise en charge initiale.

Parmi tous les intervenants cités, aucun n'a été évoqué par l'ensemble des généralistes.

5.2.6.2 Principaux recours cités par les médecins généralistes

5.2.6.2.1 Médecin du travail

Le médecin du travail est **le premier intervenant cité** par une partie des généralistes « *Alors déjà d'essayer de contacter le médecin du travail* », « *Et ce que je fais assez facilement dès la première consultation, ou soit... des fois la deuxième ça dépend, c'est effectivement la lettre au médecin du travail* ».

5.2.6.2.1.1 Rôle du médecin du travail selon les généralistes

Le médecin du travail a un **rôle d'alarme** auprès de l'employeur ou du CHSCT « *le médecin du travail j'attends déjà, peut-être, déjà qu'il ait une information, une remontée de la souffrance au travail* », « *c'est une sorte de veille sanitaire* » notamment par **la recherche de cas similaires** dans l'entreprise « *Est-ce que... est-ce que... il y a déjà eu des affaires du même genre avec une personne en souffrance précédemment ?* ».

Il est le **garant du secret médical vis-à-vis de l'employeur** « *c'est anonyme [...] il y a la confidentialité du médecin du travail par rapport à l'employeur* », « *il est tenu par le secret médical* ».

Il peut **évaluer la réalité de la situation à l'intérieur de l'entreprise** « *c'est bien qu'il y ait une personne à l'intérieur de l'entreprise qui puisse un peu donner des renseignements sur ça* », « *j'attends du médecin du travail qu'il ait une analyse réelle* ».

Il a une **action possible au sein de l'entreprise** « *qu'il essaie au niveau de la hiérarchie de l'entreprise... de voir de quelle manière on peut mettre... le... patient dans une situation moins... exposée* », « *il est dans l'entreprise, donc il peut avoir une action plus directe* ».

Il peut **évaluer l'aptitude au travail du patient** « *aptitude, inaptitude, enfin, etc. ou aptitude partielle, ou non-retour au boulot* » et **demande une adaptation du poste** si besoin « *Après, éventuellement, une adaptation du... du coup, du milieu professionnel* », « *le rôle aussi du médecin du travail, c'est de lui changer de poste pour essayer de le décharger* ».

Il **encadre la reprise du travail** par la **visite de pré-reprise**. Il assure l'organisation d'une éventuelle reprise à **mi-temps thérapeutique** « *je m'appuie facilement sur la médecine du travail, notamment, quand j'envisage... sur les arrêts un peu longs, quand j'envisage une reprise en mi-temps thérapeutique* », « *le médecin du travail sous-entend que... il y ait quand-même un projet de... de reprise aussi* ».

Certains médecins essaient de **créer une coopération médecin traitant /médecin du travail avec une communication régulière avec le généraliste** « *Contacter le médecin du travail, essayer que le médecin du travail m'appelle, vraiment qu'on fasse un espèce de réseau autour du problème* », « *c'est beaucoup plus facile quand il a son médecin traitant et son médecin du travail qui ont le même discours et qui le poussent à... vers la reprise du travail d'une même voix* ».

Il a des **connaissances dans le domaine des droits du travail** « *Le médecin du travail, il... il utilise... enfin... les moyens un peu... je dirais légaux... enfin... comment dire euh... constitutionnels... enfin qu'il connaît mieux que moi* », « *j'en attends qu'il m'aide sur le plan des droits du patient* ».

5.2.6.2.1.2 Freins aux recours

Il existe une certaine **méfiance** des généralistes vis-à-vis du médecin du travail. Certains sont gênés par le fait qu'il **soit salarié de l'entreprise** « *les médecins du travail euh... qui sont salariés de l'entreprise qui fait souffrir le patient (rire), je vois mal comment quelqu'un qui est salarié de l'entreprise* ».

*pourrait taper sur l'entreprise qui lui file du pognon tous les mois ». Ils **doutent de son impartialité et du respect du secret médical vis-à-vis de l'employeur** « Dans les grosses entreprises le médecin du travail, il est salarié par l'entreprise. Donc tu te dis que voilà... on peut avoir des doutes ».*

*Pour d'autres, son **accessibilité et son efficacité est dépendante la taille de l'entreprise** « surtout dans les grosses unités, parce qu'il se repère bien, parce qu'il est plus facilement accessible », « dans les structures plus petites, le médecin du travail est probablement beaucoup plus indépendant de l'entreprise que dans les grosses entreprises ». Une impression de **manque d'efficacité** est parfois exprimée « je pense qu'il est comme nous il est limité de toutes façons », « le médecin de travail, je pense qu'il... devrait être un... outil plus important, que ce qu'il est ».*

*Il est **difficilement joignable** selon certains « médecin du travail, pas toujours facile, souvent... c'est rare que je les aie moi au téléphone », « Parce que d'abord joindre le médecin du travail c'est pas toujours simple ». Pour d'autres, il est **facile de prendre contact** avec le médecin du travail « il y a beaucoup de médecin de travail avec lequel j'ai travaillé. Et qui sont joignables ».*

*Il est **difficilement accessible pour le patient par manque d'information** « Ils s'entendent souvent répondre... que ils ont pas... ils peuvent pas comme ça solliciter le médecin du travail. Alors que les médecins du travail que je connais me disent que c'est une aberration », « leur expliquer qu'ils peuvent voir le médecin du travail quand ils veulent. Parce que ça, ils le savent pas ».*

*Certains généralistes déplorent **un manque de médecin du travail** « faut déjà qu'il y en ait un », « nous n'avons pas de médecin du travail depuis plusieurs années » et des **délais d'attente trop long** pour le patient « Là encore le délai fait que, des fois, il y a quand même beaucoup de temps perdu ».*

*Un **retour parfois difficile** à leur correspondance est également évoqué par les médecins « j'ai eu très peu de retour de lettres faites au médecin du travail pour ces motifs ».*

5.2.6.2.1.3 Mode de prise de contact

Les médecins communiquent avec le médecin du travail soit :

- **Par lettre** « l'intérêt d'écrire c'est qu'au moins... au moins on est à peu près sûr de faire passer le message qu'on a en tête », « Je fais souvent des courriers, enfin j'ai envie de dire systématiquement » ;
- **Par téléphone** « Moi je suis quelqu'un qui décroche très facilement mon téléphone », « Et c'est... c'est super dommage parce que... tout ce qui peut se dire en... très peu de temps... entre deux personnes... sur le courrier c'est moins clair. Il y a pas... on n'a pas le répondant » ;
- **En conseillant au patient d'aller voir son médecin du travail** « je demande au patient de prendre rendez-vous et d'aller voir le médecin du travail. Euh... je fais pas de courrier ».

5.2.6.2.2 Psychologue, psychologue de la souffrance au travail

*Pour un certain nombre de généralistes, les **psychologues sont les premiers intervenants cités** « je propose toujours une psychologue dans mes relations... enfin dans mes relations... dans mon carnet d'adresses, qui est un peu centrée vraiment sur le travail ».*

*Certains médecins **ne savent pas qu'il existe des psychologues spécialisés** dans la prise en charge de la souffrance au travail « je sais pas si il y a des spécialistes de... de la souffrance au travail ».*

*Quelques médecins précisent qu'il est nécessaire **d'assurer la continuité des soins** lorsqu'ils ont recours au psychologue « passer la main oui, mais toujours dans ces cas leur dire : Surtout, continuez à venir aussi euh... voilà ».*

La prise de contact se fait par lettre.

5.2.6.2.2.1 Motifs du recours

Selon les médecins, le recours à un psychologue est nécessaire pour les raisons suivantes :

- **La recherche d'une pathologie sous-jacente** est nécessaire « *Si le travail est pas forcément le point de départ mais euh... un élément euh... révélateur finalement d'une... d'une pathologie sous-jacente euh... plus ancienne psychologique* ».
- **Les symptômes** présentés par le patient leur paraissent **graves** « *j'ai l'impression que la personne disjoncte complètement* », « *quand vraiment ils sont au bord de la rupture ben, ou avant j'espère, ben je leur propose une aide... une aide extérieure par... par un psy, soit psychologue, soit psychiatre* ».
- Les médecins estiment **manquer de temps pour réaliser une psychothérapie de soutien** « *je fais pas beaucoup de psychothérapie par manque de temps essentiellement* ».
- Ils pensent **ne pas avoir de formation psychologique suffisante et ont besoin d'aide pour la mise en place d'une psychothérapie** « *Une fois qu'on a mis en évidence certaines choses, ben faut aider les gens à les accepter, à lutter contre, etc. Là j'ai pas la technique. J'ai peur de faire des conneries* », « *Les psychologues sont quand-même là aussi pour nous aider* ».

5.2.6.2.2.2 Objectifs de la prise en charge selon les généralistes

Les objectifs de la prise en charge par le psychologue sont les suivants :

- **Assurer un soutien et un renforcement psychologique du patient** « *qu'ils aident les gens à trouver les... les ressources, soit pour supporter la situation, arriver à la vivre autrement* », « *c'est vraiment pour... essayer... d'avancer au niveau psychologique sur euh... leurs difficultés* » ;
- Permettre au patient de **verbaliser sa souffrance** « *j'adresse souvent au psychologue si je sens qu'il y a vraiment un besoin de parler* » ;
- **Guider les patients dans leur projet personnel et professionnel** « *je pense que [...] guider les personnes dans leur réflexion personnelle, c'est important* », « *soit d'accepter l'idée de..., ben de la nécessité de... reconversion, d'une demande de mutation, de choses comme ça* » ;
- **Leur apprendre la gestion des conflits et de la pression** « *quand il y a plus des conflits, euh... avec les... les managers, les collègues, je propose toujours une psychologue* ».

5.2.6.2.2.3 Les freins à la prise en charge

Certains médecins soulignent **la difficulté pour le patient à se confier à un inconnu** « *accepter de se dévoiler, de se raconter soi-même* ».

D'autres rapportent **un manque de correspondants** « *D'abord parce que j'ai pas de correspondant* », « *Je les connais pas* » ou un **manque de retour sur la prise en charge** du patient « *Je fais toujours une lettre et j'avais eu UNE réponse que j'avais faillie faire encadrer tellement j'étais admirative d'avoir reçu UNE réponse en retour* », « *Une appréciation sur où ils en sont. En général c'est silence radio complet* ».

Les honoraires sont parfois trop élevés et la consultation n'est pas remboursée « *Entre les psychiatres qui sont trop chers et les psychologues qui sont pas remboursés du tout. C'est un vrai obstacle* », « *Ça coûte cher en libéral* ».

L'évaluation de la compétence des psychologues spécialisés est difficile « *(psychologues du travail) j'ai pas la compétence non plus, pour savoir si... si c'est vraiment des gens qui... qui sont aptes à prendre en charge vraiment mes... patients* ».

5.2.6.2.3 Psychiatre, psychiatre de la souffrance au travail

Le psychiatre est, pour certains généralistes, **le deuxième intervenant cité**.

5.2.6.2.3.1 Motifs d'orientation

Certains motifs d'orientation vers le psychiatre sont communs avec ceux proposés pour le recours au psychologue. Sont évoqués :

- **L'existence d'un syndrome dépressif** « j'ai ressenti un... une dépression », « Si elle est vraiment très dépressive, [...], qu'elle a tous les signes de la dépression, [...] Quitte à la... l'envoyer voir un... un psychiatre spécialisé en problème du travail » ;
- **Le sentiment de gravité des symptômes** « passer la main à des professionnels... soit psychologues, soit psychiatres parce que bon il y a des trucs cognés » ;
- **La recherche d'une pathologie sous-jacente** « Psychiatre, lui, c'est plutôt pour savoir si d'une part il y a une pathologie sous-jacente » ;
- **La recherche d'une aide pour la prescription médicamenteuse** « si effectivement il y a nécessité d'un antidépresseur ou pas ».

5.2.6.2.3.2 Objectifs de la prise en charge

Les objectifs de la prise en charge par le psychiatre sont identiques aux objectifs évoqués pour le psychologue.

5.2.6.2.3.3 Freins à l'orientation

La longueur de la psychothérapie « Et je suis pas sûr que ce soit une psychothérapie, longue qui peut durer des semaines ou... qui va les aider » **ne permettant pas de résoudre le problème aigu** « il faut réagir rapidement et réagir rapidement, c'est pas la psychothérapie, la psychothérapie elle arrive après » constitue un frein à l'orientation.

D'autres estiment que les psychiatres sont **peu accessibles** « Mais ils sont comme nous, ils sont peu accessibles ».

Selon les médecins, certains patients pensent que le **psychiatre est synonyme de folie** « il faut vendre vraiment le truc parce que psy égal fous, enfin pour la plupart des gens c'est quand même un peu ça », « Maintenant, après, c'est toujours le problème de la réponse : Psychiatre euh... mais je suis pas fou ».

Comme pour le psychologue, on retrouve le problème de la **difficulté à se confier à un inconnu** pour les patients « je sais pas si les gens se confieraient facilement à des gens qu'ils ne connaissent pas sur des... sur des problèmes un peu intimes », « accepter de se dévoiler, de se raconter soi-même », **du manque de retour sur la prise en charge** « C'est, c'est toujours un courrier de, de... pour aviser de la prise en charge. Mais pas euh... je suis jamais, je suis jamais au courant de la suite » **et des honoraires trop élevés et non intégralement remboursés** « [...] problème de la psychiatrie, qui est souvent libérale et au-delà des valeurs remboursées », « c'est vrai qu'à 90 euros la consultation, il y a, quand-même, tout un tas de gens qui ne peuvent pas se permettre ça ».

La prise de contact se fait par **lettre ou par téléphone** « Quand c'est vraiment urgent, que ça... ça sent pas très bon, qu'il y a des... des idées noires euh... plus ou moins voilées, mais un peu exprimées, à ce moment-là, je leur téléphone ».

5.2.6.3 Autres acteurs évoqués par les médecins généralistes

5.2.6.3.1 Acteurs de l'entreprise

5.2.6.3.1.1 Syndicats

Le recours aux syndicats est évoqué par quelques médecins généralistes « *les patients font quelques fois appel... enfin... moi non, mais quelques fois appel aux syndicats de... de l'entreprise* », « *contacter... des représentants syndicaux* ». Ce recours se fait sous forme d'une **orientation orale**. **Il n'y a pas de courrier remis au patient** « *Mais ça, je laisse le patient, je veux bien donner... je donne les coordonnées que j'ai mais je fais pas de lettre* ».

5.2.6.3.1.1.1 Motifs d'orientation

Les médecins conseillent à leurs patients de s'adresser aux syndicats dans le but **d'alerter la direction** « *contacter... des représentants syndicaux, faire remonter l'information qu'il y a souffrance* » ou **d'obtenir un conseil juridique** « *[...] syndicats intéressants pour des conseils juridiques* ».

5.2.6.3.1.1.2 Freins à l'orientation

Certains évoquent une **méfiance** vis-à-vis des syndicats « *les syndicats sont des gens protégés, donc ils leur disent : oui, oui il faut aller au clash... mais... mais il faut faire très attention de ce que les gens avancent* » et soulignent le fait que leur **présence dépend de la taille de l'entreprise** « *si c'est une grosse entreprise et qu'il y a des syndicats* ».

5.2.6.3.1.2 Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Les médecins qui ont recours au CHSCT le font sous forme de **conseil au patient** « *en ce qui concerne les instances RH euh... CHSCT et médecin du travail, je demande aux patients de prendre... contact avec eux* ». Il n'y a pas d'avis ou de description de son rôle. Il est par contre précisé que le CHSCT peut être **alerté par le médecin du travail** « *il a la possibilité d'en parler dans les instances type... comité d'hygiène et de sécurité* ».

5.2.6.3.1.3 Ressources humaines (RH)

Selon les médecins l'ayant évoqué, **l'évolution de la situation professionnelle des patients dépend de l'efficacité** du service des ressources humaines « *Si le RH prend en compte la... les difficultés du... de la personne euh... ça peut faire évoluer les choses rapidement et la personne peut rapidement aller mieux* », « *Si le RH laisse pourrir la situation, ça peut être très... très compliqué et... parfois catastrophique* ».

5.2.6.3.2 Autres acteurs de la prise en charge psychologique

5.2.6.3.2.1 Centre médicaux-psychologiques (CMP)

5.2.6.3.2.1.1 Motif d'orientation

Lorsque le CMP est évoqué, les médecins y ont recours pour la prise en charge d'un **syndrome dépressif** « *si vraiment il y a des éléments dépressifs qui sont très, très... prononcés, très en avant [...] je vais m'aider... tenter de me faire aider par le CMP* ». Un **courrier** accompagne l'orientation du patient.

5.2.6.3.2.1.2 Avantage

Le CMP est **facilement accessible** « j'arrive à orienter relativement vite quand je sens que les signes dépressifs sont vraiment euh... en avant vers le CMP, qui est mitoyen de notre CMS, ce qui tombe très bien ».

5.2.6.3.2.1.3 Freins à l'orientation

L'**absence de retour** sur la prise en charge « CMP c'est zéro » et le **manque de place** pour la prise en charge des patients en CMP « [...] complètement saturés en CMP » sont évoqués.

5.2.6.3.2.2 Hôpitaux psychiatriques

Les hôpitaux psychiatriques permettent d'assurer la **gestion de l'urgence** « Il y a souvent des psychiatres de garde qui arrivent à dénouer des petites situations aigües. Il faut... faut savoir... avoir recours à eux » et font de **bons retours** sur la prise en charge « quand on est vraiment obligés d'aller au bout, c'est-à-dire à faire hospitaliser les personnes en centre... spécifique, il y a deux établissements qui là, j'ai remarqué, maintenant, ils nous font des comptes-rendus hospitaliers comme les autres services ».

5.2.6.3.2.3 Réseaux victimologie et d'accès aux soins

Ces réseaux sont évoqués par certains médecins « Il y a bien longtemps, on avait un réseau de victimologie aussi, que je sollicitais parce qu'ils intervenaient aussi sur la souffrance au travail ».

5.2.6.3.2.3.1 Avantages

Les réseaux permettent un **accès facile au psychiatre et au psychologue** « c'était magique parce que j'avais un psychiatre [...] Les gens venaient à mon cabinet. Je réservais une heure [...] Et du coup, ben on pouvait faire une consultation conjointe », « On avait même au début une psychologue qui était rémunérée à temps complet par le réseau » avec lesquels une **communication efficace** est possible « la psychologue [...] se faisait une petite liste et puis, en général, elle nous prenait à part et puis elle nous disait : « Venez voir un petit peu, alors j'ai bien vu Mme Intel, j'ai vu Monsieur. Ah là il y a eu trois rendez-vous qui ont été pris qui ont été loupés mais je ne désespère pas ». Voilà, donc on avait un petit peu ce... ce retour... ». Une **formation des généralistes en psychologie** « je me suis formée par cette voie-là » est également assurée.

5.2.6.3.2.3.2 Frein à l'orientation

Le **manque de financement** n'a pas permis la poursuite du réseau « Il est un petit peu... mort de manque de financement ».

5.2.6.3.3 Consultations spécialisées

5.2.6.3.3.1 Consultations spécialisées « souffrance au travail »

5.2.6.3.3.1.1 Avantage

Les quelques médecins ayant recours aux consultations spécialisées « souffrance au travail » estiment qu'il existe un **bon retour** « Consultations spécialisées, j'ai eu des... j'ai des retours ».

5.2.6.3.3.1.2 Freins à l'orientation

Ces consultations sont **mal connues** des généralistes « les services spécialisés je les connais pas ».

Pour d'autres, elles ne sont **pas assez nombreuses** « Il y avait quelques consultations... de souffrance au travail dont celle de Marie Pezé qui était à l'hôpital de Nanterre, qui a été fermée », « éventuellement des cellules qui ne sont pas si nombreuses que ça et pas facilement accessibles » et le **délai d'attente est trop**

long « Mais là, la dernière personne que j'ai envoyée, je crois que le mois de novembre j'ai eu un rendez-vous fin janvier », « Trois mois c'est long. Le délai ne... ne joue pas en notre faveur ».

5.2.6.3.3.2 Consultations post-traumatiques

Ces consultations ont simplement été évoquées « il y a probablement comme des trucs en post-traumatique », « il y a des consultations... enfin, qui relèvent plus de la... la prise en charge des... comment ça s'appelle, euh... des chocs post-traumatiques ou des choses comme ça éventuellement ».

5.2.6.3.4 Sophrologie

Le recours à la sophrologie est évoqué dans un but de **relaxation** « on a discuté avec elle, yoga, relaxation, sophrologie ».

5.2.6.3.5 Professionnels du droit du travail

5.2.6.3.5.1 Inspection du travail

5.2.6.3.5.1.1 Motifs de l'orientation

Les médecins ont recours à l'inspection du travail :

- **En cas de suspicion de conditions de travail illégales** « J'ai déjà sollicité l'inspection du travail sur des conditions de travail euh... voilà, déplorables », « l'inspection du travail, le cas échéant, quand il y a vraiment des choses qui me paraissent délictuelles » ;
- **En cas de suspicion de harcèlement** « il y a les inspecteurs du travail, quelquefois, à qui je conseille... à qui je conseille de se... référer. Enfin de... de... s'adresser, de s'adresser. Déjà, quand il y a des... des signes de harcèlement » ;
- **Afin d'obtenir des conseils juridiques** « quand il y a des choses... qui peuvent avoir un support... un support juridique » ;
- **Car ils estiment manquer de compétences en matière de droit du travail** « moi j'ai pas l'habitude de ça du tout » ;
- **Afin d'obtenir une aide pour la prise en charge globale** « si l'inspection du travail me permet d'avoir des billes pour... soit... prononcer un arrêt ou dire... éventuellement orienter vers... » ;
- **Afin d'obtenir une aide pour les formalités administratives**, notamment pour évaluer la possibilité d'une **déclaration de la pathologie en maladie professionnelle** « Est-ce qu'on ne peut pas monter un dossier pour aller vers une maladie professionnelle ? » ;
- **Afin d'obtenir une aide pour l'orientation professionnelle du patient** « une reconversion professionnelle ».

5.2.6.3.5.1.2 Mode de prise de contact

Les médecins ayant évoqué l'inspection du travail « il y a les inspecteurs du travail, quelquefois, à qui je conseille... à qui je conseille de se... référer » ne font **pas de courrier** afin de **respecter le secret médical** « inspection du travail, j'interviens pas parce que, là, il y a un problème, éventuellement, de secret professionnel » ou parce que les inspecteurs du travail **ne font pas partie du monde médical** « l'inspection, je fais pas de lettre parce que c'est pas un médecin ».

5.2.6.3.5.2 Médiateur

Le médiateur a simplement été évoqué.

5.2.6.3.5.3 Avocat

5.2.6.3.5.3.1 Objectifs de l'orientation

Lorsque les avocats sont cités « *c'est euh... avocat négociation* », les médecins y ont recours car ils permettent l'**accompagnement juridique du patient** « *une procédure qu'ils comprennent pas très bien [...] Donc en général, quand il y a des choses comme ça, je conseille aux gens, effectivement, de voir un avocat* », « *savoir si euh... le patient est dans son droit* » et **une analyse objective de la situation** « *il traite ça de façon très froide et puis ensuite délivre l'information qu'il faut délivrer au patient* », « *D'une façon technique pour le travail, si c'est les prud'hommes, un avocat* ». Le patient peut ainsi **prendre du recul par rapport à la situation** « *Ça leur permet de se détacher de ce truc-là* ».

Pour certains, ils pourront **protéger les patients** en souffrance « *C'est essayer de protéger les patients* ».

5.2.6.3.5.3.2 Freins à la prise en charge

Les délais sont longs « *Ça a duré... 18 mois parce qu'elle a pris une avocate, elle a fait une procédure* », « *Donc là aussi des histoires de délais d'avocats* ».

Une certaine **méfiance** est également exprimée « *faut faire extrêmement attention avec tous les certificats, etc. parce que tous les avocats les utilisent* ».

5.2.6.3.5.4 Conseil de prud'hommes

5.2.6.3.5.4.1 Motif d'orientations

Les médecins ont recours au conseil de prud'hommes :

- **En cas de suspicion de comportements illégaux** « *T'as des gens qui relèvent euh... je pense effectivement du tribunal, éventuellement des prud'hommes* », « *C'est si je vois qu'il y a un problème vraiment frauduleux* » ;
- Afin de **permettre aux patients d'obtenir une reconnaissance de sa situation professionnelle pathogène** « *être reconnu euh... c'est aussi un mode de guérison et un moyen pour aller mieux* », « *avoir raison de leur droit* ».

5.2.6.3.5.4.2 Freins à l'orientation

Les procédures longues « *c'est des procédures très longues* », **difficiles à supporter psychologiquement pour le patient** « *Ils ont l'impression euh... un peu comme les gens qui se sont faits agresser et qui passent en bout du procès [...] il faut qu'ils revivent tout ça* », **de déroulement inconnu pour les médecins** « *je sais pas comment ça fonctionne* », ainsi que **la difficulté à obtenir des témoignages** « *D'un seul coup, il n'y a plus de témoin, il n'y a plus de gens qui soutiennent, de personnes qui... qui témoignent* » sont des freins évoqués.

5.2.6.3.6 Instances administratives

5.2.6.3.6.1 Sécurité sociale, médecin conseil

Les médecins soulignent que la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) peut être **alertée par le motif « souffrance au travail » inscrit sur l'arrêt de travail** « *c'est un terme que j'aime bien... évoquer devant eux et... et même facilement marquer sur les arrêts de travail [...] je sais que c'est important parce qu'en plus, ça alerte beaucoup à... à la sécu quand ils voient ce motif-là* ».

La CPAM permet la **reconnaissance de la pathologie en maladie professionnelle ou en affection de longue durée** « je marque aussi facilement sur l'arrêt de travail, en cas d'arrêt de travail, je spécifie que c'est liée à... une souffrance au travail. Pour... la suite des chose, pour le patient et pour que ce soit reconnu », « Le 100 %, ils le donnent tout de suite ».

5.2.6.3.6.2 Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Les médecins ont recours à la MDPH dans un but de **reconnaissance du handicap** secondaire à la pathologie liée à la souffrance au travail « Il y a qu'à voir le nombre de MDPH qu'on fait. Les... les gens qui... qui demandent des... des reconnaissances de... de handicap ».

5.2.6.3.7 Conseil de l'ordre des médecins

Le conseil de l'ordre **rappelle aux médecins le cadre légal régissant la rédaction de certificats** en matière de souffrance au travail « On s'est tous fait plus ou moins remonter les bretelles par le conseil de l'ordre qui me dit... qui me dit qu'en fait il faut jamais, jamais euh... comment ça s'appelle euh... évoquer la cause ».

5.2.6.3.8 Services sociaux

Selon les médecins, les services sociaux sont **faciles à joindre** « ce sont des interlocuteurs faciles à joindre par les patients » et **aident aux formalités administratives** « les assistantes sociales sont très précieuses », « il y a une personne qui peut faire le relais, le joint entre le médecin... les certificats ».

5.2.6.3.9 Acteurs d'aide à la réorientation professionnelle

5.2.6.3.9.1 Coach

Evoqués par quelques médecins « on a discuté avec elle, yoga, relaxation, sophrologie, coaching », les généralistes estiment que **la compétence des coachs est difficile à évaluer** « Et les fameux coachs qui apparaissent si tu veux. Et là, on n'a pas de repère de qualité ou de compétence ».

5.2.6.3.9.2 Bilan de compétences

Les médecins généralistes conseillent à leur patient de faire un bilan de compétence pour l'aider à **faire le point sur leur situation professionnelle** « Quand c'est des problèmes de compétences, je les... je leurs conseille euh... de faire des bilans de compétences », « Ce sont des choses qui sont... qui sont possibles et qui peuvent les amener à... aussi, une autre façon de réfléchir sur leur situation ».

Ces bilans ne **correspondent pas aux compétences des médecins généralistes** « Des choses que nous... on va pas forcément savoir leur faire faire. C'est pas notre métier ».

5.2.6.3.9.3 Formation professionnelle

Quelques formations professionnelles ont simplement été évoquées « Donc on discute des possibilités de formation par le FONGECIF ».

5.2.6.3.10 Acteurs de la prise en charge somatique

Les acteurs de la prise en charge somatiques cités sont :

- **Les rhumatologues et les chirurgiens orthopédiques** « S'il y a des problèmes somatiques, euh... rhumatologiques. Donc il y a aussi les rhumatologues qu'on peut solliciter (rires). Les orthopédistes et les rhumatologues sont souvent aussi des alliés précieux » ;

- **Les kinésithérapeutes, les ostéopathes** « *Kiné aussi quand ils ont des somatisations, des douleurs musculaires. Ostéopathes* ».

6 DISCUSSION

6.1 LIMITES DE L'ETUDE

6.1.1 Caractéristiques de l'échantillon

La saturation des données² ayant été rapidement atteinte, l'échantillon est de petite taille.

De plus, il existe un biais de sélection puisque les médecins inclus n'ont pas été choisis au hasard mais, au contraire, dans l'objectif d'avoir l'échantillon le plus varié possible. Par ailleurs, les praticiens travaillent tous dans le nord des Hauts-de-Seine. Les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés à la population générale.

Enfin, je connais une grande majorité des médecins inclus ce qui a, peut-être, influencé leurs réponses.

6.1.2 Conditions d'entretien

Le contenu des entretiens dépend de la qualité de l'interviewer.

Les entretiens n'ont pas tous été retranscrits et analysés au fur et à mesure, le guide d'entretien aurait donc pu être modifié davantage.³

Par ailleurs, le choix a été fait de ne pas citer d'acteurs qui n'auraient pas spontanément été évoqués par le médecin généraliste au cours de l'entretien. Par exemple, si le médecin n'aborde pas le sujet des syndicats, la question « avez-vous recours aux syndicats ? » ne lui sera pas posée. L'objectif étant de recueillir les réponses les plus spontanées possibles. Ce parti pris a pu diminuer le panel de réponses possibles.

Enfin, les entretiens ont en majorité été réalisés sur les plages de consultation. Le temps de l'interview était donc limité. Ce facteur associé au stress de l'enregistrement augmente le risque que les médecins généralistes oublient de mentionner certaines de leurs pratiques habituelles.

6.2 FORCES DE L'ETUDE

6.2.1 Caractéristiques de l'échantillon

Les médecins inclus ont des profils variés en termes de mode d'exercice, d'âge et de lieu d'exercice. Ceci augmente la probabilité qu'ils aient des modes de prise en charge différents.

La plupart des médecins généralistes interrogés reçoivent fréquemment en consultation des patients en souffrance au travail et ont une bonne connaissance de la souffrance au travail.

² Dans une étude qualitative, la saturation des données est atteinte lorsqu'on ne trouve plus d'information supplémentaire susceptible de répondre à la question posée. Par conséquent, la collecte des données s'arrête.

³ Au cours d'une étude qualitative, les entretiens doivent être retranscrits et analysés au fur et à mesure afin de faire évoluer le guide d'entretien.

6.2.2 Conditions d'entretien

En dehors du focus groupe, les entretiens ont été réalisés au cabinet des généralistes ou à leur domicile. Il s'agit donc d'un environnement familier, dans lequel ils se sentent à l'aise pour parler de leur pratique.

Les entretiens semi-directifs donnent la possibilité aux généralistes de s'exprimer librement.

La question de l'étude n'a pas été révélée aux généralistes avant l'entretien afin de ne pas influencer leur réponse.

6.3 DISCUSSION SUR LES RESULTATS

6.3.1 Prise en charge initiale de la souffrance au travail par les médecins généralistes

Bien que ne répondant pas directement à la question posée, la première partie des résultats (définition, fréquence et prise en charge initiale) a été prise en compte dans l'étude car elle met en évidence que les médecins généralistes interrogés reçoivent fréquemment des patients en souffrance au travail et ont une bonne connaissance des facteurs de risque, des conséquences et des pathologies associées à la souffrance au travail. Ils sont capables de la dépister. Leur prise en charge initiale reposant sur l'écoute et la psychothérapie de soutien est adaptée. Une partie d'entre eux souligne la difficulté de la prise en charge. Comme précisé précédemment, cette dimension constitue une force de l'étude.

Selon la thèse de Solène Peuziat réalisée en 2009, 74 % des médecins généralistes interrogés déclarent avoir demandé lors de consultations pour souffrance psychique si le problème venait du travail [34].

Cette notion se retrouve également dans la thèse de Cyril Begue réalisée en 2014 [35].

6.3.2 Connaissances des médecins généralistes en matière de coordination des soins

La quasi-totalité des acteurs intervenant dans la prise en charge de la souffrance au travail ont été évoqués. Parmi ceux-ci, on note que trois acteurs se démarquent. Le médecin du travail, le psychologue et le psychiatre. Ils apparaissent souvent comme les trois premiers recours. Les praticiens connaissent bien leur rôle et leur motif de recours est judicieux. Certains généralistes orientent leur patient vers le médecin du travail ou le psychologue dès la première consultation. La volonté de créer un réseau avec le médecin du travail est même évoquée.

Cette bonne connaissance serait-elle liée au fait que ce sont des acteurs avec lesquels les médecins généralistes ont l'habitude de travailler pour d'autres pathologies ?

Ces résultats se retrouvent dans d'autres études :

Selon la thèse de Mathilde Habert soutenue en 2006, 89 % des médecins généralistes considèrent nécessaire de prévenir le médecin du travail en cas de stress professionnel anormal, 56% des généralistes ont recours au psychiatre en seconde intention [32].

Une étude qualitative étudiant la prise en charge de la santé au travail par des médecins généralistes et spécialistes du Sud-Est de la France, réalisée en 2007, retrouve que « le médecin du travail est identifié comme un acteur incontournable de la santé au travail, tant pour son expérience de l'entreprise (connaissances des situations de travail) que pour ses connaissances administratives, en santé publique et sur les liens entre pathologies, et expositions professionnelles » [24].

On note également que le recours à d'autres professionnels (sécurité sociale, MDPH, avocat) dans un but de reconnaissance de la souffrance du patient est évoqué à plusieurs reprises.

Cependant la coordination des soins ne fait pas partie, en général, de la prise en charge initiale de l'ensemble des médecins généralistes. A la question « *Quelle est votre prise en charge habituelle ?* », très peu évoquent spontanément le recours à un autre intervenant. Certains considèrent même qu'adresser le patient à un autre acteur n'est pas forcément utile.

Comment expliquer ce paradoxe ?

L'existence de plusieurs freins à la coordination des soins est un élément de réponse.

6.3.3 Freins à la coordination des soins

Un certain nombre de freins à la coordination peuvent être identifiés au cours de cette étude.

- **Le manque d'informations ou de connaissances**

Certains médecins soulignent qu'ils manquent de formation pour la prise en charge des patients en souffrance au travail. Ces résultats se retrouvent dans d'autres études [32], [36][33].

Le recours au médecin du travail est parfois difficile car les patients ne savent pas comment le contacter.

Les médecins manquent de correspondants psychologues et psychiatres. Certains ne savent pas qu'il existe des psychologues spécialisés dans la prise en charge de la souffrance au travail.

De nombreux acteurs sont simplement évoqués sans véritable connaissance de leur rôle dans la prise en charge du patient.

Malgré une littérature fournie sur le sujet de la souffrance au travail, il existe très peu d'articles concernant particulièrement la prise en charge de la souffrance par le médecin généraliste.

Cependant, plusieurs sites internet se sont développés « www.souffrance-et-travail.com » [21], « www.atoutsante.com » [29], « www.placedelamédiation.com » [37]. Ils contiennent de nombreuses informations claires et pratiques facilitant la prise en charge.

- **Les idées reçues et les fausses croyances**

Le recours au médecin du travail souffre de la méfiance secondaire à l'idée reçue qu'il ne respecte pas le secret médical et travaille dans l'intérêt de l'employeur. Ce sentiment est bien souvent partagé par les patients.

La notion de méfiance est également évoquée envers les syndicats et les avocats.

Ceci découle directement du manque d'information mentionné précédemment.

Concernant le recours au psychiatre, certains patients refusent parfois de le consulter car ils l'associent à la folie. Il est alors nécessaire de rassurer et d'informer ces patients.

- **La difficulté pour le patient à créer une relation de confiance avec un autre professionnel que le médecin traitant**

Les patients connaissent bien leur médecin traitant et ont créé une relation de confiance avec ce dernier. Il est parfois très difficile de les convaincre d'accepter de se confier à un psychologue ou un psychiatre, qui est pour eux inconnu. Un travail de mise en confiance et de persuasion doit être effectué par le médecin généraliste, ce qui n'est pas toujours évident.

- **Le nombre insuffisant d'acteurs**

Le nombre insuffisant d'acteurs revient souvent dans cette étude (médecin du travail, psychologue, psychiatre, CMP, consultations spécialisée « souffrance au travail », syndicats). Ceci entraîne un allongement des délais de consultation et une **impression d'inaccessibilité** pour les généralistes.

Pour certains de ces intervenants comme les syndicats, leur présence dépend de la taille de l'entreprise.

- **La longueur de la prise en charge ou des procédures**

Les généralistes qui considèrent la souffrance au travail comme une urgence estiment qu'une psychothérapie de longue durée ne peut pas être une réponse adaptée.

La longueur des procédures et le coût émotionnel sont parfois des freins à une procédure au tribunal de prud'hommes.

- **Les difficultés de communication**

Plusieurs médecins évoquent des difficultés à joindre le médecin du travail.

Le manque de retour est évoqué pour divers acteurs (psychologue, psychiatre, médecin du travail).

Ceci entraîne chez ces médecins des doutes sur l'efficacité réelle de la prise en charge par le médecin du travail.

- **Les problèmes financiers**

Le coût financier d'un recours au psychiatre ou au psychologue est non négligeable pour les patients et empêche parfois l'accès à ces acteurs.

La création de réseaux de soins, qui pourraient pallier ce problème, est parfois compromise par un manque de financement.

- **La difficulté à évaluer les compétences des intervenants**

Les médecins généralistes n'ont pas d'outil pour évaluer la qualité de la prise en charge des intervenants auxquels ils n'ont pas souvent recours. C'est, par exemple, le cas des psychologues spécialisés en souffrance au travail ou des coachs.

Certains de ces freins se retrouvent dans des études antérieures :

Selon la thèse de Mathilde Habert, les médecins généralistes trouvent que le médecin du travail est « difficile à identifier, difficile voire impossible à joindre ». 36% des médecins se disaient non formés à ce type de souffrance. 72 % font état d'acquis de l'expérience. [32]

L'étude qualitative de 2007 citée précédemment met en évidence que « l'ensemble des médecins praticiens a insisté sur la faiblesse de la formation initiale en santé au travail dans leur cursus » [24].

Le problème de la formation insuffisante des généralistes est également abordée dans la thèse de Mélanie Duret réalisée en 2014. Selon cette même thèse, « le recours aux psychiatres et psychologues, et plus généralement à la psychothérapie n'est pas souvent employé, à cause de la sous-représentation des psychiatres et psychologues dans l'Eure et du non-remboursement des consultations de psychologues ». Le manque de médecin du travail, la méfiance vis-à-vis de ce dernier et les difficultés à le joindre en limitent le recours par le médecin généraliste. « Le manque de connaissance du rôle de chacun, les idées reçues et le manque de formation des médecins généralistes sur le monde de l'entreprise, entraînent une incompréhension mutuelle et un manque de coopération, dans la prise en charge des problèmes de souffrance morale au travail » [33].

Dans la thèse de Cyril BEGUE réalisé en 2014, seul 30 % des médecins se déclaraient formés que ce soit en santé au travail en général ou plus particulièrement sur la souffrance psychique [35].

Il est évidemment impossible d'avoir une action sur l'ensemble des freins à la coordination mais certains d'entre eux peuvent être levés par une meilleure information des médecins généralistes.

6.4 EXPERIENCE PERSONNELLE

La réalisation de cette thèse m'a permis d'améliorer ma prise en charge. Au cours de mes remplacements, j'ai eu plusieurs cas de patients en souffrance au travail que j'ai, dès la première consultation, adressés au médecin du travail et, pour certains, au psychologue. Je leurs ai rapidement conseillés de joindre leurs syndicats ou éventuellement un avocat. En fonction de l'efficacité des interlocuteurs, les résultats n'ont pas été les mêmes mais, dans

tous les cas, les patients supportaient mieux la situation car ils avaient le sentiment d'être entourés.

Le cas d'un patient a particulièrement retenu mon attention.

Il s'agit d'un patient, M. T, âgé de 42 ans travaillant dans une grande entreprise. Il s'est présenté à ma consultation pour une douleur dorsale dans un contexte d'accident de travail. Au cours de l'interrogatoire, il a rapidement été évident que cette contracture musculaire était une manifestation somatique d'un stress professionnel compliqué d'un syndrome anxio-dépressif évoluant depuis plusieurs mois. J'ai donc rédigé un certificat médical initial d'accident de travail pour souffrance au travail et je lui ai prescrit un arrêt de travail en le prévenant qu'il serait probablement long mais que la situation l'exigeait.

Le médecin du travail était au courant de la situation et avait créé un dossier « risques psychosociaux ».

Ce patient était suivi par un psychologue qui a pu orienter sa prise en charge afin de l'aider à surmonter la situation.

Je lui ai prescrit des séances de kinésithérapie pour soulager ses douleurs dorsales.

Il a rapidement pris contact avec un avocat pour obtenir une rupture de contrat, si possible amiable.

Il a ensuite pris rendez-vous en consultation souffrance au travail à l'Hôpital Fernand Vidal, qu'il a obtenu 6 mois après.

Tout au long de l'évolution de cette situation, M. T. a été régulièrement réévalué par moi-même, le psychologue et le médecin du travail, avec qui, nous avons mis en place une communication régulière.

Après 6 mois d'évolution, M. T. était toujours en arrêt de travail mais son état psychologique s'est nettement amélioré.

La consultation souffrance a alors eu lieu. Elle a permis de préparer et d'accompagner la reconversion professionnelle et de prévenir la récurrence. Ce patient a décidé de faire une validation des acquis par l'expérience afin d'obtenir un diplôme de professeur de théâtre. Dans cette démarche, il a été aidé par une assistante sociale.

La reconnaissance en accident de travail a été difficile. Après un rendez-vous avec le médecin conseil, l'accident de travail a finalement été reconnu. Cette démarche a été appuyée par la rédaction de plusieurs certificats descriptifs.

L'avocat a tenté une médiation qui a échoué. Une procédure au conseil de prud'hommes a donc été débutée.

Lors de notre dernière consultation, M. T. m'a dit que le fait d'être rapidement entouré et pris en charge lui a permis de transformer une situation extrêmement négative en une expérience positive.

J'ai trouvé le cas de ce patient intéressant car il illustre bien comment la coordination des soins peut être organisée dans la prise en charge de la souffrance au travail. Dans cet exemple, le recours précoce à différents acteurs a permis d'éviter une aggravation de la situation professionnelle et psychologique du patient. De plus, la mise en place de soins coordonnés a favorisé la reconnaissance en accident de travail de la souffrance au travail. Pour ce patient, une partie des freins précédemment évoqués a pu être compensée par l'intervention d'autres acteurs. Par exemple, le délai de consultation « souffrance au travail » est, ici, tout à fait tolérable car la prise en charge psychologique a été débutée en amont.

6.5 OUVERTURES

Dans un objectif d'information, **une fiche « ressources »** répertoriant les différents acteurs auxquels peuvent avoir recours les médecins généralistes a été réalisée. Les modes et motifs d'orientation ainsi que les rôles de chacun des intervenants y sont précisés (annexe 1).

Afin de mieux apprécier comment ces nombreux professionnels peuvent interagir, nous proposons une représentation des possibilités de coordination entre les différents acteurs intervenant dans la prise en charge de la souffrance au travail sous la forme du schéma ci-après (cf. p. 53).

Afin de rendre plus concrète cette fiche informative, j'ai tenté de rencontrer certains de ces acteurs.

Il me paraissait plus intéressant d'avoir l'avis de psychologue et de psychiatre travaillant dans un service de consultation spécialisée dans la souffrance au travail. J'ai ainsi pu me rendre compte que ces consultations sont difficilement accessibles. J'ai contacté la consultation de l'hôpital Raymond Poincaré où il m'a été demandé d'envoyer un CV et une lettre de motivation pour un simple entretien. Dans les autres services, je n'ai pas eu de réponse à ma demande.

J'ai donc finalement réalisé un entretien avec un médecin du travail exerçant dans la fonction publique, une psychologue spécialisée en psychopathologie du travail et un membre de CHSCT.

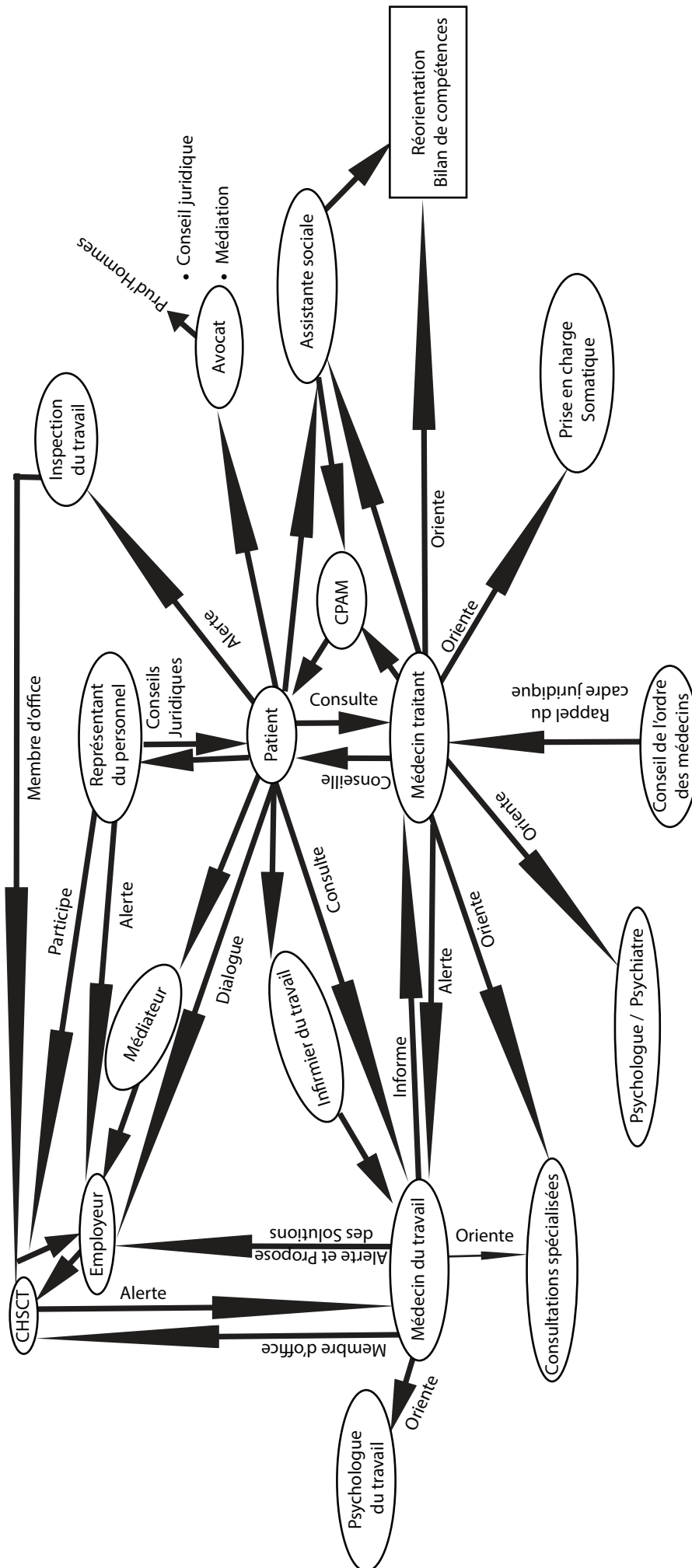
Ces entretiens ont un simple rôle d'illustration. (Annexe 2)

A partir de cette fiche « ressources », on peut envisager la création d'un site internet à disposition des médecins généralistes. Les coordonnées des différents acteurs pourraient être ajoutées progressivement de manière coopérative. Les médecins pourraient partager ainsi les adresses de leurs correspondants.

Il serait intéressant de réaliser une étude comparant la prise en charge des généralistes avec et sans le recours au site internet dans le but d'évaluer si cet outil permet d'améliorer la coordination des soins. Ce type d'étude avait d'ailleurs été réalisé avec l'outil de Karasek en 2009 [36].

Une étude en miroir pourrait également être réalisée. L'objectif serait d'évaluer si les patients ont l'impression que leur prise en charge est améliorée lorsque cet outil est utilisé.

Proposition de représentation des possibilités de coordination des soins dans la prise en charge d'un patient en souffrance au travail



7 CONCLUSION

La souffrance au travail est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Qu'elle se conçoive selon la théorie du stress ou celle de la psychodynamique du travail, cette souffrance est à l'origine de nombreuses pathologies ayant un coût médical et économique non négligeable.

Du fait de son caractère multidimensionnel (médical, économique et organisationnel), la prise en charge et la prévention des risques psychosociaux et des conséquences cliniques de la souffrance professionnelle doivent reposer sur une mise en commun des compétences de chacun des acteurs.

Le médecin généraliste, en tant que premier recours, est le premier maillon de cette coordination des soins et a bien souvent pour rôle de la mettre en place.

Cette étude montre que malgré une bonne connaissance de la souffrance au travail, un dépistage efficace et une prise initiale adaptée par les médecins généralistes, la coordination des soins reste insuffisante.

De nombreux acteurs ont pourtant été cités mais plusieurs freins limitent le travail avec ces derniers.

L'amélioration de la formation des médecins généralistes et le développement d'outil d'aide à la prise en charge favoriseraient la coordination des soins et permettraient une prise en charge plus efficace des patients en souffrance au travail.

Dans cet objectif, une fiche « ressource » a été établie.

8 BIBLIOGRAPHIE

- [1] D. CHOUANIERE, « Risques psychosociaux et souffrance au travail », *EMC-Pathologie professionnelle et de l'environnement*, vol. 10, n° 2, p. 1-12, 2015.
- [2] T. DEBRAND, « L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé ». Document de travail n° 41 - IRDES, mars-2011.
- [3] M. BECQUE « Les risques psychosociaux au travail: Un panorama d'après l'enquête santé et itinéraire professionnel 2010 », *DARES ANALYSES*, n° 31, p. 11, mars 2014.
- [4] EUROFOUND, « 20 ans de conditions de travail en Europe : Premiers résultats (à partir) de la 5ème Enquête Européenne sur les conditions de Travail », Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Luxembourg, 2010.
- [5] Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, « Yearbook 2012 Eurofound: Vivre et travailler en Europe », Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2013.
- [6] A. RAGOT, « Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au centre hospitalier universitaire d'Angers », *S.F.S.P. / Santé Publique*, vol. 25, p. 729-736, juin 2013.
- [7] I. KHIREDINE, A. LEMAITRE, J. HOMERE, J. PLAINE, L. GARRAS, M. RIOL, et al. « La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP », *Bull Epidémiol Hebd.*, vol. 23, p. 431-8, 2015.
- [8] « INSEE - Analyse de la conjoncture ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/>. [Consulté le: 05-mars-2015].
- [9] M.-F. HIRIGOYEN, « La souffrance au travail et les pathologies émergentes », *L'information psychiatrique*, vol. 84, n° 9, p. 821-826, nov. 2008.
- [10] C. DEMAEGDT, C. ROLO, et C. DEJOURS, « Psychopathologie et psychodynamique du travail », *EMC-Pathologie professionnelle et de l'environnement*, vol. 8, n° 3, p. 1-11, 2013.
- [11] J. TORRENTE, « Psychopathologie du travail », *EMC - Traité de médecine AKOS*, p. 1-7, 2005.
- [12] D. LHUILIER et G. AMADO, « Souffrance au travail et clinique de l'intervention. Présentation », *Bulletin de psychologie*, n° 519, p. 211 à 215, mars 2012.
- [13] M. C. SOULA, M. PEZE, et N. SANDRET, « Souffrance au travail », *Le Concours Médical*, n° 4, p. 201-18, févr. 2008.
- [14] D. CHOUANIERE, « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention », *La revue Documents pour le médecin du travail*, n° 106, p. 169-186, 2e trimestre 2006.
- [15] N. DELATRE, « Prévention - Stress au travail, un enjeu de santé publique », *Soins*, vol. 55, n° 750, p. 15-17, nov. 2010.
- [16] C. CARILLO, « 1/10 Le stress au travail, définition et enjeux », *Soins*, vol. 56, n° 752, p. 63-64, févr. 2011.
- [17] M. GOLLAC et M. BODIER, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise pour le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé », avr. 2011.
- [18] « Légifrance, le service public de l'accès au droit ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>. [Consulté le: 11-juill-2015].
- [19] M.-F. HIRIGOYEN, « Harcèlement moral. Une forme particulière de souffrance au travail. », *La Revue du praticien Médecine générale*, n° 758, p. 169-71, févr. 2007.
- [20] P. ZAWIEJA et F. GUARNIERI, *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Seuil. 2014.

- [21] « Souffrance et Travail ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.souffrance-et-travail.com/>. [Consulté le: 11-juill-2015].
- [22] M. GRENIER-PEZE et N. SANDRET, « Souffrance au travail: Que faire? », *La Revue du praticien Médecine générale*, n° 788-789, p. 1037–1038, 2007.
- [23] « SISTEPACA - Système d'information en Santé, Travail, et Environnement Provence Alpes Côte d'Azur ». [En ligne]. Disponible sur: <http://sistepaca.org/>. [Consulté le: 14-mai-2015].
- [24] M.-L. SALIBA, G. IARMARCOVAI, M. SOUVILLE, A. VIAU, S. ARNAUD, et P. VERGER, « Les médecins face à la santé au travail : une étude qualitative dans le sud-est de la France », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 55, n° 5, p. 376-381, oct. 2007.
- [25] M. PEZE et M. C. SOULA, « Harcèlement au travail : l'interrompre en urgence », *La Revue du praticien Médecine générale*, n° 537, p. 973, mai 2001.
- [26] M. PEZE, *Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés. Journal de consultation « souffrance au travail » 1997-2008*, Pearson Education France. 2008.
- [27] M. PEZE, « Création d'un réseau de consultation « Souffrance et travail » : riposte collective aux pathologies de la solitude », *Clinique du travail*, p. 211–219, 2010.
- [28] P. SARRIN, « Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée », *Groupe d'études de psychologie | Bulletin de psychologie*, n° 519, p. 251 à 261, mars 2012.
- [29] « Santé au travail, médecine du travail ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.atousante.com/>. [Consulté le: 11-juill-2015].
- [30] A. DIRRECTE, « Souffrance des salariés au travail, que faire? Guide des ressources disponibles en Alsace », avr. 2012.
- [31] S. DALLY, « La souffrance au travail : une maladie professionnelle ? », *Le Concours Médical*, vol. 135, n° 5, mai 2013.
- [32] M. HABERT, « Aspects spécifiques de la souffrance morale liée aux conditions de travail : enquête en vue d'une réflexion sur une prise en charge par le médecin généraliste. », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université Paris VI – Pierre et Marie Curie, UFR Saint-Antoine, Paris, 2006, 152 p.
- [33] M. DURET, « Prise en charge de la souffrance morale au travail par les médecins généralistes: enquête qualitative auprès de 13 médecins généralistes de l'Eure », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, UFR Médecine et Pharmacie, Rouen, 2014, 127 p.
- [34] S. PEUZIAT, « Prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes: Enquête auprès de 105 médecins généralistes du Finistère. », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Brest-Bretagne Occidentale Faculté de médecine, 2009, 148 p.
- [35] C. BEGUE, « Prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université d'Angers, 2014, 68 p.
- [36] E. FONDIN, « Dépistage de la souffrance psychique au travail en médecine générale : intérêt de l'utilisation de l'outil de Karasek? : regard sur les pratiques de 30 médecins généralistes des Pays de la Loire, un an après une campagne de prévention réalisée entre mai et août 2009. », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Nantes, 2011, 67 p.
- [37] « Solutions harcèlement moral au travail : conseils d'experts risques psychosociaux ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.placedelamediation.com/>. [Consulté le: 11-avr-2015].

ANNEXE 1 : FICHE « RESSOURCES »

TABLE DES MATIERES

1	SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL	57
1.1	MEDECIN DU TRAVAIL.....	57
1.2	INFIRMIER DE SANTE AU TRAVAIL	58
1.3	PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL.....	58
1.4	MEDECINE AGREEE (CAS PARTICULIER DE LA FONCTION PUBLIQUE).....	59
2	PSYCHOLOGUE CLINICIEN/PSYCHIATRE	59
3	CONSULTATIONS SPECIALISEES.....	60
3.1	CONSULTATIONS « SOUFFRANCE AU TRAVAIL ».....	60
3.2	CONSULTATIONS « PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE ».....	60
4	EMPLOYEUR.....	61
5	REPRESENTANTS DES PERSONNELS.....	62
5.1	DELEGUES DU PERSONNEL.....	62
5.2	COMITE D'ENTREPRISE (CE)	62
5.3	ORGANISATIONS SYNDICALES	63
5.4	DELEGUES SYNDICAUX.....	63
5.5	COMITE D'HYGIENE SECURITE ET CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT).....	64
6	SERVICES SOCIAUX DU TRAVAIL.....	64
7	MEDECIN CONSEIL DE LA SECURITE SOCIALE.....	65
8	INSPECTION DU TRAVAIL.....	66
9	MEDIATEUR.....	67
10	INSTANCES JURIDIQUES.....	68
10.1	AVOCAT.....	68
10.2	CONSEIL DE PRUD'HOMMES	68
11	AIDE A L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE	70
11.1	BILAN DE COMPETENCES.....	70
11.2	VALIDATION DES ACQUIS PAR L'EXPERIENCE (VAE)	70
12	BIBLIOGRAPHIE	70

Dans cette fiche « ressources », les différents acteurs intervenants dans la prise en charge de la souffrance au travail sont répertoriés. Leur rôle et les moyens de prise de contact y sont précisés. [1], [2], [3], [4]

1 SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

Il est composé du médecin du travail et, dans certaines entreprises d'un infirmier du travail et d'un psychologue du travail.

1.1 MEDECIN DU TRAVAIL

Sa présence est obligatoire dans toute entreprise. Ses missions sont définies par le Code du Travail.

Il est soit employé directement par l'entreprise lorsqu'il existe un service de santé au travail propre à cette dernière soit employé par un service interentreprise de médecine du travail.

Il a un rôle exclusivement préventif et n'est donc pas prescripteur.

Il est soumis au secret médical.

Quand et comment le contacter ?

Il existe un certain nombre de visites obligatoires à l'occasion desquelles le salarié est convoqué par la médecine du travail.

En dehors de ces visites, dès lors qu'un salarié se trouve face à une situation de travail affectant son état de santé quel qu'en soit le motif, il peut solliciter un rendez-vous avec le médecin du travail soit par l'intermédiaire de l'entreprise, soit en contactant directement le service de santé au travail.

Un salarié inquiet pour un collègue en souffrance peut également alerter la médecine du travail.

Ses coordonnées (adresse et numéro de téléphone) doivent obligatoirement être affichées dans l'entreprise.

Quel est son rôle?

Face à un patient en souffrance au travail, le médecin du travail va dans un premier temps écouter le patient puis évaluer son état de santé et la gravité de la situation.

Il pourra ensuite l'orienter vers le système de soins adapté (médecin généraliste en vue de soins ou d'un arrêt maladie, consultations spécialisées « souffrance au travail »).

Ayant libre accès aux lieux de travail, il peut réaliser des études de poste et des conditions de travail.

Il peut ainsi constater une incompatibilité du maintien au poste avec l'exigence de préservation de la santé du salarié. Il formule alors un avis d'aptitude indiquant des

aménagements ou des restrictions au poste. Si nécessaire, il peut également demander à l'employer un changement d'affectation en précisant les restrictions d'aptitude nécessaires. Le médecin du travail n'a qu'un rôle de conseil à l'employeur mais n'a, en aucun cas, un rôle décisionnaire.

Il peut aider le salarié dans des démarches médico-sociales (reconnaissance en accident de travail ou en maladie professionnelle).

En fonction de la situation, il peut alerter le CHSCT et l'employeur uniquement avec l'accord du salarié, tout en respectant le secret médical. Il ne peut dévoiler l'état de santé de l'employé, ni les raisons qui l'ont amené à consulter.

Il doit rendre compte, dans son rapport technique annuel, de l'accroissement des indicateurs de souffrance organisationnelle.

Lorsqu'il constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver (article L. 4624-3 du Code du Travail).

En aucun cas, il ne peut attester de faits juridiques en faisant par exemple un certificat médical attestant d'un harcèlement moral.

1.2 INFIRMIER DE SANTE AU TRAVAIL

Il est présent dans les établissements industriels de plus de 200 salariés, dans les autres types d'établissement à partir de 500 salariés, et dans les services de santé au travail interentreprise.

Il est soumis au secret professionnel.

Quand et comment le contacter ?

Tout salarié peut contacter directement l'infirmier du travail dès qu'il en ressent le besoin pour lui-même ou pour un collègue dont l'état de santé est inquiétant.

Quel est son rôle ?

Il a avant tout un rôle d'écoute et de soutien psychologique d'un salarié en souffrance.

Il peut également conseiller au patient de consulter le médecin du travail ou son médecin généraliste.

Il transmet les informations médicales au médecin du travail.

1.3 PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL

Il s'agit de psychologue titulaire d'un master de psychologie du travail.

Il peut exercer à titre individuel (libéral, autoentrepreneur), en cabinet conseil, en service de santé au travail (interne ou inter-entreprises), en association/organisme public d'appui aux entreprises.

Quand et comment le contacter ?

Le recours au psychologue du travail se fait le plus souvent par l'intermédiaire du médecin du travail. Ceci permet une bonne coordination entre médecin et psychologue du travail.

Il pourra intervenir dans tous les cas de souffrance psychique exprimée par les salariés.

Le patient peut également le contacter directement.

Quel est son rôle ?

Le psychologue du travail n'est pas un thérapeute.

Au cours d'entretiens individuels, il assure un rôle d'écoute et aide le ou les salariés à construire un projet d'action professionnel individuel ou collectif.

Il peut proposer un recours à la médiation.

S'il détecte des pathologies dépassant son champ de compétences, il pourra adresser le patient aux professionnels adaptés (psychologue clinicien, psychiatre).

1.4 MEDECINE AGREEE (CAS PARTICULIER DE LA FONCTION PUBLIQUE)

Les médecins agréés sont des médecins généralistes ou spécialistes donnant un avis médical sur l'aptitude des fonctionnaires. Ils siègent au comité médical et à la commission de réforme. Cette dernière émet un avis sur :

- L'imputabilité au travail de l'accident ou de la maladie à caractère professionnel ;
- L'appréciation de l'invalidité ;
- La reprise à mi-temps thérapeutique après accident ou maladie professionnelle ;
- Le reclassement et la mise à la retraite pour invalidité.

2 PSYCHOLOGUE CLINICIEN/PSYCHIATRE

Ils existent des psychologues et des psychiatres spécialisés dans la souffrance au travail.

Ils peuvent exercer en libéral ou en hospitalier.

Les honoraires sont le plus souvent libres.

Quand et comment les contacter ?

La prise en charge psychologique des patients en souffrance au travail doit être effectuée précocement afin d'éviter l'aggravation des symptômes [5].

Les patients pourront être orientés vers ces acteurs par le médecin généraliste ou par le médecin du travail.

Quel est leur rôle ?

Au-delà de l'établissement d'un diagnostic médical, ils peuvent proposer une prise en charge psychothérapeutique adaptée aux troubles et aux modes de décompensation de la souffrance.

Un suivi sera mis en place.

Ils peuvent également orienter le patient vers des structures spécialisées (médecin du travail, consultations spécialisés).

Les psychiatres peuvent, le cas échéant, établir un certificat médical pour une déclaration d'accident de travail ou de maladie professionnelle.

3 CONSULTATIONS SPECIALISEES

3.1 CONSULTATIONS « SOUFFRANCE AU TRAVAIL »

Il s'agit de consultation multidisciplinaire associant la présence de psychologue et de psychiatre spécialisée dans la souffrance au travail, d'une assistante sociale et d'une aide juridique. [6].

Quand et comment les contacter ?

Dès que le diagnostic de souffrance au travail est posé, les patients peuvent y être adressés par le médecin du travail ou le médecin généraliste.

Quel est leur rôle ?

Les consultations « souffrance au travail » proposent une prise en charge globale de la souffrance au travail par le biais d'une prise en charge psychologique, sociologique et juridique.

Quelques coordonnées peuvent-être trouvées sur le site « souffrance-et-travail.com » [7].

3.2 CONSULTATIONS « PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE »

Ce sont des services de consultations externes (hospitaliers et autres) spécialisés dans la prise en charge des pathologies professionnelles.

En Ile-de-France, ces consultations existent, par exemple, dans les hôpitaux Fernand-Widal, Raymond Poincaré et Hôtel-Dieu. Elles sont parfois difficilement accessibles et le délai de rendez-vous est long. A l'hôpital Raymond Poincaré, par exemple, la consultation n'est effectuée que par un seul médecin, qui ne consulte qu'une fois par mois avec des plages de consultation d'une heure.

Quand et comment les contacter ?

La consultation est accessible à tous. Il est possible, théoriquement, pour un médecin généraliste d'adresser un patient en souffrance pour prise en charge spécialisée.

Les coordonnées de ces consultations sont disponibles sur le site « souffrance et travail.com ».[7]

Que peut-on en attendre ?

Au cours de ces consultations, un diagnostic peut être posé avec avis psychiatrique si besoin. Une recherche de facteurs professionnels d'une souffrance psychique sera réalisée.

Elles permettent de guider la prise en charge du patient en souffrance. Il n'y a pas de prise en charge thérapeutique.

Ainsi, le médecin généraliste et le médecin du travail pourront obtenir des conseils sur :

- La prise en charge médicale et socio-professionnelle du patient ;
- Les démarches médico-administratives nécessaires ;
- La reconnaissance en maladie professionnelle ou en accident de travail. Un rapport médical et, si besoin, un certificat médical initial pourront être réalisés pour faciliter ces déclarations.

4 EMPLOYEUR

Quand et comment le contacter ?

Tout salarié peut, à tout moment, contacter son employeur soit directement, soit par l'intermédiaire de sa hiérarchie pour tout sujet relatif au contrat de travail ou concernant le droit du travail notamment pour toute question relative à l'hygiène, la santé et la sécurité dans l'entreprise.

Quel est son rôle ?

L'employeur est responsable de l'application des règles relatives à l'hygiène, à la sécurité et la santé au travail. À ce titre, il doit protéger la santé physique et mentale des salariés en coordonnant des plans d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux. Il a une obligation de résultats [8].

Il peut orienter le salarié vers le médecin du travail.

Il met en place les aménagements de poste proposés par le médecin du travail.

En cas d'accident de travail dans un contexte de souffrance au travail, il se doit d'effectuer la déclaration.

En cas de suspicion de harcèlement, il doit effectuer une enquête et prendre les mesures nécessaires à la préservation de la santé du ou des salariés en souffrance.

En cas d'évènements à fort risque de traumatisme psychique, il met en place, en coordination avec le médecin du travail, les mesures d'accompagnement nécessaires telle que l'intervention d'une cellule d'urgence médico-psychologique.

5 REPRESENTANTS DES PERSONNELS

Font partie des représentants du personnel : les délégués du personnel, les membres élus du CHSCT, les délégués syndicaux, les membres du comité d'entreprise.

Quand et comment les joindre ?

Tout salarié peut solliciter un représentant du personnel pour des questions relatives à la santé et la sécurité au travail, dont les risques psychosociaux font partie. Les salariés provenant d'autres entreprises et effectuant des missions au sein d'un établissement peuvent également solliciter les représentants du personnel de l'entreprise d'accueil lorsqu'ils souhaitent effectuer des réclamations concernant les conditions de travail au sein de cet établissement. Il en est de même pour les salariés temporaires.

Les noms et coordonnées des représentants du personnel doivent obligatoirement être affichés dans l'établissement.

5.1 DELEGUES DU PERSONNEL

Les délégués du personnel sont élus dans toutes les entreprises d'au moins 11 salariés.

Ils sont les porte-parole des salariés auprès de l'employeur ou de l'inspection du travail en matière de protection de la sécurité physique et mentale des salariés.

Dans les entreprises où il n'y a pas de CHSCT (cf. infra), ils sont investis des missions du comité d'hygiène. Les délégués reçoivent alors une formation prévue par la loi pour assurer cette tâche.

Quel est leur rôle ?

Ils ont pour mission de présenter à l'employeur toutes les réclamations collectives ou individuelles des salariés. Ils ont également un droit d'alerte et de saisie de l'employeur en cas d'atteinte aux droits des personnes, à leur santé physique ou mentale ou aux libertés individuelles.

Lors d'un entretien individuel, hormis dans un contexte de sanctions, l'employeur peut refuser la présence d'un délégué du personnel.

5.2 COMITE D'ENTREPRISE (CE)

Le CE est obligatoire dans les entreprises d'au moins 50 salariés.

Les membres du CE sont élus par les salariés de l'entreprise.

Quel est son rôle ?

Le CE est informé et consulté sur l'évolution et la gestion des conditions de travail, les mesures de restructuration, l'organisation de la santé au travail, et sur les procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire.

Il donne un avis sur le rapport annuel d'activité du médecin du travail.

Il peut remettre à l'employeur des avis concernant la prise en compte de la santé au travail des salariés.

Il exerce un contrôle social sur la préservation de la santé au travail et peut solliciter l'intervention du médecin du travail en matière de prise en charge des risques psychosociaux.

Il peut solliciter le CHSCT pour des études de conditions de travail si nécessaire.

5.3 ORGANISATIONS SYNDICALES

Elles ont pour rôle de défendre les idéaux de liberté, d'égalité, de justice, de laïcité, de fraternité et de solidarité afin qu'ils se traduisent dans des garanties individuelles et collectives (ex : droit à la formation, à l'emploi, à la protection sociale etc...)

Quand et comment le contacter ?

Dès lors qu'un salarié ressent des difficultés en matière de santé au travail ou dans l'exécution de son contrat de travail, il peut, même si il est retraité, saisir une organisation syndicale, qu'il soit ou non syndiqué. Il peut le faire soit par voie postale, par voie électronique, ou à l'occasion d'accueil public mis en place par les organisations syndicales.

Quel est leur rôle ?

Les organisations syndicales peuvent :

- Informer les salariés sur leurs droits, les procédures et les recours possibles ;
- Les orienter vers :
 - les structures adaptées au problème du salarié,
 - le service de santé au travail,
 - une action alternative à l'action en justice,
 - des conseils juridiques spécialisés ;
- Assister les salariés en :
 - apportant un soutien moral,
 - les aidant à saisir les autorités compétentes (inspection du travail, prud'hommes),
 - les aidant à qualifier les faits,
 - les aidant à rédiger un courrier,
 - les aidant à défendre un dossier dans le cadre d'une procédure judiciaire,
 - les accompagnant tout au long des démarches juridiques et administratives,
 - les assistant et en les représentant devant la justice,
 - Se constituant partie civile aux côtés des salariés.

5.4 DELEGUES SYNDICAUX

Le délégué syndical représente son organisation auprès de l'employeur.

Dans les entreprises de moins de 50 salariés, un délégué du personnel peut être désigné délégué syndical.

Quel est son rôle ?

Il porte à l'employeur les revendications de son organisation et négocie les accords d'entreprise ou d'établissement.

Les négociations peuvent porter sur les conditions d'accès à l'emploi, la formation et la promotion professionnelle, les conditions de travail et d'emploi, la bonne articulation entre vie professionnelle et vie familiale.

5.5 COMITE D'HYGIENE SECURITE ET CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT)

Sa constitution est obligatoire à partir de 50 salariés. En cas de risques professionnels d'une certaine nature, l'inspecteur du travail peut exiger la constitution d'un CHSCT pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Une partie des membres du CHSCT est élue par les membres du CE et par les délégués du personnel. Ce sont les représentants des salariés.

L'autre partie siège d'office au CHSCT de par leur fonction. C'est le cas du médecin du travail et de l'inspecteur du travail. La présidence du CHSCT est assurée par le chef d'entreprise ou son représentant.

Quel est leur rôle ?

Le CHSCT prend en charge des cas de souffrance au travail collectif. Un cas individuel ne peut être abordé en CHSCT.

Il a avant tout un rôle de prévention et n'a pas de pouvoir décisionnaire.

Il réalise des analyses des risques professionnels par des inspections régulières des lieux de travail. Si besoin, une expertise des conditions de travail peut être demandée.

Il peut proposer des actions de prévention des risques professionnels.

Il enquête sur les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Il peut avoir recours à un expert agréé en cas de risque grave ou de projet modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail.

Il a un rôle d'alerte auprès de l'employeur en cas de danger imminent ou grave.

6 SERVICES SOCIAUX DU TRAVAIL

La présence d'un travailleur social est obligatoire pour les établissements d'au moins 250 salariés.

L'assistant social est soumis au secret professionnel.

Il travaille en collaboration avec le service de santé au travail, le service de direction, les ressources humaines et les représentants du personnel.

Quand et comment le contacter ?

L'assistant social intervient en cas de difficultés d'ordre social d'un salarié.

Selon la taille de l'entreprise, le salarié peut directement faire appel au service social de l'entreprise ou y être adressé par le service de santé au travail.

Le salarié pourra également être adressé par l'employeur ou les représentants du personnel.

L'assistant social a des permanences sur le site de l'entreprise à l'occasion desquelles il pourra rencontrer le salarié. Dans certaines situations, il peut se déplacer à domicile. Il peut également être joint par téléphone ou par mail.

Quel est son rôle ?

L'assistant social accompagne le salarié devant toute difficulté sociale d'origine professionnelle ou privée.

Il l'aide à analyser la situation, à trouver des réponses, à entreprendre des démarches.

L'objectif est d'aider l'employé à trouver un équilibre entre ses aspirations, sa vie privée et ses obligations professionnelles.

Il participe également à la prévention des risques psychosociaux, en remettant notamment un rapport annuel d'activité indiquant la nature et la récurrence des problèmes rencontrés, tout en respectant le secret professionnel. Il travaille à la recherche de solution afin d'améliorer la qualité de vie au travail.

7 MEDECIN CONSEIL DE LA SECURITE SOCIALE

Comme tous les médecins, il est soumis au secret médical. Il est employé par la caisse d'assurance maladie.

Quel est son rôle ?

En convoquant l'assuré pour un contrôle médical, le médecin conseil vérifie que l'arrêt de travail et les soins sont justifiés. Si la visite de contrôle révèle que l'arrêt maladie n'a plus lieu d'être, le médecin conseil a la possibilité de demander la fin de l'arrêt de travail. L'assuré et le médecin prescripteur en sont alors informés.

Cet avis s'impose à la caisse et est opposable au salarié. L'assuré a la possibilité de le contester en sollicitant une expertise médicale ou en contestant les décisions de la caisse devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Lors d'une déclaration d'accident de travail ou de maladie professionnelle, la caisse peut faire examiner la victime par le médecin conseil.

La date de guérison et de consolidation, à l'issue de la rédaction d'un certificat final, sera fixée par la caisse après avis du médecin conseil.

Lorsqu'un arrêt de travail dure plus de 3 mois, le médecin conseil peut :

- En liaison avec le médecin traitant, solliciter le médecin du travail pour préparer et étudier les conditions et les modalités de reprise du travail ou envisager des démarches de réorientation ;
- Il peut également saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité du salarié à reprendre son travail, après en avoir informé le médecin traitant et le salarié.

En cas d'incapacité permanente de plus de 10% à l'issue d'un accident de travail, le médecin conseil peut également solliciter, avec l'accord de l'assuré, l'avis du médecin du travail pour évaluer l'aptitude du salarié à son poste. Ceci lui permettra de statuer sur la date de consolidation et de procéder à l'évaluation d'une incapacité permanente de travail. [9]

8 INSPECTION DU TRAVAIL

L'inspection du travail est une administration de l'état, composée de contrôleur et d'inspecteur du travail. Il s'agit d'un service public. Leur indépendance est garantie par un texte international (convention 81 de l'OIT : Organisation Internationale du Travail).[10]

Elle a pour mission de veiller à l'application de la législation au travail.

L'inspecteur du travail est tenu de respecter la confidentialité des plaintes pour lesquelles il est saisi.

Quand et comment la solliciter ?

L'inspection du travail, est accessible gratuitement à tout salarié ou employeur lorsque le code du travail n'est pas respecté ou pour obtenir des renseignements concernant le droit du travail dans une situation litigieuse (exemple : suspicion de harcèlement).

L'adresse et le numéro de téléphone de l'inspection du travail compétente et le nom de l'inspecteur du travail doivent obligatoirement être affichés par l'employeur dans les locaux de l'entreprise.

Quel est son rôle ?

L'inspecteur du travail a trois rôles principaux :

- Contrôler l'application du droit du travail (code du travail, conventions et accords collectifs) dans tous ses aspects : santé et sécurité, fonctionnement des institutions représentatives du personnel (comité d'entreprise, délégués du personnel, etc.), durée du travail, contrat de travail, travail illégal ;

- Conseiller et informer les employeurs, les salariés et les représentants du personnel sur leurs droits et obligations ;
- Faciliter la conciliation amiable entre les parties, notamment lors des conflits collectifs. [11]

En matière de risques psychosociaux, l'inspection du travail recueille les plaintes secondaires à une atteinte de la santé ou de la sécurité au travail ou à un non-respect du code du travail.

Il réalisera une analyse juridique des faits et décidera de la nécessité ou non de poursuivre la procédure (observations, mise en demeure, procès-verbaux dans le cas de harcèlement moral avéré par exemple, signalement).

Il peut également rappeler à l'employeur ses obligations relatives à l'évaluation et à la prévention des risques psychosociaux.

Il peut favoriser la mise en œuvre de démarche de prévention des risques psychosociaux en se mettant en relation avec les différents acteurs de l'entreprise.

Si nécessaire, il peut réorienter le salarié vers d'autres instances compétentes.

9 MEDIATEUR

La médiation est un mode amiable de règlement des conflits avec l'aide d'un tiers (le médiateur).

Quand et comment le contacter ?

L'article L1152-6 du Code du travail prévoit le recours au médiateur dans le cadre de harcèlement moral à l'initiative de la personne qui s'en estime victime.

Le recours à la médiation nécessite que les deux parties soient d'accord sur le choix du médiateur et ses conditions d'intervention.

Par extension, la médiation peut être utile dans toute situation dans laquelle l'établissement d'un dialogue est indispensable afin de trouver des solutions satisfaisant les deux parties, à une dimension individuelle et collective.

Le médiateur peut être sollicité par tout individu ou organisation professionnelle, soit directement, soit en passant par un centre de médiation.

Quel est son rôle ?

Il va travailler dans le but de restaurer le dialogue entre les deux parties.

A l'issue d'entretiens individuels avec les deux parties afin d'identifier les points de vue et de désaccord de chacun, il organisera un ou plusieurs temps commun afin de permettre une meilleure compréhension mutuelle et de faire émerger ensemble des solutions.

10 INSTANCES JURIDIQUES

10.1 AVOCAT

Quand et comment le contacter ?

Dès lors qu'un patient se sent en souffrance au travail, il peut contacter un avocat même s'il ne veut pas forcément entreprendre une procédure en justice.

Les coordonnées des avocats spécialisés en droit du travail peuvent être trouvées soit en consultant l'annuaire des avocats publié par le barreau, soit par le biais de permanences juridiques mises en place par les organisations syndicales.

Leurs honoraires sont libres.

Quel est son rôle ?

L'avocat aura tout d'abord un rôle de conseil. Il indiquera au salarié, en fonction des faits, les alternatives à court et à long terme, les avantages et les inconvénients de chaque option, leur durée et leur coût. En fonction du souhait du salarié et des circonstances, l'objectif de l'intervention sera de maintenir le salarié à son poste, d'obtenir une mutation ou une rupture de son contrat de travail.

Le recours à un avocat ne signifie pas forcément procès. D'autres voies telles que la médiation ou la négociation sont possibles. Il sera également possible d'orienter le salarié vers d'autres acteurs (médecin du travail, représentants du personnel).

Dès que la stratégie à adopter est choisie en accord avec son client, l'avocat l'exécute. Ce n'est, cependant, pas son rôle de trouver les preuves attestant des faits rapportés par la victime mais il peut l'aider à produire des moyens de preuve.

Il n'a pas d'obligation de résultats mais une obligation de moyen.

Pour aller plus loin : Le site « souffrance-et-travail.com » propose une interview d'un avocat du droit du travail très intéressante. Il y est précisé les obligations de l'employeur et les droits du salarié. Une conduite à tenir sur le plan juridique face à un patient en souffrance au travail est proposée [7].

10.2 CONSEIL DE PRUD'HOMMES

Lors d'une audience, le conseil de Prud'hommes est composé de 4 juges non professionnels : 2 conseillers élus par les employeurs et les 2 autres par les salariés.

Quel est le champ de compétence du tribunal de Prud'hommes ?

Le tribunal de Prud'hommes est compétent pour les litiges individuels opposant un salarié ou un apprenti en matière de contrat de travail (validité, exécution, rupture). Il est également compétent en matière de harcèlement moral (qualification et réparation).

Il ne peut juger d'affaires d'ordre collectif.

Quel conseil saisir ?

Le salarié a le choix parmi plusieurs conseils de prud'hommes.

S'il exerce sa profession dans un établissement, il devra saisir le tribunal de prud'hommes du ressort de l'établissement.

Si l'employeur est un particulier, le conseil de Prud'hommes du ressort du siège social de la société ou du domicile de l'employeur sera compétent

Il peut également saisir le conseil de Prud'hommes du ressort du lieu où le contrat de travail a été signé ou du domicile du salarié s'il exerce sa profession en dehors de tout établissement ou à son domicile.

Comment se déroule une procédure ?

La saisine du conseil de Prud'hommes doit être formulée par lettre recommandée ou déposée au secrétariat-greffe du conseil. Il est important de respecter les délais de prescription dépendant du type de réclamation.

Une contribution de 35 euros devra être versée lors de l'introduction de l'instance et est due par le déposant. Il pourra en être exempté dans certaines situations particulières.

Dans certains cas définis par la loi, une procédure d'urgence est possible.

Il existe deux modes de règlements des conflits : la conciliation et le jugement.

Lors de l'audience, les deux parties sont tenues de se présenter en personne mais peuvent être représentées pour un motif légitime, soit par un salarié et un employeur de la même branche d'activité, soit par un délégué syndical, soit par leur conjoint, soit par un avocat.

Dans tous les cas, les parties peuvent être assistées par les personnes citées précédemment.

La tentative de conciliation est obligatoire.

Lors que la conciliation échoue, le bureau des conciliations renvoie l'affaire au bureau des jugements.

Lors du jugement, les parties sont convoquées par lettre ou oralement avec émargement au dossier pendant l'audience de conciliation. Le jugement est rendu à la majorité absolue des conseillers prud'hommaux. En cas de partage des voix, l'affaire est renvoyée devant le même bureau présidé par un juge du tribunal d'instance.

Jusqu'à un certain montant (4 000 euros), le tribunal de prud'hommes statue en dernier ressort. Au-delà de ce montant il est possible de faire appel.

11 AIDE A L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

11.1 BILAN DE COMPETENCES

Le bilan de compétences permet à une personne de faire le point sur ses compétences, aptitudes et motivations professionnelles, d'organiser ses priorités professionnelles et d'identifier ses atouts afin de définir un projet professionnel ou de formation.

Ce bilan peut être proposé par l'employeur ou être réalisé à l'initiative du salarié.

Il doit être réalisé par un organisme extérieur agréé tel que le FONGECIF ou autres organismes privés.

Le salarié peut bénéficier d'un congé de 24 heures pour la réalisation de ce bilan. L'attribution de ce congé dépend de l'ancienneté de l'employé et n'impacte pas ses congés annuels. Son salaire est maintenu.

Ce bilan peut également être réparti sur plusieurs semaines.

A l'issue de ce dernier, les conclusions sont communiquées uniquement à la personne en ayant bénéficié. Les résultats ne seront transmis à un tiers qu'avec son accord.

11.2 VALIDATION DES ACQUIS PAR L'EXPERIENCE (VAE)

Elle permet à toute personne, engagée dans la vie active, d'obtenir tout ou partie d'un diplôme professionnel en faisant valider par un jury l'expérience professionnelle qu'elle a acquise dans l'exercice d'une activité professionnelle, bénévole ou autre.

Une VAE peut être réalisée à l'initiative du salarié ou de l'employeur. Un salarié peut bénéficier d'un congé de formation de 24 heures.

12 BIBLIOGRAPHIE

- [1] A. DIRRECTE, « Souffrance des salariés au travail, que faire? Guide des ressources disponibles en Alsace », avr. 2012.
- [2] P. ZAWIEIJA et F. GUARNIERI, *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Seuil. 2014.
- [3] M. GRENIER-PEZE et N. SANDRET, « Souffrance au travail: Que faire? », *Rev. Prat. Médecine Générale*, n° 788-789, p. 1037-1038, 2007.
- [4] M. PEZE et M. C. SOULA, « Harcèlement au travail : l'interrompre en urgence », *Rev. Prat. Médecine Générale*, n° 537, p. 973, mai 2001.
- [5] M. PEZE, *Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés. Journal de consultation « souffrance au travail » 1997-2008*, Pearson Education France. 2008.
- [6] C. MAILLARD, « Souffrance au travail : bilan d'une consultation spécialisée », *Concours Méd.*, vol. 125-09, p. 510-512, mars 2003.
- [7] « Souffrance et Travail ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.souffrance-et-travail.com/>. [Consulté le: 11-juill-2015].
- [8] D. CHOUANIERE, « Risques psychosociaux et souffrance au travail », *EMC-Pathologie Prof. Environ.*, vol. 10, n° 2, p. 1-12, 2015.
- [9] INRS, « Aptitude, invalidité : rôles respectifs du médecin du travail, du médecin conseil et du médecin traitant », *Doc. Pour Médecin Trav.*, n° 104, p. 441-447, 2005.

- [10] « Les ressources mobilisables - L'inspecteur du travail - Travailler Mieux ». [En ligne]. Disponible sur: <https://travailler-mieux.gouv.fr/L-inspecteur-du-travail.html>. [Consulté le: 11-juill-2015].
- [11] « L'inspection du travail ». [En ligne]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/litiges-et-conflits-du-travail,124/l-inspection-du-travail,1123.html>. [Consulté le: 11-juill-2015].

ANNEXE 2 : ENTRETIENS AVEC 3 ACTEURS DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

TABLE DES MATIERES

1	ENTRETIEN AVEC UNE FEMME MEDECIN DU TRAVAIL.....	73
1.1	PRESENTATION DU MEDECIN DU TRAVAIL.....	73
1.2	ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL EN MATIERE DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL.....	73
1.3	POINT DE VUE SUR LA RELATION MEDECIN DU TRAVAIL ET MEDECIN GENERALISTE	74
1.4	POINT DE VUE SUR LA RELATION MEDECIN DU TRAVAIL ET CHSCT	75
2	ENTRETIEN AVEC UNE REPRESENTANTE DU PERSONNEL MEMBRE D'UN CHSCT	75
2.1	PRESENTATION DU CHSCT	75
2.2	MODE DE PRISE DE CONTACT	75
2.3	ROLE DU CHSCT DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL.....	75
2.4	POINT DE VUE SUR LE MEDECIN DU TRAVAIL.....	76
3	ENTRETIEN AVEC UNE PSYCHOLOGUE SPECIALISEE DANS L'EVALUATION ET L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE EXERÇANT EN LIBERAL.....	76
3.1	FORMATION PROFESSIONNELLE.....	76
3.2	SITUATIONS DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL RECONTREES.....	76
3.3	POINT DE VUE SUR LA COORDINATION DES SOINS	76
3.4	ROLE EN MATIERE DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL.....	77
3.5	PRIX DE LA CONSULTATION	78

Ces 3 entretiens ont été analysés selon une analyse thématique. Il s'agit d'une simple description des entretiens. Il ne sera pas réalisé d'analyse critique.

1 ENTRETIEN AVEC UNE FEMME MEDECIN DU TRAVAIL EXERÇANT DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Au cours de cette analyse, les thèmes suivants seront abordés :

- Présentation du médecin du travail ;
- Son rôle dans la prise en charge des patients en souffrance au travail ;
- Son point de vue sur la relation médecin du travail/ médecin généraliste ;
- Son point de vue sur la relation entre médecin du travail et CHSCT.

1.1 PRESENTATION DU MEDECIN DU TRAVAIL

Le médecin du travail a un rôle de conseil à l'employeur et au salarié dans l'objectif de préserver la santé et la sécurité du salarié *« le médecin du travail... il est le... conseil... des salariés... des organisations... syndicales et... de l'employeur pour tout ce qui concerne la santé et la sécurité au travail »*.

C'est la responsabilité pénale de l'employeur qui est engagée si les mesures de protection des individus ne sont pas mises en place, pas celle du médecin du travail *« C'est pas nous qui avons la responsabilité... pénale. C'est-à-dire que s'il se passe quelque chose c'est la responsabilité du chef de service. C'est à dire que moi je peux pas imposer au... au patron mes préconisations »*.

Elle rappelle que les médecins du travail sont soumis au secret médical comme tous les médecins *« on est comme tous les médecins soumis au secret professionnel »*.

1.2 ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL EN MATIERE DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Face à un salarié en souffrance au travail, elle a d'abord un rôle d'écoute *« notre rôle c'est déjà d'abord de l'écouter »*. Elle pense que cela permet dans un premier temps de soulager le patient *« Ça leur permet déjà bien souvent d'aller mieux »*. Selon elle, il est nécessaire de prendre du temps avec le patient et de le réévaluer *« les personnes qui sont en souffrance je les garde une heure. Je les revois si besoin »*.

Puis, elle analyse la situation afin de différencier les fragilités personnelles des causes professionnelles de souffrance *« Après d'essayer d'analyser ce qui est directement lié au travail euh... de ce qui peut aussi être lié au mal-être qui vient d'ailleurs »*.

Elle peut l'orienter vers son médecin traitant pour un arrêt de travail *« [...] de lui conseiller d'aller voir son médecin pour qu'il y ait un arrêt de travail le temps qu'on puisse trouver une solution »*.

Elle souligne la difficulté de prise en charge des patients qui refusent parfois de s'arrêter *« Ils veulent pas s'arrêter, ils sont souvent dans le déni »*.

Elle n'intervient au niveau de la hiérarchie qu'avec l'accord du salarié car la visite est soumise au secret médical « *je ne fais d'intervention envers l'administration, envers sa hiérarchie qu'avec son accord* », « *la visite médicale, si il le souhaite est couverte par le... par le secret médical* ».

Elle peut proposer des aménagements ou des changements de poste mais ne pose pas d'inaptitude « *moi je travaille dans la fonction publique [...] nous on pose pas d'inaptitude* », « *je fais une demande... d'aménagement de poste ou de changement d'affection* ».

Le médecin du travail peut avoir un rôle d'alarme « *ça m'est arrivé d'alerter, effectivement, le service des ressources humaines, en disant : Dans tel service, il y a tel type de problème. Mais pour ça il faut qu'on en ait... plusieurs. Plusieurs du même service* » mais « *ça ne se limite pas à ça* ».

1.3 POINT DE VUE SUR LA RELATION MEDECIN DU TRAVAIL ET MEDECIN GENERALISTE

Elle pense que le médecin généraliste doit prendre contact avec le médecin du travail dès qu'il reçoit un patient en souffrance au travail « *moi je pense que c'est intéressant dès le début de... de prendre contact avec le médecin du travail* » car le généraliste peut difficilement savoir ce qui se passe réellement sur le lieu de travail « *le médecin généraliste n'a pas forcément les tenants et les aboutissants du monde du travail* ». Cela évite notamment de faire des déclarations de maladie professionnelle alors que la cause de la souffrance est liée à des troubles personnels « *c'était quelqu'un qui, je pense, avait une problématique personnelle, que le travail était venu se rajouter, mais que c'était pas le travail lié. Et là, en l'occurrence, ça... ça compliquait la vie de cette personne de faire une déclaration en maladie professionnelle, qui serait pas reconnue* ».

Elle indique également que la coordination avec les généralistes pour la prise en charge des patients est difficile « *c'est très rare, quand... les généralistes prennent contact avec moi* ».

Elle est consciente de la méfiance qu'ont les patients et les médecins généralistes envers le médecin du travail et que cela constitue un frein à la prise en charge des patients « *pour les médecins généralistes, le médecin du travail est un peu à la solde de l'employeur [...] ils ont l'impression que tout ce qui va se passer dans notre cabinet va être transmis... directement... au patron. Et ça je crois que c'est un gros frein* ».

Interrogée sur les difficultés à joindre le médecin du travail évoquées par les généralistes, elle indique que même si elle n'est pas toujours présente à son cabinet, il est toujours possible de lui laisser un message « *Il (le médecin généraliste) peut laisser un message il peut... et après le médecin (du travail) rappelle* ». Elle trouve par contre que les médecins généralistes sont très difficile à contacter par téléphone « *Mais moi je dirais que c'est aussi compliqué de joindre les médecins généralistes* » et qu'elle n'a pas de retour à sa correspondance « *j'ai jamais eu de retour des... sur les courriers que je faisais* ».

1.4 POINT DE VUE SUR LA RELATION MEDECIN DU TRAVAIL ET CHSCT

Les cas individuels ne doivent pas être abordés en CHSCT « *on doit pas parler de cas individuel en CHSCT. Ça reste du collectif* » par respect du secret médical « *on ne peut pas me demander d'information sur un individu* ».

2 ENTRETIEN AVEC UNE REPRESENTANTE DU PERSONNEL MEMBRE D'UN CHSCT

Au cours cet entretien, les thèmes suivants ont été abordés :

- La présentation du CHSCT ;
- Le mode de prise de contact ;
- Le rôle du CHSCT dans la prise en charge d'un patient en souffrance au travail ;
- Le point de vue sur le médecin du travail.

2.1 PRESENTATION DU CHSCT

Elle évoque la définition du CHSCT et sa constitution « *CHSCT : Comité Hygiène Sécurité et Conditions de travail. Ça recoupe euh... donc, les, les conditions de travail, ça va de l'ergonomie, en passant par... la sécurité* », « *Le CHSCT c'est un certain nombre de personnes élues par [...] les représentants du personnel* », « *le président étant toujours, le représentant... le chef d'établissement ou son représentant* ».

Selon elle, le CHSCT devrait avoir un rôle de contre-pouvoir qu'il n'a pas au sein de son entreprise « *ces comités de suivi devraient présenter un contre-pouvoir [...] C'est là où ça joue pas son rôle hélas* ».

2.2 MODE DE PRISE DE CONTACT

Elle pense qu'il est préférable de prendre contact avec le CHSCT par l'intermédiaire du médecin du travail afin de respecter le secret médical « *Il faut savoir que le médecin du travail fait partie du CHSCT [...] c'est pas mal d'établir déjà, d'essayer de voir s'il y a une possibilité de dialogue avec le médecin du travail. Euh... moi je pense que de médecin à médecin ça peut être intéressant de suivre un dossier. Il y a un respect de la confidentialité et euh... les deux sont liés, sont sur le même niveau de confidentialité* ».

Il est également possible pour le salarié d'avoir directement recours à un membre du CHSCT « *Les noms sont publiques... Il y a une publication des listes* ».

2.3 ROLE DU CHSCT DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Elle indique que la direction a tendance à expliquer le mal-être des salariés en souffrance par leurs fragilités personnelles « *on a trop tendance à se laisser entrainer à l'heure actuelle en se disant, cette personne elle est en cours de divorce. Cette personne est ceci. Elle a un problème de santé, etc. Ça suffit pas à expliquer les choses et pourtant dans la quasi majorité des cas, on a une direction qui essaye d'expliquer le mal être par ce phénomène-là* ».

Elle souligne une mauvaise gestion du CHSCT au sein de son entreprise entraînant une certaine inertie « *ça met beaucoup trop de temps à se... à s'organiser [...] on laisse généralement la personne qui se dit harcelée, ou en mal-être etc... On la laisse dans son environnement, on la laisse baigner dans son jus* ».

2.4 POINT DE VUE SUR LE MEDECIN DU TRAVAIL

Elle déplore le fait que le médecin du travail ne communique pas au CHSCT les informations concernant les patients en souffrance « *le médecin du travail [...] quand il a des cas il n'informe pas le CHSCT. Euh... c'est à mon sens une mauvaise compréhension du rôle du CHSCT* ».

Elle aborde le problème de la méfiance des salariés vis-à-vis du médecin du travail « *Il faut savoir qu'un certain nombre de salariés ont une grande méfiance vis-à-vis de la médecine du travail. Donc refuse parfois d'être suivi par le médecin du travail, en pensant que ce médecin du travail est à la solde uniquement euh... d'une direction. Euh... pff ... je vais pas faire d'angélisme, ça arrive oui* ».

3 ENTRETIEN AVEC UNE PSYCHOLOGUE SPECIALISEE DANS L'EVALUATION ET L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE EXERÇANT EN LIBERAL

Les thèmes suivants seront abordés :

- Sa formation professionnelle ;
- Les situations de souffrance au travail qu'elle peut rencontrer ;
- Son point de vue sur la coordination des soins ;
- Son rôle ;
- Le prix de la consultation.

3.1 FORMATION PROFESSIONNELLE

Elle est diplômée de l'université de Nanterre et du CNAM. Elle a une maîtrise en ergonomie du travail.

3.2 SITUATIONS DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL RECONTREES

Au cours de ses consultations, elle peut être confrontée à des patients présentant :

- Un ennui au travail (boring-out) « *Il peut y avoir de l'ennui au travail* » ;
- Un épuisement professionnel (burn-out) « *on était plus proche du burn-out* » ;
- Des situations de harcèlement moral « *on peut rencontrer en fonction aussi de certains types de secteur d'activité... du harcèlement moral* ».

3.3 POINT DE VUE SUR LA COORDINATION DES SOINS

Selon elle, la coordination des soins dans la prise en charge de la souffrance au travail est indispensable « *je dirais presque quasi indispensable, en tout cas, euh... c'est une bonne chose de travailler en collaboration avec des personnes qui ont l'habitude d'entendre cette souffrance* ».

Elle travaille en collaboration avec d'autres professionnels « *je souhaite aussi travailler beaucoup plus en relais avec des ostéopathes [...] avec des médecins* », « *je suis aussi en lien avec un*

psychologue clinicien euh... et un... médiateur » et avec des institutions d'aide à la formation continue « avoir des partenariats avec euh... les différents institutionnels qui sont en charge des... des dem... des prises en charge financières de formation continue ».

Elle a eu l'occasion de travailler avec un médecin généraliste avec qui il a été possible d'échanger sur la prise en charge du patient « *c'est-à-dire que je pouvais aller voir ce médecin, et du coup, on faisait un point sur l'évolution de telle et telle situation* ».

3.4 ROLE EN MATIERE DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Elle a tout d'abord un rôle d'écoute « *être capable de... d'une écoute très fine... de ce que... des besoins des personnes* ».

La consultation est en général longue « *j'ai l'habitude de travailler sur le temps* » ce qui n'est pas le cas de tous les psychologues selon son point de vue « *certaines personnes de notre profession euh... n'accordent pas suffisamment de temps euh... pour... écouter justement la souffrance* » et repose sur l'échange « *les personnes avec qui je travaille sont euh... en général, très contents parce qu'on est dans l'échange* ».

Elle accompagne des salariés dans le cadre de bilans de compétences « *Des accompagnements en bilan de compétences donc pour des salariés, exclusivement* » ou de validation des acquis par l'expérience « *dans mes accompagnements euh... VAE, validation d'acquis de l'expérience* ».

Le bilan de compétences comprend 8 séances réparties sur 2 à 4 mois. La durée dépend des centres « *en fonction des centres de bilans, vous pouvez avoir un... fonctionnement un petit peu différent* ».

Il s'agit d'un travail de réflexion « *sur le projet, sur les compétences, sur la motivation, les valeurs* » découpé en trois phases « *Vous avez la première phase : prise de contact, la deuxième phase où on est dans l'investigation [...]. Et la troisième phase qui est l'élaboration du projet... professionnel avec la rencontre de professionnels pour confirmer le projet* ».

Elle a une bonne maîtrise de l'ensemble des dispositifs (formation, dossier de réorientation, etc.) permettant d'aider les patients à se réorienter sur le plan professionnel « *une connaissance approfondie de l'ensemble des dispositifs qui peuvent être utiles* », « *la mise en place d'actions qui vont leur permettre de sortir d'une situation dans laquelle ils sont bloqués* ».

Elle peut également :

- Orienter les patients vers le projet professionnel le plus adapté à leur situation « *faire une formation, d'évoluer professionnellement [...] utiliser d'autres dispositifs* » ;
- Accompagner concrètement les patients dans la réalisation d'un projet professionnel « *Etre capable de monter des dossiers pour aider les gens à obtenir ce qu'ils souhaitent* », « *ça veut dire aider aussi... les personnes à retravailler éventuellement une candidature, une offre de candidature, CV, lettre de motivation* » ;
- Orienter vers les professionnels compétents quand la situation du patient dépasse son champ de compétences « *c'est aussi être capable de dire, nous de notre côté, nous avons nos limites, et à partir de là, renvoyer, aussi, à d'autres professionnels qui sont plus spécialisés dans un champ ou dans un autre* », « *de par notre formation de psychologue, on est capable de savoir ce qui va relever d'un champ ou d'un autre* ».

3.5 PRIX DE LA CONSULTATION

80 euros pour une heure et demi consultation.

Les honoraires découlent du montant élevé des charges « *c'est quand-même compliqué si on veut être dans un coin un peu sympa euh... de pouvoir, ben... tout payer quoi* ».

Ces charges pourraient être diminuées en s'associant « *s'associer [...] financièrement, c'est aussi intéressant* ».

ANNEXE 3 : OUTIL DADSMOP

Dossier d'Aide à la Décision face aux Souffrances Morales alléguées d'Origine Professionnelle (DADSMOP) pour le médecin traitant

Auteurs : Groupe souffrance morale au travail de l'AIST 83 : Docteurs Sylvie BERTRAND, Annie CHOQUET, Serge ETIENNE, Dominique GUFFOND, Marie-José HUBAUD, médecins du travail
Contact téléphonique : 04-94-89-98-71

Ce document permet la construction d'un **profil** permettant de mieux cerner l'état et l'origine de la souffrance morale du patient :

1/ Dans les 3 premières colonnes, cocher la case correspondant le mieux à l'état du patient ;

2/ Dans les 2 dernières colonnes, cocher le **nombre** de signes professionnels ou de fragilité observés chez le patient ; les signes listés ne sont pas exhaustifs, d'autres signes pertinents au cas par cas peuvent être rajoutés puis comptabilisés.

3/ Relier les cases cochées pour construire une courbe correspondant au profil du patient à un temps donné.

Un premier profil est ainsi obtenu, d'autres profils pourront être construits au cours du suivi thérapeutique pour visualiser l'évolution de la souffrance morale.

Temps	Profil n°:			Date :	Facteurs de fragilité / vulnérabilité		
Niveau fonctionnel	Etat clinique général	Etat neuro-psychologique	Signes professionnels				
<u>Patient Réactif</u> (Conservation de Ressources Psycho-socio-Physiologiques)	Bonne santé ou pb de santé peu grave équilibré	Tout va bien	1	<u>Signes liés à l'entreprise et au travail</u> a. Statut (précarité) b. Responsabilité hiérarchique c. Responsabilité syndicale d. Salarié « captif » (contraint, pour des raisons financières ou sociales, à ne pas risquer de quitter l'entreprise) e. Changement d'outil, de méthode, de manager f. Crise financière g. Licenciements annoncés h. Menaces verbales i. Menaces écrites j. Sanction k. Surcharge de travail de toute cause l. Non reconnaissance de la qualité du travail m. Manque de moyens au travail n. Culpabilisation collective du fait arrêt maladie	1	<u>Signes liés à la personnalité</u> -Caliméro (né pour souffrir) -Manque d'assertivité (difficulté à s'affirmer, à dire non) -Etc...	
	Bonne santé ou pb de santé grave équilibré (fin d'arrêt)	Fatigue le matin et malaise	2		2		
	Santé moyenne ou pb de santé grave en cours de traitement (fin d'arrêt)	Interrogations	3		3		
	Santé moyenne ou pb de santé grave en cours de diagnostic (arrêt)	Doute, anxiété	4		4		<u>Signes liés à la personne</u> Age Sexe Caractéristiques physiques Etc....
	Fatigue générale avec symptomatologie clinique fonctionnelle (arrêt ?)	Insomnies Cauchemars	5		5		
<u>Zone de transition</u>	Fatigue intense avec nécessité de prise en charge médicale arrêt ?	Somatisation	6		6	<u>Signes sociaux</u> Isolement social Charges familiales, Problèmes de trajet etc....	
<u>Patient non Réactif</u> (Perte de ressources)	Pathologie aigue	Dévalorisation	7		7		
	Pathologie chronique	Dépression	8		8		
	Pathologie chronique grave	Idées mortifères	9		9		

ANNEXE 4 : VERSION INITIALE DU GUIDE D'ENTRETIEN

1. Quelle est, selon vous, la définition de la souffrance au travail ?
2. A quelle fréquence êtes-vous confronté à un patient en souffrance au travail ?
3. Face à un patient en souffrance au travail, que lui proposez-vous ?
4. Quels recours médicaux ou non médicaux intervenant dans la souffrance au travail, connaissez-vous ?
5. Parmi ces recours médicaux ou non médicaux, vers lesquels orientez-vous vos patients ?
6. Qu'attendez-vous de ces recours ?

Question facultative en fonction des réponses aux entretiens :

Si des recours sont cités mais ne sont jamais utilisés en pratique : Pourquoi n'adrezsez-vous jamais vos patients aux recours cités précédemment ?

ANNEXE 5 : EXEMPLE D'UN ENTRETIEN RETRANSCRIT

Femme de 51 ans, exercice seul, sur rendez-vous, quartier sensible, année d'installation 2001

Moi : Quelle est, selon toi, la définition de la souffrance au travail ?

I : Alors pour moi, une souffrance c'est très très large. C'est... tout inconfort dans le cadre du travail, que ça soit au niveau de la réalisation de la tâche, au niveau des relations avec... les équipes... au-dessus ou en-dessous. Et... ben du coup un... une répercussion sur la vie quotidienne sur... la vie personnelle, sur la vie familiale... le sommeil, l'appétit. Donc... à partir du moment où la cause d'un mal-être est rapportée, on va dire, a un lien avec le travail, pour moi c'est une souffrance au travail.

M : A quelle fréquence, à peu près, es-tu confrontée à un patient en souffrance au travail ?

I : J'ai presque envie de dire quotidiennement. Euh... par contre je fais deux catégories. C'est-à-dire qu'il y a les gens qui, dans l'actualité, ont des difficultés... et qui... viennent pas forcément pour cette problématique d'abord, mais plutôt un mal-être et c'est au cours de la conversation qu'on réussit à faire le lien et trouver qu'il y a... une...une réaction, on va dire, à une situation un peu difficile. Euh... pour autant, des fois, le fait d'en parler, que les gens... fassent le lien, justement, en réalisant que c'est les conditions de travail qui font que : ils sont pas bien, des fois ça peut suffire. Et du coup ils ont compris pourquoi ils étaient pas bien, ça les rassurent. Et puis il y a des vrais, enfin des vrais... voilà c'est moi qui, déjà, mets une connotation là où je ne devrais pas... J'ai envie dire des... souffrances qui vont être plus lourdes, plus difficiles à prendre en charge. Où là, on a quelque chose qu'il ne suffit pas d'évoquer et qui est vraiment ancré... avec... après, ben des risques de... de... conséquences... absence, voire perte d'emploi, voire... dépression, voire voilà... Où là, ben, on a bien besoin et du médecin du travail, et éventuellement de cellules qui ne sont pas si nombreuses que ça et pas facilement accessibles de médecins qui... travaillent dans ce cadre-là... et qui... qu'on peut voir. Mais là, la dernière personne que j'ai envoyée, je crois que le mois de novembre j'ai eu un rendez-vous fin janvier. Donc... le rendez-vous se fera mais... c'est difficile quand les gens sont vraiment dans une situation... de grande souffrance et de... de sidération de leur dire : « on va s'occuper de vous, le spécialiste de la souffrance au travail il vous verra dans 3 mois » quoi. Donc... ce délai est aussi vécu comme une punition. « Pourquoi on peut pas me prendre en charge plutôt ? ». Ben parce que il y a peu de gens, on a quelques adresses et le temps de les joindre et... d'avoir de la place c'est long. Ce qui fait que des fois les gens ne vont pas jusqu'au bout.

M : Alors du coup, tu as un petit peu répondu à la question qui vient juste après, qui est : face à un patient en souffrance au travail, qu'est-ce que tu lui proposes ?

I : Alors déjà d'essayer de contacter le médecin du travail. Parce que ça permet de voir un petit peu d'abord, s'il est le seul dans cette situation, s'il y a quelque chose qui est effectivement déjà repéré et ça permet aussi de faire une espèce de... un espèce de listing pour le médecin du travail. S'il a eu 2, 3, 4 plaintes, ça va aussi conforter la personne dans l'idée qu'il n'est pas seul à souffrir et qu'il y a effectivement quelque chose sur lequel on va essayer de se mettre à plusieurs pour l'aider.

Donc médecin du travail, pas toujours facile, souvent... c'est rare que je les aie moi au téléphone. D'abord parce que voilà (sonnerie de tel), t'entends ça sonne tout le temps, donc j'ai beaucoup de demandes donc c'est vrai que c'est pas forcément évident, en temps réel, d'arriver à localiser quel est le médecin du travail. Je fais souvent des courriers, enfin j'ai envie de dire systématiquement, que je donne à la personne en disant, de son côté, « essayez de contacter le médecin du travail ». Là l'objectif principal... le... l'obstacle principal, c'est que souvent les employeurs disent : « mais c'est pas vous qui devez demander », mais euh... Enfin voilà, les gens savent pas trop quelle procédure faire. Ils s'entendent souvent répondre... que ils ont pas... ils peuvent pas comme ça solliciter le médecin du travail. Alors que les médecins du travail que je connais me disent que c'est une aberration. Bien sûr que le patient peut nous solliciter. Donc il y a quand même souvent des barrages, peut-être par mauvaise volonté des employeurs ou peut-être par méconnaissance. C'est difficile de voir. Donc je leur dis toujours : « écoutez, voilà faut y arriver, gardez bien précieusement ma lettre et essayez ». Là encore le délai fait que, des fois, je sais pas si ma lettre se perd ou... des fois est-ce le rendez-vous est aussi un petit peu... quand-même flou et est-ce que les gens n'y vont pas ? Voilà, il y a quand même beaucoup de perdus... dans ce... dans cette démarche-là. Donc médecin du travail. Après ben, souffrance, souffrance... je veux dire : psychologue, psychiatre, voilà toute la panoplie des aides, CMP... de soutiens psychologiques... Il y a bien longtemps, on avait un réseau de victimologie aussi, que je sollicitais parce qu'ils intervenaient aussi sur la souffrance au travail. Bon ils ont plus eu de financement donc euh... voilà. Il est un petit peu... mort de manque de financement. Euh ...et puis après, ben voilà je suis là donc je les vois et je leur dit : « revenez que pour ce problème-là on en discutera ». Euh... pareil... une... une écoute. Moi c'est le retour que j'en ai. C'est que des fois ils repartent en me disant : « oh... vous êtes la seule à m'avoir écouté, la seule à m'avoir entendu ». Enfin ils ont un peu l'impression que dans leur... bataille... il y a enfin un endroit où ils vont pouvoir un peu parler et être entendus. Bon, et après ben ça peut être très long parfois. Euh... on suit en fonction de l'évolution. Une patiente... Ça a duré... 18 mois parce qu'elle a pris une avocate, elle a fait une procédure. Donc là aussi des histoires de délais d'avocat. Après elle a eu la bonne idée de tomber enceinte, ça lui a fait beaucoup beaucoup de bien. Euh... donc elle a fait sa grossesse. Elle a eu sa petite fille, qui est magnifique, et qui va bien. Et là au bout de 18 mois, ça vient juste dernièrement d'être... d'être... elle a obtenu gain de cause auprès de son employeur qui n'était pas correct en l'occurrence. Mais bon, moi je ne suis pas là pour juger du bien-fondé de la plainte ou du bien-fondé de l'employeur. Moi, je suis là pour essayer d'évaluer la souffrance et d'y répondre qu'elle soit justifiée ou pas justifiée. Et la souffrance, elle est là, elle s'exprime. Donc l'idée c'est d'y répondre. Et après ça permet des fois de... de désemmêler un peu la situation et de... de voir un peu où en sont les personnes, parce que c'est aussi où ça fait resurgir des choses bien plus profondes, bien plus enfouies. Euh... D'autres circonstances où les gens avaient changé de boulot parce que c'était insupportable mais ils n'en avaient pas parlé et puis ils se retrouvent dans une situation de conflit, ou de difficultés, et finalement il faut du temps pour qu'ils arrivent à raconter que c'est pas la première fois, voilà ce qui s'est passé parce qu'ils ont un peu honte. De toutes façons, ils sont toujours dans la honte et dans la culpabilité. Et dans la frustration de ne pas être entendus et de ne pas être écoutés. Ça, c'est les trois trucs qui viennent le plus souvent là. Donc le fait de pouvoir faire un lien en disant : « ben écoutez, voilà, vous étiez parti très

bien, vous vous êtes mis en sécurité, vous n'avez pas fui le danger mais vous avez échappé au danger. Là ça revient. Comme vous avez pas réglé le problème la dernière fois, ben forcément vous ne vous sentez pas très à l'aise cette fois ci. Si on peut arriver à évoquer ces deux situations, ça ne peut que vous faire du bien et vous verrez que ça vous... vous aurez l'impression cette fois ci d'avoir agi. Et pas cette sensation qui reste de dire : Euh... je me suis sauvé mais c'est pas courageux ». Voilà, donc... la culpabilité ça, ça revient énormément, énormément.

M : Quand tu adresses au médecin du travail, au psychologue ou au psychiatre, qu'est-ce que tu en attends ?

I : Euh... alors euh... au moins, un petit mot pour me dire qu'ils ont vu mon patient. Tu vois, j'ai pas des grandes recommandations voilà. Au bout de 12 ans... 13 ans maintenant de bataille, euh... je me suis rendue à l'évidence que j'aurai pas plus mais bon. Avec les... les nouvelles prise en charge, entre autre, de psychiatrie, psychologie, on commence à avoir... espoir d'avoir un petit retour. Mais ça, ça fait un an ou deux parce que les prises en charge commencent à évoluer, les mentalités commencent à évoluer. Mais les dix premières années, j'ai envoyé un nombre incalculable de lettre. Je fais toujours une lettre et j'avais eu UNE réponse que j'avais failli faire encadré tellement j'étais admirative d'avoir reçu UNE réponse en retour. Après, j'essaie d'interroger les gens en leur disant : « qui est-ce que vous avez vu ? Tous les combien ?... Qu'est-ce que vous en pensez ? »... Encore une fois, je ne leurs demande pas de me raconter ce qui se dit dans la consultation. Mais, voilà, j'aurais aimé une petite info en disant... « J'ai bien reçu votre patiente... Voilà on démarre un travail ». Je sais pas, je sais pas ce qu'ils pourraient me dire. Si je sais très bien ce qu'ils pourraient me dire mais je sais qu'ils ne me le disent pas. Au moins, avoir au minimum un petit suivi en disant : « Le travail progresse bien » ou au contraire : « le travail est difficile ». Une appréciation sur où ils en sont. En général, c'est silence radio complet. Euh... même avec des gens avec qui on a l'habitude de travailler. On peut pas dire que c'est le premier, c'est silence radio complet. Les quelques-uns qu'on interrogeait nous disait : « on ne peut pas mettre un diagnostic, on peut pas donner un étiquette, d'une minute à l'autre, c'est pas le même diagnostic, c'est pas la même étiquette, c'est pas la même situation ». Ok ben nous on les suit dans toutes les autres matières, on met un étiquette, on met un diagnostic et ça choque personne de dire : « voilà, j'ai dit que c'était ça et puis je m'aperçois que c'est plus ça ». Et ben voilà, on évolue, on change. Mais non, non. Dans tout ce domaine-là, c'est compliqué. Euh... par contre les médecins du travail, eux... ils font des efforts plus. Mais là encore, ils nous envoient rarement le courrier directement. Souvent, ils le remettent au patient. Et du coup, il y a des perdus parce que le patient : « ah oui, c'est vrai j'ai un petit mot, j'ai oublié de vous l'amener ». Euh... Les rares fois où ils arrivent avec le mot en tête, c'est en gros le médecin qui a dit : « je vous mets inapte... tant que vous n'avez pas vu votre médecin ». Et là du coup, ils viennent avec la lettre et : « je veux une réponse ». Voilà c'est presque l'ultimatum. Euh... donc c'est vrai qu'on ne peut pas dire qu'on arrive à communiquer. Mais il y a beaucoup plus de... de volonté de le faire du point de vue des médecins du travail que du point de vue... Eux, ils me joignent. C'est-à-dire que quand ils cherchent à me joindre, moi je suis là 12 heures par jours, 6 jours/7, donc il suffit de décrocher le téléphone, je suis derrière mon bureau. Mais effectivement,

eux, c'est des vacances, c'est des... ils vont faire telle entreprise à tel moment, telle entreprise à tel autre, donc moi au moment où j'ai le patient, je ne sais pas où est le médecin du travail. Pareil, si on pouvait avoir une traçabilité ou un... standard central je sais pas, à l'heure où tout le monde a son téléphone sur lui, qui nous dispatcherait pour pouvoir éventuellement les joindre, quitte à leur dire : « quand vous avez un moment, est ce que vous pouvez me rappeler ? ». Euh... ça pourrait nous aider, quand on tombe sur des secrétaires ça marche pas trop mal. Elles prennent le message et puis on essaie d'avoir le... le retour. Mais on peut pas dire qu'on communique avec les médecins du travail... encore... comme on communique avec tous nos autres confrères. C'est déjà un cran en dessous mais c'est... j'ai envie de dire... un immeuble de dix étages au-dessus des psychiatres et des psychologues et des CMP. Les CMP je crois que c'est zéro. Je cherche, je cherche mais CMP c'est zéro. Euh... psychiatre, maintenant ça commence à être un petit peu. Et certains centres, quand on est vraiment obligé d'aller au bout, c'est-à-dire à faire hospitaliser les personnes en centre... spécifique, il y a deux établissements qui là, j'ai remarqué, maintenant, ils nous font des compte-rendus hospitaliers comme les autres services. Là j'en ai deux ou trois mais c'est très récent. Et donc je suis tombée un petit peu en admiration en disant : « oh formidable enfin, enfin. Ils veulent causer. Ils vont voir que j'existe ». (Rires)

M : Et quand tu dis « spécifique » c'est-à-dire ?

I : Psychiatrie, un service de psychiatrie.

M : Alors tu m'as cité énormément d'intervenants, est-ce qu'il y en a d'autres que tu connais ?

Euh... qu'est-ce que j'ai, qu'est-ce que j'ai que j'aurais pu oublier. Non, je pense que là il ne m'en vient pas d'autres. Euh... c'est à peu près... mes ressources. Et euh... mais c'est pareil, enfin j'ai envie de dire, ça c'est un petit tissu qui s'est fait... par le biais des fameux réseaux de victimo il y a bien longtemps et qui donne des bonnes habitudes après qu'on essaye de... de prolonger même si on change les intervenants. Et puis les réseaux... les réseaux d'accès au soin, les réseaux de prise en charge, qui fait que par le biais de ces réseaux, on a eu des rémunérations spécifiques de psychologue. Et du coup ces rémunérations spécifiques, comme elle passait par l'inclusion dans un réseau, on avait un retour plus facilement du suivi. C'est-à-dire que les gens avaient dix séances gratuites... de prise en charge donc on faisait un courrier. Là, la psychologue elle avait intérêt à nous dire : « oui je l'ai bien reçu » puisque, en fait, notre inclusion et sa rémunération dépendaient du fait que ce soit bien mené à terme. Donc là, aux réunions de... de concertation, les psychologues se présentaient et euh... on a essayé d'avoir des psychologues libérales sur notre secteur pour pas être obligé non plus d'envoyer les gens sur une autre ville. Donc cette proximité faisait qu'on se croisait à différentes réunions et, en général, la psychologue-là qui est sur la ville, ben elle se faisait une petite liste et puis, en général, elle nous prenait à part et puis elle nous disait : « venez voir un petit peu, alors j'ai bien vu Mme Intel, j'ai vu monsieur. Ah là il y a eu trois rendez-vous qui ont été pris qui ont été loupés mais je ne désespère pas. ». Voilà, donc on avait un petit peu ce... ce retour... qui permettait, justement, enfin de créer un lien qu'on avait pas ailleurs. Les

autres spécialistes qu'on ne peut pas croiser parce qu'ils ne viennent pas à nos réunions, c'est là où c'est le flou le plus... le plus vague quoi.

M : A la base, c'étaient des réseaux psychologiques pas spécialement souffrance au travail ?

I : Voilà, c'était un réseau accès aux soins/ éducation à la santé. Et du coup dans l'accès aux soins, ben y avait le problème de la psychiatrie, qui est souvent libérale et, au-delà des valeurs remboursées, qui sont complètement saturés en CMP. Donc c'est là qu'on avait fait ressortir que la souffrance au travail, c'était un des items qui était important pour lequel nous, médecins généralistes, on était démunis. Donc le réseau s'était penché sur la question, euh... avait au début donc fait appel au réseau victimo tant qu'il a fonctionné. Où là, alors là c'était magique parce que j'avais un psychiatre. Je demandais aux gens s'ils étaient d'accord. Les gens venaient à mon cabinet. Je réservais une heure. C'est pour dire que c'est de l'investissement. Le psychiatre venait également. Et du coup, ben on pouvait faire une consultation conjointe. Les gens étaient sécurisés parce qu'ils savaient que c'était à mon cabinet, ils savaient que c'était dans un cadre qu'ils connaissaient. Ils faisaient connaissance avec le psychiatre, qui du coup prenait un petit peu la main et, j'ai envie de dire, j'assistais à leur consultation. Et donc à force d'avoir fait ces consultations euh... un petit peu en binôme médecin et ben j'ai fini par faire la même technique quand le réseau n'a plus été là. Je ne faisais pas venir un psychiatre mais j'ai essayé de m'appliquer à faire ce que j'avais vu faire le psychiatre en essayant de reprendre un petit peu les... les thèmes, les questions, les liens. Voilà je me suis formée par cette voie là. Et c'est pour ça que quand l'autre réseau, celui d'accès aux soins, n'a pas pu faire appel au service de victimologie parce qu'il n'existait pas, on s'est dit : « il nous faut des psychologues ». Et il nous faut des psychologues libéraux parce que sinon c'est bouché. Et il faut des psychologues libéraux qui soient rémunérés par le réseau sous forme de rémunérations spécifiques. On avait même au début une psychologue qui était rémunérée à temps complet par le réseau. Mais du coup on l'occupait pas forcément à temps plein. Donc ça... quand les... tutelles ont commencé à couper les budgets, on s'est dit : « c'est pas rentable ». Donc en fait, elle, comme elle s'est installée, on a continué à la solliciter mais pareil, sous forme de... de consultation. Donc elle faisait sa liste des gens qui étaient venus par le biais du réseau ou des gens qu'elle voyait ailleurs. Elle avait cette double casquette. Après on a... demandé... à une psychologue sur le secteur. Si elle était... elle se sentait... voilà... comment dire... prête et capable de faire ce genre de choses. Ça... ça convenait parfaitement avec sa formation. Euh... donc du coup on avait celle sur la ville, ça s'était facile. Et puis après comme le réseau était surtout le nord du 92, donc il y a plein de villes où on essayait d'inciter les psychologues libéraux à rejoindre le réseau et à accepter de prendre les gens quand ils venaient avec le petit mot disant : « voilà tel médecin m'a inclus dans le réseau... m'a dit que vous pourriez me voir ». A ce moment-là, il faisait le planning des rendez-vous. Et ouais, donc, ça, ça nous a bien aidés. Et on a eu également d'autres médecins comme le Dr. X., qui elle, donc est médecin du travail mais particulièrement investie dans la souffrance au travail, qui était venue dans le cadre du réseau, nous faire des présentations et euh... qui nous avait laissés donc quelques coordonnées pour pouvoir... et c'est là que c'est très long. Ça marche bien mais ça prend 3 mois pour le premier rendez-vous, donc euh... quand tout va bien. Donc c'est vrai que quand ça se passe pas bien, ces... 3 mois

c'est le bout du monde. On avance au jour le jour. On a du mal à... à faire euh... entrevoir les gens qu'est-ce qui va se passer la semaine prochaine, le mois prochain. Trois mois c'est long. Le délai ne... ne joue pas en notre faveur. Non pas que ça soit une urgence. J'ai envie de dire l'urgence c'est que les gens sentent qu'on va les écouter, qu'on va les entendre, qu'on va organiser quelque chose. Après voilà... ils peuvent un peu s'apaiser. Que quand ils se battent tout seul dans leurs difficultés, c'est compliqué. Alors si ! J'ai oublié l'inspection du travail. J'ai déjà sollicité l'inspection du travail sur des conditions de travail euh... voilà, déplorables. Et euh en dernier recours, là c'était pas moi c'était les patients mais il faut qu'ils soient fort pour faire ça. Il y a le... attaquer aux prud'hommes, quand vraiment ça dépasse les bornes. J'en ai quelques-uns qu'ont fait ça. Mais alors c'est compliqué il faut déjà qu'ils soient euh... J'ai envie de dire qu'ils aient bien fait un travail personnel parce que là, ils se retrouvent, là aussi c'est des procédures très longues, à ressasser, ressasser, ressasser : « Et qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce qui va pas ». Pour justifier. Ils ont l'impression euh... un peu comme les gens qui se sont fait agresser et qui passent en bout du procès, comme il faut qu'ils revivent tout ça. Ben il y en a qui m'ont dit... voilà... « J'irai pas aux prud'hommes, j'irai pas euh... J'ai besoin d'avancer, j'ai besoin de laisser tout ça derrière moi ». Ce qui est dommage. Parce que... on se dit que... être reconnu euh... c'est aussi un mode de guérison et un moyen pour aller mieux mais euh... bon. Ça encore c'est la longueur qui effraie. Et puis les procédures, avoir des témoignages, essayer de retrouver tous les gens qui disent : « ouais, ouais on te soutient, on te soutient ». « Tu pourrais m'écrire un petit mot ». « Oh, moi tu sais, je vais pas perdre mon emploi ». « Euh non, une lettre, tu sais je saurais pas quoi dire, m'en veux pas mais... ». D'un seul coup, il n'y a plus de témoin, il n'y a plus de gens qui soutiennent, de personnes qui... qui témoignent. Du coup, c'est deuxième coup de... sabre, voilà, Harakiri.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse

Université Paris Diderot – Paris 7

Le Professeur Franck Bellivier



Date 30 vi 2015

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer



Hôpital Fernand Widal
200, rue du Faubourg Saint Denis
75475 Paris Cedex 10
Pr Frank Bellivier
Consultation : 01 40 05 42 08
Secrétariat : 01 40 05 48 69
N° Identification de l'établissement
750100042

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen
Benoît SCHLEMMER



RESUME

Introduction : Dans la prise en charge de la souffrance au travail, la mise en place d'une coordination des soins est indispensable. En tant que premier recours, le médecin généraliste doit avoir pour rôle d'organiser systématiquement cette coordination.

L'objectif de l'étude est de faire un état des lieux de la coordination des soins réalisée par les médecins généralistes dans la prise en charge de la souffrance au travail.

Méthode : Un audit qualitatif basé sur des entretiens semi-structurés auprès de 19 médecins généralistes du Nord des Hauts-de Seine a été réalisé.

Résultats : La quasi-totalité des acteurs intervenant dans la prise en charge de la souffrance au travail a été citée. Trois acteurs se démarquent ; le médecin du travail, le psychologue et le psychiatre. Les médecins connaissent bien leur rôle et les motifs d'orientation.

Cependant le recours à la coordination des soins n'est pas systématique pour l'ensemble des généralistes.

Plusieurs freins tels que le manque de formation des praticiens, des idées reçues et des fausses croyances concernant le médecin du travail et le psychiatre, la difficulté à créer une relation de confiance avec un autre professionnel pour le patient, la pénurie d'intervenants et leur évaluation difficile, la longueur de la prise en charge psychologique ou des procédures judiciaires, les difficultés de communication avec les intervenants et les problèmes financiers peuvent expliquer ce paradoxe.

Conclusion : Malgré une bonne connaissance de la souffrance au travail, la coordination des soins reste insuffisante. Ceci pourrait probablement être amélioré par une meilleure information des médecins généralistes pour une prise en charge plus efficace.

Dans cet objectif, une fiche « ressources » recensant les recours possibles dans la prise en charge de la souffrance au travail a été réalisée.

Mots-clés : Souffrance au travail, santé au travail, stress professionnel, coordination des soins, médecine générale