



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les pratiques des médecins du travail du Nord-Pas-de-Calais face à
une situation individuelle de souffrance au travail.**

Présentée et soutenue publiquement le 11/07/2019 à 18 heures
au Pôle Recherche
Par Claire TABAKA

JURY

Président :

Madame le Professeur Annie SOBASZEK

Assesseurs :

Madame le Docteur Ariane LEROYER

Madame le Docteur Brigitte SOBCZAK

Monsieur le Docteur Jean-Pierre BOUCHEZ

Directeur de Thèse :

Madame le Professeur Sophie FANTONI QUINTON

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de travail

AT / MP : Accident du Travail / Maladie Professionnelle

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCPP : Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CMP : Centre Médico-Psychologique

COCT : Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail

CRRMP : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

CSE : Commission Sociale et Economique

DARES : Direction de l'Animation de la recherche, des Etudes et des Statistiques

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DP : Délégué du Personnel

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EVREST : Évolution et Relations en Santé au Travail

GAPEP : Groupe d'Analyses des Pratiques entre Pairs

HSE : Health and Safety Executive

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MIRT : Médecin Inspecteur Régional du Travail

PRST : Plan Régional de Santé au Travail

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SUMER : Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	10
INTRODUCTION.....	11
1. Contexte de réalisation d'une enquête de pratiques portant sur les RPS	11
1.1 Changements sociétaux du monde du travail	11
1.2 Contextualisation des RPS.....	12
1.2.1 Les RPS : définition actuelle issue du rapport Gollac	12
1.2.2 Prévalence des RPS en France en lien avec les évolutions du monde du travail.....	12
2. Conséquences sanitaires, sociales et économiques des RPS	14
2.1 Conséquences sanitaires	14
2.1.1 Conséquences somatiques en lien avec les RPS	14
2.1.2 Reconnaissance en maladies professionnelles via les CRRMP.....	15
2.1.3 Accidentologie en lien avec les RPS.....	16
2.2 Conséquences sociales.....	17
2.2.1 Perturbations des indicateurs existants en entreprise et du climat de l'entreprise ...	17
2.2.2 Problématique du maintien dans l'emploi.....	18
2.3 Conséquences juridiques et contentieuses	19
2.3.1 Défaut de prévention des RPS par l'employeur.....	20
2.3.2 Défaut de suivi des préconisations du médecin du travail.....	21

2.4 Conséquences économiques	22
3. Enjeux de prévention majeurs	23
3.1 L'apport de la sociologie dans l'évaluation de la souffrance au travail	23
3.2. Part des facteurs socio-organisationnels	26
3.3. Part des facteurs individuels dans l'abord collectif	29
4. Objectifs de l'étude	31
MATERIEL ET METHODES.....	32
1. Mode de réalisation de l'étude	32
2. Méthodologie de rédaction du questionnaire	33
3. Choix des thèmes abordés	34
4. Choix du type de questionnaire	38
5. Analyse des résultats	39
RESULTATS	40
1. Analyse statistique.....	40
2. Flow chart.....	41
3. Taux de participation à l'étude.....	43
4. Description et caractéristiques de la population.....	44
4.1 Sexe de la population étudiée	44
4.2 Type de service d'exercice	45
4.3 Ancienneté	46
4.4 Temps moyen de réponse	46

5. Résultats détaillées du cas clinique progressif	47
5.1 A titre informatif, dans votre pratique quotidienne, interrogez-vous systématiquement les salariés sur les thématiques évoquées ci-dessous ?.....	47
5.2 Quelles sont vos réactions prioritaires face à la situation décrite par la salariée ?.....	48
5.2.1 Réactions prioritaires choisies	48
5.2.2 Nombre de réactions choisies par les médecins du travail.....	51
5.2.3 Combinaisons de réactions choisies.....	52
5.3 Analyse détaillée des réactions préalablement choisies	53
5.3.1 Faire appel à un psychologue.....	54
5.3.2 Se rapprocher du médecin traitant	56
5.3.3 Faire appel à un ergonome	57
5.3.4 Réaliser une étude de poste.....	58
5.3.5 Analyser le collectif de travail	59
5.3.6 Réaliser une action collective	62
5.3.6.1 Sélection d'une action prioritaire et d'une action minoritaire parmi les actions collectives.....	62
5.3.6.2 Choix de réaliser une action collective à type d'analyse de l'activité.....	63
5.3.7 Effectuer un signalement de la situation à l'employeur.....	64
5.4 Attitude adoptée par un médecin du travail confronté à plusieurs cas de souffrance au travail	65

DISCUSSION	67
1. Discussion et comparaison des résultats	67
1.1 Comparaison des caractéristiques socio-professionnelles des médecins du travail ayant participé à notre étude à ceux de la population générale	67
1.2 Comparaison à la littérature des réactions envisagées par les médecins du travail face au cas de souffrance au travail décrit	68
1.3 Comparaison à la littérature de l'attitude adoptée par les médecins du travail face à la pérennisation de la situation de souffrance au travail décrite.....	71
2. Objectif principal : étudier les différentes pratiques des médecins du travail confrontés à un cas clinique individuel et collectif de souffrance au travail	72
3. Objectifs secondaires de l'étude.....	73
3.1 Préciser les actions prioritairement mises en œuvre.....	73
3.2 Faire ressortir les difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne des médecins du travail	73
3.3 Evaluer la part de médecins du travail ne faisant pas le lien entre le cas individuel et la problématique collective.....	74
3.4 Identifier les acteurs et les moyens génériques (par la lettre d'alerte) et ciblés (via l'AMT) mis en œuvre	75
4. Discussion de la méthode	76
4.1 Atouts de cette étude.....	76
4.1.1 Etude inédite	76
4.1.2 Taux de participation	76

4.1.3 Conception du questionnaire.....	77
4.1.4 Validité des résultats	77
4.2 Limites de cette étude	79
4.2.1 Utilisation d'un questionnaire.....	79
4.2.2 Biais de sélection	79
4.2.3 Spécificité du secteur médico-social.....	80
4.2.4 Spécificité de la situation de souffrance au travail vécue par la salariée.....	81
5.Perspectives.....	81
5.1 Amélioration de la formation initiale dispensée aux médecins du travail en matière de RPS	81
5.2 Amélioration de l'information dispensée en entreprise et en service de santé au travail.....	82
CONCLUSION	83
REFERENCES	85
ANNEXES	91
Annexe 1 : questionnaire informatisé via la plateforme LIMESURVEY.....	91
Annexe 2 : courrier d'accompagnement au questionnaire informatisé	99

RESUME

Contexte : Enjeu majeur de société et de qualité de vie au travail, les Risques Psychosociaux représentent un motif fréquent de consultation en médecine du travail. Nous avons souhaité connaître les réactions adoptées par les médecins du travail face à une situation individuelle de souffrance au travail.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive qui questionne les pratiques, réalisée entre juin 2018 et octobre 2018, interrogeant les médecins du travail du Nord-Pas-de Calais sur un cas clinique progressif de souffrance au travail déroulé via un questionnaire informatisé.

Résultats : Parmi les 455 médecins du travail contactés entre juin 2018 et octobre 2018, 93 ont répondu à l'intégralité du cas clinique. Les répondeurs étaient pour 67 % des femmes, exerçaient à 71 % en service inter-entreprises et déclaraient une ancienneté moyenne de 13,6 années. L'analyse retrouve que 96,4 % des médecins interrogent les salariés sur les exigences du travail en consultation. Face à une situation individuelle de souffrance au travail, 87,1 % des médecins du travail choisissent en priorité de réaliser une étude de poste, 64,5 % se rapprochent du médecin traitant et 54,8 % font appel au psychologue du travail. Concernant l'attitude adoptée face à une situation de souffrance au travail collective, les deux tiers des médecins du travail choisissent la délivrance de conseils écrits et/ ou oraux à l'employeur.

Conclusion : Le développement de formations des médecins du travail sur des actions de prévention primaire des RPS à mettre en place en entreprise est à envisager afin de permettre une meilleure appréhension de cette problématique.

INTRODUCTION

1. Contexte de réalisation d'une enquête de pratiques portant sur les RPS

Les risques psychosociaux représentent un enjeu de santé au travail voire de santé publique majeur (1). Ainsi, dans l'enquête SAMOTRACE de 2008 portant sur la surveillance de la santé mentale au travail (2), une souffrance psychique était retrouvée chez 25 % des hommes et 38 % des femmes. De plus, les risques psychosociaux (RPS) sont une des priorités des pouvoirs publics comme le souligne l'actuel plan régional de santé au travail (PRST) 3 de la région Hauts-de-France (3) en en faisant un de ses axes prioritaires

Leur prévention reste cependant difficile en particulier dans le champ de la prévention primaire notamment par une perception d'une mise en œuvre coûteuse par l'employeur (4). Leur étiologie multifactorielle rend leur appréhension en entreprise très complexe (5) et nécessite une équipe de santé au travail formée à la prise en charge de ces risques spécifiques.

1.1 Changements sociétaux du monde du travail

Le passage de l'ère industrielle à une tertiarisation de l'activité a entraîné de nouvelles dynamiques au sein de l'entreprise. De nouveaux défis sont apparus en terme de productivité mais ont également engendré l'émergence de nouveaux risques professionnels par ces mutations de l'activité : les risques psycho-sociaux.

1.2 Contextualisation des RPS

1.2.1 Les RPS : définition actuelle issue du rapport Gollac

« Les risques psychosociaux seront définis 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 ». De plus, « il convient de considérer que ce qui fait qu'un risque pour la santé est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation mais son origine ».

1.2.2 Prévalence des RPS en France en lien avec les évolutions du monde du travail

Les changements économiques, organisationnels et sociétaux, apparus en l'espace de quelques dizaines d'années, ont redessiné le cadre de vie et les conditions de travail des salariés. Ainsi, depuis les années 1970, de nombreux changements ont remodelé le cadre du travail.

Cooper (7), en 1980 déjà, mettait l'accent sur les mutations des entreprises susceptibles à terme d'engendrer des problématiques de santé mentale notamment les exigences de flexibilité des employés, aussi bien dans leurs fonctions que dans leurs compétences ; les fusions d'entreprises et les délocalisations ; l'externalisation des emplois ; l'apparition du télétravail et des entreprises dématérialisées ; l'utilisation accrue des nouvelles technologies de l'information et de la communication...

Un *rapport du Sénat* de 2010 (8) sur le mal-être au travail précisait certains facteurs à prendre en considération pour le comprendre notamment les restructurations, la mobilité imposée ; l'utilisation à mauvais escient des outils numériques (courriels, smartphones...) ; la culture du résultat dans les services publics autrefois épargnés des indicateurs de performance ; l'application des méthodes tayloristes aux activités de services ; les pressions exercées par les clients et les usagers ...

Sur le plan national, les enquêtes SUMER successives de la DARES ne font que confirmer une augmentation des situations de job strain, défini comme l'accroissement de la demande psychologique associé à une baisse de la latitude décisionnelle, pour 23 % de la population étudiée, toutes branches confondues. Elles mettent également en évidence une augmentation du morcellement du travail et un accroissement des comportements hostiles. Ainsi, les *chiffres relatifs aux expositions aux contraintes organisationnelles et relationnelles* issus de l'enquête SUMER 2010 (9) sont éloquentes : 35 % des salariés déclarent subir au moins 3 contraintes de rythme de travail, 57 % déclarent avoir un rythme de travail imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate, 27% se disent soumis à des contrôles ou surveillances permanents exercés par la hiérarchie, 56% disent devoir interrompre une tâche pour en faire une autre non prévue et pour 44% de ceux qui sont concernés cela perturbe leur travail, 6% déclarent ne pas pouvoir faire varier les délais fixés pour réaliser leur travail.

Enfin, des études plus récentes pointent également des chiffres alarmants en la matière. Ainsi, une enquête de la DARES portant sur « les conditions de travail et risques psychosociaux » de 2016 (10) met en lumière une intensité du travail toujours élevée, bien que stable depuis 2013. Cette intensité du travail a également été pointée par l'étude Héraclès (11) comme un facteur associé au développement de troubles psychiques en lien avec le travail. Enfin, une étude portant sur la santé mentale des actifs en France menée par la fondation Pierre Denicker (1) retrouvait que plus d'un actif sur cinq présente une détresse orientant vers un trouble mental avec une prédominance féminine puisque 26 % des femmes étaient concernées contre 19 % des hommes.

2. Conséquences sanitaires, sociales et économiques des RPS

2.1 Conséquences sanitaires

2.1.1 Conséquences somatiques en lien avec les RPS

De nombreuses études récentes (2, 10) confirment les relations entre les « contraintes au travail perçues » ou « facteurs organisationnels » décrits par Karasek et Siegrist et la santé. Au-delà des seules conséquences psychiques exposées précédemment, l'exposition aux RPS induit également des conséquences somatiques sur la santé des travailleurs. Celles-ci peuvent se présenter sous forme d'une symptomatologie à type de troubles du sommeil et de la concentration, irritabilité, asthénie, tachycardie... Les RPS augmentent de plus le risque de développer des pathologies telles que les maladies cardio-vasculaires ou les troubles musculo-squelettiques.

Ainsi, une récente étude de septembre 2012 dirigée conjointement par des chercheurs français de l'INSERM et de l'Université de Versailles-Saint-Quentin sur 200 000 individus en Europe par regroupement de 13 cohortes, dont la cohorte Gazel, montrait que « *les personnes exposées au stress auraient un risque de 23 % plus élevé que celles qui ne sont pas exposées de faire un infarctus* » (12).

De plus, le rôle des facteurs de risques psychosociaux dans l'apparition de troubles musculo-squelettiques était déjà étudié en 2004 (13). Depuis, le Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques de 2011 (14) a mis en lumière l'intérêt de faire le lien entre TMS et RPS dans la mise en place d'actions de prévention.

2.1.2 Reconnaissance en maladies professionnelles via les CRRMP

Depuis une décennie, une recrudescence des demandes de reconnaissance de pathologies psychiques liées au travail a été constatée en CRRMP. Ainsi, dans un travail de thèse datant de 2018 et portant sur l'analyse des reconnaissances en maladie professionnelle des psychopathologies soumises au CRRMP de la région Hauts-de-France entre 2011 et 2015 (15), on constate une augmentation progressive des avis favorables donnés par le Comité avec 38,7 % des dossiers de psychopathologies soumis ayant reçu un avis favorable.

Concernant les maladies à caractère professionnel, une prévalence de 2,4 % chez les femmes et 11,1 % chez les hommes en activité en 2008 était constatée dans l'étude des facteurs de risque professionnels (16), la souffrance psychique arrivant en seconde place juste derrière les troubles musculo-squelettiques.

De même, au niveau des consultations universitaires de pathologies professionnelles, le bilan du RNV3P (17) montre que 22% des pathologies professionnelles sont en lien avec des risques psychosociaux.

2.1.3 Accidentologie en lien avec les RPS

L'accidentologie touchant la sphère psychique est dorénavant susceptible d'être reconnue. Ainsi, selon les données de la CNAMTS /DRP (18), 107 décès par suicide ont fait l'objet d'une demande de reconnaissance au titre des accidents du travail au cours de la période allant de janvier 2008 à décembre 2009. Parmi ces 107 suicides déclarés, 94 concernaient des hommes (soit 88 %) et 50 suicides déclarés (47%) touchaient des professions intellectuelles supérieures et des professions intermédiaires. Selon l'étude EUROGIP (5), le nombre estimé d'accidents du travail pris en charge au titre de lésion d'ordre psychologique serait ainsi en France de l'ordre de 10 000 à 12 000 cas par an.

De plus, au-delà des lésions déclarées comme professionnelles, selon l'étude Héraclès menée en 2014 (11), 25% des patients consultant leur médecin généraliste présentaient un trouble mental en rapport avec le travail. Les troubles les plus fréquemment rencontrés étaient l'anxiété généralisée (18,2 %), les épisodes dépressifs majeurs (13,9 %) et les risques suicidaires (8,8 %).

2.2 Conséquences sociales

2.2.1 Perturbations des indicateurs existants en entreprise et du climat de l'entreprise

Dès 2004, une étude belge relatait déjà une association entre facteurs de risques psychosociaux et absentéisme (19). Un accord national interprofessionnel sur le stress au travail en 2008 a ensuite souligné la relation entre la perturbation des indicateurs (tels que l'absentéisme, l'existence de conflits inter-personnels, une accidentologie élevée...) et la présence de stress en entreprise (20).

Depuis, pour satisfaire à l'obligation réglementaire de prévention, donc d'évaluation des risques professionnels, des indicateurs pertinents dans les entreprises confrontées au risque psycho-social, prenant en compte à la fois le salarié et l'entreprise, ont été établis par l'INRS (21). Ceux concernant la santé et la sécurité des salariés comprennent l'augmentation des AT/MP, l'existence de situations graves ou dégradées, l'augmentation de manifestations du stress chronique ou de pathologies potentiellement en lien avec les RPS et l'activité du service de santé au travail. Cela se traduit dans le fonctionnement de l'entreprise par un impact sur le temps de travail (notamment l'absentéisme) et les mouvements du personnel, l'activité de l'entreprise, les relations sociales dans l'entreprise, la formation et rémunération et l'organisation du travail. Néanmoins, ces indicateurs doivent être interprétés avec précaution et seul un cumul de ces indicateurs dégradés pourrait évoquer une détérioration significative des conditions de travail.

Enfin, l'ANACT a développé une méthode permettant de construire des indicateurs de santé et qualité de vie au travail adaptés à la situation de l'entreprise et de les interpréter de façon pluridisciplinaire afin de rendre compte de l'ambiance générale de travail propre de l'entreprise (22).

2.2.2 Problématique du maintien dans l'emploi

La prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi constitue le second axe prioritaire du PRST 3 démontrant l'importance de cette problématique pour les différents acteurs de la santé en région Hauts-de-France (3).

Les inaptitudes médicales prononcées en 2017 dans les Hauts-de-France pour des troubles mentaux et du comportement représentent 29,2 % des inaptitudes, soit la seconde cause d'inaptitude médicale après les troubles ostéo-articulaires (23). Parmi les troubles psychiques considérés, 20,4 % des inaptitudes concernaient des problématiques de souffrance au travail, en augmentation comparativement aux années précédentes. De plus, parmi les 16 facteurs de pénibilité en lien avec les inaptitudes, 2 facteurs concernaient directement des facteurs de risque psycho-sociaux à savoir les difficultés relationnelles (12,4 %) et la pression psychologique (10,8 %).

2.3 Conséquences juridiques et contentieuses

Depuis 1991, en application de la directive cadre européenne 89/291/CE, la loi définit une obligation générale de sécurité incombant au chef d'établissement (Art. L 4121-1 du Code du Travail (CdT)) (24). Cette exigence réglementaire revient à l'employeur chargé d'évaluer les risques, y compris psychosociaux et de prendre les mesures nécessaires assurant et protégeant la santé physique et mentale ainsi que la sécurité de ses salariés. Deux notions ont ainsi successivement été développées par la jurisprudence : celle de l'obligation de sécurité de résultat puis celle de la nécessaire hiérarchisation des mesures de prévention. Concernant l'obligation de sécurité de résultat, on passe d'une logique de réparation à une logique de prévention avec une obligation de produire des résultats pour l'employeur : « *le chef d'établissement prend (toutes) les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires* » (Art. L 4121-1 du CdT) (24). Par ailleurs, une hiérarchisation des mesures de prévention apparaît avec une obligation pour l'employeur de respecter les 9 principes généraux de prévention et de les appliquer aux RPS à savoir : combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme, prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle, etc... (25).

Ainsi, l'émergence d'une réalité sociale est donc source de droit. Des contentieux multiples se sont développés depuis quelques années dans un contexte de prise en compte de la souffrance au travail et de ses conséquences. En effet, la responsabilité de l'employeur à l'égard de ses salariés est engagée dans l'évaluation et la prévention du développement de ce risque professionnel émergent.

Nous avons donc choisi de nous intéresser dans cette partie à des cas jurisprudentiels de portée générale générés par un défaut de prévention ou de suivi des préconisations du médecin du travail par l'employeur n'ayant, de fait, pas satisfait à son obligation de sécurité de résultat.

2.3.1 Défaut de prévention des RPS par l'employeur

Garant du respect de l'obligation de sécurité de résultat qui pèse sur l'employeur, l'arrêt « Snecma » du 5 mars 2008 (26) donne au juge le pouvoir d'interdire une organisation collective du travail qu'il estime dangereuse pour la santé des travailleurs. Ainsi, une décision du Tribunal de Grande Instance de Lyon, rendue le 4 Septembre 2012 (27), a condamné l'employeur pour avoir compromis gravement la santé de ses salariés et manqué à son obligation de sécurité de résultat en instaurant un nouveau mode d'organisation du travail, le Benchmark, consistant à évaluer de façon individuelle et permanente les agences et les salariés. Le tribunal a également rappelé à l'employeur son obligation de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité, protéger la santé physique et mentale des travailleurs et prévenir le risque, comme l'indique l'article L. 4121-1 du Code de travail (24).

Dans les cas les plus graves, tels que le suicide, la jurisprudence peut requalifier l'acte en accident du travail dès lors qu'il intervient « par le fait du travail », même s'il est commis en-dehors de l'entreprise et de la sphère d'autorité de l'employeur. Ainsi, une décision de la Cour de cassation du 24 Juin 2002 (28) statuait déjà que « *la faute inexcusable de l'employeur, en tant que manquement à son obligation de sécurité et de résultat, pouvait être caractérisée lorsque l'équilibre psychologique du salarié avait été gravement compromis suite à la dégradation des relations de travail et du comportement de l'employeur, alors que celui-ci avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et n'avait pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver* ».

2.3.2 Défaut de suivi des préconisations du médecin du travail

Ainsi, un employeur a été condamné en Cour d'appel le 26 Septembre 2012 (29) pour manquement à son obligation de sécurité de résultat suite à sa décision de mutation d'un salarié sans avoir sollicité le médecin du travail au préalable. La Cour a en effet estimé que *« l'employeur ne justifiait pas de s'être rapproché du médecin du travail pour savoir si les recommandations faites par celui-ci concernant notamment l'examen médical complémentaire avaient été suivies et pour solliciter éventuellement son avis sur le changement de poste envisagé, la cour d'appel, en a exactement déduit que l'employeur avait manqué à son obligation de sécurité. »*

De même, un employeur a été condamné en Cour d'appel le 17 Octobre 2012 (30) pour n'avoir pas suivi les préconisations du médecin du travail concernant un salarié finalement licencié pour inaptitude. Ainsi, la Cour a condamné l'employeur pour *« n'avoir pas pris toutes les mesures nécessaires pour assurer le respect des préconisations formulées par ce médecin, ni donné au salarié des instructions impératives relatives aux déplacements et missions journaliers, [...] ces manquements ayant entraîné une aggravation de l'état de santé du salarié constatée à chaque visite ultérieure, avaient participé à l'inaptitude définitive de ce salarié à son poste ».*

2.4 Conséquences économiques

Pour les entreprises en France, le coût économique moyen des RPS est estimé entre 1,9 et 3 milliards d'euros en 2007 par l'étude de Trontin et Al. parue en 2010 (31). Ces dépenses comprenaient à la fois les dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés et enfin celles inhérentes au « job strain » ou « situation de travail tendue ». Le coût estimé de l'absentéisme en France est quant à lui estimé entre 826 à 1284 millions d'euros selon cette même étude (31). Les conséquences physiques et psychiques des RPS étaient elles aussi évaluées. Ainsi, en 2000, la dépression secondaire à une souffrance au travail avait un coût estimé entre 650 et 752 millions d'euros, les maladies cardio-vasculaires liées au travail entre 388 et 715 millions d'euros et enfin les TMS à 27 millions d'euros selon l'étude de Bejean et Sultan-Taieb de 2005 (32).

A l'échelle européenne, un rapport de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) de 2014 (33) étudiait les coûts du stress et des risques psycho-sociaux liés au travail. Il retrouvait au Royaume-Uni, en 2011-2012, un absentéisme moyen de 24 jours en lien avec le stress et les risques psychosociaux liés au travail selon l'enquête HSE parue en 2013 (34).

3. Enjeux de prévention majeurs

Le système de la médecine du travail a été institutionnalisé et rendu obligatoire pour l'employeur par la loi du 11 octobre 1946. Le médecin du travail y joue un rôle central étant l'acteur de prévention le plus en mesure, par son action en milieu de travail et le suivi individuel de la santé des salariés, d'appréhender l'ensemble des facteurs de risque professionnels. La prévention des risques du travail pour la santé mentale fait donc partie intégrante de notre pratique quotidienne.

3.1 L'apport de la sociologie dans l'évaluation de la souffrance au travail

La clinique de l'activité décrite par Yves Clot (35) soutient que les psychopathologies du travail renvoient à différents processus pathogènes que seule l'analyse de l'activité et de son organisation permettent d'identifier. Elles résultent souvent de changements organisationnels généralisant les exigences de rentabilité, délai, compétitivité, avec intensification du travail et modification des représentations de l'activité associées.

Ainsi, la connaissance de l'activité réelle du travail et de ses exigences se fait par l'analyse conjointe de l'activité d'un point de vue clinique couplée à une approche ergonomique (entretiens, observations, chronique de l'activité...).

L'approche par la clinique de l'activité du poste d'un salarié se décline en 5 principes :

1. La clinique médicale du travail considère le travailleur comme un sujet en relation avec son environnement de travail et sa dimension collective :

Yves Clot analyse la dimension sociale de l'activité du travail en étudiant « l'activité coordonnée entre les femmes et les hommes pour faire ce qui n'est pas prévu par l'organisation du travail. ». On différencie ainsi travail prescrit par l'organisation du travail procédant par instructions pour aboutir à la tâche à accomplir du travail réel réalisé par les salariés dans un contexte collectif et engendrant des échanges sur le « *comment faire* » et « *comment faire ensemble* » pour l'obtention d'un consensus commun.

2. La clinique médicale du travail part du postulat que la santé se structure autour du pouvoir d'agir. Elle analyse par conséquent ce qui s'oppose au pouvoir d'agir du sujet.

L'article L1111-4 du code de la santé publique considère en effet que « *la souffrance est l'amputation du pouvoir d'agir* » et « *qu'être en bonne santé, c'est avoir les moyens d'un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique, mental et social* ».

3. La clinique médicale du travail considère que le sujet construit son identité à travers des activités participant à son accomplissement de soi en étroite interaction avec les autres. La Clinique Médicale du Travail intègre cette dimension subjective et vécue de l'activité de travail et explore ses relations.

L'évolution constante du monde du travail mobilise d'autres ressources que celles des savoirs uniquement techniques. La relation dynamique aux objets du travail doit aussi être prise en compte. Des savoirs faire acquis par des expériences antérieures seront ainsi intégrés dans cette mémoire du corps et ne pas pouvoir exprimer ces relations indique une résistance au sens de la psychopathologie du travail.

4. La clinique médicale du travail cherche à comprendre ce qui se joue pour le travailleur dans ce cadre et ce qui s'oppose à son projet.

Ainsi, le travailleur agit en interaction constante avec les autres, dans un système de valeurs partagées, attendant une reconnaissance et affrontant la réalité pour atteindre un résultat faisant référence. C'est la résistance à cette activité qu'oppose l'organisation du travail et l'impossibilité d'accomplir ce qu'on souhaiterait accomplir ou d'aboutir au résultat qui pèse sur la santé du salarié.

L'organisation peut alors se trouver en désaccord avec le résultat obtenu du salarié, supprimer ses marges de manœuvre ou encore ne pas lui donner les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. Ce dysfonctionnement organisationnel isole chaque salarié en l'individualisant, empêchant le travail collectif ou la construction de valeurs travail communes et la façon de le faire.

Un salarié pourra ainsi faire remonter en visite par un verbatim du type : « *L'organisation est en désaccord avec ce que j'estime être la qualité et le résultat de mon travail. Elle ne reconnaît pas ma valeur ou l'utilité de mon travail* ». L'isolement ne permet ainsi plus la reconnaissance symbolique de son travail.

5. La Clinique médicale du travail identifie et prend en compte les défenses du sujet contre sa souffrance.

La psycho-dynamique du travail décrit les processus de pensée inconscients permettant au sujet de mettre à distance la souffrance. Différentes expressions de cette souffrance sont possibles par le biais le plus souvent de mise en en place de stratégies défensives ou de somatisations (36).

3.2. Part des facteurs socio-organisationnels

L'abord des facteurs socio-organisationnels peut être étudié sous différents angles.

Ainsi, les facteurs socio-organisationnels ont été évoqués par le rapport Gollac en 2011 (6) et font désormais référence. Ils sont au nombre de six facteurs principaux :

- **les exigences au travail (en terme d'intensité et de temps de travail).** Ils décrivent par exemple l'existence de délais irréalistes, d'objectifs inatteignables, de charge réelle et ressentie comme intenable, de difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle ;

- **les exigences émotionnelles.** Elles mesurent la charge émotionnelle ressentie lors de contacts difficiles avec la clientèle / patientèle ou le public, l'existence de violences physiques ou verbales ... ;

- **l'autonomie et les marges de manœuvre** se mesurent par de faibles marges de manœuvre dans la manière de faire son travail, de contraintes de rythme auxquelles on ne peut se soustraire, de sous-utilisation des compétences, d'objectifs flous... ;

- **les relations au travail** couvrent la clarté des objectifs, la solidarité et disponibilité entre collègues, l'expression de violences en interne physiques ou morales, la reconnaissance des efforts, l'existence d'un encadrement de proximité ;

- **les conflits de valeur (conflits éthiques) et la qualité empêchée** sont représentés par la perte de sens du travail, l'impression de faire un travail inutile, l'impossibilité d'échanger avec les collègues ou l'encadrement sur les objectifs ou la manière de faire son travail, l'impossibilité d'échanges entre professionnels sur les critères de qualité au travail effectué ;

- **l'insécurité socio-économique de la situation de travail** se caractérise par une peur de perdre son emploi, un retard dans le versement des salaires, une précarité du contrat, des changements non maîtrisés, une incertitude sur l'avenir de son métier, une peur de devoir changer de qualification ou métier sans y être préparé.

En parallèle, certains facteurs de risque issus de l'approche psycho-dynamique du travail (37) différenciant le travail prescrit et le travail réel sont reconnus tels que l'imprévu ; la polyvalence, la précarisation de l'emploi, les effectifs réduits ; les injonctions contradictoires opposant rentabilité et éthique du métier ; les choix d'organisation en fonction de la stratégie définie ; les cadences soutenues ; la perte d'autonomie ; la quantité de travail ; l'environnement professionnel ; les relations avec les collègues, l'absence de collectif de travail...

Dans le cadre de la reconnaissance en CRRMP via l'alinéa 4 des troubles psychiques graves susceptibles d'être en lien avec le travail, un groupe de travail du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) a établi des recommandations validées en 2012 par la Sécurité Sociale (38) et reprises depuis dans le Guide pour les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles, publié en Mars 2014 par l'INRS (39).

Ces recommandations ont établi quatre dimensions principales à considérer lors de l'étude des dossiers soumis au CRRMP à savoir :

- **la charge de travail** : appréhendée via l'évaluation des moyens alloués au regard des objectifs, de l'ambiguïté éventuelle des tâches, l'existence de demandes contradictoires, de pressions temporelles ou d'interruptions de tâches,
- **la latitude décisionnelle** : évaluée dans le descriptif du cadre hiérarchique, des modalités de *reporting (communication interne)*, de l'autonomie dans la prise décisionnelle, dans l'utilisation adéquate des qualifications exigées et la notion de travail varié,
- **le soutien social** : décrit par le soutien apporté par la hiérarchie ou les collègues et les sollicitations éventuelles du CSSCT,
- **les différentes formes de violence et menaces physiques ou psychologiques** : déterminées par la répétition de comportements intentionnels offensants,
- l'existence de conflits éthiques,
- la faible reconnaissance professionnelle,
- la qualité empêchée, définie par le manque de moyens ou de temps pour effectuer un travail de qualité.

3.3. Part des facteurs individuels dans l'abord collectif

Des facteurs individuels ou extra-professionnels sont à considérer dans l'analyse pluri-factorielle de l'émergence de risques psychosociaux. En effet, les antécédents personnels et familiaux (notamment de dépression), les traits de personnalité propres à l'individu, les événements de vie, la qualité du support social et le rapport au travail influent sur l'apparition de pathologies en lien avec une souffrance au travail.

Ainsi, une méta-analyse d'Alarcon et Al. de 2009 (40) montrait un lien entre la présence de caractéristiques individuelles telles qu'une faible estime de soi, l'existence de traits de personnalité favorisant l'engagement, le contrôle et le défi et le besoin d'auto-efficacité et l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel (mesuré dans ses trois dimensions décrites dans le test d'inventaire du burn out de Maslach (41)).

De plus, une étude de Lim et Al. de 2010 (42) retrouvait une association entre l'existence de facteurs individuels à savoir le sentiment de perte d'accomplissement personnel, l'âge, le niveau d'éducation, l'expérience professionnelle, le sexe féminin et l'épuisement professionnel.

Ainsi, bien que l'élucidation par le salarié des causes de sa souffrance liée au travail soit une étape nécessaire au recouvrement de sa capacité d'action et à sa santé, la prise en compte des déterminants collectifs permet de sortir du vécu strictement individuel de cette souffrance. Une réflexion sur la performance individuelle comme sur les causes de la fragilisation des collectifs de travail est indispensable. Cela éviterait d'agir uniquement en cas d'alerte collective issue de la multiplication de situations individuelles délétères survenues. A terme, cela permettrait d'établir un consensus professionnel entre pairs et d'ouvrir le débat concernant les conditions de travail dans l'entreprise et de faire ainsi évoluer l'organisation du travail.

De plus, comme le constate une recherche réalisée dans l'industrie chimique et portant sur la compréhension des pratiques organisationnelles en matière de prévention des RPS (43), la prévention est souvent centrée sur des approches de prévention secondaire voire tertiaire dans une spirale individualisante au détriment d'une prévention des RPS à la source analysant le réel de l'activité permettant d'ouvrir un espace de discussion sur le travail et l'existence de dysfonctionnements organisationnels éventuels.

Enfin, de nombreuses études récentes en la matière ont mis en lumière des prises en charges très hétérogènes de ce risque par les professionnels de la prévention, trop souvent encore centrées sur une approche individuelle. *Si on a souvent critiqué l'approche d'abord individuelle des RPS par les médecins du travail, c'est parce que la voie d'entrée de cette problématique se fait fréquemment au prisme du suivi de santé individuel.*

Notre travail se propose ainsi de mieux comprendre les pratiques de terrain des médecins du travail. *Nous avons choisi pour se faire d'aborder la question des RPS lors de la rencontre individuelle du salarié avec le médecin du travail et de voir comment il se saisit de cette problématique.*

Face à un cas clinique de souffrance au travail, nous les interrogeons ainsi sur les actions menées et priorisées. *La question en filigrane est donc la suivante : Lorsqu'un cas de souffrance au travail émerge dans le cadre d'un entretien individuel, quels sont les moyens mis en œuvre par le Médecin du Travail pour y répondre ?*

4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est d'étudier les différentes pratiques des médecins du travail confrontés à un cas clinique individuel et collectif de souffrance au travail.

Les objectifs secondaires de cette étude sont de:

- ◇ Préciser les actions prioritairement mises en œuvre,
- ◇ Faire ressortir les difficultés rencontrées dans leur pratique quotidienne,
- ◇ Evaluer la part de médecins du travail ne faisant pas le lien entre le cas individuel et la problématique collective,
- ◇ Identifier les acteurs et les moyens génériques (par la lettre d'alerte) et ciblés (via l'AMT) mis en œuvre.

MATERIEL ET METHODES

1. Mode de réalisation de l'étude

Cette étude a été réalisée par le biais d'une **étude descriptive à type d'échanges de pratiques** via la réalisation d'un questionnaire informatisé à destination de l'ensemble des médecins du travail en exercice, des médecins collaborateurs et des internes en médecine du travail en formation de l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais. Le choix de la population s'est fait afin de rendre compte de l'ensemble des pratiques et des outils mobilisés lors de la prise en charge d'un cas clinique de souffrance au travail à l'occasion d'une visite médicale. Nous n'avons pas inclus les autres intervenants en santé travail puisque l'objectif de notre étude était d'étudier spécifiquement les pratiques et difficultés des médecins du travail confrontés à cette problématique.

Nous avons privilégié l'analyse de pratiques par questionnaire auto-administré informatiquement pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le questionnaire est un outil de recueil d'informations, pouvant intéresser différents domaines, basé sur la formulation de questions ou d'affirmations, couramment utilisé dans le contexte de notre étude qu'est l'analyse de pratiques professionnelles. Il permettait également de répondre à l'objectif de notre étude, à savoir l'analyse de pratiques des médecins du travail afin d'aboutir à terme à la réalisation d'un référentiel de bonnes pratiques.

De plus, nous avons choisi d'élaborer un questionnaire auto-administré par voie informatique afin de s'adapter à la spécificité de l'exercice médical et ainsi permettre aux médecins de le remplir au moment le plus opportun de leur journée de travail.

Nous avons également tenu compte de la longueur de notre questionnaire en indiquant au préalable le temps nécessaire à sa réponse dès le courrier d'amorce (retranscrit en annexe 2) afin d'éviter de laisser les participants avec un questionnaire trop long et donc de nuire à la qualité des résultats ou les contraindre à répondre trop succinctement par manque de temps.

2. Méthodologie de rédaction du questionnaire

Nous avons apporté un soin particulier à la formulation du cas clinique au plus proche de la réalité de la souffrance au travail. Nous avons également soigné la formulation de nos questions en utilisant des questions neutres, courtes et compréhensibles. Nous avons cherché à éviter les biais fréquents des questionnaires comme les biais d'induction, de double négation, de chevauchement des réponses, de questionnement double sujet à confusion, d'effet de halo, de jargonage ou d'imprécision.

Nous avons choisi de rédiger un questionnaire court de 6 questions, peu chronophage et de l'ordre de 15 minutes en temps imparti maximal.

Nous avons également décidé, selon l'objectif attendu, du type de questions fermées ou ouvertes en gardant à l'esprit la difficulté d'interprétation de ce dernier type de question.

Nous avons enfin été attentifs à la typologie des réponses. Pour s'assurer de la réflexion à chaque proposition formulée, chaque réponse était présentée sous forme binaire, avec réponse en « oui/non ». Nous avons également fourni des échelles pour certaines réponses afin d'optimiser l'exploitation ultérieure des données en utilisant pour cela une échelle ordinale avec mise des réponses dans un ordre d'importance afin de classer les actions choisies par ordre d'importance.

3. Choix des thèmes abordés

Ce questionnaire (retranscrit en annexe 1) a été divisé en deux parties : une première partie descriptive destinée à connaître le médecin du travail répondeur et une seconde partie visant à étudier ses pratiques en mise à situation réelle. Il a été réalisé à cet effet un cas clinique fictionnel de souffrance au travail qui était présenté de manière progressive et dont l'objectif était de mettre en lumière plusieurs problématiques que nous détaillerons.

Ces deux parties distinctes comprenaient :

- la première partie , intitulée « **pour mieux vous connaître** », reprenait les caractéristiques socio-organisationnelles des répondants en étudiant le sexe, l'ancienneté dans la spécialité et le type d'exercice. Cette formulation était adaptée au contexte de notre étude et permettait d'étudier d'éventuelles différences d'exercice selon l'ancienneté (pouvant être corrélée à l'exposition à de plus nombreuses situations de souffrance au travail en consultation) et le type d'exercice rencontré (un différentiel de réponse pouvant exister entre les services inter-entreprises et les services autonomes de par les moyens mis à disposition par le service de santé au travail variant selon le type de structure et ses besoins spécifiques). Ces trois questionnements étaient à choix simple.

- la seconde partie comprenait le **déroulement du cas clinique progressif de souffrance au travail**. La description de la situation vécue par la salariée a été réfléchi sur plusieurs sessions d'échanges en groupe entre le Professeur Fantoni-Quinton, les Docteur Roy et Bouchez, médecins de l'AST membres du GAPEP portant sur les RPS (et moi-même afin de rendre compte au mieux d'une situation de travail réelle vécue de souffrance au travail en partie liée à des changements organisationnels récents. En effet, une étude sociologique récente a bien démontré le lien entre les changements organisationnels et le développement de risques psychosociaux, lien d'autant plus fort lorsque que le changement était perçu par les salariés (18). Afin de rendre compte au mieux de la situation vécue par la salariée, nous avons choisi de nous appuyer sur une approche basée sur la Clinique de l'Activité (15) dans la rédaction du cas clinique.

Cette seconde partie déroulait le cas clinique de souffrance au travail et se découpait elle-même en 3 grandes questions. La première question portait sur l'interrogation systématique par les médecins des salariés concernant les 6 facteurs de RPS mis en lumière dans le rapport GOLLAC. Elle se présentait sous forme d'un questionnaire à choix multiple et se composait de réponses binaires (en "oui/non") et seule une analyse quantitative a donc pu être réalisée. La seconde question concernait les réactions prioritaires des médecins face au cas individuel de souffrance au travail décrit par la salariée, se présentait sous forme de questionnaire à choix multiple et disposait d'un onglet de réponse libre « autre » également. Dans l'analyse ultérieure de cette question, nous avons choisi de différencier les actions individuelles des actions collectives mises en place par le médecin du travail.

Ainsi, nous avons choisi d'inclure dans la **catégorie « action individuelle »**, les réactions suivantes :

- prendre en charge individuellement la salariée en entretien individuel avec programmation d'une nouvelle visite à distance éventuellement,
- rencontrer la cadre du service de la salariée,
- se rapprocher du médecin traitant,
- programmer une étude de poste,
- faire appel à un ergonome,
- faire appel à un psychologue du travail ou clinicien.

Nous avons choisi d'inclure dans la **catégorie « action collective »**, les réactions suivantes :

- questionner les collègues de la salariée lors des entretiens individuels,
- évoquer la situation en réunion pluridisciplinaire,
- discuter de la situation en CHSCT,
- mettre en œuvre une action collective,
- signaler la situation à l'employeur,
- convoquer certains collègues de la salariée

Ce questionnaire a été conçu sous un format progressif afin de dérouler aux répondants seulement les sous-questions les concernant après réponse initiale à la question initiale. Chaque question et sous-question a été pensée afin de prendre en compte le point de vue de chacun en ajoutant à chaque réponse binaire un onglet de réponse libre "autre".

Ce mode de rédaction du questionnaire a donc permis une analyse descriptive à la fois quantitative et qualitative, intéressante afin d'obtenir une vue d'ensemble des actions mises en œuvre par les médecins face à une souffrance au travail en entretien.

Ce choix de déroulement progressif du cas permettait également de proposer de dévoiler progressivement le cas aux médecins du travail et d'éviter un « effet catalogue » initial à la lecture du cas global risquant de décourager les participants. La troisième question interrogeait l'attitude adoptée des médecins face à un cas de souffrance collectif au travail. Il s'agissait d'un questionnement également à choix multiple et contenant une réponse ouverte « autre » afin de couvrir l'ensemble des actions mises en place. Ce choix d'enregistrement préalable des réponses a donc été réalisé de deux manières : sur un mode dichotomique en « oui » ou « non » via des questions fermées tout en laissant un espace « autre réponse » de question ouverte afin d'explorer toutes les réalités de la question posée sans en occulter certains aspects non explorés via les seules questions fermées.

4. Choix du type de questionnaire

Nous avons choisi de réaliser notre étude à l'aide d'un questionnaire informatisé avec réponse en un temps via le logiciel Lime Survey et avec le soutien de la Maison de la Recherche Clinique. La version informatisée du questionnaire et des réponses ultérieures a ensuite été stockée sur un serveur sécurisé du service.

Ce type d'auto-questionnaire informatisé a été choisi afin de cibler l'ensemble des médecins du travail en un temps imparti relativement court (entre juin 2018 et octobre 2018) et afin de pouvoir restituer les résultats préliminaires de l'étude en Janvier 2019 à l'occasion d'un séminaire de formation aux RPS organisé par les CCPP. Avant de lancer le questionnaire, un test sur un échantillon n=10 d'internes en médecine du travail avait été réalisé afin d'étudier sa pertinence, son intelligibilité et son optimisation éventuelle.

Le lien vers le questionnaire informatisé (cf annexe 1) et son courrier explicatif d'accompagnement (cf annexe 2) ont été envoyés à l'ensemble des médecins du travail, collaborateurs médecins et internes du Nord-Pas-de-Calais via la mailing liste de la DIRECCTE de Lille, avec l'aimable participation du Docteur Sobczak, Médecin inspecteur régional du travail, qui avait préalablement également relu le questionnaire afin de s'assurer de son intelligibilité maximale.

5. Analyse des résultats

Une analyse descriptive incluant l'analyse quantitative et qualitative des résultats a été réalisée en lien avec le service de biostatistiques de la Maison de la Recherche Clinique. Une relecture préalable par le Docteur Leroyer avait été également sollicitée afin de s'assurer de l'interprétabilité statistique ultérieure optimale des questions posées.

Enfin, une restitution des résultats aux médecins du travail était prévue tout comme à terme l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques en matière de RPS.

RESULTATS

1. Analyse statistique

La saisie des données a été réalisée par extraction des données, depuis le logiciel Lime Survey, et la conversion de celles-ci via un tableau de recodage Excel. Les réponses ouvertes de type “autre réponse” ont été recueillies manuellement sur un fichier Word pour analyse ultérieure des verbatim et regroupement éventuel de ceux-ci.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile.

Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute, Cary NC, USA) avec l'aimable participation de Monsieur Machuron, biostatisticien de la Maison de la Recherche Clinique du CHRU de Lille.

Enfin, suite à l'interprétation des verbatim retrouvés dans les champs de réponses “autre”, nous avons retrouvé des réponses ouvertes correspondant aux champs de réponses fermés proposés dans la question correspondante. Nous avons donc choisi de les intégrer à l'analyse statistique des réponses fermées associées. Nous représenterons les verbatim correspondant aux réponses ouvertes « autre » en italique dans la suite de notre propos.

2. Flow chart

L'ensemble des médecins du travail en exercice et médecins collaborateurs en formation ont été invité à participer à l'étude (n = 411). Il a été décidé d'inclure également les internes en médecine du travail en formation (n = 44). Enfin, les médecins du travail retraités ont été exclus.

Au total, 455 questionnaires ont été transmis par courrier électronique via l'Inspection du travail pour les médecins en exercice et via une transmission personnelle pour les internes en formation le 15 Juin 2018. Au 15 Septembre 2018, 209 questionnaires étaient collectés sur le logiciel Lime Survey. Une relance a alors été effectuée à l'ensemble de la population de l'étude incluse par courrier électronique. La fin du recueil s'est terminée le 15 Octobre 2018 avec un total de 213 questionnaires reçus avant analyse (taux de réponse = 47 %). Nous reviendrons néanmoins sur ce taux de réponse initial dans la suite de notre propos.

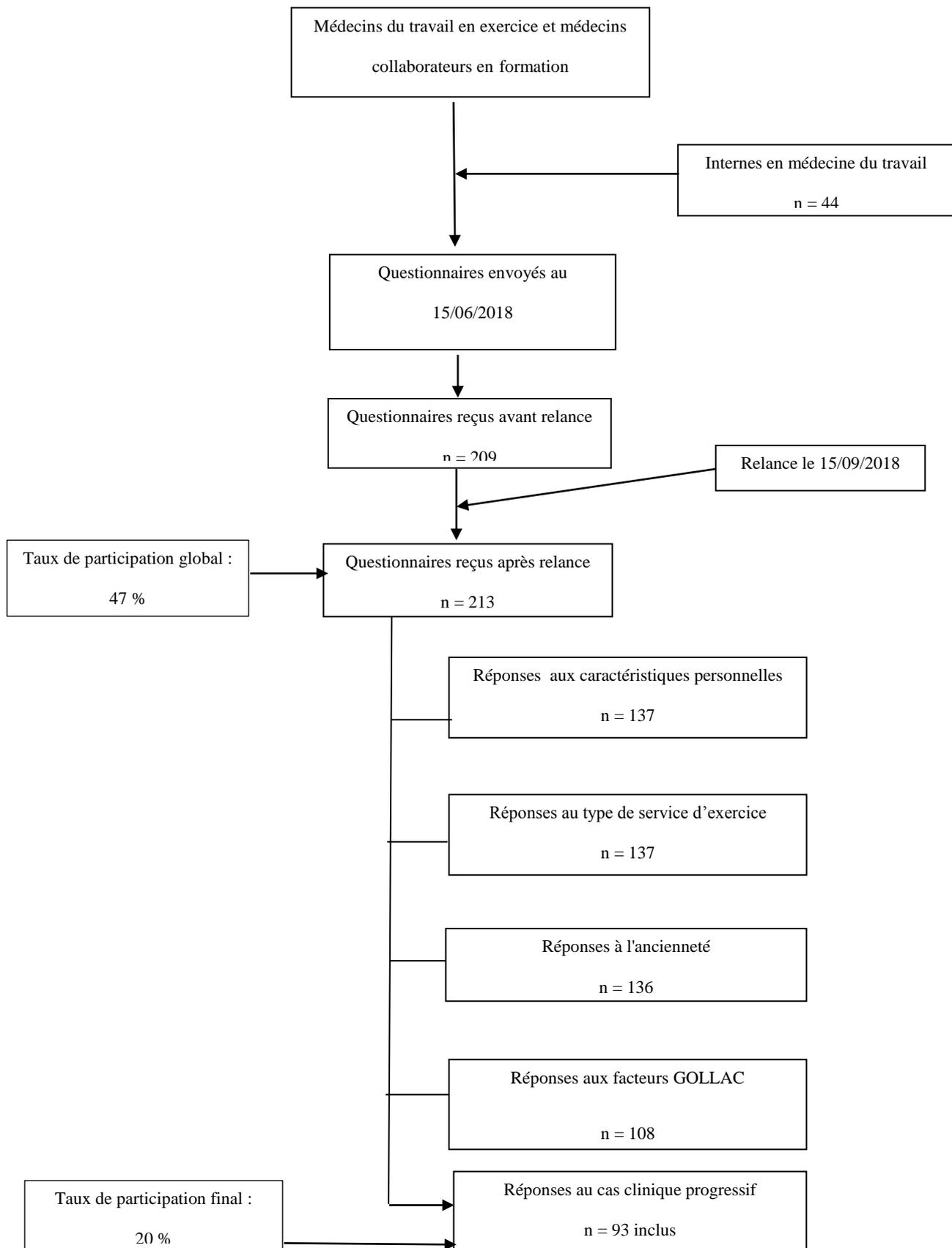


Figure 1. Flow chart

3. Taux de participation à l'étude

Nous différencierons dans notre propos le taux de participation global du taux de participation final (interprétable) de notre étude. En effet, nous avons obtenu initialement 213 réponses à notre questionnaire informatisé sur les 455 médecins sollicités soit un taux de participation global de 47 %.

Néanmoins, après analyse statistique des données inhérentes aux réponses au questionnaire, leurs réponses se distinguaient en deux catégories :

- les réponses complètes, au nombre de **93 (soit un taux de participation de 20 %)**, comprennent la réponse à l'intégralité du questionnaire avec, pour certaines d'entre elles, la communication de leur adresse mail afin que nous organisions un retour sur cette étude à terme. Nous les qualifierons de *répondeurs complets* dans la suite de l'analyse des résultats.
- les réponses incomplètes, au n variable selon le moment où les médecins se sont arrêtés dans le questionnaire conformément au flow chart détaillé (figure 1). Nous constatons ainsi que le nombre de répondeurs incomplets décroît avec l'avancement du questionnaire.

Cependant, il nous semblait intéressant de prendre en compte initialement les valeurs chiffrées de ces deux types de réponses car elles reflètent à la fois un intérêt certain pour le sujet évoqué, mais également un effort supplémentaire d'amélioration des études ultérieures afin d'accroître l'attractivité des questionnaires envoyés et de permettre à la fois une sensibilisation étendue sur le plan individuel et une puissance statistique sur le plan collectif.

Nous comparerons d'ailleurs dans la suite de notre propos les caractéristiques des deux populations de répondeurs (complets et incomplets) afin d'en faire émerger d'éventuelles différences.

En conclusion, le taux de participation final et interprétable du cas clinique progressif en lui-même se situe donc à 20 %, en cohérence avec les taux de participation habituellement rencontrés dans les études antérieures après une relance effectuée par voie informatique.

4. Description et caractéristiques de la population

4.1. Sexe de la population étudiée

Concernant les répondeurs incomplets, au nombre de 137, nous observons une nette prédominance féminine avec un sex ratio de quatre femmes pour un homme.

Ces résultats sont détaillés dans la figure 2.

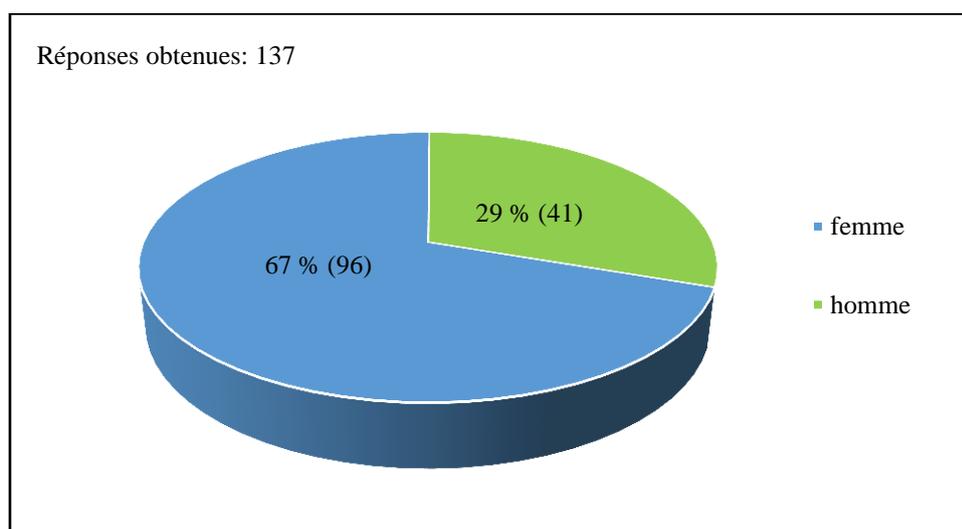


Figure 2. Répartition hommes / femmes

Concernant les répondants complets, au nombre de 93, nous observons que 63 femmes (67,7 %) avaient répondu à notre étude contre 30 hommes (32,3 %).

Enfin, à l'analyse comparée, nous ne constatons pas de différence significative entre les inclus (= répondants) et les exclus (= non répondants) concernant le sexe ($p = 0,38$).

4.2 Type de service d'exercice

Concernant les répondants incomplets, au nombre de 137, nous constatons qu'une majorité des médecins du travail répondant exerçaient en service inter-entreprises de santé au travail.

Nous avons détaillé les résultats dans la figure 3.

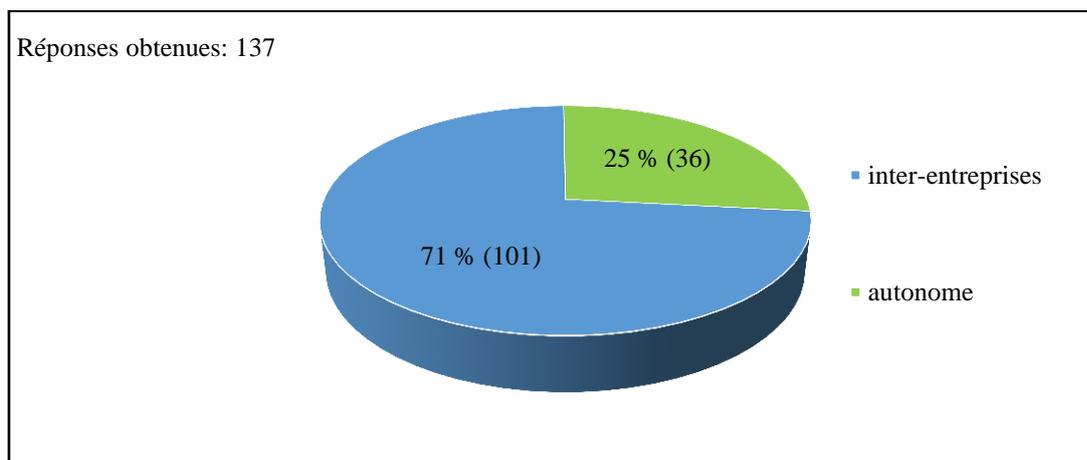


Figure 3. Type de service d'exercice

Concernant les répondants complets, 72 médecins (77,4 %) exerçaient en service inter-entreprises contre 21 médecins (22,6 %) en service autonome.

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les inclus (répondants) et les exclus (non répondants) concernant le service d'exercice ($p = 0,15$).

4.3 Ancienneté

Concernant les répondeurs incomplets, au nombre de 136, l'ancienneté moyenne est de 16 ans (écart type = 11, 5). L'ancienneté médiane est de 17 ans avec un minimum d'ancienneté de moins d'un an et un maximum de 40 ans, 25 % des médecins ont une ancienneté de plus de 23 ans (Q1 = 4, Q3 = 23).

Concernant les répondeurs complets, au nombre de 93, l'ancienneté moyenne est de 14 ans (écart type = 11, 5). L'ancienneté médiane est de 14 ans avec un minimum d'ancienneté de moins d'un an et un maximum de 40 ans, 25 % des médecins ont une ancienneté de plus de 20 ans (Q1 = 3, Q3 = 20).

Enfin, en comparant les répondeurs au cas progressif intégral aux non-répondeurs, on constate que les répondeurs ont significativement moins d'ancienneté que les non-répondeurs (13.6 ans pour les répondeurs contre 20 ans pour les non répondeurs, $p = 0.0024$).

4.4 Temps moyen de réponse

Le temps moyen de réponse constatée est de 9,8 minutes avec un temps minimal de réponse à 2 minutes et un maximum à 42,6 minutes.

5. Résultats détaillées du cas clinique progressif

Pour faciliter la lecture des résultats et leur interprétation, nous avons intégré le format du type de question étudié, à savoir le questionnaire à choix simple (QCS) ou questionnaire à choix multiple (QCM), aux annotations du graphique correspondant.

De même, nous avons représenté les verbatim correspondant aux réponses ouvertes « autre » en italique dans la suite de notre propos.

5.1 A titre informatif, dans votre pratique quotidienne, interrogez-vous systématiquement les salariés sur les thématiques évoquées ci-dessous ?

Le taux de réponse à cette question était de 24 %.

Nous avons détaillé uniquement les résultats concernant les répondants incomplets dans la figure 4.

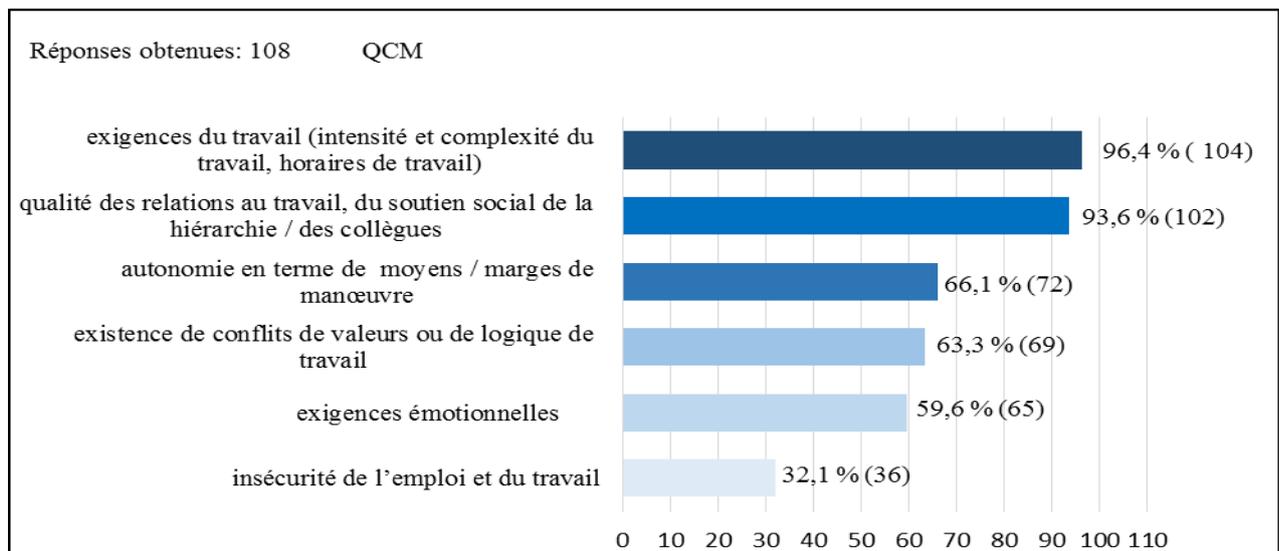


Figure 4. Interrogation systématique des salariés sur les facteurs Gollac en entretien individuel

5.2 Quelles sont vos réactions prioritaires face à la situation décrite par la salariée ?

5.2.1 Réactions prioritaires choisies

Le taux de réponse à cette question était de 20 %.

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans la figure 5.

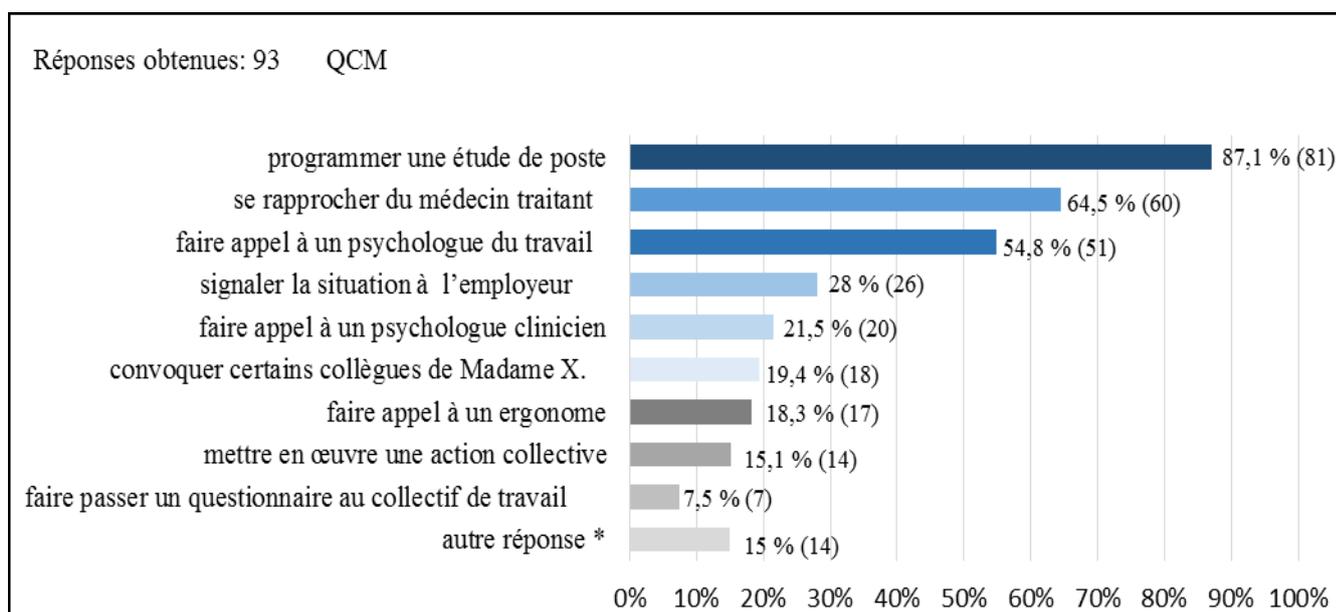


Figure 5. Réactions prioritaires face à la situation décrite par la salariée

Concernant l'analyse qualitative du champ de réponse « autre », ont émergé 14 réponses que nous avons regroupées en 3 entités pour faciliter leur lecture, à savoir :

1. Analyse du collectif de travail (4 propositions) :

- 2 propositions concernaient le questionnement des salariés lors des entretiens individuels.

Parmi elles, un médecin souhaitait les questionner avant de mettre en place une action collective dans un second temps :

° *faire le point avec le collectif lors des visites (non "certains" collègues comme il est mentionné) afin de pouvoir analyser et mettre en œuvre une action collective dans un second temps (pas d'emblée sur une seule situation) ; éventuellement orientation médecin traitant selon la clinique ; remise de questionnaire RPS à la salariée, qui sera revue selon la modalité de son choix (OS ou OMT si sur temps de travail),*

° *garder en mémoire la problématique pour avoir l'avis des autres salariés lors de leurs visites, mais sans les convoquer.*

- 1 proposition souhaitait évoquer la situation en réunion pluridisciplinaire :

° *évoquer la situation en réunion pluridisciplinaire (MTLP, infirmière, responsable RH, AS)*

- 1 proposition comptait en discuter à l'occasion d'un CHSCT : *CHSCT*

2. Prise en charge individuelle (9 propositions) :

- 4 propositions proposaient de revoir la salariée dans un premier temps. Parmi elles, un médecin souhaitait remettre un questionnaire RPS à la salariée en programmant de la revoir à distance. Un autre pensait proposer à la salariée de rencontrer l'employeur et reprogrammer une visite médicale dans un délai court.

Le détail des propositions obtenues était :

- *lui proposer de la revoir d'ici quelques semaines,*
- *reprogrammer une visite médicale dans un court délai,*
- *la revoir à un mois.*

- 2 propositions reprenaient différentes prises en charge possibles de la salariée en entretien individuel :

- *il faut parfois laisser un peu de temps, "elle" va peut-être aller plus vite, et enfin la cadre va changer sa façon de penser et comprendre son erreur,*
- *préciser le diagnostic par l'examen clinique et l'anamnèse (troubles du sommeil, syndrome anxio-dépressif réactionnel, somatisations, ...).*

- 3 propositions préconisaient une rencontre avec la cadre du service après accord de l'agent pour recueillir son point de vue sur la situation de travail, l'organisation et le contexte. Un médecin souhaitait la rencontrer à l'occasion de l'étude de poste.

- *rencontrer le cadre du service avec l'accord de l'agent,*
- *contacter les personnes concernées, hiérarchie, etc...pour recueillir leur point de vue sur la situation de travail, l'organisation, les éléments de contexte,*
- *prévoir une discussion avec la cadre par l'intermédiaire de l'étude de poste.*

3. Enquête épidémiologique (1 proposition) :

- *Enquête EVREST si connaissance de plusieurs cas de souffrance au travail, après accord préalable du CHSCT et de l'employeur.*

Nous avons détaillé les résultats décrits dans la figure 6.

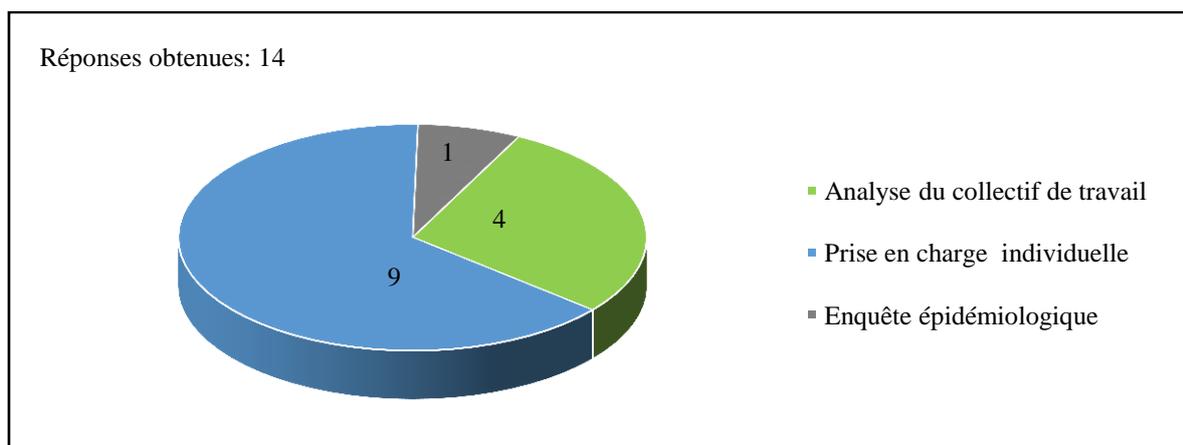


Figure 6. Autres réactions prioritaires

5.2.2 Nombre de réactions choisies par les médecins du travail

Nous avons souhaité ensuite connaître la proportion de médecins ayant choisi une ou plusieurs réactions à cette question principale amorçant les réponses ultérieures. L'étendue des réactions choisies s'étendait de 1 à 6 réactions. Ils ont privilégié pour 81,7 % d'entre eux la réalisation de 2 et 4 actions face à la situation individuelle vécue par la salariée.

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans la figure 7.

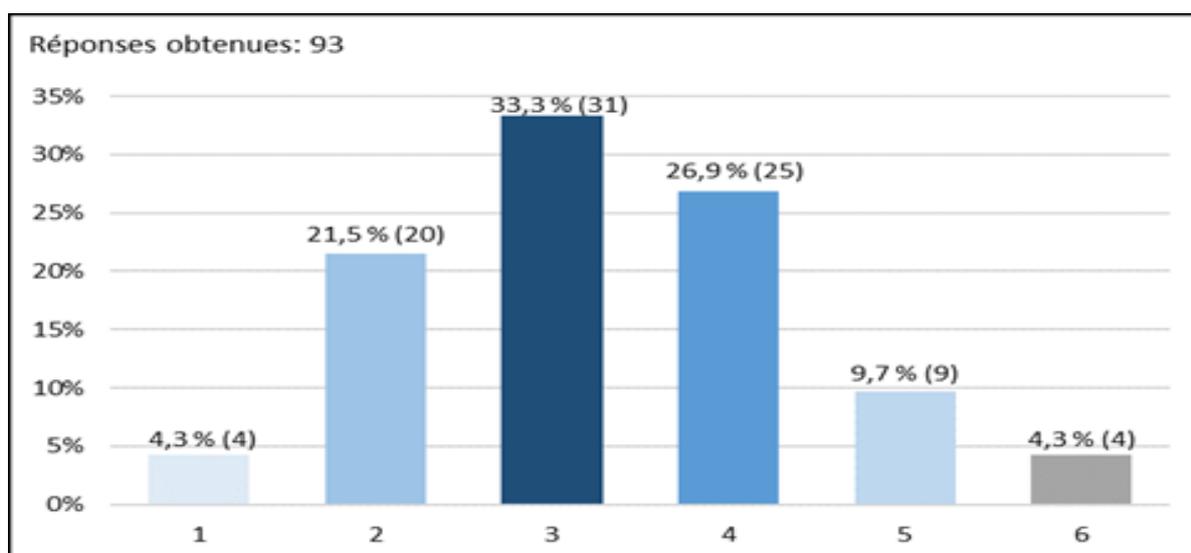


Figure 7. Nombre de réactions choisies par les médecins du travail

5.2.3 Combinaisons de réactions choisies

Nous nous sommes ensuite intéressés aux combinaisons de réactions préférentiellement choisies par les médecins du travail ayant sélectionné 2 réactions ou plus donc. Nous avons choisi de ne représenter que les résultats les plus significatifs en excluant les 35 choix de combinaisons uniques.

Nous avons ensuite étudié le type d'orientation des combinaisons d'actions sélectionnées : individuelle (se rapprocher du médecin traitant, programmer une étude de poste, faire appel à un ergonomiste, psychologue du travail ou clinicien) et collective (mettre en œuvre une action collective, signaler la situation à l'employeur, convoquer certains collègues de la salariée).

Ainsi, nous avons constaté que les médecins du travail choisissaient majoritairement une intervention initialement axée sur une prise en charge individuelle puisque 9 combinaisons d'actions étaient orientées sur l'individu. 8 combinaisons d'actions pensaient intervenir à la fois sur l'individuel et le collectif dans les actions envisagées. Enfin, aucune combinaison d'actions ne choisissait d'agir uniquement sur le collectif en première intention.

Enfin, concernant le contenu des combinaisons de réactions plébiscitées, nous constatons que 15 combinaisons de réactions sur les 17 étudiées incluaient la programmation d'une étude de poste. L'action de se rapprocher du médecin traitant arrivait ensuite en seconde position puisqu'elle était évoquée dans 11 combinaisons sur les 17 analysées. De plus, 9 interventions incluaient de faire appel au psychologue du travail. Nous constatons enfin qu'aucune combinaison de réactions ne comportait la passation d'un questionnaire au collectif de travail, cette réaction n'étant choisie qu'en réaction individuelle donc.

Au final, ces résultats concordent avec les résultats statistiques initiaux des réactions prioritairement envisagées par les médecins du travail représentées à la **figure 5**.

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans la figure 8.

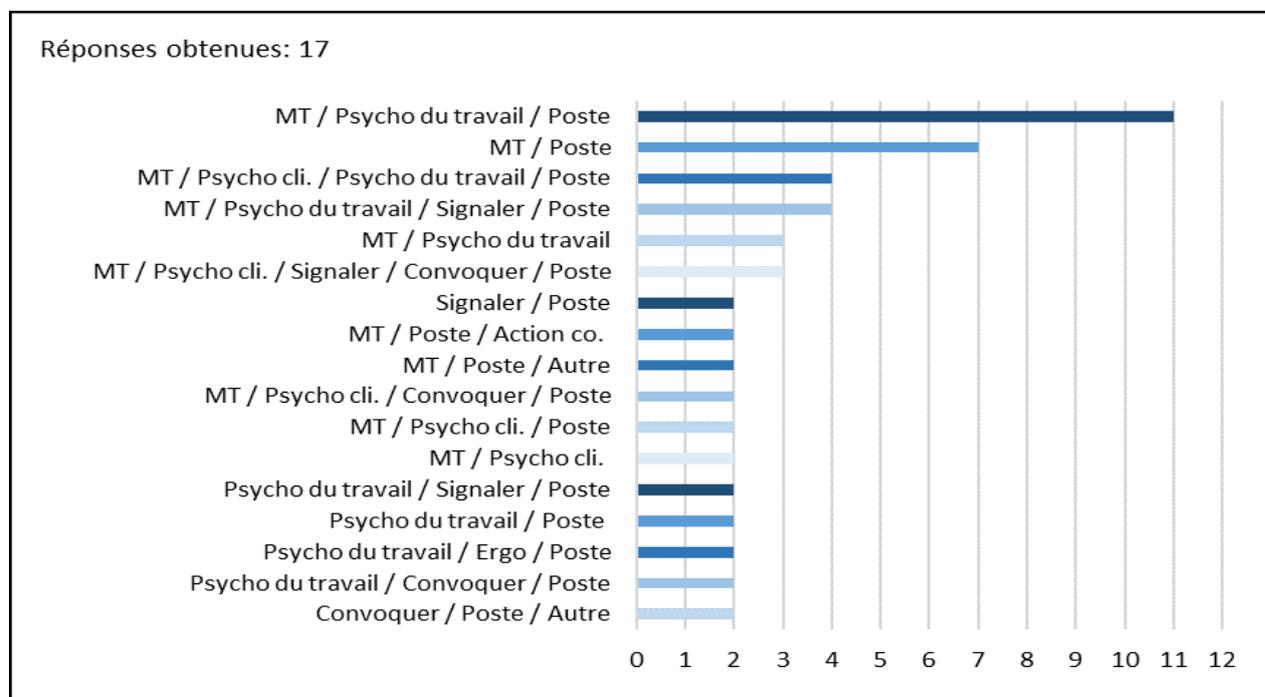


Figure 8. Combinaison de réactions choisies par les médecins du travail

5.3 Analyse détaillée des réactions préalablement choisies

Suite à cette première interrogation des médecins du travail concernant leur(s) réaction(s) face à la situation décrite, nous avons souhaité développer leurs réponses quant à leur(s) choix de réactions initiales face au cas. Ainsi, nous allons donc retranscrire les réponses détaillées des médecins du travail quant aux motifs les ayant conduits à choisir cette réaction.

5.3.1 Faire appel à un psychologue

Nous avons choisi de regrouper le choix de faire appel à un psychologue, qu'il soit clinicien ou du travail, car nous avons retrouvé des similitudes dans les réponses des médecins du travail à ce questionnaire.

Ainsi, les médecins du travail faisaient appel au psychologue en majorité en vue d'une prévention secondaire orientée vers le soin par le biais d'une prise en charge brève de la salariée en souffrance. Le recours au psychologue était également utilisé pour deux tiers des médecins en prévention tertiaire orientée vers la réparation par l'identification ou l'exclusion du travail comme étant à l'origine de la souffrance ressentie. Ils n'envisageaient de réaliser une action en milieu de travail axée donc plutôt sur une prévention secondaire orientée sur le lien santé-travail que dans un tiers des réponses obtenues.

Enfin, nous n'avons pas obtenu de réponse ouverte au choix de faire appel au psychologue (clinicien ou du travail).

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans les figures 9 et 10.

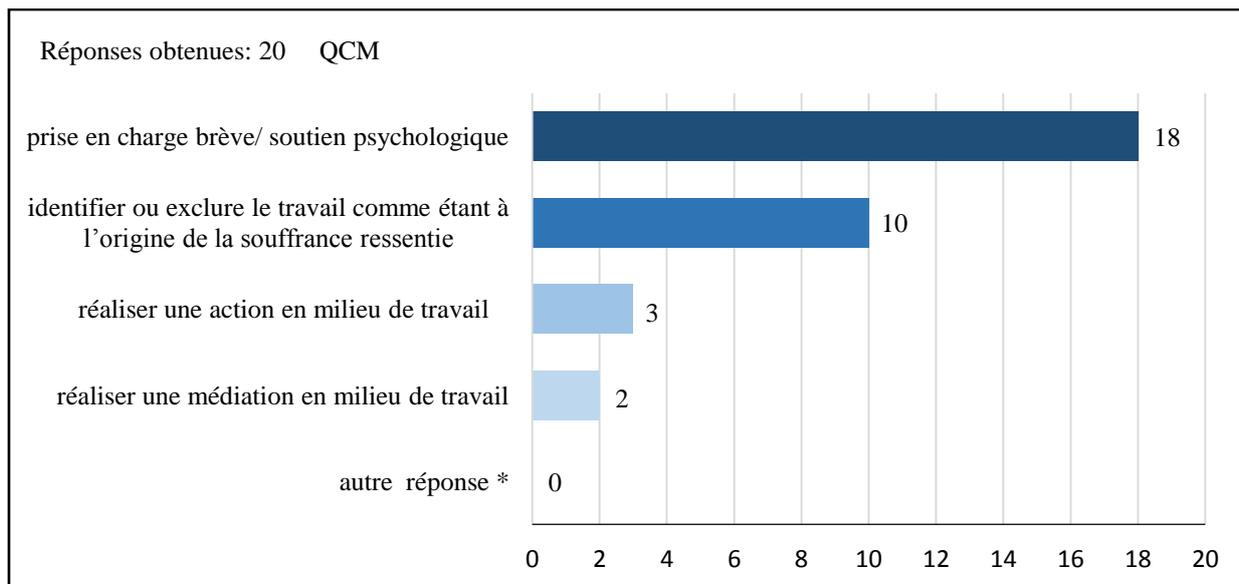


Figure 9. Faire appel au psychologue clinicien (en effectif)

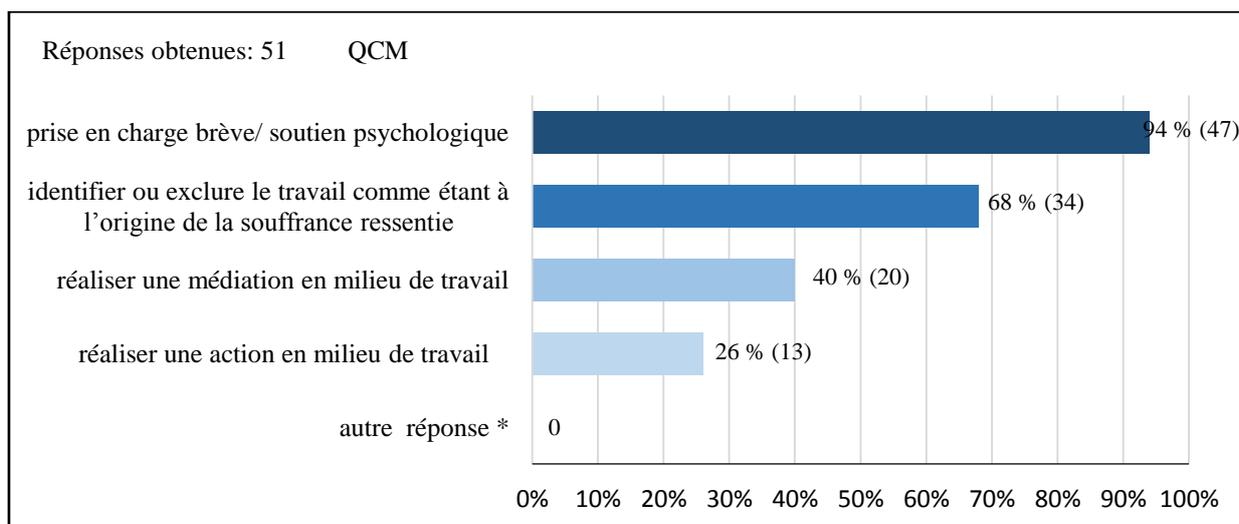


Figure 10. Faire appel au psychologue du travail (en pourcentage)

5.3.2 Se rapprocher du médecin traitant

Le choix de se rapprocher du médecin traitant était la seconde réaction la plus envisagée par les médecins du travail puisque près des deux tiers des réponses obtenues incluaient de contacter le médecin traitant du salarié.

Nous avons obtenu 7 réponses ouvertes à cette question. Deux axes prioritaires d'actions étaient retrouvés : celui de la prise en charge thérapeutique seule et celui de l'amorce d'un suivi en centre médico-psychologique que nous allons détailler.

Ainsi, 5 réponses proposaient d'engager une prise en charge thérapeutique :

- *mettre en place la prise en charge thérapeutique adaptée (arrêt ou non, traitement médicamenteux éventuel, suivi psychologique si besoin),*
- *pour qu'il voit la personne dans le cadre des troubles du sommeil,*
- *traitement médical,*
- *pour réaliser un suivi régulier de la salariée voire un traitement si son médecin le juge nécessaire,*
- *tt éventuel.*

Enfin, 2 réponses évoquaient elles l'appui d'un suivi médico-psychologique :

- *envisager un soutien psychologique (CMP...),*
- *discuter une orientation CMP.*

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans la figure 11.

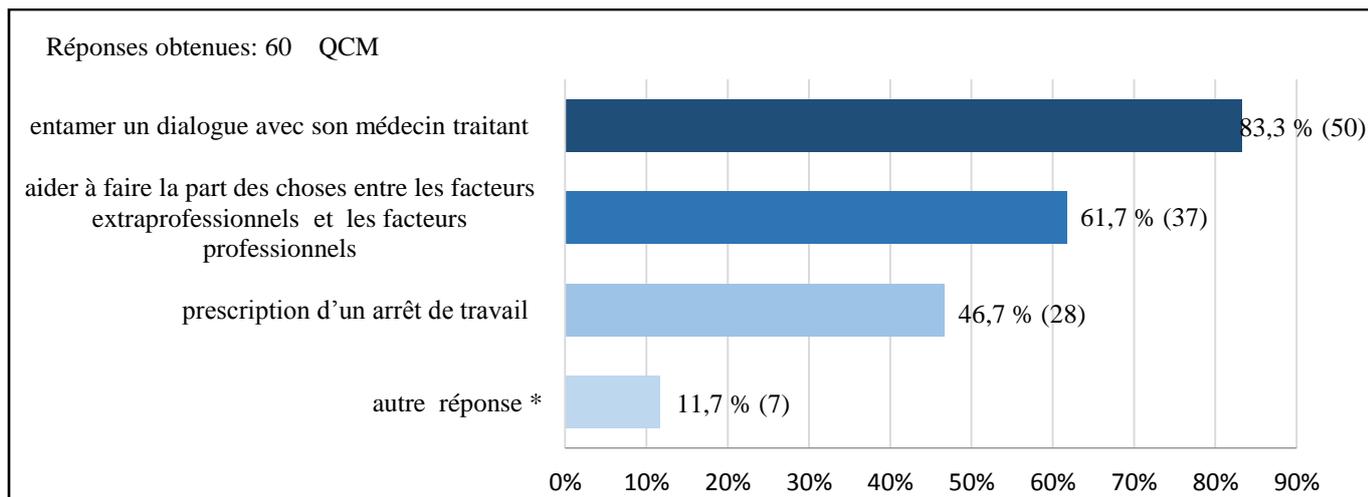


Figure 11. Se rapprocher du médecin traitant (en pourcentage)

5.3.3 Faire appel à un ergonomiste

Nous avons constaté que le choix de faire appel à un ergonomiste était envisagé par la majorité des médecins du travail afin d'agir sur le collectif en effectuant une action en milieu de travail et/ou en déclenchant un soutien organisationnel.

Nous n'avons pas obtenu de réponse ouverte à ce questionnaire.

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans la figure 12.

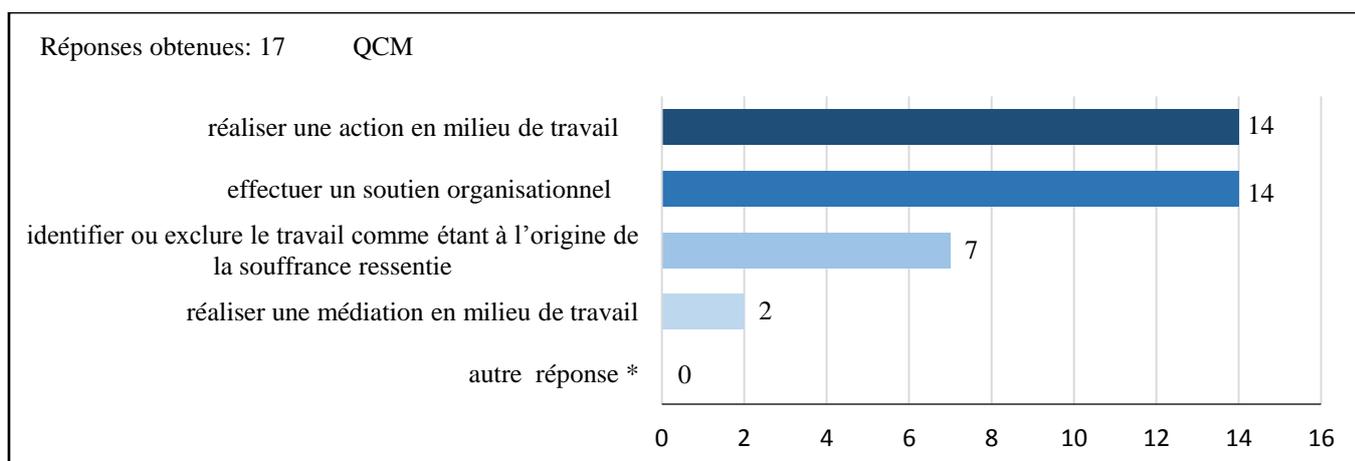


Figure 12. Faire appel à un ergonomiste (en effectif)

5.3.4 Réaliser une étude de poste

Nous avons ensuite interrogé les médecins du travail sur la temporalité à laquelle ils comptaient réaliser une étude de poste, réaction majoritairement plébiscitée par quatre médecins sur cinq. Deux tiers d'entre eux considéraient qu'elle devait être réalisée au besoin, après avoir évalué sa nécessité lors de l'entretien individuel.

Nous avons obtenu les deux réponses ouvertes suivantes à cette question :

- *pouvoir entamer un dialogue avec l'employeur,*

- *mieux connaître le poste.*

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans la figure 13.

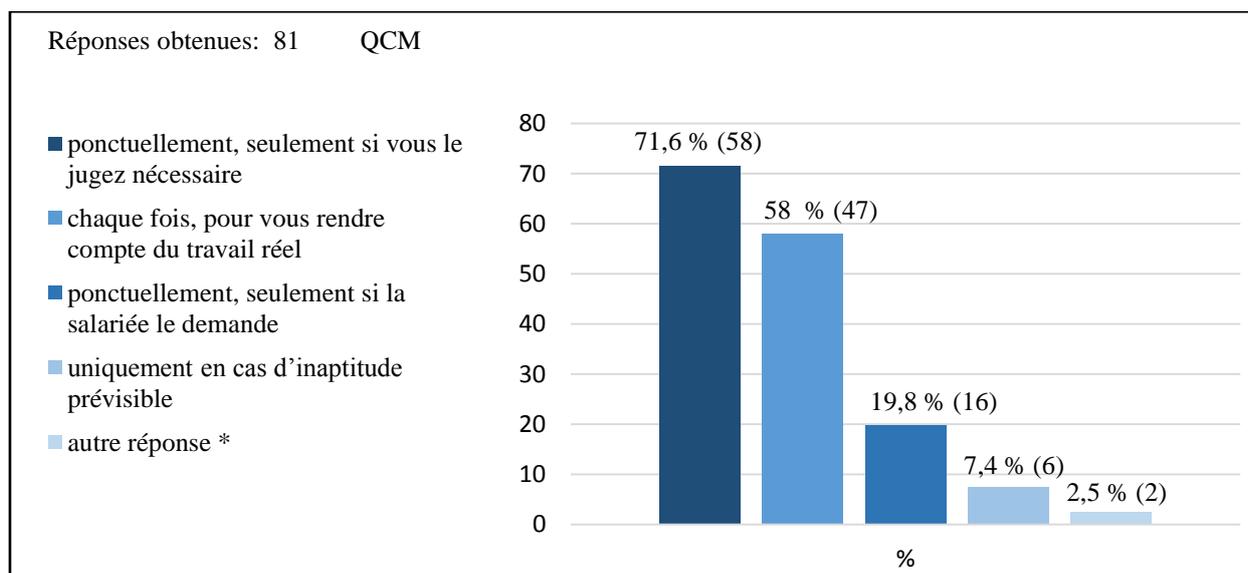


Figure 13. Réaliser une étude de poste (en %)

5.3.5 Analyser le collectif de travail

Nous avons souhaité mettre en parallèle les choix de convoquer certains collègues de travail et de faire passer un questionnaire au collectif de travail car nous avons obtenu des similitudes en terme de réponses sélectionnées.

Ainsi, la majorité des médecins du travail pensaient à ces deux types d'actions afin d'évaluer à la fois la nécessité d'une action collective et également afin d'obtenir une vue d'ensemble du ressenti du collectif en terme de perception du risque identifié et également en terme de répercussion éventuelle sur leur propre état de santé.

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans les figures 14 et 15.

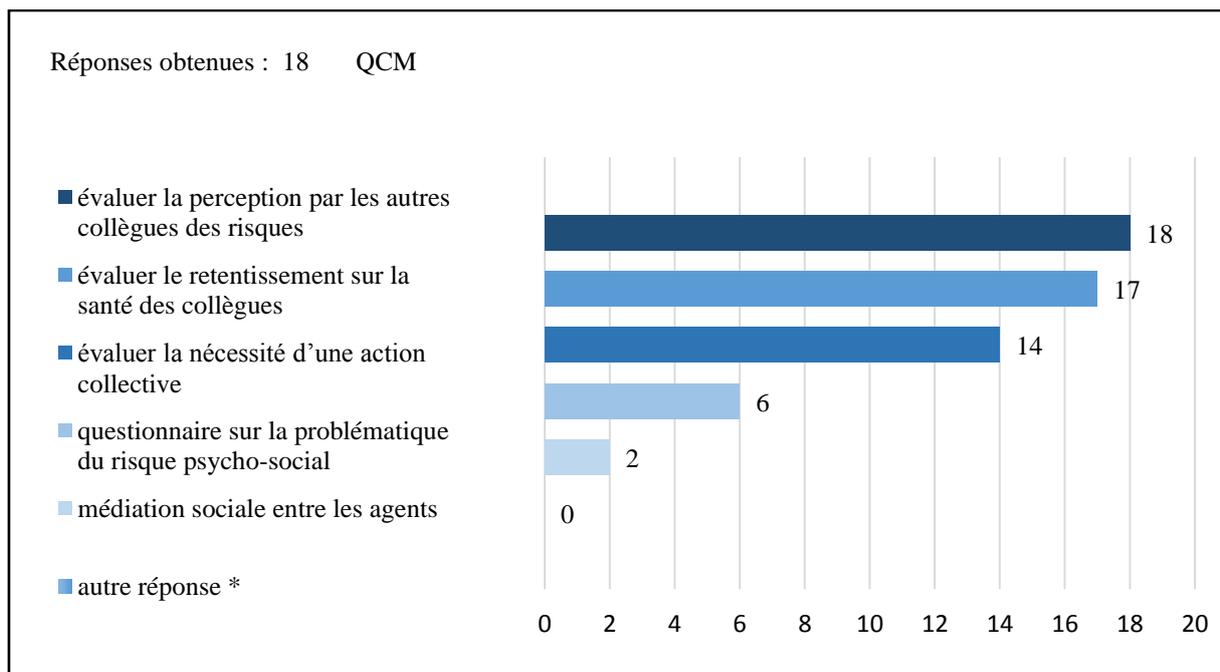


Figure 14. Convoquer certains collègues (en effectif)

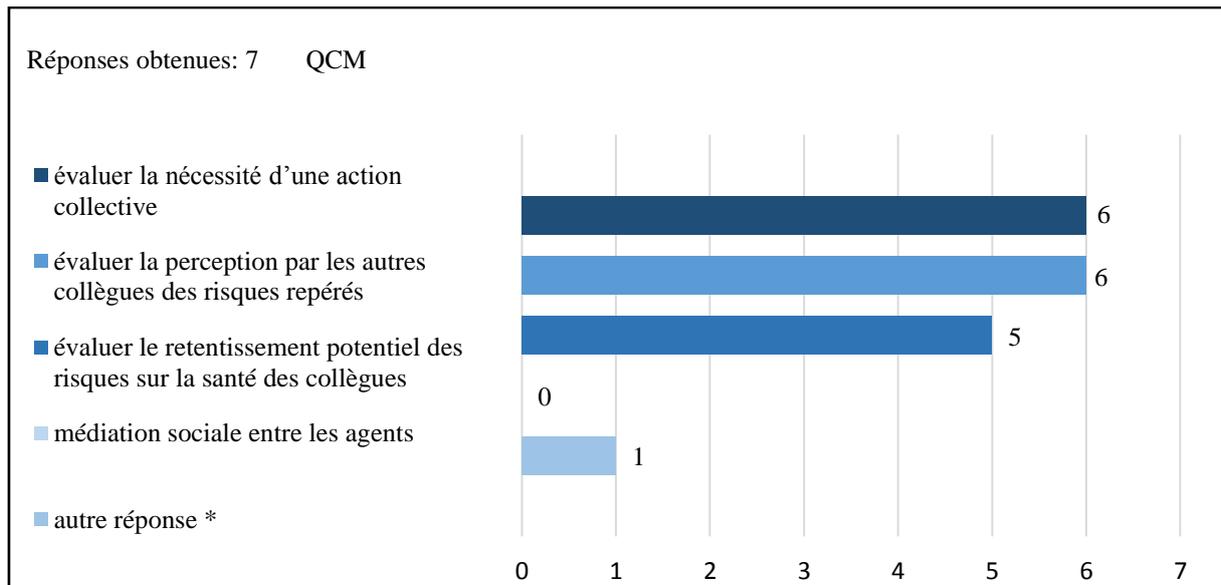


Figure 15. Faire passer un questionnaire au collectif de travail (en effectif)

Concernant le choix de convoquer certains collègues, nous n'avons pas obtenu de réponse ouverte.

Concernant l'interrogation inhérente à la passation d'un questionnaire au collectif de travail, nous avons obtenu la réponse ouverte suivante :

- parce que je conçois essentiellement mon rôle de médecin du travail en terme de suivi épidémiologique des travailleurs.

Concernant spécifiquement le choix de faire passer un questionnaire au collectif de travail, nous avons ensuite souhaité connaître le type de questionnaire sélectionné par les médecins du travail.

Ainsi, concernant les 3 réponses ouvertes à ce questionnaire, nous avons obtenu les réponses suivantes :

- *OMSAD (échelle HAD associée au score de stress perçu de Cohen, et évaluation du soutien professionnel perçu)*

- *EVREST*

- *Le choix du questionnaire doit idéalement être motivé et discuté. Il peut aussi s'agir d'EVREST, WOCCQ... Certains questionnaires comme le WOCCQ impliquent des droits d'auteur.*

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans la figure 16.

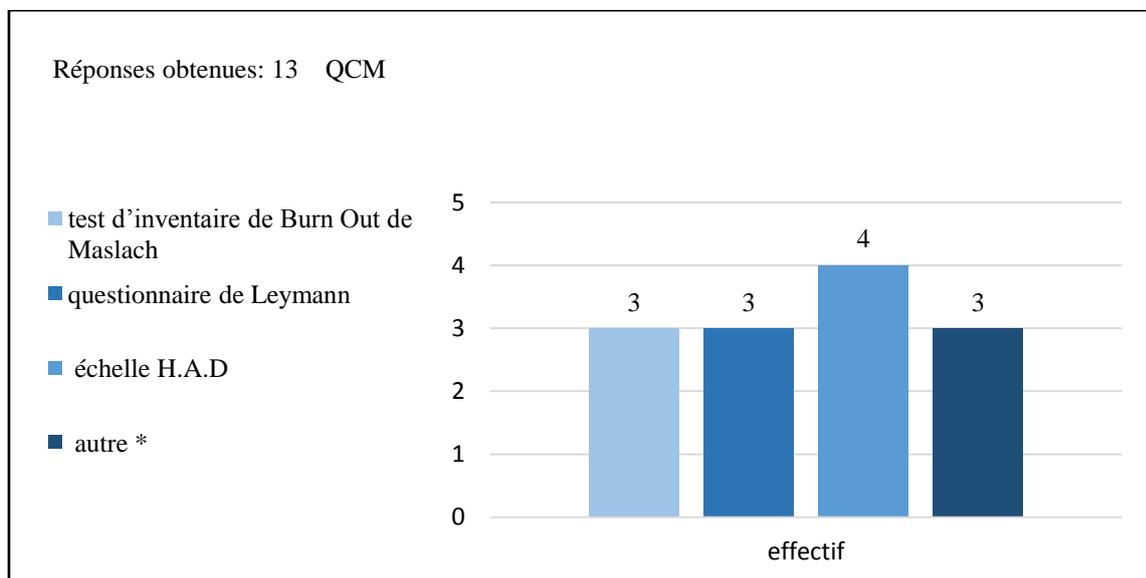


Figure 16. Type de questionnaire choisi (en effectif)

5.3.6 Réaliser une action collective

Nous avons décidé de nous intéresser au(x) choix d'action(s) collective(s) privilégiée(s) par les médecins du travail.

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans la figure 17.

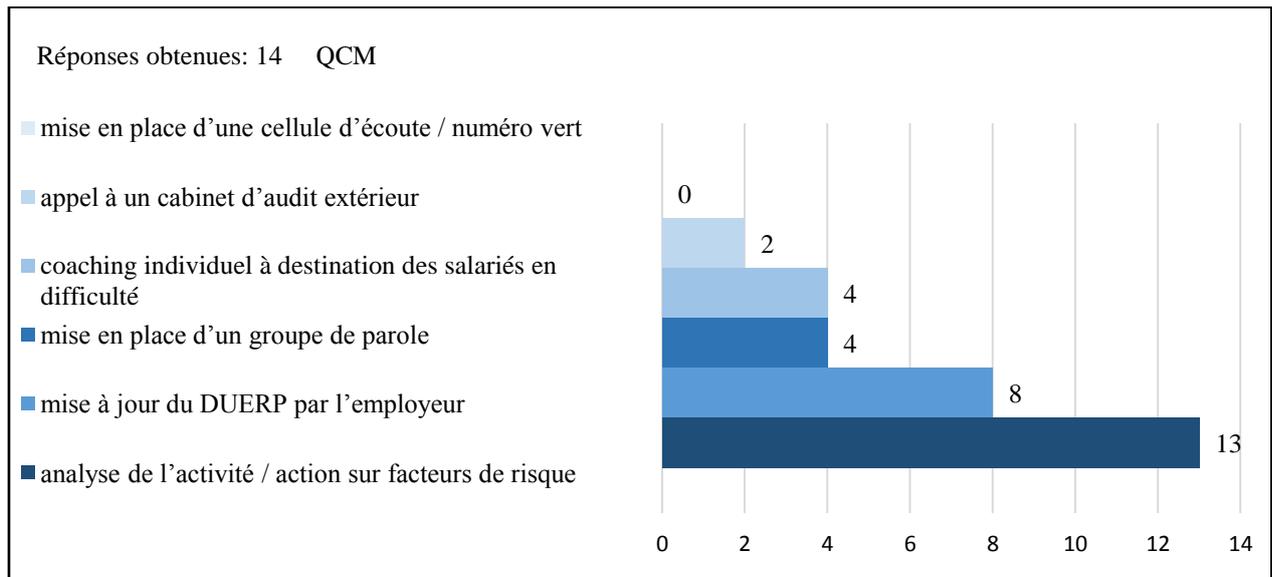


Figure 17. Actions collectives envisagées (en effectif)

5.3.6.1 Sélection d'une action prioritaire et d'une action minoritaire parmi les actions collectives

Nous avons ensuite souhaité savoir, parmi les actions collectives sélectionnées à la question précédemment exposée, l'action considérée comme étant la plus importante et celle étant à l'inverse jugée comme étant la moins importante selon les participants.

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans les figures 18 et 19.

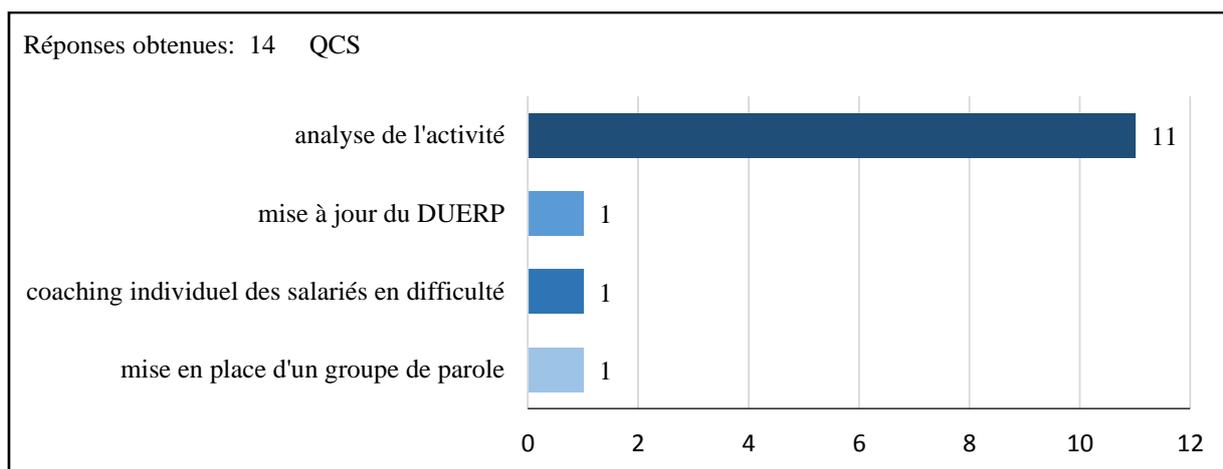


Figure 18. Action collective la plus importante (en effectif)

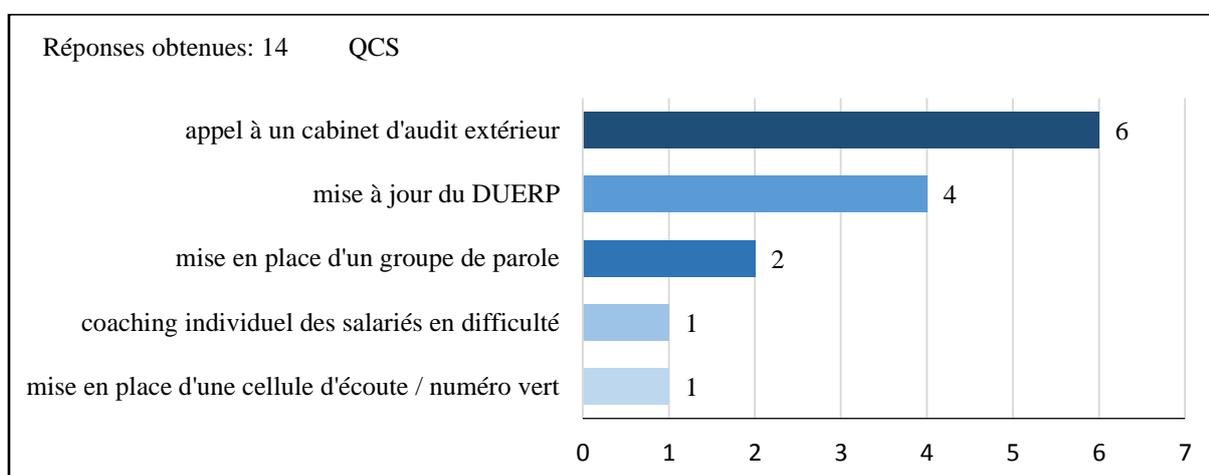


Figure 19. Action collective la moins importante (en effectif)

5.3.6.2 Choix de réaliser une action collective à type d'analyse de l'activité

Nous nous sommes ensuite intéressés aux médecins du travail ayant choisi d'intervenir sur les facteurs de risque par l'analyse de l'activité. Sur les 14 réponses obtenues à ce questionnaire à choix multiple, 11 réponses (soit 78,6 %) privilégiaient d'accompagner directement l'employeur dans l'action sur les causes. Seulement 3 réponses (soit 21,4 %) décidaient de déléguer cet accompagnement à un autre intervenant.

Nous avons ensuite choisi de les interroger sur le type d'intervenant choisi en vue de réaliser cet accompagnement. Sur les 3 réponses obtenues à ce questionnaire à choix multiple, 3 médecins du travail (soit 100 %) décidaient de recourir à un ergonome. Nous obtenions ensuite une réponse respectivement au choix de faire intervenir la cadre du service de la salariée, le psychologue du travail, la Commission Sociale et Economique (CSE) ou le Délégué du personnel (DP). Aucun médecin du travail ne choisissait en revanche de solliciter le psychologue clinicien. Enfin, nous obtenions la réponse ouverte suivante : *s'il y a une personne dédiée et compétente et intéressée dans l'entreprise.*

5.3.7 Effectuer un signalement de la situation à l'employeur

Nous avons souhaité interroger les médecins du travail sur les conseils donnés quant à la prévention des risques lors du signalement à l'employeur de la situation de souffrance au travail exposée.

Nous n'avons pas obtenu de réponse ouverte à cette question.

Nous avons détaillé les résultats obtenus dans la figure 20.

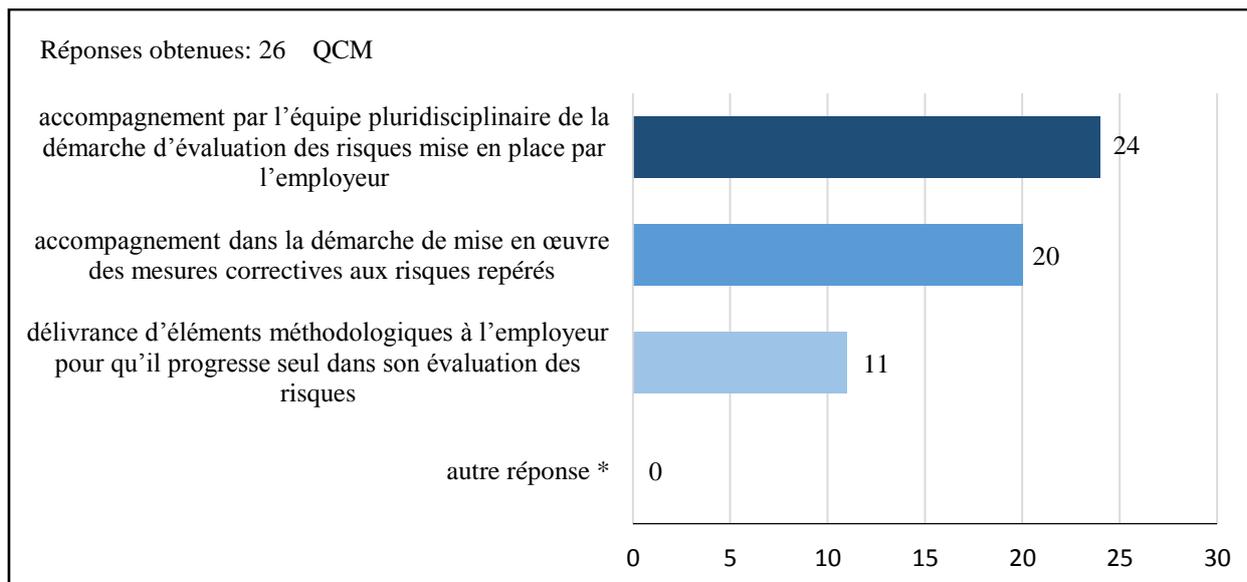


Figure 20. Conseils donnés à l'employeur lors du signalement d'une souffrance au travail (en effectif)

5.4 Attitude adoptée par un médecin du travail confronté à plusieurs cas de souffrance au travail

Dans l'évolution du cas, nous avons fait évoluer la situation vers une multiplication de cas d'agents du même service également en souffrance au travail.

Nous avons alors interrogé les médecins du travail sur leur attitude adoptée dont nous avons détaillé les résultats obtenus dans la figure 21.

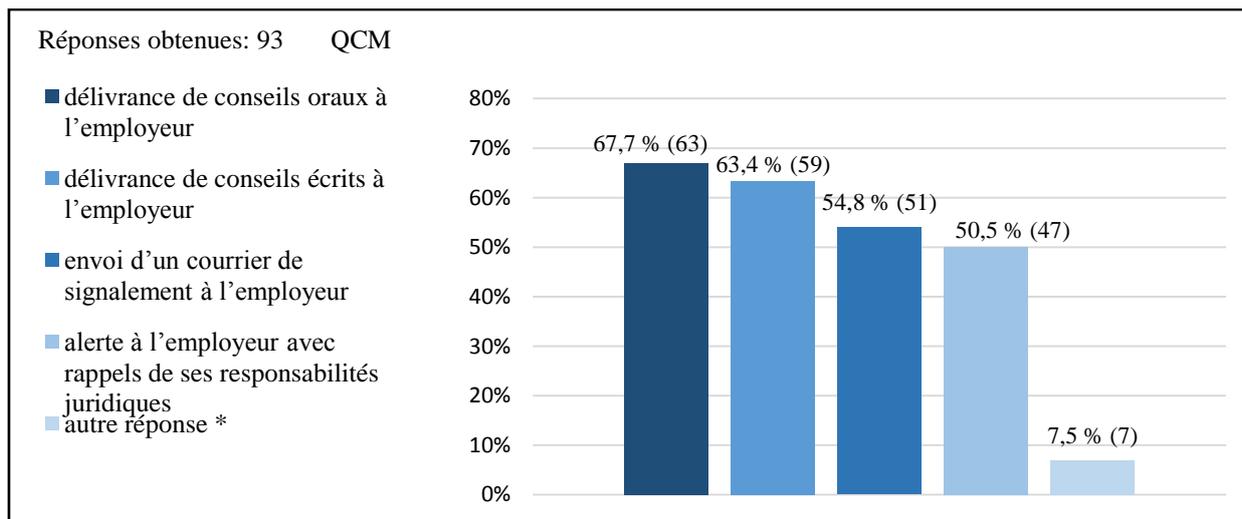


Figure 21. Attitude adoptée face à une souffrance au travail collective (en %)

Concernant le champ de réponse ouvert à cette question, nous constatons que les attitudes adoptées concernaient la réalisation d'actions collectives variées que nous avons détaillé dans la figure 22.

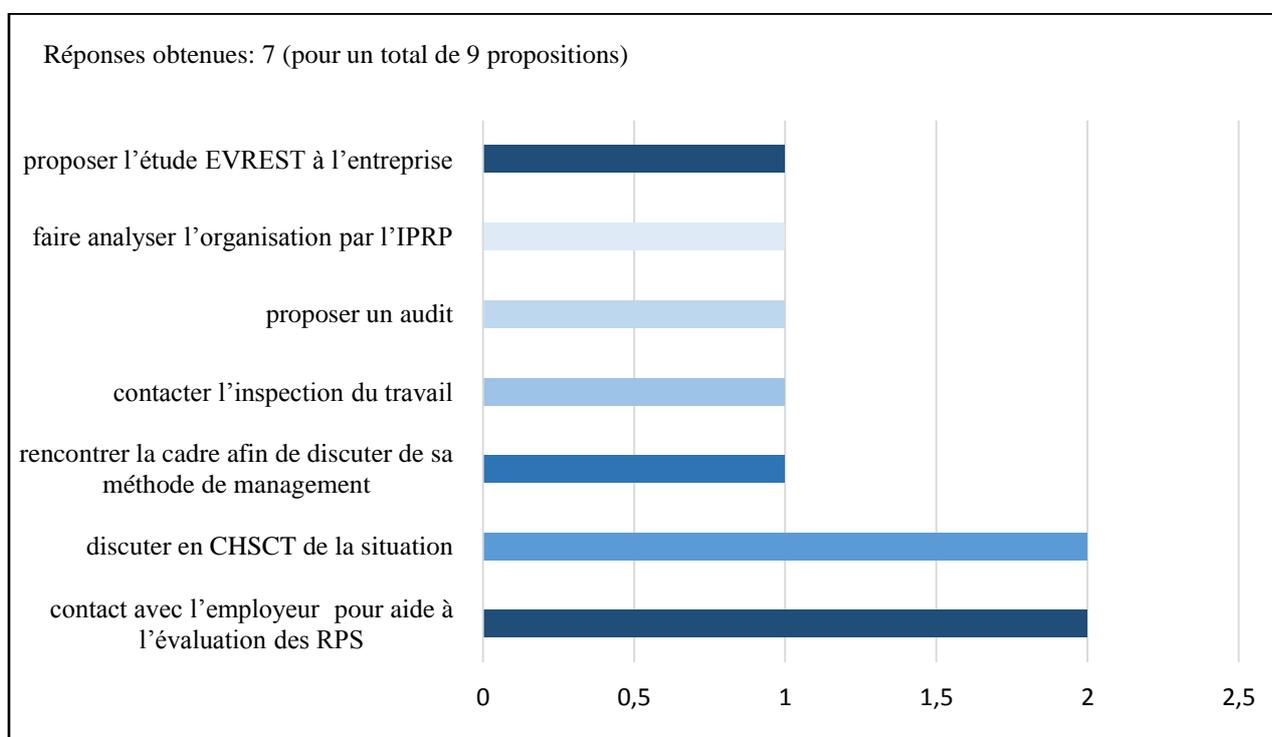


Figure 22. Autres réponses en terme d'attitude adoptée (en effectif)

DISCUSSION

1. Discussion et comparaison des résultats

1.1 Comparaison des caractéristiques socio-professionnelles des médecins du travail ayant participé à notre étude à ceux de la population générale

Les médecins du travail ayant majoritairement participé à notre étude étaient des femmes (67 %) (voir la figure 2). 71 % des médecins du travail interrogés exerçaient en service inter-entreprises (voir la figure 3). Enfin, l'ancienneté moyenne des médecins du travail ayant répondu à l'intégralité du questionnaire était de 13,6 ans.

D'après les données 2018 dont dispose la DIRECCTE de Lille, sur 424 médecins du travail en exercice, 64 % des médecins sont des femmes et 74,6 % de l'ensemble des médecins en exercice travaillent en service inter-entreprises. Nous ne disposons pas de données comparables en terme d'ancienneté ; en revanche, 59 % des médecins en exercice ont plus de 50 ans.

Au total, nous ne pouvons conclure avec certitude à une représentativité totale de notre échantillon concernant la population totale des médecins du travail du Nord-Pas-de-Calais. Néanmoins, certaines caractéristiques socio-professionnelles semblent similaires.

1.2 Comparaison à la littérature des réactions envisagées par les médecins du travail face au cas de souffrance au travail décrit

Nous avons proposé dix possibilités de réponses à la question portant sur les réactions prioritaires envisagées face à la situation décrite par la salariée.

La réaction majoritairement choisie concernait la réalisation d'une étude de poste, envisagée par 87,1 % des médecins du travail (figure 5).

En seconde réaction choisie, se rapprocher du médecin traitant revenait pour 64,5 % des médecins du travail (figure 5). Une enquête de l'INPES (44), intitulée « Médecins généralistes et santé au travail », relatait la méconnaissance des rôles respectifs de chacun. Orienter vers le médecin traitant un salarié en souffrance au travail pourrait ainsi favoriser le dialogue entre les professionnels de santé dans un but de prise en charge optimale. De plus, une thèse d'exercice soutenue en 2017 étudiant les attentes des médecins généralistes concernant la visite de pré-reprise (45) mettait en lumière le souhait des médecins généralistes d'entamer une démarche de coopération entre les professionnels de santé, notamment dans le cadre de la visite de pré-reprise. Ce choix d'informer le médecin traitant de la situation vécue par la salariée est donc tout indiqué afin de débiter une collaboration dans l'intérêt de la salariée.

Ensuite, nous interrogeons les médecins du travail sur le choix de faire appel à un psychologue. 54,8 % des médecins du travail envisageaient de faire intervenir le psychologue du travail dans cette situation (figure 5). Ils étaient 21,5 % à envisager de faire intervenir le psychologue clinicien dans ce cas précis (figure 5).

Notre questionnement portait ensuite sur le signalement de la situation à l'employeur. 28 % des médecins pensaient ainsi signaler la situation à l'employeur (figure 5). Une thèse d'exercice de 2018 portant sur l'analyse des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des psychopathologies soumises au CRRMP de la région Hauts-de-France (46) retrouvait qu'une alerte collective ou un courrier du médecin du travail à l'employeur avait été envoyé dans 8,4% des dossiers étudiés en CRRMP dans le cadre d'une éventuelle reconnaissance en maladie professionnelle au titre de l'alinéa 4. Cela montre bien l'utilisation par les médecins du travail en pratique quotidienne du signalement à l'employeur dans des cas de souffrance au travail.

Concernant ensuite le choix de convoquer certains collègues de la salariée, 19,4 % des médecins du travail l'évoquaient (figure 5).

Concernant le choix de faire appel à un ergonome, 18,1 % des médecins du travail pensaient à le faire intervenir dans cette situation (figure 5).

Concernant la mise en œuvre d'une action collective, 15,1 % des médecins du travail l'envisageaient (figure 5). En détaillant les actions collectives choisies, nous constatons que l'analyse de l'activité était majoritairement plébiscitée (figure 17). Celle-ci présente un intérêt certain dans la situation décrite car elle permet de rendre compte de la dynamique et de la complexité de l'activité réelle en rapport avec la situation et la subjectivité des sujets impliqués (47).

De plus, 7,5 % des médecins du travail pensaient faire passer un questionnaire au collectif de travail (figure 5). L'utilisation de questionnaires dans l'appui aux démarches de prévention et de diagnostic des RPS est fréquente en pratique quotidienne. Elle permet une évaluation globale de la situation de travail pour un coût modéré et en un temps court. Elle donne l'opportunité aux salariés de s'exprimer sur ses conditions de travail et permet au médecin du travail la réalisation d'une enquête épidémiologique ultérieure. Cet outil d'évaluation est utilisé fréquemment en pratique professionnelle à visée de repérage collectif. Néanmoins, ce questionnaire devrait être choisi avec pertinence en prenant en compte la situation propre à l'entreprise concernée. Pour cela, l'INRS a procédé à un recensement et à une analyse des questionnaires et échelles de mesures utilisés dans les études sur le stress organisationnel au travail en 2011/2012 (48). Celui-ci permet d'orienter vers le choix d'un questionnaire adapté à la situation de travail étudiée.

Enfin, concernant les autres réactions obtenues, 15 % des médecins du travail choisissaient d'évoquer d'autres possibilités de réponses à la problématique soulevée par le cas (figure 5). Ainsi, les réactions choisies faisaient majoritairement intervenir une prise en charge individuelle pour 9 propositions, venaient ensuite l'analyse du collectif du travail pour 4 propositions et la réalisation d'une enquête épidémiologique à hauteur d'une proposition (figure 6).

1.3 Comparaison à la littérature de l'attitude adoptée par les médecins du travail face à la pérennisation de la situation de souffrance au travail décrite

Près de deux tiers des médecins du travail interrogés plébiscitaient la délivrance de conseils oraux et / ou écrits à l'employeur. 54,8 % des attitudes adoptées incluaient l'envoi d'un courrier de signalement à l'employeur. Une alerte à l'employeur assortie d'un rappel à ses responsabilités juridiques était envisagée dans 50,5 % des réponses obtenues. Enfin, 7,5 % des réponses incluaient de réaliser une autre action telle que la discussion en CHSCT de la situation ou la proposition d'un audit (voir figure 21).

Concernant le courrier ou l'alerte collective du médecin du travail à l'employeur, celui-ci peut faire partie des documents concernant l'entreprise remis en CRRMP en cas d'une éventuelle demande de reconnaissance en maladie professionnelle au titre de l'alinéa 4. Ainsi, une thèse d'exercice de 2018 portant sur l'analyse des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des psychopathologies soumises au CRRMP de la région Hauts-de-France (46) retrouvait dans 8,4 % des dossiers étudiés en commission la notion d'une alerte collective ou d'un courrier du médecin du travail à l'employeur. On constate donc que les écrits du médecin du travail revêtent une importance notable aussi bien dans la communication avec l'employeur lors d'une situation de souffrance au travail qu'ultérieurement lors d'une éventuelle reconnaissance en maladie professionnelle.

Concernant le choix d'une discussion en CHSCT de la situation ou de la proposition d'un audit, cette même thèse d'exercice concernant les reconnaissances des psychopathologies en CRRMP (46) notait dans les dossiers étudiés dans 2,4% des cas l'existence d'une étude des facteurs de RPS au sein de l'entreprise via le CHSCT ou via un cabinet extérieur dans 9% des cas.

2. Objectif principal : étudier les différentes pratiques des médecins du travail confrontés à un cas clinique individuel et collectif de souffrance au travail

Notre étude, constituée à la fois de questionnements fermés et ouverts, a permis de réaliser une photographie des pratiques des médecins répondants confrontés à un cas de souffrance au travail.

Malgré la limitation de notre étude au Nord-Pas-de-Calais, une extrapolation nationale, au moins partielle, des attitudes et réactions des médecins du travail serait envisageable au vu de la richesse des réponses obtenues.

On constate en effet une hétérogénéité des réponses en matière de prise en charge de la souffrance au travail. Ainsi, dans leur choix combiné d'actions à apporter face à la situation de souffrance au travail décrite, une majorité des médecins du travail privilégiaient l'action individuelle en première intention. On remarquait néanmoins que les médecins pensaient également à réaliser une action globale alliant l'intervention individuelle et collective afin de répondre à la problématique collective soulevée (figure 8).

De plus, malgré une identification d'actions à mener dans le cadre de la prise en charge de cette souffrance, les médecins du travail peuvent être confrontés à des difficultés de mise en œuvre effective. Ainsi, dans le cadre d'un travail de mémoire de 2018 portant sur les "actions entreprises et difficultés rencontrées en matière de prévention primaire des risques psychosociaux par les médecins du travail dans la région Hauts de France" (49), 74,8 % des médecins du travail interrogés rencontraient des difficultés attribuées aux entreprises à traiter la question des risques psycho-sociaux.

L'intérêt d'une meilleure compréhension entre le médecin du travail et l'employeur dans un but commun de favoriser une meilleure qualité de vie au travail apparaît donc comme primordiale.

3. Objectifs secondaires de l'étude

3.1 Préciser les actions prioritairement mises en œuvre

Comme évoqué précédemment dans la partie 1.2 concernant les réactions obtenues face au cas de souffrance au travail décrit, on constate que l'étude de poste, la prise de contact avec le médecin traitant et l'appel au psychologue du travail apparaissent comme des outils fréquemment utilisés en pratique courante.

3.2 Faire ressortir les difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne des médecins du travail

Une étude qualitative de 2017 portant sur les difficultés professionnelles ressenties par les médecins du travail (50) retrouvait que 17 % des verbatim utilisés par les médecins du travail se rapportaient à des difficultés à gérer et à être confrontés à la souffrance des salariés quant à leurs conditions de travail délétères et aux conséquences de celles-ci sur leur santé physique et psychique.

Concernant plus spécifiquement la formation, les pratiques et les attentes des médecins du travail confrontés aux risques psychosociaux, une enquête de pratiques portant sur 384 médecins (51) retrouvait que, malgré une formation initiale ou continue aux RPS pour 79 % d'entre eux, les médecins restaient demandeurs d'une formation à l'écoute et à la communication écrite ou verbale notamment afin de mieux appréhender les situations de souffrance au travail.

3.3 Evaluer la part de médecins du travail ne faisant pas le lien entre le cas individuel et la problématique collective

Dans notre étude, parmi les 17 combinaisons de réactions initialement obtenues face au cas de souffrance au travail décrit, 9 combinaisons d'actions étaient orientées uniquement sur l'individu, sans évoquer des actions susceptibles de faire le lien entre le cas individuel et la problématique collective sous-jacente (figure 8).

Dans une enquête de pratiques étudiant la formation, les pratiques et les attentes de 384 médecins du travail confrontés aux risques psychosociaux (51), ceux-ci évoquaient bien l'évolution de leurs pratiques depuis le début de leur exercice aussi bien en terme de prise en charge individuelle des salariés (91 %) que de prise en charge collective des RPS (86 %). De plus, 98 % des médecins abordaient le vécu au travail des salariés en visites médicales. Néanmoins, plus de deux tiers des médecins exprimaient des attentes en matière d'amélioration de leur pratique de prévention.

3.4 Identifier les acteurs et les moyens génériques (par la lettre d'alerte) et ciblés (via l'AMT) mis en œuvre

Dans notre étude, lors du signalement à l'employeur d'une situation de souffrance au travail, les médecins du travail identifiaient principalement l'équipe pluridisciplinaire comme acteur d'accompagnement dans leurs démarches (dans 24 des 26 réponses obtenues) (voir figure 20). Lors de la réalisation effective d'une alerte à l'employeur, deux tiers des médecins privilégiaient la délivrance de conseils écrits et / ou oraux à l'employeur. Concernant la réalisation d'une alerte écrite, 54,8 % des médecins du travail pensaient envoyer un courrier de signalement à l'employeur et 50,5 % songeaient alerter l'employeur en ajoutant un rappel à ses responsabilités juridiques (voir figure 21).

Dans une enquête de pratiques étudiant la formation, les pratiques et les attentes de 384 médecins du travail confrontés aux risques psychosociaux (51), 95 % des médecins rapportaient avoir alerté au moins une entreprise sur les RPS dans les deux années précédant l'étude.

On constate donc la nécessité de plus en plus accrue d'alerter l'employeur quant à ses responsabilités juridiques en matière de RPS et l'importance d'une délivrance adéquate de l'information à donner à l'employeur concernant ces risques.

Dans notre étude, concernant les moyens d'actions ciblés mis en œuvre lors du signalement à l'employeur d'une situation de souffrance au travail, des actions en milieu de travail étaient également évoquées telles que l'analyse de l'organisation par l'IPRP, la discussion en CHSCT de la situation ou encore la rencontre de la cadre du service de la salariée afin de discuter de sa méthode de management (voir figure 22).

4. Discussion de la méthode

4.1 Atouts de cette étude

4.1.1 Etude inédite

Il s'agissait d'une étude innovante dans la mesure où, à notre connaissance, aucune étude n'avait encore étudiée sous l'angle d'un cas clinique progressif les réactions des médecins du travail confrontés à une situation individuelle de souffrance au travail. Peu d'études, comme le souligne d'ailleurs le travail de mémoire de Grégory Defrance portant sur les actions entreprises et les difficultés rencontrées en matière de prévention primaire des risques psychosociaux par les médecins du travail dans la région Hauts de France (49), abordent en effet ce questionnement complexe manquant de retours d'expérience concrets des médecins de prévention, au premier plan confrontés à cette problématique pourtant.

Elle a permis de dresser un état des lieux des différentes attitudes et réactions adoptées par les médecins du travail face aux RPS et leurs éventuelles difficultés rencontrées quant à leur appréhension.

4.1.2 Taux de participation

Le taux de participation de 20 % est satisfaisant compte tenu du cas présenté pouvant paraître relativement long au premier abord. Ce taux de participation est similaire à celui habituellement observé pour ce type d'étude.

De plus, 47 % des médecins sondés ont initialement eu accès au questionnaire ce qui démontre un intérêt initial certain pour la thématique évoquée.

4.1.3 Conception du questionnaire

Concernant le questionnaire, dont le mode de réaction a été détaillé dans la partie matériel et méthodes, son écriture conjointe sous forme d'un groupe de travail a permis d'enrichir le questionnaire des expériences professionnelles de chaque médecin participant.

Concernant le format du questionnaire, son design a été simplifié au maximum. De plus, aux questions fermées ont été ajoutées des questions ouvertes afin d'enrichir l'interprétation ultérieure en ajoutant un apport qualitatif à l'interprétation statistique quantitative seule des données.

Concernant le support de diffusion du questionnaire, avons choisi un support informatique via la plateforme Lime Survey afin de pouvoir dérouler le cas de façon progressive afin de simplifier la réponse par les médecins du travail et afin d'optimiser également le temps dédié à la réalisation de celui-ci.

4.1.4 Validité des résultats

Ce questionnaire a été relu par des experts dans le domaine des RPS, de la recherche en santé travail et de l'analyse statistique afin de s'assurer de sa pertinence et de son interprétation statistique ultérieure.

Ils se sont alors assuré que les éléments indispensables à l'interprétation ultérieure y figuraient à savoir :

- l'adéquation des questions avec le sujet étudié,
- la parfaite compréhension des questions par la population cible,
- la non-induction des réponses,
- la pertinence des modalités de réponse,
- le choix des réponses possibles et leur nombre,
- la non-ambiguïté du vocabulaire utilisé,
- l'utilité de toutes les questions afin de réduire au maximum la longueur du questionnaire à son essentiel.

D'autre part, un pré-test du questionnaire a été réalisé de manière rigoureuse par le recrutement d'un échantillon de n=10 internes, afin d'identifier toutes les anomalies de la première ébauche. Le questionnaire a ensuite été converti en format numérique et a été de nouveau vérifié par le groupe expert et testé par un nouvel échantillon d'internes. Il a ensuite été validé par le MIRT avant son envoi final aux médecins du travail concernés par l'étude.

Le recueil des résultats a ensuite été réalisé par moi-même avec ré-interprétation séniorisée des résultats obtenus afin de s'assurer de la validité de la méthode de recueil, de l'analyse ultérieure et afin de détecter les éventuels biais de réponses et les expliquer. L'effet de halo a ainsi été évité en dévoilant le cas clinique de manière progressive afin de permettre une réponse indépendante aux différentes questions.

4.2 Limites de cette étude

4.2.1 Utilisation d'un questionnaire

Concernant le choix d'utiliser un questionnaire dans le cadre de notre étude, nous nous sommes donc basé sur du déclaratif, susceptible d'engendrer un certain biais d'information.

Concernant le mode de diffusion du questionnaire, nous nous sommes appuyés sur l'annuaire de l'inspection médicale du travail susceptible de ne pas contenir toutes les mises à jour. Nous nous sommes également appuyés sur un recensement des internes en médecine du travail actuellement en formation dont certaines adresses mail pouvaient également ne pas être à jour.

Concernant le support de diffusion du questionnaire, nous avons proposé un remplissage uniquement informatique du questionnaire. Ce choix a probablement réduit le taux de participation de certains médecins du travail plus enclins à répondre à un questionnaire sous format papier, format plus traditionnellement utilisé.

4.2.2 Biais de sélection

Nous avons choisi d'interroger uniquement des médecins du travail et internes en formation de l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais. Or, les médecins du travail étant libres de participer ou non à notre étude, un biais de sélection peut apparaître, dans la mesure où seuls les

médecins du travail sensibilisés à la problématique des RPS peuvent être susceptibles de répondre au questionnaire.

De plus, un second biais de sélection peut exister sur la localisation de notre étude, concernant uniquement le Nord-Pas-de-Calais, région pouvant comporter des spécificités régionales dans l'approche des RPS et la formation des médecins du travail sur cette thématique.

4.2.3 Spécificité du secteur médico-social

Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale est souvent décrit dans la littérature comme étant un secteur à risque psychosocial majeur (52, 53,54). Préoccupation croissante dans un contexte d'intensification du travail et de vieillissement des effectifs, la qualité de vie et la santé au travail des soignants en établissements de soin a été étudié dans l'enquête ORSOSA (ORganisation des SOins et SAnité des soignants) (53). Sur le plan régional, ce programme de santé publique pluridisciplinaire a été mis en place au CHRU de Lille et étudié dans une thèse de 2012 (54). Cette étude retrouvait ainsi comme facteur de contraintes psychosociales et organisationnelles élevé le manque de soutien de l'administration, les effectifs insuffisants et les interruptions dans le travail, comme évoqué également dans notre cas de souffrance au travail.

La prévention des contraintes psychosociales et organisationnelles apparaît donc comme une nécessité dans tous les secteurs d'activité et en particulier dans le secteur de soin où son impact sur la santé psychique et physique des soignants est constaté (54).

Néanmoins, notre étude ne pourra pas être généralisable à toute situation de souffrance au travail, les conditions de travail et la spécificité du secteur d'activité étant propres à chaque situation de travail rencontrée.

4.2.4 Spécificité de la situation de souffrance au travail vécue par la salariée

Notre étude ne se voulait pas représentative de toutes les situations à l'origine d'une souffrance au travail vécue en entreprise. Néanmoins, une thèse de 2019 portant sur l'étude des motifs de consultation de psychopathologie professionnelle en centres de consultation de pathologie professionnelle (55), retrouvait déjà une prédominance des troubles psychiques liés à l'organisation fonctionnelle de l'activité chez les salariés de grandes entreprises.

5. Perspectives

5.1 Amélioration de la formation initiale dispensée aux médecins du travail en matière de RPS

Les attentes des médecins du travail en matière de repérage, d'alerte et de conseil concernant les RPS sont grandes. Ils seraient ainsi demandeurs d'une formation à l'écoute et à la communication écrite ou verbale notamment (51).

Nous pourrions ainsi imaginer développer des formations continues aux médecins du travail en matière d'écoute et de communication afin de leur permettre d'appréhender au mieux les problématiques en terme de souffrance psychique au travail dans leurs consultations.

5.2 Amélioration de l'information dispensée en entreprise et en service de santé au travail

Plusieurs études ont montrées que de nombreux employeurs étaient peu sensibilisés à la problématique des RPS. En 2018, une étude a analysée "la perception par les employeurs des salariés en situation de souffrance au travail". Celle-ci retrouvait une méconnaissance globale de la problématique des RPS par les employeurs et une absence de compétence quant à la gestion des cas de souffrance psychologique au travail retrouvés dans leur entreprise (56).

On est ainsi en droit de penser qu'une sensibilisation aux RPS engendrées par une réorganisation fonctionnelle de l'activité devrait être envisagée en amont afin de procéder à une analyse de l'activité et de former au mieux les équipes encadrantes. Cela pourrait permettre une réduction des situations de souffrance au travail induites par une réorganisation brutale de l'activité. Cela permettrait également une réduction pour l'entreprise de l'accidentologie inhérente aux RPS, représentant 20 % des accidents du travail dans le secteur médico-social reconnu en 2016 par l'Assurance Maladie (57).

De plus, la multiplicité des acteurs en service de santé au travail peut également engendrer une méconnaissance des médecins du travail des moyens disponibles en matière de prévention primaire des RPS. On pourrait ainsi également envisager de développer en service de santé au travail des formations au repérage précoce des situations à risque de souffrance psychologique au travail.

CONCLUSION

L'activité du médecin du travail au cœur de l'entreprise se trouve de plus en plus souvent confrontée à des problématiques de souffrance au travail à l'origine plurifactorielle. Dans le cas clinique fictif de souffrance au travail développé dans notre étude, une réorganisation du service non anticipée en amont avec le médecin du travail était à l'origine des RPS rencontrés. Pourtant, le médecin du travail est un acteur clé faisant le lien entre la santé et le travail car détenteur de la connaissance de l'entreprise et de certaines de ses caractéristiques propres pouvant influencer sur l'état santé des salariés, comme une réorganisation de service non anticipée dans le cas de souffrance au travail décrit par exemple.

L'objectif de cette thèse était de réaliser un état des lieux des réactions adoptées par les médecins du travail face à un cas clinique de souffrance en travail. Nous avons ainsi étudié la mise en œuvre des actions prioritairement entreprises. Nous retrouvons ainsi des actions plutôt individuelles mises en place en première intention bien que de nombreux médecins du travail songent souvent à coupler des actions individuelles et collectives en matière de prise en charge de la souffrance au travail. Nous retrouvons également que l'analyse de l'activité, agissant directement sur les facteurs de risques, apparaît comme une action à mettre en place en priorité par les médecins du travail. Néanmoins, cette démarche d'analyse de l'activité semble encore trop peu enseignée en formation initiale ou continue des médecins du travail. Développer des actions de formation en ce sens pourrait permettre aux médecins du travail de mieux appréhender certaines situations de travail dégradées comme une réorganisation de service non réfléchi en amont par exemple.

De même, nous constatons que certains médecins du travail ne pensent pas encore systématiquement et initialement au lien potentiel entre le cas individuel et la situation collective de souffrance au travail et/ou à l'organisation du travail. . Des actions de sensibilisation et d'information des médecins du travail sur cette thématique essentielle sont à envisager afin qu'ils puissent mener à bien leur rôle de conseil et de sensibilisation de l'employeur et également de prévention de toute altération de la santé physique et psychique du collectif de travail.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LEGERON.P, GAILLARD.R, BROSSET.N et autres - étude de la Fondation Pierre Deniker, Santé mentale des actifs en France : un enjeu majeur de santé publique, présentée le 26 novembre 2018 au Conseil économique, social et environnemental
2. Cohidon C., Rabet G., Murcia M., Khireddine-Medouni I., Imbernon E. Surveillance de la santé mentale au travail – Le programme Samotrace. Volet en entreprises. Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, 2006-2008. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. 134 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>
3. Plan régional de la santé au travail (PRST 3) 2016-2020 de la région Hauts-de-France, page 15-17. Disponible à partir de l'URL : http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/sites/hauts-de-france.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/prst_3_reduit.pdf
4. Marc Loriol. Agir contre le stress et les risques psychosociaux au travail. Regards sur l'actualité : mensuel de la vie publique en France, La Documentation Française, 2010, pp.52-63
5. Rapport de l'enquête EUROGIP : « Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ? », publié en février 2013, Réf. Eurogip-81/F. Disponible à partir de l'URL : https://www.eurogip.fr/images/documents/3473/Eurogip_81FR_Reco_patho_psy_travail_Europe.pdf
6. GOLLAC M, BODIER M – Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales, Paris, 2011. Disponible en ligne sur : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
7. COOPER, CL., MARSHALL, J., 1980, White collar and professional stress, University of Manchester Institute of Science and Technology and University of Bath, John Wiley and Sons, New York, 257 p.
8. Rapport d'information de M. Gérard DÉRIOT, fait au nom de la Mission d'information sur le mal-être au travail et de la commission des affaires sociales, paru le 7 juillet 2010, n° 642 tome I (2009-2010)
9. DARES, Analyses, enquête SUMER 2010, publication de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, juin 2014, n° 044

10. DARES, Analyses, Dec.2017, n°082, Disponible en ligne : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2017-082v3.pdf>
11. RIVIÈRE, M., LEROYER, A., CARREIRA, L. Ferreira, et al., Caractéristiques professionnelles associées aux troubles mentaux fréquents: étude en médecine générale. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2018, vol. 79, no 4, p. 57
12. Kivimäki.M, Nyberg.S,Batty.D, et al., Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data, The Lancet, published on September 2012, Disponible à l'URL : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60994-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60994-5)
13. Devereux J, Rydstedt L, Kelly V, Weston P, Buckle P. The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders. Research report 273 (ISBN 0 7176 2903 1), 2004
14. ANACT, 3e congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques. Échanges et pratiques sur la prévention, 26 - 27 mai 2011, ISBN : 978-2-913488-68-4
15. Eloïse COMBA-ZAÏRI, « Analyse descriptive des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des psychopathologies soumises au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) de la région Hauts-de-France entre 2011 et 2015 », Thèse de doctorat en médecine, 2018, p.60
16. Sérazin C, Tassy V, Dourlat T, Garras L, Valenty M. Les maladies à caractère professionnel (MCP) dans les Pays de la Loire – Résultats 2008 et 2009. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 6 p.
17. Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail. RNV3P : le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles [En ligne]. Disponible sur l'URL : <https://www.anses.fr/fr/content/réseau-national-de-vigilance-et-de-prévention-des-pathologies-professionnelles-rnv3p>
18. Bossard C, Cohidon C, Santin G. Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. Étude exploratoire. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 90 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
19. Godin I, Kittel F, Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism, Soc Sci Med. 2004 Apr; 58:1543-53
20. Accord national interprofessionnel relatif au stress au travail ; ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ; conventions collectives, accord du 2 juillet 2008, NOR : ASET0950010M

21. Guide dépister les RPS, des indicateurs pour vous guider, ED 6012, 2010, INRS
22. ANACT, Disponible à partir de l'URL : <https://www.anact.fr/indicateurs-de-sante-et-qualite-de-vie-au-travail-la-methode-anact>
23. Suivi d'indicateurs sur les inaptitudes en région hauts-de-France : résultats de l'année 2017, paru en juillet 2018, ISTNF
24. Article L 4121-1. du Code du Travail, modifié par l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017 - art. 2. Disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006903147&cidTexte=LEGITEXT000006072050>
25. Article L4121-2. du Code du travail portant sur les 9 principes généraux de prévention, modifié par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 5. Disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006903148&cidTexte=LEGITEXT000006072050>
26. Cour de cassation chambre sociale, Audience publique du mercredi 5 mars 2008, n° de pourvoi: 06-45888. Disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000018234005>
27. Décision du TGI de Lyon, première chambre, 4 septembre 2012, n°11/05300. Disponible à partir de l'URL : http://www.apsst.fr/Direccte_Jurisprudence%20RPS.pdf
28. Cass. soc., 24 juin 2002, no 00-14.379 Disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007438602>
29. Cour de cassation. chambre sociale. 26 septembre 2012, n°: 11-14742. Disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000026433260>
30. Cour de cassation. chambre sociale. 17 octobre 2012, n°: 11-18648. Disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000026519580>
31. Trontin, C., Lassagne, M., Boini, S. et Rinal, S., Le coût du stress professionnel en France en 2007, Institut National de Recherche et de Sécurité, Paris, 2010. Consultable sur http://amsndev.circum.net/iso_album/coutstressprofessionnel2007.pdf
32. Bejean, S. et Sultan-Taieb, H., «Modelling the economic burden of diseases imputable to stress at work», European Journal of Health Economics, vol. 50, 2005, p. 16-23

33. Observatoire européen des risques, Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail, 2014, ISSN: 1831-9351. Disponible à partir de l'URL : https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks
34. HSE — Health and Safety Executive, Costs to Britain of workplace fatalities and self-reported injuries and ill health, 2010/11. Disponible à partir de l'URL : www.hse.gov.uk/statistics/index.htm
35. Christophe Dejours, Situations du travail, Paris, PUF, 2016, 301 p., ISBN : 978-2-13-073538-0
36. Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle. Partie 1: pathologies psychiques. Pratiques et métiers. TM 26. Réf Sant Trav 2013 ; 133: 75-86
37. Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (version consolidée en 2013), publié en Mars 2014 dans le n°137 de Références en santé au travail
38. Clot Yves, « Clinique du travail et clinique de l'activité », Nouvelle revue de psychosociologie, 2006/1 (n° 1), p. 165-177. DOI : 10.3917/nrp.001.0165. Disponible à partir de l'URL : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2006-1-page-165.htm>
39. « La clinique médicale du travail », Contribution de la médecine du travail, Colloque E-Pairs- Association SMT du vendredi 14/06/2013. Disponible à partir de l'URL : <http://www.e-pairs.org/colloque2013/2013-06-14/CAHIER-Clinique.Medicale.du.travail-v6.pdf>
40. ALARCON G, ESCHLEMAN KJ, BOWLING NA. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. Work & stress 2009
41. LANGEVIN V, BOINI S, FRANCOIS M, RIOU A – Maslach Burnout Inventory (MBI). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 26. Réf Santé Trav. 2012
42. Lim N, Kim EK, Kim H, Yang E, Lee SM. Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: A meta-analysis. Journal of Employment Counseling 2010
43. Sabrina Rouat, Victor Troyano, Bruno Cuvillier, Marc-Eric Bobillier-Chaumon and Philippe Sarnin, « Comprendre les ressorts des pratiques organisationnelles en matière de prévention des risques psychosociaux par les acteurs de l'entreprise », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [Online], 19-2 | 2017, Online since 01 May 2017, connection on 13 May 2019. Disponible à partir de l'URL : <http://journals.openedition.org/pistes/5157> ; DOI : 10.4000/pistes.5157

44. Verger P., Ménard C. Médecins généralistes et santé au travail. Disponible à partir de l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/pdf/enquete-mg.pdf>
45. Caroline LANDES-FIGAROL, « La visite de pré-reprise : Etude qualitative des représentations et des attentes des médecins généralistes », Thèse de doctorat en médecine, 2017
46. Eloïse COMBA-ZAÏRI, « Analyse descriptive des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des psychopathologies soumises au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) de la région Hauts-de-France entre 2011 et 2015 », Thèse de doctorat en médecine, 2018
47. Gaillard, I. (2014) Analyse de l'activité. In P. Zawieja et F. Guarnieri (s/d) Dictionnaire des risques psychosociaux. P 43-45. Le Seuil.Paris.
48. dossier médico-technique TC 134 : les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail, documents pour le médecin du travail, n°125, 1er trimestre 2011, INRS
49. Grégory DEFRANCE, « Actions entreprises et difficultés rencontrées en matière de prévention primaire des risques psychosociaux par les médecins du travail dans la région Hauts de France », mémoire d'exercice, 2018
50. Ce qui touche les médecins du travail dans leur pratique du métier : exploration qualitative des situations professionnelles difficiles, S. Berjot, F.-X. Lesage, publiée le 9 août 2017 au sein d'Elsevier Masson
51. Formation, pratiques et attentes des médecins du travail vis-à-vis des risques psychosociaux, M. Niezborala, D. Chouanière, C. De Clavière, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2010;71:280-282
52. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. J Psychosom Res. , Nov 2001 ; 51(5) : 697-704
53. Lamy, Sébastien, et al. « Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention », Santé Publique, vol. 25, no. 4, 2013, pp. 389-397
54. Claire Meurillon, « Santé mentale et contraintes psychosociales et organisationnelles des infirmières et des aides-soignantes du CHRU de Lille d'après l'enquête ORSOSA », Thèse de doctorat en médecine, 2012
55. Gautier HERBET, « Etude des motifs de consultation de psychopathologie professionnelle exprimés par les salariés reçus dans les centres de consultations de pathologie professionnelle des Hauts de France entre Janvier 2017 et Mai 2018 », Thèse de doctorat en médecine, Lille, 2019

56. FOURE, Julien, VINCENT, Fabien, CADE, C., et al. Perceptions par leurs employeurs des salariés en situation de souffrance psychique liée au travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2018. Disponible en ligne : <http://dune.univangers.fr/fichiers/14007122/2018MCEM8551/fichier/8551F.pdf>
57. Santé travail : enjeux & actions, les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels, paru en Janvier 2018. Disponible en ligne : http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Enjeux%20et%20actions%202018_affections%20psychiques%20travail.pdf

ANNEXES

I. Annexe 1 : questionnaire informatisé via la plateforme LIMESURVEY :

Partie A: Pour mieux vous connaître	
A1. Sexe :	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
A2. Ancienneté en médecine du travail :	<input type="text"/>
A3. Secteur d'activité :	Service autonome <input type="checkbox"/> Service inter-entreprises <input type="checkbox"/>
Partie B: Cas clinique progressif (première partie)	
<p>Madame X., brancardière au sein d'une clinique, 40 ans, se présente en visite périodique.</p> <p>Lors de l'interrogatoire, elle ne vous décrit pas d'antécédents notables. Elle vous signale en revanche des troubles du sommeil et, rapidement, fond en larmes.</p> <p>Après l'avoir laissé se calmer, vous la questionnez sur ses conditions de travail. Elle vous évoque alors des difficultés avec sa cadre : « elle me reproche sans arrêt d'être trop lente, pourtant je fais tout ce que je peux pour bien faire mon travail. Je n'ai jamais eu de reproches avant ! ».</p> <p>Elle vous relate également des altercations violentes avec un chirurgien qui lui reproche régulièrement de le mettre en retard : « on ne reproche jamais rien à ma collègue, j'ai l'impression qu'on veut se débarrasser de moi ».</p> <p>Quand vous l'interrogez sur des changements récents au travail, elle vous signale l'arrivée d'une nouvelle cadre particulièrement pointilleuse quant au respect des consignes, en particulier celle consistant à amener chaque patient au bloc dans les 10 minutes qui suivent l'appel de l'IBODE. Elle vous explique que ce délai est intenable parce que, souvent, l'aide-soignante n'a pas fini son travail. « L'aide-soignante passe son temps à me retarder. Les chambres ne sont jamais débarrassées » vous dit-elle enfin.</p> <p>L'interrogatoire vous précise que les tâches prescrites à la salariée sont les suivantes lorsque l'infirmière du bloc appelle pour un patient :</p> <p>Se laver les mains avant d'entrer dans la chambre S'assurer de l'identité (document à l'appui), se présenter et expliquer ses actions au patient Couvrir le patient avant de sortir le lit, patient face à elle, afin de toujours l'avoir en vis-à-vis Effectuer le transport au bloc opératoire via le lit médicalisé Entretien d'une relation empathique avec le patient durant tout le trajet Effectuer l'ensemble de ces tâches en 10 minutes maximum</p>	
B1. A titre informatif, dans votre pratique quotidienne, interrogez-vous systématiquement les salariés sur les thématiques évoquées ci-dessous ?	
Exigences du travail (intensité et complexité du travail, horaires de travail)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Insécurité de l'emploi et du travail	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Exigences émotionnelles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Existence de conflits de valeurs ou de logique de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des relations au travail, du soutien social de la hiérarchie / des collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonomie en terme de moyens / marges de manœuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2. Quelles sont vos réactions prioritaires face à la situation décrite par Madame ?

	Oui	Non
Se rapprocher du médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire appel à un psychologue clinicien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire appel à un psychologue du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire appel à un ergonomiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signaler la situation à l'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convoquer certains collègues de Madame X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmer une étude de poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre en œuvre une action collective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire passer un questionnaire au collectif de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3. Si « Autre » précisez :

Partie C: Cas clinique progressif (deuxième partie)

C1. Vous vous êtes rapproché(e) de son médecin traitant, pourquoi ?

	Oui	Non
Pour la prescription d'un arrêt de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour vous aider à faire la part des choses entre les facteurs extraprofessionnels et les facteurs professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour entamer un dialogue avec son médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Oui	Non
		Autre	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
C2.	Si « Autre » précisez :	<input type="text"/>	
C3.	Vous avez fait appel à un psychologue clinicien, pour quel motif d'intervention ?	Oui	Non
	Prise en charge brève / soutien psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Identifier ou exclure le travail comme étant à l'origine de la souffrance ressentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réaliser une action en milieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réaliser une médiation en milieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4.	Si « Autre » précisez :	<input type="text"/>	
C5.	Vous avez fait appel à un psychologue du travail, pour quel motif d'intervention ?	Oui	Non
	Prise en charge brève / soutien psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Identifier ou exclure le travail comme étant à l'origine de la souffrance ressentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réaliser une action en milieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réaliser une médiation en milieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6.	Si « Autre » précisez :	<input type="text"/>	

C7. Vous avez fait appel à un ergonomiste, pour quel motif d'intervention ?

	Oui	Non
Effectuer un soutien organisationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifier ou exclure le travail comme étant à l'origine de la souffrance ressentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser une action en milieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser une médiation en milieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C8. Si « Autre » précisez :

C9. Vous décidez de signaler la situation à l'employeur, quels conseils donneriez-vous quant à la prévention des risques ?

	Oui	Non
Conseiller les mesures préventives adaptées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delivrance d'éléments méthodologiques à l'employeur pour qu'il progresse seul dans son évaluation des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement par l'équipe pluridisciplinaire de la démarche d'évaluation des risques mise en place par l'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement dans la démarche de mise en œuvre des mesures correctives aux risques repérés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C10. Si « Autre » précisez :

C11. Vous décidez de convoquer certains collègues de travail de Madame X., pourquoi ?

	Oui	Non
Médiation sociale entre les agents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de la perception par les autres collègues des risques repérés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de la nécessité d'une action collective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation du retentissement potentiel des risques sur la santé des collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Passation d'un questionnaire sur la problématique du risque psycho-social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C12. Si « Autre » précisez :

C13. Vous programmez une étude de poste, pourquoi ?

	Oui	Non
Uniquement en cas d'inaptitude prévisible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaque fois, pour vous rendre compte par vous-même ou votre équipe pluridisciplinaire du travail réel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponctuellement, seulement si la salariée le demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponctuellement, seulement si vous jugez cela nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C14. Si « Autre » précisez :

C15. Quelle(s) action(s) collective(s) envisagez-vous ?

	Oui	Non
1) Mise en place d'un groupe de parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Mise en place d'une cellule d'écoute / numéro vert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Coaching individuel à destination des salariés en difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Analyse de l'activité / action sur facteurs de risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Mise à jour du DUERP par l'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Appel à un cabinet d'audit extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C16. Parmi les actions collectives sélectionnées à la question précédente, dites-nous l'action la plus importante et celle la moins importante selon vous :

Action la plus importante :

Action la moins importante :

C17. Si vous avez choisi la proposition n°4 (à la question 23), à savoir d'intervenir sur les facteurs de risque par l'analyse de l'activité, pensez-vous qu'il soit dans vos missions :

	Oui	Non
De conseiller l'employeur sur les mesures préventives à prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'accompagner directement l'employeur dans l'action sur les causes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De déléguer cet accompagnement à un autre intervenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C18. Si vous déléguez cet accompagnement à un autre intervenant, choisissez lequel ou lesquels :

	Oui	Non
Ergonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue clinicienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre du service de Mme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission sociale et économique (CHSCT) ou DP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre préventeur de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C19. Si « Autre » précisez :

C20. Si vous décidez de faire passer un questionnaire au collectif de travail, pourquoi ?

	Oui	Non
Médiation sociale entre les agents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de la perception par les autres collègues des risques repérés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de la nécessité d'une action collective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Evaluation du retentissement potentiel des risques sur la santé des collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C21. Si « Autre » précisez :

C22. A qui destinez-vous les résultats ?

Au salarié	<input type="checkbox"/>
Au collectif de travail	<input type="checkbox"/>
Les deux	<input type="checkbox"/>
Vous n'envisagez pas de communiquer les données issues de ce questionnaire	<input type="checkbox"/>

C23. Quel type de questionnaire choisissez-vous ?

	Oui	Non
Echelle H.A.D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test d'inventaire de Burn Out de Maslach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questionnaire de Leymann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C24. Si « Autre » précisez :

Partie D: Attitude

A l'occasion d'une VPR à la demande de cette salariée suite à un arrêt de travail de 8 semaines, vous constatez que l'employeur n'ayant pas tenu compte de vos recommandations antérieures, la situation continue de se dégrader. D'autres agents du service de Madame X. vous font part de leur souffrance au travail à l'occasion de visites périodiques. Ainsi, l'aide-soignante travaillant dans le même service que Madame X. vous décrit une impossibilité d'effectuer humainement son travail lui occasionnant une intense souffrance au travail également. Vous décidez donc de réaliser votre devoir de signalement auprès de l'employeur.

D1. Quelle attitude adoptez-vous ?

	Oui	Non
Délivrance de conseils oraux à l'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délivrance de conseils écrits à l'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Envoi d'un courrier motivé et circonstancié (dans le cadre de l'article L.4624-9) en indiquant les mesures préventives à prendre par l'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alerte à l'employeur assortie de rappels sur ses responsabilités juridiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2. Si « Autre » précisez :

Partie E: Remerciements

E1. Si vous souhaitez obtenir les résultats de cette enquête, veuillez nous indiquer votre adresse mail ci-dessous :

II. Annexe 2 : courrier d'accompagnement au questionnaire informatisé

Souffrance au travail : quelles sont vos pratiques ?

Chère Consœur, Cher Confrère,

Confrontés quotidiennement aux problématiques de risques psycho-sociaux, le but de notre enquête est d'étudier les pratiques des médecins du travail face à un cas individuel de souffrance au travail.

Il s'agira d'un travail de thèse.

Un des objectifs principaux est ainsi de faire ressortir les **difficultés rencontrées dans votre pratique quotidienne** afin de réaliser secondairement **un référentiel de bonnes pratiques** en matière de prise en charge des RPS en entreprise.

Pour mener à bien cette enquête, nous avons élaboré un **questionnaire informatisé**. Son **remplissage ne vous prendra que de 5 à 15 minutes**. Merci de bien vouloir y répondre en cliquant sur le lien suivant : https://neodd.com/souffrance_au_travail

Une fois rempli, ce questionnaire anonyme et ses données confidentielles seront ensuite analysées.

Nous ne manquerons pas de vous communiquer les résultats de cette enquête.

Je vous remercie très sincèrement de votre aide et dans l'attente de votre retour, veuillez agréer, Chère Consœur, Cher Confrère, l'expression de nos sincères salutations.

Pr Sophie FANTONI-QUINTON

PU-PH en Médecine du Travail

Claire TABAKA

Interne en Médecine du Travail

claire.tabaka@hotmail.fr

AUTEUR : TABAKA Claire

Date de Soutenance : 11 juillet 2019

Titre de la Thèse : Les pratiques des médecins du travail du Nord-Pas-de-Calais face à une situation individuelle de souffrance au travail.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine du travail

DES + spécialité : Médecine du travail

Mots-clés : souffrance au travail, risques psychosociaux, médecins du travail

Résumé :

Contexte : Enjeu majeur de société et de qualité de vie au travail, les Risques Psychosociaux représentent un motif fréquent de consultation en médecine du travail. Nous avons souhaité connaître les réactions adoptées par les médecins du travail face à une situation individuelle de souffrance au travail.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive qui questionne les pratiques, réalisée entre juin 2018 et octobre 2018, interrogeant les médecins du travail du Nord-Pas-de Calais sur un cas clinique progressif de souffrance au travail déroulé via un questionnaire informatisé.

Résultats : Parmi les 455 médecins du travail contactés entre juin 2018 et octobre 2018, 93 ont répondu à l'intégralité du cas clinique. Les répondeurs étaient pour 67 % des femmes, exerçaient à 71 % en service inter-entreprises et déclaraient une ancienneté moyenne de 13,6 années. L'analyse retrouve que 96,4 % des médecins interrogent les salariés sur les exigences du travail en consultation. Face à une situation individuelle de souffrance au travail, 87,1 % des médecins du travail choisissent en priorité de réaliser une étude de poste, 64,5 % se rapprochent du médecin traitant et 54,8 % font appel au psychologue du travail. Concernant l'attitude adoptée face à une situation de souffrance au travail collective, les deux tiers des médecins du travail choisissent la délivrance de conseils écrits et/ ou oraux à l'employeur.

Conclusion : Le développement de formations des médecins du travail sur des actions de prévention primaire des RPS à mettre en place en entreprise est à envisager afin de permettre une meilleure appréhension de cette problématique.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Annie SOBASZEK

Assesseurs :

Madame le Docteur Ariane LEROYER

Madame le Docteur Brigitte SOBCZAK

Monsieur le Docteur Jean-Pierre BOUCHEZ

Madame le Professeur Sophie FANTONI QUINTON