

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La prise en charge de patients en souffrance au travail : enquête auprès
des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais et élaboration d'un
guide pratique.**

Présentée et soutenue publiquement le 21 avril 2021 à 16h

au Pôle Formation

par Marion SAUNIER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur *Guillaume VAIVA*

Assesseurs :

Monsieur le Docteur *Benjamin ALEXANDRE*

Madame le Docteur *Alexandra SALEMBIER-TRICHARD*

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur *Dominique SERVANT*

AVERTISSEMENT :

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

Liste des abréviations et sigles

AFTCC	Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive
AS	Assistante Sociale
AT	Arrêt de Travail
AUEC	Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire
BAPU	Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CMP	Centre Médico-Psychologique
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C2RMP	Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles.
DADSMOP	Dossier d'Aide à la Décision face aux Souffrances Morales alléguées d'Origine Professionnelle
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
DU	Diplôme Universitaire
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FMC	Formation Médicale Continue
FMM	Faculté de Médecine et Maïeutique
FONGECIF	Fonds de Gestion des Congés Individuels de Formation
IJ	Indemnité Journalière
INMA	Institut national de Médecine agricole
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPP	Incapacité Permanente Prévisible
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MCV	Maladie Cardio-Vasculaire
MDPH	Maison Départementale du Handicap
MSA	Mutuelle Santé Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maître de stage universitaire
NFS	Numération Formule Sanguine
RDV	Rendez-vous
RGO	Reflux Gastro-Œsophagien
RH	Ressources Humaines
RMP	Reconnaissance en maladie professionnelle
RQTH	Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé
RNV3P	Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SUMER	Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels
SIP	Santé et Itinéraire Professionnel
SMR	Surveillance Médicale Renforcée
SNC	Système Nerveux Central
TA	Trouble de l'Adaptation
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
TSH	Thyroid Stimulating Hormone

Table des matières

RESUME	13
INTRODUCTION	14
I. La notion de stress.....	16
1. Rappels de physiopathologie	16
2. Qu'est-ce que le stress ?.....	18
3. Le contexte et les sources.....	22
II. Les particularités du stress lié au travail	22
1. Définition.....	22
2. Manifestations cliniques.....	23
3. Les risques psychosociaux.....	26
4. Quelques chiffres.....	27
III. Prise en charge par le Médecin Généraliste	30
1. Dépistage	30
2. Psychologique	30
3. Somatique et médicamenteuse	31
4. Formalités administratives	31
5. Coordinations des soins	32
MATERIEL ET METHODE	36
I. Type d'étude	36
II. Guide d'entretien.....	36
III. A propos de l'échantillon	37
1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	37
2. Recrutement et prise de rendez-vous.....	38
IV. Déroulement des entretiens	39
V. Analyse des entretiens.....	39
VI. Aspect éthique	40
RESULTATS	41
I. Caractéristiques de l'étude.....	41
1. Caractéristiques des entretiens	41
2. Caractéristiques des médecins.....	41
3. Données générales de l'analyse.....	43
II. Représentations du stress professionnel par les médecins généralistes	44
1. Définition.....	44

A.	Généralités	44
B.	Croyances répandues	45
2.	Conséquences du stress	46
A.	Manifestations cliniques	46
B.	Pathologies associées.....	47
C.	Altération de la qualité de vie	47
D.	Baisse de performance professionnelle	48
III.	Dépistage et prise en charge initiale par le médecin généraliste.....	49
1.	Prévention	49
2.	Première consultation au cabinet	49
A.	Généralités.....	49
B.	Motif de consultation	50
3.	Diagnostic différentiel	51
4.	Importance de l'anamnèse	51
5.	Critères d'évaluation	52
A.	Echelles.....	52
B.	Ecoute du patient	52
C.	Eliminer l'urgence.....	53
D.	Les ressources du patient	53
6.	Attentes et vécu du patient	54
A.	Attentes du patient	54
B.	Vécu du patient	55
IV	Facteurs de risques	56
1.	Liés au travail	56
A.	Sur le plan relationnel.....	56
B.	Conditions de travail.....	56
C.	Employeur dépendant	57
D.	Evolution du monde de l'entreprise	58
E.	Contexte économique	58
2.	Liés au patient	59
V.	Suivi par le médecin généraliste	60
1.	Relation médecin-malade	60
2.	Prise en charge thérapeutique.....	61
A.	Psychologique	61
B.	Médicamenteuse	63
3.	Formalités administratives	65

A. L'arrêt de travail.....	65
B. Dossier MDPH.....	66
4. Caractéristiques du suivi.....	67
A. Généralités	67
B. Actions.....	67
C. Limites	68
5. Finalité de prise en charge	68
6. Points de vigilance.....	69
7. Orientation professionnelle	70
VI. Coordination des soins, interlocuteurs.....	70
1. Interlocuteurs.....	70
A. Généralités	70
B. Médecin du travail	71
C. Psychologue.....	74
D. Psychiatre.....	75
E. Paramédicaux et autres intervenants	75
F. Médecin conseil.....	75
G. Inspection du travail	76
2. Structures spécialisées.....	76
3. Communication.....	77
A. Avec le médecin du travail.....	77
B. Avec le psychologue	78
VII. Connaissances et formation des médecins généralistes	79
1. Formation	79
A. Facultaire.....	79
B. Formation continue.....	79
C. Expérience	80
2. Aspect social	81
DISCUSSION	83
I. Forces et faiblesses de l'étude.....	83
1. Forces de l'étude	83
2. Faiblesses	84
II. Les atouts des médecins généralistes	86
1. Relation privilégiée avec le patient	86
2. Situation fréquemment rencontrée.....	87
III. Connaissances	88

A. Formation	88
B. Caractéristiques des patients touchés par le stress	88
C. En terme de coordination des soins	89
IV. Difficultés concrètes rencontrées.....	90
1. En terme de coordination des soins.....	90
A. Délai de consultation	90
B. Coût.....	90
C. Difficultés de communication.....	91
2. Le manque de valorisation financière	93
3. Instances administratives	94
V. Le monde du travail	96
1. L'impact des conditions de travail.....	96
2. Focus covid	98
VI. Modification pour la pratique courante.....	98
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	102
ANNEXES	107

RESUME

Contexte : Depuis plusieurs années, les conditions de travail évoluent, générant une majoration des facteurs de risque psychosociaux, eux-mêmes susceptibles d'affecter la santé physique et mentale des travailleurs. Les médecins généralistes sont souvent les soignants de premier recours pour ces patients en souffrance, dont la prévalence augmente. L'objectif de ce travail est d'analyser le vécu des médecins face à ces patients afin d'optimiser leur prise en charge en soin primaire.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée au moyen d'entretiens individuels et semi-directifs, de docteurs en médecine générale installés en cabinet libéral. Ils ont été recrutés dans le Nord-Pas de Calais par l'intermédiaire de courriels relayés par la faculté, ou en personne. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot. Une analyse thématique a été réalisée par théorisation ancrée, ainsi qu'une triangulation des données.

Résultats : Quinze médecins ont participé à l'étude. Trois interlocuteurs sont principalement cités : le médecin du travail, le psychologue, et le psychiatre. Toutefois, ils n'adressent pas systématiquement leurs patients à ces interlocuteurs. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer, telles que le manque de formation des médecins, la persistance de préjugés vis-à-vis du médecin du travail, les délais de consultations de spécialistes, les enjeux financiers pour les patients, la complexité des démarches judiciaires et surtout les difficultés pour communiquer avec ces intervenants.

Conclusion : Les médecins connaissent bien le problème de la souffrance au travail, mais la coordination des soins demeure insuffisante. Dans l'optique d'améliorer leurs prises en charge, une meilleure formation des médecins généralistes dans ce domaine pourrait apporter une partie de la réponse.

A cet effet, un guide de prise en charge a été réalisé, regroupant les différents intervenants, et des conseils pratiques.

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

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les conditions de travail évoluent (passage au numérique, nouveaux modes de communication, nouvelles méthodes de management) générant une augmentation des facteurs de risques psychosociaux, eux-mêmes susceptibles d'affecter la santé physique et mentale.

Après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le deuxième groupe d'affections d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active française. Par ailleurs, 36 % des Français signalent avoir subi au moins un comportement hostile dans le cadre de leur travail au cours des 12 derniers mois (1).

Ces pathologies en lien avec le travail sont non seulement en nette augmentation, mais génèrent également des coûts importants qui en font un enjeu majeur de santé publique : outre les soins qui en découlent, ils sont également à l'origine de nombreux arrêts de travail, souvent prolongés.

Le rapport européen de 2014 (2) sur les conditions de travail souligne que les risques psychosociaux et la charge émotionnelle sont en augmentation. Or celle-ci est étroitement corrélée avec l'épuisement et, dès lors, avec la détérioration de la santé et du bien-être.

Les médecins généralistes sont souvent les soignants de premier recours pour ces patients en souffrance, dont la prévalence augmente. Ils sont souvent mis en difficulté par ce motif de consultation, qui ne concerne pas seulement l'état de santé du patient.

C'est lors de mon premier stage d'interne chez le praticien que j'ai pu remarquer le grand nombre de patients impactés par le stress au travail, qui était à l'origine d'une véritable souffrance. De plus, j'ai constaté une grande disparité de prise en charge de ces pathologies, que ce soit en termes de prescriptions médicamenteuses ou d'interlocuteurs des médecins.

Il m'a donc paru pertinent de me pencher sur la prise en charge de ces patients en situation de souffrance au travail. Je me suis intéressée uniquement aux prises en charge en cabinet de médecine générale puisque je me destine à un exercice libéral. Dans ces conditions, je me suis posé la question :

Peut-on améliorer la prise en charge de ces patients ? J'ai donc souhaité dans ce travail tenter d'y répondre.

L'objectif principal de notre étude est d'établir un état des lieux des prises en charge par les médecins généralistes de patients en situation de souffrance professionnelle.

Un **objectif secondaire** de cette étude vise à proposer une recommandation pratique à l'usage des médecins généralistes.

J'ai donc réalisé une étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes du Nord-Pas de Calais.

I. La notion de stress

1. Rappels de physiopathologie

Schématiquement, dans la réaction au stress deux systèmes entrent en jeu : l'axe hypothalamo-cortico-surrénalien et le système nerveux autonome incluant les branches sympathique et parasympathique.

Un événement extérieur ou « stresseur » est perçu par le cortex, qui transmet l'information à l'hypothalamus. Ce dernier, par le biais d'une hormone, le Corticotropin Releasing Factor (CRF) ou Corticotropin releasing Hormone (CRH) va stimuler le lobe antérieur de l'hypophyse qui va à son tour sécréter l'ACTH ou hormone corticotrope. L'ACTH a ensuite une action sur les glandes cortico-surrénales, elles-mêmes à l'origine de la production de cortisol (Figure 1). C'est le système hormonal qui va intervenir à différents niveaux sur l'inflammation, l'immunité mais aussi au niveau du SNC par rétroaction.

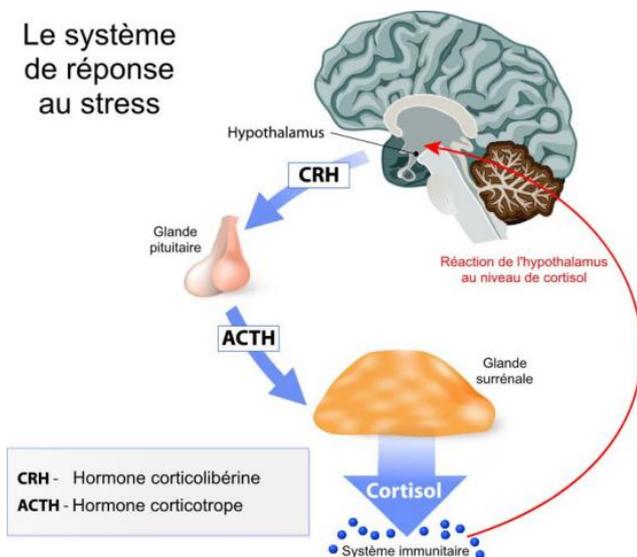


Figure 1-Le système de réponse au stress (3)

Le système nerveux sympathique lui, agit sur la sécrétion d'adrénaline et noradrénaline via les médullo-surrénales. Par voies nerveuses, il active à distance les grandes fonctions automatiques périphériques. Il en résulte une « activation » du corps qui se prépare au danger imminent : accélération de la fréquence cardiaque, blocage de la digestion, de la vessie (Figure 2). C'est la mise en état « d'éveil physiologique ».

L'activation du système nerveux parasympathique agit à l'inverse du sympathique et permet le retour à l'homéostasie. Un déséquilibre de la balance sympathique/parasympathique (ou sympatho-vagale) est un élément aujourd'hui reconnu pour expliquer les effets délétères du stress sur l'organisme.

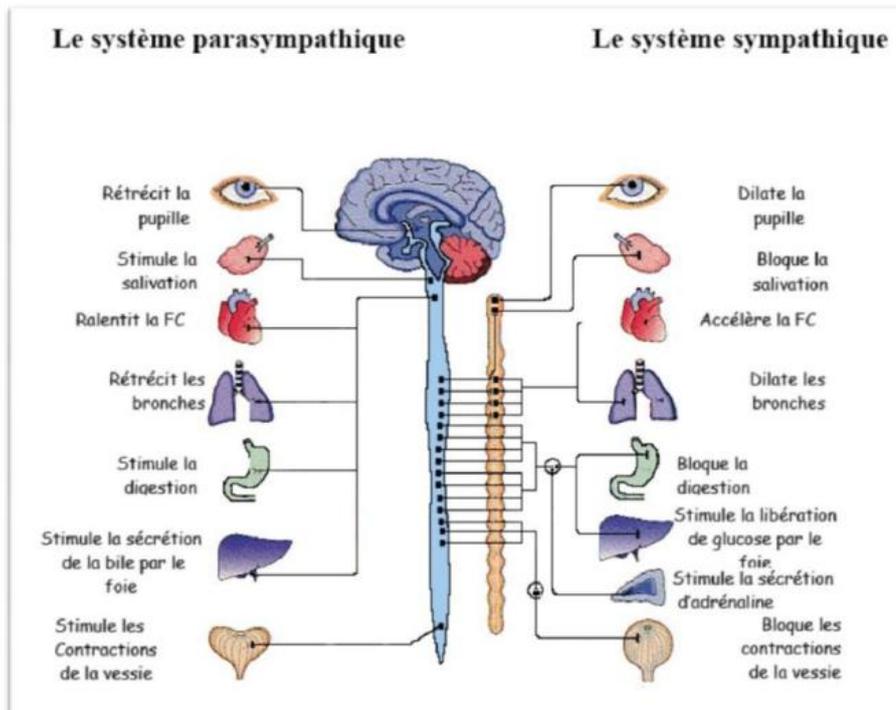


Figure 2- Description des effets des systèmes nerveux sympathique et parasympathique (4)

2. Qu'est-ce que le stress ?

Quand on parle de stress, on envisage à la fois un événement extérieur et sa réponse.

Les « stressseurs » chez l'être humain peuvent être des événements de vie, des situations et des contraintes ou bien encore des événements traumatiques.

La réaction au stress se traduit par une réponse biologique, psychologique et comportementale. Il en résulte une émotion dont le but est l'adaptation au stressseur.

L'anxiété est l'une des réponses les plus fréquentes au stress mais il y en a d'autres, comme une baisse de l'humeur par exemple.

C'est un concept qui a énormément évolué au fil des années, qui a d'abord été appréhendé sur un plan physiologique puis sur un plan cognitif et comportemental.

Voici quelques points marquants de son évolution au cours du vingtième siècle :

Hans Selye, (5) médecin travaillant à Montréal au Canada, introduit en premier la notion de stress : en 1956 dans son livre « Le Stress de la vie », il décrit le concept de syndrome général d'adaptation, c'est-à-dire « l'ensemble des modifications qui permettent à un organisme de supporter les conséquences physiopathologiques d'un traumatisme naturel ou opératoire ».

Il y a trois phases de réaction au stress (5) :

- **Une phase d'alarme** où l'organisme mobilise ses ressources pour faire face à l'agression, avec libération d'adrénaline et de cortisol.
- Une **phase de résistance** où les défenses de l'organisme sont augmentées vis à vis de l'agent stressseur en cause, mais diminuées vis à vis d'autres agressions. Activation de l'axe corticotrope.
- Une **phase d'épuisement** qui traduit la défaillance des capacités d'adaptation, avec un épuisement des surrénales en glucocorticoïdes.

Il introduit la notion de stress négatif (défavorable) et de stress positif (favorable) et laisse entrevoir que par le développement des compétences individuelles et collectives, il est possible de transformer un stress négatif en stress positif. On s'est rendu compte par la suite que la réponse n'était pas stéréotypée mais dépendait du contexte et de facteurs psychologiques cognitifs et comportementaux.

Richard Lazarus (6) (psychologue américain) identifie en 1984 deux processus de la réponse au stress : l'évaluation et le coping.

➤ **L'Évaluation :**

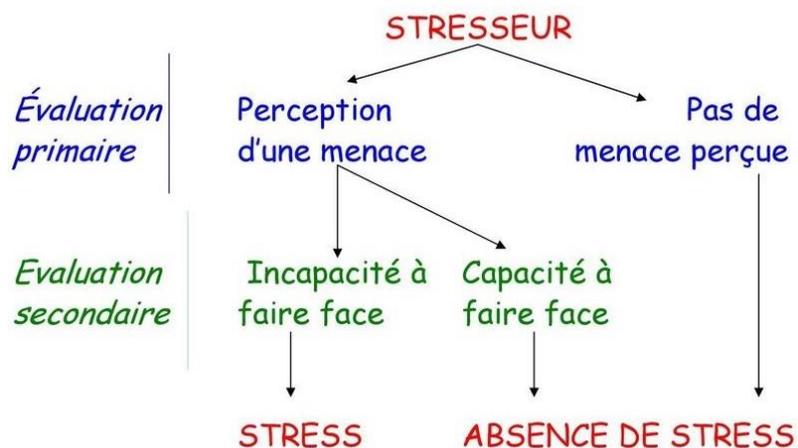


Figure 3-Evaluation du stress (7)

En effet, un même « stresseur » n'est pas évalué de la même façon par tous les individus.

L'évaluation primaire correspond au stress perçu, c'est-à-dire à la perception par le sujet des exigences d'une situation (urgence, gravité, nature de la menace), tandis que **l'évaluation secondaire** elle, définit le contrôle perçu : estimation par le sujet de ses ressources, de ses capacités à contrôler ou non la situation.

L'effet stressant est essentiellement le résultat de l'écart entre les exigences de la situation et les possibilités subjectives de contrôle.

➤ **Le coping :**

Le coping correspond à l'ensemble des efforts accomplis qu'un individu interpose entre lui et un événement considéré comme menaçant pour maîtriser l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychique.

On en distingue deux types :

- Le coping centré sur le **problème** dont le but est la mise en œuvre d'un plan d'action pour résoudre le problème.
- Le coping centré sur **l'émotion** qui est lui-même divisé en deux sortes de stratégies : celles considérées comme efficaces, et celles considérées comme inefficaces, regroupées dans le tableau ci-dessous.

Stratégies de coping efficaces	Stratégies de coping inefficaces
L'acceptation de la crise La restitution du problème dans son contexte La recherche d'informations, d'aides matérielles La recherche de support social Le partage des émotions négatives La résolution de problèmes (identifier les problèmes spécifiques, développer des réponses actives au problème, rechercher et analyser des solutions alternatives) L'Auto-contrôle (contrôle de soi, réassurance, remise en question)	La négation de l'événement La mise à distance L'évasion (penser vivre dans un monde parfait où tout se passe toujours bien) L'évitement (éviter l'information, éviter les solutions alternatives) La fuite (dans le sommeil, les médicaments, l'alcool ...) La répression des émotions négatives La pensée en mode « tout ou rien » L'isolement

Tableau 1- Représentation des différentes stratégies de coping (7,8)

Pour résumer, la réponse au stress se manifeste par trois dimensions qui interagissent fortement entre elles :

REPONSES PHYSIQUES ET EMOTIONNELLES

"Ce que je ressens"

REPONSES COGNITIVES

"Ce que je pense"

REPONSES COMPORTEMENTALES

"Ce que je fais"

Le sujet peut apprendre à modifier chacune de ces réponses.

Hobfoll développe la théorie de la conservation des ressources (9) (1989, 2001), qui aborde le stress sous un prisme plus social. Elle se base sur la valorisation par les individus de leurs différentes ressources.

D'après lui, le stress apparaît dans 3 situations :

- ➔ Quand les ressources d'un individu sont menacées
- ➔ Quand les ressources d'un individu sont perdues
- ➔ Quand un individu investit des ressources et ne reçoit pas les retours prévus

3. Le contexte et les sources

Parmi les sources de stress pouvant conduire à un trouble de l'adaptation, on identifie différents domaines : la santé, la vie de couple, la famille, les conditions de vie et socio-économiques (vivre seul, peu de ressources financières...). Un contexte a été particulièrement mis en avant ces dernières années c'est le stress au travail.

II. Les particularités du stress lié au travail

1. Définition

Plusieurs modèles psycho-sociologiques ont été proposés et mettent tous en avant la notion de déséquilibre.

Le **modèle de Karasek** (10) (1979) établit un parallèle entre les exigences professionnelles d'une part, et les latitudes décisionnelles d'autre part.

Johnson (1989) lui, insiste sur l'importance du soutien social sur le lieu de travail.

Le modèle de Siegrist (11) (1986) quant à lui est celui du déséquilibre efforts/récompenses.

Il distingue deux types d'efforts :

- efforts extrinsèques : liés aux exigences professionnelles
- efforts intrinsèques : liés à la personnalité des individus

Les gains peuvent être de trois sortes : monétaires, gain d'estime, ou encore le degré de contrôle sur son statut professionnel (promotion...).

2. Manifestations cliniques

Les états pathologiques liés au stress sont identifiés dans le DSM et la CIM dans la catégorie des Troubles de l'adaptation (TA) (12).

Les TA constituent un motif de consultation très fréquent en Médecine Générale (entre 10 et 20%).

Plusieurs formes cliniques sont distinguées :

- ✚ **Les TA avec humeur dépressive** : c'est la forme de TA la plus fréquente. Elle est caractérisée par une tristesse de l'humeur, des pleurs répétés et des troubles cognitifs, mais ne correspond pas à l'épisode dépressif caractérisé.
- ✚ **Les TA avec anxiété** : ils génèrent des symptômes anxieux et des manifestations neurodégénératives (céphalées, troubles digestifs, cardiovasculaires..). Les personnes âgées y sont particulièrement sujettes.
- ✚ **Les TA avec anxiété et humeur dépressive**
- ✚ **Les TA avec perturbation des conduites** : on y retrouve des comportements à risques à type d'alcoolisation ou d'agressivité, d'abus de substances ou de médicaments, en lien avec un événement stressant.
- ✚ **Les TA avec perturbation à la fois des conduites et des émotions**

Dans le cadre du Trouble de l'adaptation avec anxiété, une étude montre que les facteurs professionnels sont au premier plan (13).

✚ Symptômes dus à un état de stress chronique :

On observe des manifestations non spécifiques plus ou moins importantes, d'installation progressive qui traduisent le déséquilibre des variables physiologiques : (14–16)

➤ **Emotionnelles** : sensibilité et nervosité accrues, crises de larmes, angoisse, excitation, tristesse, sensation de mal-être, anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse de l'humeur ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion ;

– **Cognitives** : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives ;

– **Comportementales** ou **interpersonnelles** : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs, comportements addictifs.

Une étude a notamment associé le stress professionnel avec un risque accru de dépendance à internet parmi des techniciens à Taïwan (17).

– **Motivationnelles** ou liées à l'attitude : désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes sur ses propres compétences (remise en cause professionnelle, dévalorisation)

➤ **Physiques non spécifiques** : douleurs (céphalées, douleurs musculaires, articulaires etc), troubles du sommeil, de l'appétit et gastro-intestinaux, sensations d'essoufflement ou d'oppression, sueurs inhabituelles, asthénie, vertiges, anorexie...

Ces symptômes ont des répercussions sur les comportements : recours à des produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques, stupéfiants...), repli sur soi, difficultés à coopérer, diminution des activités sociales, agressivité...

✚ Pathologies associées au stress (15) :

- **Syndrome métabolique** : c'est le premier stade pathologique observable de l'hypersécrétion prolongée de catécholamines et de glucocorticoïdes. Il regroupe l'hypertension artérielle, obésité abdominale, résistance à l'insuline et perturbations du métabolisme des lipides sanguins.

Une exposition chronique au stress professionnel chez les hommes a été mise en lien avec un risque accru d'hypertension (18).
- **Maladies cardiovasculaires** : le syndrome métabolique constitue un facteur de risque pour le système cardiovasculaire.
- **Troubles musculo-squelettiques (TMS)** : les TMS des membres supérieurs et du dos sont de plus en plus souvent rapportés à une combinaison de risques : sollicitations biomécaniques liées à des mouvements répétitifs, aux efforts physiques et aux postures inconfortables mais aussi au manque de soutien social, à une forte exigence de productivité, à de faibles marges de manœuvre, etc.
- **Dépression et anxiété** : la dépression est plus fréquente quand le travail associe une forte exigence psychologique à des faibles marges de manœuvre et à un manque de soutien social. Les troubles anxieux sont également plus fréquents en cas de situations stressantes prolongées. Il arrive parfois que des dépressions sévères évoluent vers des tendances suicidaires.
- **Autres conséquences sur la santé** : les situations de travail stressantes peuvent augmenter le risque d'accident du travail ou de trajet et seraient impliquées dans l'apparition ou l'aggravation de troubles hormonaux, de troubles de la fertilité et de certaines pathologies de la grossesse (prématurité).

3. Les risques psychosociaux

Les risques liés au travail ont été diagnostiqués dès le XIXe siècle, pour aboutir à la loi du **9 avril 1898** sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

Ce texte introduit alors deux principes nouveaux : la responsabilité de l'employeur concernant les risques au travail, ainsi que leur couverture par des assurances.

Ce système a ensuite été étendu aux maladies professionnelles par la loi du **25 octobre 1919**.

Dans ce contexte, émerge le concept de **risques psycho-sociaux**, qui correspondent aux contraintes professionnelles susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'un individu.

Le Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P) (19) constate qu'aujourd'hui les troubles psychosociaux et du comportement sont les premiers problèmes de santé au travail observés dans les Centres de Consultation de Pathologies Professionnelles (CCPP).

Selon l'INRS (20) (Institut National de Recherche et de Sécurité), les risques psycho-sociaux sont des situations de travail où sont présents, combinés ou non:

- Du **stress** (déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face)
- Des **violences internes** commises au sein de l'entreprise par des salariés (harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes)
- Des **violences externes** commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...)

Le **rapport Gollac** (21) rédigé en 2018, identifie six catégories de facteurs de risque psychosociaux :

- Intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes, etc.)
- Exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle
- Manque d'autonomie et de marge de manœuvre
- Relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.)
- Conflits de valeurs
- Insécurité de l'emploi

4. Quelques chiffres

a) En termes de fréquence

Les travailleurs souffrant de stress sont de plus en plus nombreux.

Par exemple, selon l'enquête de l'INRS (22) de 2017 qui étudie l'exposition des salariés aux principaux risques professionnels en France :

- 15,1% des salariés déclarent subir des comportements hostiles actuellement (à noter que les comportements hostiles sont moins cités dans les petits établissements (moins de 10 salariés))
- 18% des salariés se classent d'après leurs déclarations en situation « d'iso-strain » (salariés en job strain avec un faible soutien social)

On retrouve également ces mêmes résultats dans **l'enquête DARES** (1) sur les conditions de travail et risques psycho-sociaux réalisée en 2016 et publiée en décembre 2017 , ainsi que les données suivantes :

- 47 % des actifs occupés déclarent devoir (toujours, souvent) se dépêcher.
- 31 % déclarent devoir cacher leurs émotions, faire semblant d'être de bonne humeur (toujours, souvent).
- 36 % signalent avoir subi au moins un comportement hostile dans le cadre de leur travail au cours des 12 derniers mois.
- 27 % disent ne pas pouvoir régler par eux-mêmes les incidents.
- 33 % disent ne pas éprouver la fierté du travail bien fait (toujours, souvent) et 24 % craignent de perdre leur emploi.

L'étude Héraclès(23), réalisée entre avril et août 2014 auprès de 121 médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais, s'est intéressée à la prévalence des cas de souffrance psychique liée au travail vus en consultation de médecine générale.

Sur 2027 patients, la prévalence des troubles psychiques identifiés comme en lien avec le travail se situait entre 24,5 % et 25,8 % selon les troubles mis en évidence.

Les troubles psychiques liés au travail les plus fréquents étaient l'anxiété généralisée, les épisodes dépressifs majeurs et les risques suicidaires, avec un gradient croissant avec l'âge.

On note que la prévalence est plus importante chez les femmes (26,7 % vs. 24,3 % pour les hommes).

Dans une étude prospective étudiant les risques psychosociaux et la mortalité évitable, l'exposition au stress professionnel a été significative parmi les hommes uniquement (24).

b) Quel coût ?

Les coûts directs médicaux et indirects, comme la perte de productivité et du bien-être, sont difficiles à évaluer mais un certain nombre d'études confirment qu'ils sont très élevés.

Une étude s'intéressant à l'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé confirme que les conditions de travail semblent bien être à l'origine d'un accroissement de ces dépenses (25).

En Europe

En **2002**, la Commission Européenne a établi le coût annuel du stress lié au travail dans l'Union Européenne des 15 à 20 milliards d'euros (26).

En **2014**, l'agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail, a estimé à 617 milliards d'euros par an le coût des dépressions liées au travail en **Europe**.

En France

-En **2005**, Bejean et Sultant-Taieb (26) avaient estimé le coût du stress au travail en **France** entre 1,17 et 1,97 milliard d'euros réparti entre : frais médicaux, congés de maladie, perte de productivité due aux décès prématurés et années perdues face à l'espérance de vie.

- En **2010**, Trontin et al. (26) ont calculé le coût du stress au travail en **France** en s'appuyant sur des études épidémiologiques portant sur la prévalence des maladies cardio-vasculaires, des troubles mentaux et musculo-squelettiques. D'après leurs estimations, le coût total du stress au travail pourrait s'établir entre 1,9 et 3 milliards d'euros (en 2007).

III. Prise en charge par le Médecin Généraliste

1. Dépistage

Le médecin traitant est le premier interlocuteur des patients en cas de problème. Il connaît souvent son patient depuis plusieurs années, voire depuis son enfance, et a établi avec lui une relation de confiance forte (27). En raison du manque de médecin, cela devient malheureusement de moins en moins le cas.

Toutefois, il est le professionnel le plus à même de détecter un niveau de stress élevé chez son patient et de recueillir sa perception, qu'il soit d'origine professionnelle ou non. Or, ce sujet peut être délicat à aborder spontanément par le patient.

Une simple question telle que « comment ça se passe au travail ? » permet au patient de s'exprimer sur ce sujet s'il le souhaite, et éventuellement d'approfondir si nécessaire.

2. Psychologique

Le médecin traitant est souvent le premier recours du patient. Il a avant tout un rôle de soin et de prévention mais aussi d'accompagnement psychologique de son patient, que cela s'exprime par une écoute, un soutien, ou des conseils sur la marche à suivre pour telle ou telle démarche.

Il est amené à revoir le patient régulièrement, pour le réévaluer et assurer un suivi et est au centre de la prise en charge.

3. Somatique et médicamenteuse

Au-delà d'une écoute, les patients en situation de stress éprouvent des symptômes physiques, qui conduisent à un examen clinique afin de déterminer s'ils sont d'origine organique. Le patient peut être amené à requérir un traitement devant l'intensité des symptômes, la gêne ou la plainte.

Il est parfois nécessaire d'instaurer un traitement médicamenteux, que ce soit un antalgique devant des douleurs chroniques, un inhibiteur de la pompe à protons lors d'un RGO ou un anxiolytique. Les troubles du sommeil étant très fréquents dans ces situations, il est parfois nécessaire d'instaurer un hypnotique sur une courte durée. La persistance de symptômes dépressifs peut également amener le médecin à prescrire un antidépresseur.

4. Formalités administratives

Un rôle également non négligeable du médecin généraliste reste la gestion du volet « administratif » dans ces situations. Il prescrit un arrêt de travail si nécessaire, et peut être amené à le renouveler.

Cet arrêt a un rôle thérapeutique en supprimant (temporairement) la cause de la souffrance. Ce qui peut permettre une réflexion et un repos psychologique.

Toutefois, la contrepartie est qu'il risque de figer la situation sans la résoudre avec prolongation « indéfinie » de l'arrêt.

Le patient peut aussi demander à son médecin des certificats médicaux, des demandes de reconnaissances en maladie professionnelle.

5. Coordinations des soins

Le médecin généraliste peut avoir différents interlocuteurs lors de ces prises en charges :

✚ Le **Médecin du Travail** (28) : il a un rôle de prévention essentiel et évite une détérioration de la santé des travailleurs dont il s'occupe. Il conseille l'employeur, les travailleurs, les représentants du personnel et des services sociaux et a de nombreuses missions. Il peut réaliser ou prescrire des examens complémentaires (par exemple, examen de dépistage d'une maladie pouvant résulter de l'activité professionnelle du travailleur).

Il peut être amené à effectuer plusieurs visites médicales pour les salariés (29) :

- ➔ La visite d'information et de prévention : dans un délai maximum de 3 mois à partir de la date d'embauche
- ➔ Le suivi individuel renforcé : pour les salariés exposés à certains risques (par exemple, amiante, plomb, risque hyperbare)
- ➔ Les visites de pré reprise et de reprise du travail
- ➔ Les visites effectuées à la demande de l'employeur, du travailleur ou du médecin du travail

Les frais engendrés par ces visites et examens sont pris en charge par l'employeur. Il peut ensuite proposer à l'employeur des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail. En cas d'impossibilité, et lorsque l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste, il déclare le travailleur inapte à son poste de travail.

Afin d'avoir une meilleure idée de leur rôle, j'ai rencontré l'un d'entre eux lors d'un entretien, retranscrit intégralement en annexe 8.

✚ Le **psychologue du travail** (30) : Il est le psychologue des individus dans leur milieu de travail, ses interventions n'ont pas une visée de "thérapie". C'est en cela qu'il se distingue d'un psychologue clinicien. Son intervention peut être individuelle, collective ou individuelle et collective. Elle pourra être de courte durée, mais pourra également se dérouler sur le long terme. Il est soumis à un code de déontologie qui définit le cadre de son intervention et au secret professionnel. Si une prise en charge dépasse le cadre d'intervention de la psychologie du travail, il doit alors diriger l'individu vers une personne compétente dans le domaine.

Il n'a pas de rôle de négociateur. Il analyse les situations en toute objectivité, dégage des pistes de travail pour conseiller les collectivités dans leur démarche de prévention en santé.

✚ Le **psychologue libéral** : il existe notamment des psychologues praticiens formés aux TCC, actuellement non remboursés. Le site AFTCC propose une « carte des membres » qui permet au patient de trouver un thérapeute formé près de chez soi(31).

✚ Le **Psychiatre** : il est un interlocuteur intéressant pour le médecin généraliste, surtout en cas de troubles psychiatriques pouvant nécessiter un traitement et une prise en charge psychothérapeutique. L'orientation peut se faire vers les psychiatres libéraux ou la psychiatrie publique. Il existe notamment à l'hôpital Fontan de Lille une Consultation Stress et Anxiété qui peut être adaptée dans ces situations. Les patients sont souvent orientés vers les consultations ambulatoires dépendant de leur secteur.

✚ **Le Centre médico-psychologique (CMP) (32)** : En France, les services de psychiatrie sont organisés selon le principe de la sectorisation. Par exemple, le Nord Pas-de-Calais est divisé en 60 secteurs psychiatriques adultes. Un secteur de psychiatrie adulte recouvre une zone d'environ 70 000 habitants. Les personnes sont prises en charge en fonction de leur lieu d'habitation et de leur âge, dans un secteur donné, rattaché administrativement à un établissement public de santé mentale ou un hôpital général.

On y retrouve une équipe de professionnels composée de psychiatres, psychologues, infirmier(e)s, assistant(e)s socio-éducatives, secrétaires médicales, sous la responsabilité d'un médecin chef de pôle.

Les horaires d'accueil vont en général du lundi au vendredi de 9h à 18h. L'équipe accueille toute personne qui rencontre un problème de santé mentale.

L'accueil se fait de préférence sur rendez-vous, mais répond également à toute situation urgente ou non programmée. Le premier entretien est réalisé par un professionnel de santé qui évalue la demande, souvent un infirmier spécialisé. Il s'agit d'un service public. Le prix des consultations est intégralement pris en charge par la Sécurité Sociale.

Ils peuvent proposer selon les besoins des consultations médicales et psychologiques, des entretiens infirmiers, des psychothérapies, des visites à domicile, un accompagnement social et une orientation vers des activités en CATTP (Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel).

En ce qui concerne les Hauts de France, le site de la Fédération de recherche en santé mentale F2RSM Psy (33) présente un annuaire permettant de retrouver en fonction de la commune d'habitation du patient le CMP dont il dépend, avec son adresse et ses coordonnées téléphoniques.

L'inspection du travail :

Il s'agit d'une organisation publique chargée de contrôler et de veiller à l'application de la législation du travail, constituée de contrôleurs et inspecteurs du travail (34).

Elle peut intervenir au sein des établissements et a un droit d'accès à des documents confidentiels. Elle assure également un rôle de conseil auprès des salariés sur la législation du travail.

Ses membres sont chargés de constater les infractions par des procès-verbaux, qu'ils doivent transmettre au procureur, au préfet et généralement à l'employeur.

Les Consultations de Pathologies Professionnelles (CCPP) : leur but est d'aider

le médecin (généraliste ou médecin du travail) à établir le diagnostic de l'origine professionnelle d'une pathologie.

Elles ont aussi un rôle d'ordre médico-social (avec la présence d'assistances sociales), elles aident à l'insertion professionnelle et à l'orientation professionnelle des patients.

Il y a actuellement 30 CCPP actifs en France (35), majoritairement dans des centres hospitalo-universitaires. Ces consultations disposent d'un plateau technique hospitalier et sont assurées par des praticiens spécialisés en pathologie professionnelle et recouvrant l'essentiel des disciplines médicales impliquées.

Le regroupement de ces 30 CCPP forme le Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P) (19).

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Dans le cadre de ce travail, nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens individuels et semi-dirigés dans le Nord-Pas-de-Calais.

Cette méthode a été enseignée dans un atelier auquel j'ai participé lors du Congrès National de Médecine Générale les 27, 28 et 29 novembre 2019 à Nantes.

La méthode qualitative permet d'apprécier et d'analyser plus justement le ressenti et le vécu des médecins.

Le focus groupe aurait été plus compliqué à mettre en œuvre, de plus il aurait pu freiner l'expression par les médecins de leurs difficultés éventuelles.

II. Guide d'entretien

Un guide a été réalisé préalablement aux entretiens afin de préparer différentes questions. Il comportait deux parties (Annexe 1).

La première partie regroupait des renseignements d'ordre civil et administratif, tels que l'âge, le sexe, le mode d'exercice, le fait d'être Maître de stage Universitaire (MSU) ou non.

La deuxième partie comportait 6 questions en rapport direct avec le sujet et contenait également des questions de relance.

Au fil des entretiens, il a été amené à évoluer.

III. A propos de l'échantillon

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le but était d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible afin de toucher des vécus de MG différents. En sachant qu'il ne serait pas représentatif au sens quantitatif du terme, et qu'il aurait une taille réduite.

Les entretiens ont eu lieu jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle donnée n'émerge des nouveaux entretiens.

Nous nous sommes basés sur différents critères de choix :

- L'âge
- Le sexe
- Le lieu et mode d'exercice : milieu rural ou urbain, seul ou en groupe
- MSU ou non
- Les formations complémentaires effectuées (DU et autres)

Les critères d'inclusion étaient d'être Docteur en Médecine Générale, installé en cabinet libéral, en cours d'activité.

Les critères d'exclusion choisis étaient les médecins non thésés, les remplaçants, les médecins retraités, les médecins salariés ou hospitaliers. Ces critères ont été choisis afin de limiter le risque d'obtenir des réponses générées par des souvenirs incertains ou des projections hypothétiques.

2. Recrutement et prise de rendez-vous

Nous avons utilisé deux méthodes de recrutement, basées sur le volontariat.

Un premier recrutement a été effectué par le biais de la Faculté de Médecine et Maïeutique (FMM) : après échange avec le secrétariat afin d'obtenir les contacts des médecins, un mail a été envoyé par leurs soins début juin 2020 aux médecins généralistes du Nord-Pas de Calais.

De même, un mail a été transmis aux médecins participant au tour de garde du secteur de Saint Omer.

Dans ce mail, il leur était demandé s'ils seraient d'accord pour être interrogés et enregistrés dans le cadre de ma thèse, sans en préciser le sujet à l'avance. Aux médecins souhaitant de plus amples informations sur mon sujet avant de s'engager, le thème général du stress au travail a été donné, sans entrer dans les détails.

Mon adresse mail était précisée et permettait aux médecins volontaires de se mettre directement en relation avec moi.

Les médecins intéressés m'ont répondu par mail et un rendez-vous a pu être fixé à leur convenance.

Par ailleurs, un deuxième recrutement a été effectué par mes soins en proposant l'entretien à des médecins rencontrés lors de mes différents stages chez le praticien.

Le but était donc de diversifier l'échantillon pour contacter également des médecins n'étant pas MSU affiliés à la FMM (Faculté de Médecine et Maïeutique).

IV. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur la période de juin 2020 à janvier 2021.

La plupart des entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins concernés, ou à la FMM pour l'un d'entre eux.

Par ailleurs, dans le contexte de la crise sanitaire liée au Coronavirus et à la succession de plusieurs confinements, ainsi qu'au fait d'avoir été moi-même cas contact, certains entretiens ont malheureusement dû être convertis en visioconférence lorsque c'était possible : trois entretiens ont été effectués via Doctolib pour les praticiens qui y étaient abonnés, et quatre autres ont été effectués par téléphone, ce qui a pu générer une perte d'information.

Dans tous les cas, après l'accord verbal des participants, ces entretiens ont été enregistrés par un Dictaphone USB.

Les résumés des entretiens sont regroupés dans l'annexe 3, et l'entretien 13 est retranscrit intégralement en annexe 6.

V. Analyse des entretiens

Une retranscription intégrale et attentive des entretiens a été effectuée manuellement par mes soins, sur le logiciel de traitement de texte Word, en incluant les éventuelles interruptions, ainsi que le langage verbal et non verbal. Ils ont été réécoutés plusieurs fois afin de ne rien omettre, produisant ainsi un « compte-rendu de terrain ».

Une analyse des données par théorisation ancrée a ensuite été effectuée. Ainsi, les verbatims ont été analysés mot à mot, permettant de dégager des mots particulièrement significatifs.

Via des « comptes-rendus de codage », puis des tableaux récapitulatifs, des propriétés ont été identifiées, décrivant des catégories, se regroupant elles-mêmes en différents concepts thématiques.

L'ensemble des résultats est présenté sous forme d'un tableau synthétique regroupant concepts, catégories et verbatims, entretien par entretien (cf annexe).

L'analyse a été guidée par la lecture du Manuel d'analyse qualitative, Analyser sans compter ni classer de Christophe Lejeune (36).

La saturation des données a été obtenue au 14ème entretien et confirmée au 15ème, par le biais d'une triangulation des données effectuée avec un co-interne.

VI. Aspect éthique

Au début de chaque entretien, un consentement oral était demandé au médecin concernant l'enregistrement de notre entrevue par un dictaphone.

Par la suite, l'anonymat des participants était garanti par la numérotation de chaque entretien et l'absence d'éléments nominatifs.

RESULTATS

I. Caractéristiques de l'étude

1. Caractéristiques des entretiens

Quinze entretiens, numérotés de M1 à M15, ont eu lieu du 26 juin 2020 au 30 janvier 2021. Leur durée varie de 14 à 46 minutes avec une moyenne de 25 minutes. La durée totale était de 6 heures et 19 minutes.

2. Caractéristiques des médecins

L'âge des participants était compris entre 29 et 65 ans. La moyenne d'âge était de 43 ans. Les caractéristiques des médecins participants sont résumées dans deux tableaux ci-dessous.

N°	Date	Age	Sexe	Durée	Formations complémentaires	Maître de stage universitaire	Lieu d'exercice
M1	24/06/20	65	H	14 minutes	Non	Oui	Saint Omer
M2	30/06/20	38	F	22 minutes	Non	Non	Avelin
M3	12/08/20	63	H	22 minutes	-Médecine du sport - Vertébrothérapie	Non	Saint Omer
M4	30/09/20	51	H	25 minutes	Non	Non	Saint Omer
M5	02/10/20	38	H	46 minutes	-DU antibiothérapie -Master 1 biostatistiques -Thèse de science pédagogie médicale	Oui	La Madeleine
M6	13/10/20	56	H	23 minutes	DU Soins palliatifs DU Homéopathie	Oui	Avelin
M7	16/10/20	32	H	38 minutes	AUEC Pédiatrie	Non	Lille
M8	16/10/20	32	F	25 minutes	-AUEC Pédiatrie -DU gynécologie -AUEC Contraception et IVG -Thérapie brève	Oui	Lille
M9	19/10/20	32	F	25 minutes	Non	Non	Blendecques
M10	19/10/20	55	F	21 minutes	-DU de Gériatrie -DU de Soins Palliatifs	Oui	Saint-Laurent-Blangy
M11	30/10/20	35	F	24 minutes	AUEC Pédiatrie	Non	Lille
M12	18/12/20	44	F	16 minutes	DU Ostéopathie	Oui	Don
M13	18/12/20	29	F	24 minutes	Non	Non	Sin-le-Noble
M14	08/01/20	30	H	26 minutes	Master 1 de statistiques	Oui	Armentières
M15	30/01/20	50	H	28 minutes	Non	Oui	Fauquembergues

Tableau 2- Caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés : date de l'entretien, âge et sexe du médecin, durée de l'entretien, formations complémentaires, MSU ou non, lieu d'exercice.

N°	Secrétariat	Cabinet	Consultation	Durée moyenne des consultations	Nombre de consultation/jour	Milieu d'exercice
M1	Non	Groupe	Libres et rendez-vous	15 minutes	25	Urbain
M2	Non	Groupe	Rendez-vous	15 à 20 minutes	25	Semi-rural
M3	Non	Groupe	Rendez-vous*	15 minutes	30	Urbain
M4	Oui	Groupe	Rendez-vous*	15 minutes	30	Urbain
M5	Oui	Groupe	Rendez-vous	20 minutes	25	Urbain
M6	Oui (distance)	Groupe	Rendez-vous	15 minutes	30	Semi-rural
M7	Oui	Groupe	Rendez-vous	20 minutes	20 à 25	Urbain
M8	Oui	Groupe	Rendez-vous	20 minutes	22	Urbain
M9	Oui (distance)	Groupe	Rendez-vous	15 minutes	25	Semi-rural
M10	Oui	Groupe	Rendez-vous	15 à 20 minutes	25 à 30	Semi-rural
M11	Oui	Groupe	Rendez-vous	20 minutes	25 à 30	Urbain
M12	Oui	Groupe	Rendez-vous	15 minutes	32 à 36	Semi-rural
M13	Oui	Groupe	Rendez-vous	15 minutes	30	Semi-rural
M14	Oui	Groupe	Rendez-vous	15 minutes	25	Urbain
M15	Oui	Seul	Rendez-vous	15 minutes	40	Rural

Tableau 3- Caractéristiques du mode d'exercice des médecins interrogés : secrétariat, type de cabinet, prise de rendez-vous, durée et nombre de consultations, milieu d'exercice.

3. Données générales de l'analyse

L'analyse thématique a retrouvé 368 codes ouverts, regroupés en 33 catégories et 6 concepts (Annexe 2).

II. Représentations du stress professionnel par les médecins généralistes

1. Définition

A. Généralités

Le stress professionnel était décrit comme de plus en plus fréquent.

- M2** « *J'en ai encore eu un cette semaine* »
- M6** « *On va dire qu'il y a 2 cas de dépression sur 3 à peu près (...) sont causées par un ..par des soucis qui surviennent dans le milieu professionnel* »
- M9** « *C'est un motif qui devient assez régulier* »
- M10** « *C'est au moins une consultation par semaine (...) c'est d'autant plus fréquent en ce moment depuis le Covid* »
- M11** « *Là j'ai...Je sais pas combien de cas en ce moment...* »
- M14** « *C'est un sujet qui est beaucoup plus d'actualité qu'il y a une vingtaine d'années* »

Aucun métier n'était épargné.

- M5** « *Ils peuvent être danseur étoile ou comptable* »
- M12** « *Et dans tous les milieux hein (...) enfin les gens dans tous les milieux sociaux ou tous types de professions* »

Pour beaucoup de médecins, la notion du stress professionnel était souvent approximative.

- M8** « *Je pense que stress au travail ça peut vraiment être très varié quoi* »
- M10** « *Le stress au travail ? euh ben écoute..(silence).c'est quelqu'un qui ne se sent pas bien quand il va travailler* » (rit)
- M11** « *c'est vraiment hyper vaste en fait...*»
- M12** « *euh...ben quelqu'un qui a de l'angoisse en allant au travail* »

Le stress professionnel pouvait être vu comme dû à un déséquilibre global dans la vie du patient.

- M3** « *Ne font pas de burn out les gens qui sont bien équilibrés dans leur vie.* »
- M13** « *C'est un patient qui va (...) ressentir qu'il est plus en mesure de supporter ce qu'il supportait, c'est comme un équilibre qui se rompt* »
- M15** « *Ca peut être des horaires, ils ne conviennent pas pour avoir une vie de famille équilibrée, ou (...) de travailler 7j/7 24H/24* »

Pour d'autres, le stress constituait encore un tabou, à l'origine d'un embarras de leurs patients.

M2 « *Après t'en as qui ont des motifs un peu détournés* »

M5 « *Si spontanément... ils...ils hésitent à répondre, c'est qu'il y a quelque chose à rechercher* »

M7 « *Ils sont pas toujours à l'aise en fait hein de venir me consulter pour ça* »

M15 « *Souffrance au travail c'est un peu caché dans le placard, on n'ose pas en parler* »

Certains médecins semblaient critiques vis-à-vis de la notion de stress professionnel.

M1 « *Ben alors maintenant c'est facile on parle toujours de burn out puisque tout le monde parle de burn out, hein* »

M3 « *C'est toujours pareil, on l'a pas vu mais il y a une souffrance qui visiblement euh existe* »

M4 « *On a vite le terme harcèlement qui sort quand même. Les gens ils parlent pas de souffrance au travail ils parlent de harcèlement* »

B. Croyances répandues

Pour certains, le stress au travail était plus fréquent chez les femmes.

M3 « *Ah non j'en ai eu un aussi tiens, j'ai eu un mec. C'est plutôt rare.*»

Certains décrivaient une évolution générationnelle : la jeunesse était moins résiliente d'après eux.

M4 « *Les patients jeunes viennent en général très vite. Les plus jeunes ont une notion du surmenage professionnel ou de la souffrance au travail qui est (...) un peu précoce, un peu rapide hein.* » « *C'est générationnel et c'est éducatif* »

Une distinction était parfois faite entre une souffrance « légitime » et une « factice ».

M1 « *C'est pas toujours du vrai, c'est pas toujours de la vraie souffrance au travail* »

M3 « *Alors harcèlement réel ou supposé euh....en général c'est quand même réel* »

La mauvaise volonté de certains employeurs était mise en avant par plusieurs participants.

- M3** « *S'il est allé jusque-là c'est que, c'est que...il y avait une arrière-pensée qui était en général qui est de virer la personne* »
- M4** « *Une notion peut-être de la part de l'employeur de vouloir faire un tri dans ses salariés les plus anciens* »
- M11** « *Ca peut être (...) un bore out euh (...)et là bah en fait c'est.. c'est souvent une direction masquée.. vers un licenciement* » « *Et en fait les employeurs ils font tout pour que ça traîne* »

La souffrance du patient serait parfois dite mais ignorée par son médecin.

- M12** « *Tous les médecins n'ont pas de l'empathie donc euh...c'est pas évident.* »

2. Conséquences du stress

A. Manifestations cliniques

Les patients présentent des symptômes physiques.

- M1** « *C'est des troubles somatiques, « Docteur (...) j'arrive plus à dormir, j'arrive pas à manger»»*
- M7** «*Souvent ils viennent avec au premier plan le symptôme* »
- M13** «*D'autres patients qui consultent pour des motifs euh a priori...des plaintes fonctionnelles* »

Parmi ces symptômes ressortaient particulièrement les TMS et les douleurs chroniques.

- M9** « *Ca arrive par des plaintes somatiques du type euh lombalgies, cervicalgies souvent c'est plutôt des douleurs musculaires, musculo tendineuses* »
- M10** « *En règle générale quand même des lombalgies ou des scapulalgies qui traînent* »

B. Pathologies associées

Le stress professionnel pouvait apparaître comme facteur de risque de maladies de système.

M5 « *Un stress de manière prolongée (...) qui fait un retentissement sur le métabolisme avec une tendance à faire plus facilement du diabète, à être plus facilement hypertendu* »

Il pouvait aussi survenir sur un terrain favorisant pré existant.

M6 « *Si vraiment tu flaires une pathologie derrière, ce qui peut arriver aussi* »

M14 « *Souvent (..) on a des patients qui ont quand même un terrain anxieux, enfin (...) c'est même souvent un peu des histoires familiales (..). Quand la mère est anxieuse, la fille est souvent très anxieuse* »

C. Altération de la qualité de vie

De nombreux médecins mettaient en avant l'impact de ce stress professionnel sur la vie privée et familiale de leurs patients.

M7 « *On en voit énormément, de « le boulot a un retentissement sur ma santé et ma qualité de vie* »

M13 « *C'est un patient qui ressent euh, qui souffre, y compris dans sa sphère personnelle quand il y a un retentissement (...) au travail et...et également à la maison* »

M15 « *C'est un patient qui n'est pas bien au travail mais qui n'est pas bien chez lui non plus* »

Les troubles du sommeil étaient évoqués presque systématiquement.

M1 « *Certains ça arrive assez épuisés quand même, hein parce que les troubles du sommeil durent déjà depuis un bon petit moment* »

M12 « *Quand ça commence à altérer son sommeil, sa nourriture...* »

M14 « *Souvent c'est des troubles du sommeil avec énormément d'anxiété* »

Les patients souffraient d'anxiété anticipatoire d'après de nombreux praticiens.

- M4** « *Ca engendre évidemment euh... de l'anxiété réactionnelle...anxiété d'aller au boulot, anxiété d'affronter son...le collègue ou la hiérarchie* »
- M9** « *C'est une angoisse qui...qui persiste à domicile avec souvent la peur de se rendre au travail le matin même* »
- M12** « *Des fois ils se garent devant le travail , ils disent qu'ils n'arrivent même pas à descendre de la voiture tellement ils sont stressés* »

D. Baisse de performance professionnelle

Comme conséquence de ce stress professionnel, les patients perdaient l'envie ou même la capacité d'aller travailler.

- M1** « *Elle est arrivée en disant bah voilà ça ne va vraiment plus, je ne peux plus y aller* » « *Et puis ils n'ont plus envie d'aller au boulot surtout aussi.* »
- M3** « *Ils ne peuvent plus travailler dans les conditions où ils travaillent* »
- M12** « *Il y en a qui ne se sentent pas du tout du tout d'état d'y retourner le lendemain* »

Certains médecins rapportaient même la peur de commettre une faute professionnelle.

- M8** « *Elle avait peur de faire une bêtise au travail* » « *Quand il est en AT il se protège quoi, il se protège de la faute professionnelle* »
- M13** « *Et du coup pour éviter de commettre une faute, il voulait se mettre en AT* »

En conséquence de quoi, on leur demandait souvent un AT.

- M3** « *La première consultation c'est (...) pour avoir un AT* »
- M4** « *Il veut un arrêt de travail pour se sortir du monde du travail* »
- M14** « *Il arrive en disant « faut me mettre en arrêt, je peux plus continuer comme ça* »

III. Dépistage et prise en charge initiale par le médecin généraliste

1. Prévention

Selon eux, un des rôles principaux du médecin Généraliste était la détection de signes précurseurs de stress, permettant d'intervenir à temps.

M8 « Je vais pas parler de dépression tout de suite mais il faut que je fasse gaffe quoi »

M11 « Essayer d'être... pro actif, je sais pas si c'est...préventif euh essayer d'être en amont d'un souci »

M13 « Il y a des signes d'alerte parfois et il faut savoir les voir »

Pour certains il s'agissait aussi d'une façon de dépister des conduites addictives.

M8 « C'est aussi l'occase de vérifier quand même quelles consommations ils ont et de quoi...à quoi ils sont addict »

M11 « Il faut faire aussi attention aux toxiques bien sûr, qui sont pris par la personne déjà, en terme médicamenteux ou...en terme euh ..ben c'est tout, alcool ou autre toxique quoi »

2. Première consultation au cabinet

A. Généralités

Un retard de consultation était souvent déploré par les médecins.

M1 « Ils arrivent souvent à des stades un petit peu évolués quand même, ils ont attendu »

M2 « Et quand ils viennent, c'est souvent que c'est déjà euh... catastrophique »

« Quand ils arrivent il y a une souffrance au travail qui est hyper déjà installée »

M10 « Ils arrivent souvent à un stade avancé. Parce qu'au début ils banalisent »

Le Médecin Généraliste n'était pas forcément vu comme un premier recours en cas de stress.

M5 « J'ai pas l'impression que chez les patients, le MG soit le premier interlocuteur quand ils ont l'impression de rencontrer des difficultés à gérer leur stress »

B. Motif de consultation

Les plaintes fonctionnelles étaient souvent évoquées.

- M1** « C'est des troubles somatiques, « Dr je viens vous voir parce que j'arrive plus à dormir, j'arrive pas à manger, je me mets à pleurer »
- M5** « Parfois ils viennent d'abord avec des plaintes somatiques »
- M7** « Souvent ils viennent avec au premier plan le symptôme »
- M9** « Souvent ça arrive par des plaintes somatiques »
- M13** « D'autres patients qui consultent pour des motifs euh a priori...des plaintes fonctionnelles, mais on se rend compte qu'il y a autre chose là derrière »

Parfois les patients consultaient directement pour du stress.

- M2** « Il y en a qui disent directement souffrance au travail. Alors ils disent peut-être pas le mot « souffrance au travail » mais ils disent « voilà le travail ne se passe pas bien » »
- M9** « Alors ça peut être parfois directement ce motif-là, je me sens plus bien euh... ça se passe pas bien sur mon lieu de travail donc franco ils me le disent »
- M11** « Euh c'est un patient dont le motif de consultation ça va être ça, il va venir pour ça, ça va pas être euh à nous de poser la question »
- M12** « Souvent c'est les patients qui m'en parlent. Ils viennent me voir pour ça. »
- M13** « Ce sont eux qui viennent me voir et qui me, et qui font état de leur souffrance. »

La demande initiale pouvait aussi être un AT.

- M3** « La première consultation c'est ça et en général c'est pour avoir un arrêt de travail. Donc ils viennent se plaindre de souffrance au travail »
- M4** « Le patient vient il veut un arrêt de travail »

3. Diagnostic différentiel

Pour certains, il fallait d'abord éliminer une cause organique.

- M7** « On pense toujours organicité tout ça hein forcément toujours »
M8 « Ben c'est toujours une TSH hein, une NFS une TSH tu vérifies qu'ils sont pas anémiés qu'ils sont pas en hypothyroïdie »

4. Importance de l'anamnèse

Le Médecin Généraliste avait un rôle important dans le dépistage du stress professionnel.

- M8** « Comment ça va au travail je la pose plus quand j'ai l'impression de pas sentir le patient et que je sais pas pourquoi je le sens pas »

Le temps de l'interrogatoire du patient était décrit comme essentiel afin de poser les bonnes questions.

- M1** « C'est à nous de chercher un petit peu, de creuser pour savoir si c'est le stress à la maison (...) ou si c'est du stress au niveau professionnel »
M5 « Ca fait partie des questions que j'essaye de m'astreindre de poser à tous les premiers rendez-vous »
M15 « Dans ces cas-là, c'est à nous de creuser : est-ce que c'est le couple, (...) et quand c'est pas le couple bah c'est le boulot en fait. »

Certains évoquaient une « routine » systématique d'interrogatoire.

- M8** « J'ai un petit questionnaire dans ma tête enfin j'ai un petit questionnaire que je pose à tous mes patients qui...sont soit stressés soit assez euh...soit dépressifs »
M15 « J'ai toujours mes 4 questions malgré tout, mes quatre pôles. »

5. Critères d'évaluation

A. Echelles

Peu utilisaient des échelles dédiées.

- M1** « *Des échelles ou des choses comme ça? Non je ne fais pas ça, non* »
- M2** « *pfff alors après les échelles de dépression euh...(..) quand c'est qu'une souffrance au travail j'avoue que non.* »
- M4** « *Moi je...j'aime pas tout ce qui est échelle d'évaluation sur 10, sur 8* »...
- M6** « *Des échelles de dépression tout ça, non je trouve que ça casse tout à fait le naturel de ce genre d'entretien, non c'est l'écoute, l'écoute avant tout* »
- M11** « *J'utilise pas d'échelle. Je suis très nulle sur les échelles.* »

L'échelle du Hamilton était globalement peu ou pas utilisée.

- M13** « *Et honnêtement, c'est pour justifier la cotation que je le fais. Parce que sinon je la trouve pas utile personnellement* »
- M10** « *Le Hamilton c'est la seule échelle que je puisse utiliser* »
- M14** « *Je sais pas si ça va vraiment changer la pec au départ* »
- M15** « *Le problème c'est qu'il n'est pas ciblé* » « *Le fait de proposer un Hamilton à mon sens hein je peux me tromper, c'est une non réponse ou une mauvaise réponse.* »

B. Ecoute du patient

Les médecins valorisaient particulièrement leur ressenti, le « gut feeling ».

- M1** « *Je pense que la relation entre médecin et patient n'est pas obligée de passer forcément systématiquement par des échelles.* »
- M13** « *Je trouve qu'on peut pas retrouver des éléments aussi authentiques qu'en , qu'en discutant et qu'en (...) allant chercher euh le retentissement de façon adaptée à la personne* »
- M14** « *Moi c'est ...c'est plus le ressenti, c'est plus voilà les signaux que je vais...qui vont être décrits par le patient* »
- M15** « *C'est de la relation humaine en fait hein* »

Le retentissement du stress sur le patient était évalué sans échelle standardisée.

- M12** « *Je leur demande s'ils arrivent à... dormir, s'ils mangent, s'ils ont perdu du poids...euh comment ça se passe dans la vie quotidienne, familiale, relationnelle* »
- M13** « *En allant chercher euh le retentissement de façon adaptée à la personne, à ce qu'elle nous dit* »

C. Eliminer l'urgence

Quelques-uns évoquaient le risque suicidaire.

- M3** « *Le seul questionnaire c'est de savoir s'ils sont déprimés, s'ils sont suicidaires* »
- M8** « *le risque suicidaire chez le mec il est quand même plus important* »
- M11** « *Mais bon j'essaye déjà d'évaluer le risque immédiat. (...) Y a-t-il un risque suicidaire ? Y a-t-il des idées noires ?* »
- M15** « *Oui repérer les critères de gravité ça paraît évident quand même* »

D. Les ressources du patient

Le fait d'avoir une bonne projection dans l'avenir était décrit comme un critère important par plusieurs médecins.

- M2** « *Enfin elle avait encore des plans, tu sais elle n'était pas figée en disant j'ai la tête sous l'eau* »
- M3** « *Le seul questionnaire c'est de savoir s'ils sont déprimés, s'ils sont suicidaires, comment vous voyez les choses à l'avenir* »
- M9** « *Est-ce qu'ils se sont projetés sur quelque chose...comment ils envisageaient l'avenir* »

L'étayage familial du patient apparaissait comme fondamental.

- M11** « *Mettre en avant ses ressources personnelles et...pour pas qu'elle plonge en fait* »
- M6** « *Dans la conversation, essayer de le recentrer vers sa famille, ses enfants* »

Les activités physiques et les loisirs étaient encouragés et recommandés.

- M1** « *On leur conseille de se changer les idées, bien sûr oui. L'activité physique oui, c'est une bonne idée* »
- M9** « *Quand ils ont réussi à ...à faire des activités autres que celles en lien avec leur activité professionnelle, je les encourage à continuer* »
- M13** « *Ce que je conseille en tout premier c'est l'activité physique, ne serait-ce que la marche, l'activité physique au sens large, ce qui...euh permet (...) d'induire une bonne fatigue* »
- M15** « *Comment ça va les copains, qu'est-ce que tu fais de tes journées, qu'est-ce que tu fais quand tu travailles pas ?* »

6. Attentes et vécu du patient

A. Attentes du patient

L'AT était fréquemment évoqué comme demande du patient.

- M6** « *Peut-être euh...qu'ils veulent un AT, peut-être. (...) Parfois pour montrer qu'ils...bah qu'ils vont donc arrêter et on verra si la boîte continue à tourner* »
- M12** « *Souvent la plupart du temps ils veulent un repos* »

Une demande initiale pouvait être le besoin de verbaliser.

- M6** « *Une adresse, un psycho ou un truc comme ça pour euh..pour aller causer* »
- M13** « *J'ai senti qu'il attendait de moi surtout une écoute* »
- M14** « *Ils ont besoin de se sentir écouter, ils ont besoin justement qu'on...qu'on comprenne un petit peu leur situation (...). C'est des choses dont ils ont jamais vraiment parlé.* »
- M15** « *Ils viennent nous voir pour discuter un petit peu, pour voir dans quelle mesure on peut les aider* »

Il pouvait aussi s'agir d'une demande de soins au sens large.

- M11** « *Le patient il peut demander de l'aide, souvent ils savent pas trop quoi faire,*
- M12** « *Et après qu'on essaye de trouver une solution, de l'aide. Ils viennent chercher de l'aide hein.* »

B. Vécu du patient

Pour certains médecins, les patients se sentaient gênés lors de la consultation.

- M9** « *Ils sont pas toujours à l'aise en fait hein de venir me consulter pour ça, puisqu'il n'y a pas de pathologie forcément sous-jacente* »
- M11** « *Il y a de la culpabilité souvent, euh...le fait de...de ouais de pas savoir gérer* »
- M14** « *Mais la souffrance c'est pas quelque chose qu'ils vont spécialement dire à leur médecin je trouve* »

La souffrance du patient n'était pas décrite comme objectivable, mais ça ne semblait pas être un problème.

- M3** « *C'est toujours pareil, on l'a pas vu mais il y a une souffrance qui visiblement euh (brève hésitation) existe.* » « *Moi je pars du principe que les gens quand ils viennent euh, je pense qu'ils sont de bonne foi* »
- M7** « *Du vécu ou réel au final nous on s'en fout euh c'est pas à nous d'arbitrer ça* »

Souvent le patient exprimait un sentiment d'injustice, d'incompréhension, par rapport à sa situation.

- M6** « *Il comprend pas, pour luic'est absurde..... c'est absurde. Il tombe de haut* ».
- M13** « *Euh il n'avait pas vraiment vu le truc venir* » « *Il me rapportait n'avoir jamais été euh valorisé ou en tous cas considéré à sa juste valeur* ».
- M15** « *Forcément quand j'ai pas le moral, c'est pas parce que je vais pas bien c'est parce que le patron est méchant* ».

Une forme de déni sur l'origine du problème était parfois décrite chez certains patients.

- M7** « *Le patient qui (...) parfois et même souvent, est (...) dans la difficulté à se rendre compte que finalement oui il a peut-être un problème avec son travail* »

IV Facteurs de risques

1. Liés au travail

A. Sur le plan relationnel

Une pression hiérarchique était particulièrement évoquée.

M2 « Tu vois, non considération de la hiérarchie ou un trouble relationnel avec eux ou un supérieur hiérarchique »

M10 « En règle générale c'est quand même de la pression de la hiérarchie, des n+1 ou des n+2... »

De même que les conflits relationnels, avec des supérieurs ou des collègues.

M5 « Son nouveau supérieur direct euh lui fait euh des avances et des réflexions déplacées »

M6 « Une impression d'harcèlement de par soit un supérieur soit un patron carrément »

M10 « Euh t'as aussi de la maltraitance entre collègues hein »

B. Conditions de travail

Un rythme de travail accéléré était souvent mis en cause.

M1 « Ce qu'ils nous disent c'est (...) « j'ai, on a de la pression, les cadences sont accélérées » »

M6 « Mais c'était très instructif de voir que le milieu du travail est quand même euh quand même difficile »

Le fait de ne pas avoir des conditions de travail adaptées était aussi évoqué.

M13 « Ceux qui ont des lombalgies, ou qui ont une maladie professionnelle qui devraient avoir un travail allégé et qui (...) jugent que non c'est pas le cas »

Le type de travail exercé également.

M2 « Ils ont plutôt des postes euh à responsabilité; (...) Ils n'arrivent pas à venir pour euh, pour un petit machin » « pas savoir dire non, accumuler, accumuler et au bout d'un moment la coupe est pleine quoi. »

M8 « C'est euh...les excès de responsabilité ou des gens qui se sentent en excès de responsabilité »

C. Employeur dépendant

Un manque de reconnaissance du travail fourni de la part de l'employeur était fréquent.

M3 « *Il disait que son travail n'était pas reconnu à sa valeur* »

M12 « *Il s'est fait attraper par son supérieur qui lui a reproché beaucoup de choses* »

Parfois même une volonté de licenciement.

M3 « *Avec le but qu'elle démissionne quoi, qu'elle s'en aille* »

M4 « *Une notion peut-être de la part de l'employeur de vouloir faire un tri dans ses salariés les plus anciens* »

M11 « *Soit une entreprise qui pousse vers la démission ou euh...et donc là le rôle bah c'est d'empêcher le patient de démissionner* »

La rentabilité était décrite comme la priorité des entreprises.

M9 « *Des demandes trop récurrentes au niveau quantité de travail, atteindre des chiffres qui sont dans la limite du raisonnable* ».

Le fait de manquer de travail générait également une souffrance professionnelle.

M3 « *Le travail qu'on lui donnait ne correspondait pas du tout à sa fonction et à ses...à sa formation ni à sa fonction* »

M4 « *Il y a souvent une notion... d'insatisfaction professionnelle quand même à la base* »

M11 « *Ca peut être un sous-investissement avec une mise au placard comme on dit, un bore out* »

Des sanctions incomprises étaient évoquées.

M4 « *En mettant des avertissements pour faute grave euh que le salarié comprend pas* »

Certaines problématiques des entreprises locales étaient bien connues des médecins.

M1 « *Les cadences sont...dans ces centres d'appels téléphoniques sont assez euh assez... les...les rythmes sont assez durs* »

M4 « *On est confronté à des problématiques euh on a des grosses entreprises sur le secteur qui génèrent leur propre type de souffrance au travail, qu'il n'y a pas forcément à 50 km quoi* »

D. Evolution du monde de l'entreprise

Transformation des méthodes de travail.

M5 « *Compte-tenu de l'évolution des techniques de management etc et de l'évolution du monde de l'entreprise, bah il y a énormément à faire en tant que MG* »

M7 « *Il y a les problèmes d'organisation, le boulot a changé* »

Une surcharge de travail était ressentie, ainsi qu'un manque de personnel.

M7 « *Le boulot a changé euh on a de plus en plus de choses à faire* »

M8 « *C'était le côté euh...heures sup heures sup heures sup et du coup c'était plus possible* »

Une dépersonnalisation des employés était décrite.

M6 « *Il a l'impression, il a peut-être raison hein, que les boites sont pas du tout humaines, ils s'en foutent royalement de leurs employés* »

Ainsi qu'un désaccord avec la politique de l'entreprise.

M8 « *Y'a plus le partage des valeurs qu'il y avait avec l'entreprise initialement* »

E. Contexte économique

L'influence du contexte économique sur la résilience des salariés était décrite.

M3 « *Le marché de l'emploi étant ce qu'il est, en général ils essayent de tenir le coup* »

M10 « *Et puis il y en a qui ont peur de perdre leur travail tout simplement hein* ».

M15 « *On n'ose pas en parler, surtout dans le contexte économique. Economiquement c'est un peu compliqué pour tout le monde* »

2. Liés au patient

Le profil du patient apparaissait comme facteur de risque de développer un stress professionnel.

- M3** « *C'est pas des tire au flanc de longueur d'année qu'on voit d'habitude, c'est des gens qu'on voit jamais* »
- M6** « *Le fait de soit vouloir bien faire ou par avoir peur de pas arriver à son travail, perfectionnisme* »
- M11** « *Pour un patient rigide ça va être compliqué (...). Il va rester ancré dans ses convictions, il va croire qu'il a raison à tout prix* »

Une hérédité pouvait être décrite.

- M14** « *Des patients qui ont quand même un terrain anxieux, enfin on sait que, c'est même souvent un peu des histoires familiales* »

Certains patients très impliqués n'envisageaient pas l'arrêt de travail.

- M3** « *Ah non je peux pas, ah non si je m'arrête 15 jours quand je vais rentrer je vais avoir encore plus de travail* » « *Les gens qui font un burn out ils sont trop investis dans leur travail (...), ou c'est leur mode de fonctionnement, c'est-à-dire que leur travail passe avant tout le reste.* »
- M5** « *Ils n'imaginent pas d'arrêter de travailler* » « *Ils pensent que tout le monde va s'effondrer s'ils s'arrêtent* »

Chacun avait sa capacité de résistance propre.

- M4** « *Sa propre échelle de tolérance de l'intensité de travail c'est très personnel aussi. Il y a des gens qui sont débordés avec pas grand-chose.* »
- M10** « *Il y a des gens quand même qui quelquefois jouent un peu (...) c'est-à-dire que n'importe quelle contrainte au travail peut devenir du harcèlement ou du stress au travail* »

Des facteurs extérieurs au travail pouvaient impacter la résilience des salariés.

- M4** « *Problèmes familiaux, décès dans la famille...ou un événement déclencheur dans la vie qui fait qu'on supporte plus ce qu'on supportait avant au travail* »
- M7** « *Y'a aussi bah le patient lui-même qui dit bah non en fait mon boulot j'ai du mal à le supporter en ce moment parce que j'ai des problèmes moi* »
« *Au final le travail n'est pas la source, c'est plutôt le catalyseur de mes problèmes quoi* ».

V. Suivi par le médecin généraliste

1. Relation médecin-malade

Pour de nombreux participants, la relation privilégiée entre le médecin et son patient était un point d'ancrage de la prise en charge.

Ils valorisaient la relation ancienne avec leur patient.

- M1** « *C'est une patiente que j'ai connue toute gamine »*
- M3** « *Nous les gens qui viennent nous voir on les connaît, donc on sait à qui on a affaire »*
- M12** « *Surtout que je les connais les patients, ça fait quand même 12 ans que je suis installée, donc euh...quelqu'un que je connais dur qui se met à pleurer »*
- M14** « *Surtout quand c'est des patients qu'on connaît qui ont jamais eu de soucis avant, voilà on n'a pas trop de souci particulier.*

Il s'agissait d'une relation de confiance.

- M3** « *Je pars du principe que les gens quand ils viennent euh, je pense qu'ils sont de bonne foi »*
- M4** « *Oh bah moi je suis à l'aise avec les...les patients hein, en plus c'est des gens que je connais bien depuis longtemps.. »*

Ainsi les médecins se fiaient énormément à leur ressenti durant la prise en charge.

- M7** « *C'est vrai que c'est plus basé sur le ressenti de l'échange verbal et puis aussi les signes physiques hein »*
- M8** « *Avoir ce côté-là du « je ressens que je vais partir plutôt comme ça avec ce patient-là », (...) et ça, ça reste enfin du coup ma spécialité en médecine générale, mon savoir de Médecin Généraliste »*

Ils avaient un regard extérieur à l'entreprise.

- M7** « *Je pense que les gens perçoivent plutôt positivement en fait le fait d'avoir un endroit, une personne vraiment en dehors (...) et qui du coup bah est indépendant, impartial voilà ».*

Leur rôle était décrit comme central, avec un accompagnement global du patient.

- M1** « On est là pour euh, (...) gérer le côté euh j'allais dire purement médical, enfin plus médical de euh de la pathologie, enfin de la pathologie ou du ressenti du patient, de les accompagner. »
- M7** « Je trouve que c'est du vrai accompagnement. Et on a l'impression euh de oui c'est ça de...de faire un bout de chemin avec ces gens »
- M9** « Alors déjà, c'est de les écouter, les accompagner euh les déculpabiliser »

2. Prise en charge thérapeutique

A. Psychologique

a) Caractéristiques

Ecouter son patient avec empathie était primordial.

- M4** « Il y a vraiment le côté empathique, écoute de quelqu'un qui va pas bien, quel que soit le motif. »
- M9** « Je les félicite de venir me voir puisque c'est quand même mieux d'aborder le sujet rapidement »
- M12** « J'essaie de bien écouter, je prends du temps. Donc là ça dure pas un quart d'heure mais ça dure trois quarts d'heure (rit) »

Le médecin n'avait pas la solution, mais pouvait aider son patient à résoudre le problème.

- M14** « Comme la solution vient pas de nous en fait en elle-même »
- M15** « C'est pas à moi médecin de faire le travail pour lui, mais je peux l'aider à mettre le pied à l'étrier »

D'ailleurs l'éducation du patient était importante.

- M5** « Les aider à faire du lien entre la somatisation et...et les conséquences du stress etc »

Les médecins relataient l'importance de rester impartial face au patient.

- M4** « *Il faut faire attention parce qu'on a vite fait de prendre parti pour le....son propre patient* »
- M5** « *J'essaye de faire un peu abstraction de mes émotions pour me concentrer sur la ... la prise en charge du patient* »
- M15** « *Je suis exactement dans le même ressenti qu'elle (...).Je me projette, on fait des projections malgré tout* »

Selon eux, il était essentiel de s'appuyer sur l'entourage du patient.

- M2** « *Elle me disait au niveau famille tout va bien, donc c'est ce que je lui ai dit, il faut s'appuyer sur ce qui va bien* »
- M6** « *Alors dans la conversation, essayer de le recentrer vers sa famille, ses enfants* »
- M11** « *Le but c'est de mettre en avant ses ressources personnelles* »

b) Limites

Le manque d'outils était déploré.

- M2** « *Après je pense qu'on n'est pas très bien formés à faire de la psychothérapie (rit)* »
- M5** « *dans nos faibles capacités avec nos petites consultations apporter un peu de psychothérapie de soutien* »

Le manque de valorisation financière était un frein.

- M13** « *Ces consultations-là elles sont chronophages et que voilà je fais, enfin je valorise cette consultation quand même et je cote euh...* »
- M14** « *Ca peut être intéressant si c'est un outil qu'on maîtrise (...) et que la rémunération elle suit aussi derrière parce que forcément il y a toujours ça aussi qui compte* »

Certains opposaient « l'écoute » dont ils faisaient preuve à une psychothérapie effectuée par un professionnel.

- M1** « *C'est pas sa place. (rit) C'est pas notre boulot.* » (en parlant de la psychothérapie au cabinet de Médecin Généraliste)
- M10** « *Je pense que ça peut être bien mais faut avoir une...une...comment la fibre pour ça* »
- M12** « *Je pense qu'on peut faire de l'écoute mais après une vraie psychothérapie il faut avoir une formation hein* »

Pour beaucoup, la psychothérapie était un passage obligé.

- M2** « *Enfin moi je pense qu'il faut qu'il y ait un soutien psy euh derrière s'il y a besoin* »
- M9** « *Je pense qu'il y a un bénéfice pour la psychothérapie au cabinet et aussi voir un psychologue à côté je pense.* »

B. Médicamenteuse

- a) Quels médicaments ?

Différents médicaments étaient spontanément évoqués.

- M4** « *Quand il y a des troubles du sommeil prédominants moi je prescris assez facilement de...de l'Imovane, du zopiclone, pour 5 jours une boîte de 5* »
- M7** « *Ca peut passer par des antalgiques quand il y a des douleurs* »

Certains proposaient d'autres recours en premier lieu.

- M12** « *Je reste avec des choses très douces au début, donc de la phytothérapie, de l'homéopathie ...des choses pour dormir avec style Euphytose Nuit* »
- M13** « *Chez les personnes comme ça qui n'ont pas encore de psychotropes etc je propose de l'homéopathie...* » « *Si ça ne s'améliore pas euh on peut envisager de passer sur un psychotrope* »
- M14** « *Je vais proposer d'abord de la phytothérapie avant de mettre en place des...d'autres thérapeutiques* »

Concernant les anti-dépresseurs, ils étaient plus précautionneux.

- M1** « *Si l'état est vraiment dépressif, c'est quand même assez rare, mais on peut être amené à mettre des antidépresseurs* »
- M10** « *Il m'arrive de mettre des antidépresseurs mais jamais d'emblée* »
- M14** « *Je vais rarement mettre en place un anti dépresseur moi-même parce que s'il y a, je considère en fait que s'il y a besoin d'un traitement antidépresseur il y a besoin surtout d'un suivi psy* »

b) Quelles modalités de prescription ?

Le médicament n'était pas une urgence.

M4 « *Il n'y a parfois pas d'urgence à instaurer un traitement de fond.* »

M8 « *Les médicaments jamais en 1^{ère} intention* »

La prescription de thérapeutiques n'était pas systématique.

M10 « *Alors si j'en prescris, mais c'est pas toujours le cas, surtout au début, euh...je prescris un anxiolytique type Temesta* »

M15 « *Pas forcément. Quelquefois oui* »

Les thérapeutiques douces étaient privilégiées.

M1 « *Moi j'emploie les petits moyens type Stresam ou des choses comme ça, qui sont plus euh plus doux* »

M4 « *Et après en terme d'initiation thérapeutique, moi j'y vais par palier* »

d) Quelles précautions ?

Le risque d'accoutumance était souvent évoqué rapidement.

M13 « *Je parle d'emblée de risque de dépendance* »

M14 « *Je fais surtout attention au risque de dépendance derrière parce que j'ai pas forcément envie justement qu'ils deviennent accro aux benzo* »

Une attention particulière était portée à la durée de prescription des anxiolytiques.

M1 « *Moi j'essaye de limiter les anxiolytiques ou alors de les limiter dans le temps.* »

M2 « *Je n'ai pas mon ordonnancier facile à l'anxiolytique* » « *Le moins possible et le moins longtemps possible* »

M7 « *Les anxiolytiques, très ponctuellement mais ça peut être nécessaire parfois.* »

3. Formalités administratives

A. L'arrêt de travail

✚ Automatique ?

Selon certains il est inévitable.

- M1** « *Je ne suis pas un fan des AT mais oui, oui, oui je pense que là c'est difficile (...) de dire bah ça fait rien tu pleures mais tu vas aller au boulot quand même* ».
- M3** « *Bah l'AT il est, il est quand même incontournable hein* »
- M6** « *De toute façon tu es un peu obligé de leur mettre un AT (...), je vois pas trop comment on peut faire d'autre* »

Il apparaissait parfois comme une mesure de protection du patient.

- M8** « *Quand il est en AT il se protège quoi, il se protège de la faute professionnelle* »
- M12** « *Il en est venu aux mains avec son chef donc là il fallait vraiment qu'on baisse la pression chez tout le monde donc là je l'ai mis en arrêt 15 jours* »
- M14** « *La première chose à faire c'est euh, de toute façon c'est de prescrire l'AT pour les protéger* »

L'AT n'était pas toujours considéré comme obligatoire.

- M12** « *L'arrêt c'est pas systématique, y'en a qui veulent y retourner pour pouvoir s'expliquer* »

✚ De quelle durée ?

Il était important qu'il soit bref.

- M1** « *Faut pas un AT qui va se prolonger, quoique ça peut arriver qu'il y ait des AT qui se prolongent* »
- M12** « *Moi j'ai toujours peur c'est d'un AT qui dure qui dure qui dure* »
- M13** « *Ca peut être un outil. A condition qu'on le présente comme bien circonscrit dans le temps (rit)* »
- M15** « *Quand le patient est vraiment à bout de souffle, oui, mais c'est pas pérenne* »

D'autres prônaient l'intérêt d'un arrêt initial plus long.

M7 « *Et ça m'arrive d'en prescrire des un peu plus longs, après je me rends compte maintenant que c'est prendre le risque d'un enkystement quand même* »

M14 « *Bah souvent en fait je mets un mois direct* »

 Quelles modalités ?

Il pouvait être présenté comme une prescription médicale pour en faciliter l'observance.

M11 « *Et le fait de poser l'AT en terme de prescription médicale, ça leur permet de prendre du recul* »

« *Parce qu'il y a de la culpabilité souvent, euh...le fait de...de ouais de pas savoir gérer, de pas vouloir s'arrêter en fait* »

M5 « *Je le négocie mais en fait mon objectif c'est de l'imposer* »

L'importance d'une rupture professionnelle totale était fréquemment soulignée.

M5 « *Le plus compliqué c'est souvent de les convaincre de couper tous les ponts avec le travail* »

M9 « *C'est vraiment bénéfique de ne plus avoir de contact avec leur milieu professionnel* ».

 Limites

Il était vu comme une « fausse » solution.

M7 « *Notre joker c'est l'AT (...) mais c'est une solution ponctuelle qui n'apporte pas de solution* »

M15 « *C'est pas pérenne, il y a aura des décisions à prendre* »

B. Dossier MDPH

M11 « *Il faut aussi avoir la puce à l'oreille MDPH si on sent que ça traîne parce que ça prend du temps* »

4. Caractéristiques du suivi

A. Généralités

Avoir un suivi régulier de ces patients était important.

M2 « *Initialement souvent je mets une dizaine de jours tu vois et je réévalue le patient »*

M3 « *Je leur mets un petit anxiolytique et puis je les revois 8 jours après pour voir comment ça va. »*

M14 « *C'est important qu'ils gardent un suivi derrière, qu'ils gardent des échéances également pour venir régulièrement »*

Un manque d'outils était déploré.

M2 « *On fait multi casquettes quoi donc c'est.(soupir). Après est-ce qu'on a beaucoup de moyens... »*

M15 « *Il faut les aider à sortir de cette ornière même si clairement j'ai pas beaucoup de moyens »*

La valorisation de la démarche du patient était importante.

M9 « *Je les félicite de venir me voir »*

M13 « *J'hésite pas aussi en ce sens-là , à valoriser leur démarche »*

D'ailleurs l'éducation du patient était importante.

M5 « *Les aider à faire du lien entre la somatisation et...et les conséquences du stress etc »*

B. Actions

Selon eux, il fallait réaliser un entretien motivationnel.

M11 « *Essayer d'être... pro actif, je sais pas si c'est...préventif euh essayer d'être en amont d'un souci »*

M14 « *On n'a pas un rôle euh..., comment dire, comme la solution vient pas de nous en fait »*

Faire remonter le problème à la hiérarchie était conseillé.

M3 « *Moi je leur dis vous vous référez au grand chef euh. »*

Ils pouvaient gérer seuls le début de prise en charge.

- M7** « *Il y a des problématiques liées au travail mais qui je pense sont pas forcément un problème médical directement* »
- M8** « *Bah au début du stress j'irai pas vers la médecine du travail c'est sûr* »

C. Limites

La longueur de ces consultations était particulièrement mentionnée.

- M5** « *C'est des consultations complexes euh pour lesquelles euh il faut prendre le temps* »
- M12** « *Donc là ça dure pas un quart d'heure mais ça dure trois quarts d'heure (rires).* »
- M15** « *C'est chronophage, c'est long* »

Ils évoquaient le fait de ne pas détenir toutes les informations.

- M4** « *On n'a pas la version employeur* »
- M10** « *Quelquefois c'est un petit peu compliqué de faire la part des choses* »

5. Finalité de prise en charge

Un espoir était d'améliorer les conditions de travail au niveau collectif.

- M5** « *Pour essayer de faire évoluer les choses et faire en sorte que tout le monde puisse travailler dans un cadre un peu plus... safe.*»

L'impression de ne pas avoir de solution concrète à proposer était prégnante chez certains praticiens.

- M6** « *Quelles craintes ou difficultés...bah j'ai du mal à donner des solutions* »
- M7** « *J'ai vraiment pas l'impression ni la prétention d'avoir une solution pour elle* »
- M11** « *On n'a pas été formé à ça hein, donc un peu dépourvue souvent* »
- M13** « *J'aimerais ne pas avoir le sentiment de ...de devoir apporter la réponse.* »

Le fait de ne pas agir dans l'intérêt final du patient était souligné.

- M6** « *Alors c'est bien beau, tu vas tout faire pour qu'il porte pas ses trucs mais s'il n'y a pas d'autre poste pour lui il va se faire licencier, tu vas faire pire que...pire que mieux, pire que...que tout en fait* »
- M11** « *Après sur le papier il peut avoir gagné mais en fait il peut...quand même tout perdre sur le plan financier donc en fait ça l'arrange pas* »

6. Points de vigilance

Quelques points de vigilance particulière sont ressortis de ces entretiens.

Certains insistaient sur l'importance de rester objectif.

- M4** « *Faut faire attention parce qu'on a vite fait de prendre parti pour le....son propre patient* »
- M15** « *Je suis exactement dans le même ressenti qu'elle* » (en parlant de sa patiente)

Un écueil évoqué était aussi un AT indéfini.

- M12** « *Donc moi c'est ça que j'ai peur, c'est de toujours retomber sur des AT qui vont durer euh...1 an, deux ans euh....ou des gens qui ne bougent pas* »
- M13** « *Ca peut être aussi un engrenage* »

Enfin, le risque de dépendance aux psychotropes ou hypnotiques était une préoccupation quasi constante.

- M1** « *Mais je dis tout de suite au patient, faudra pas prendre ça pendant trop longtemps, pour pas s'habituer non plus, qu'il n'y ait pas d'accoutumance* ».
- M13** « *Je parle d'emblée de risque de dépendance* »
- M14** « *Je fais surtout attention au risque de dépendance derrière* »

7. Orientation professionnelle

Le médecin accompagnait son patient dans les démarches éventuelles de réorientation professionnelle.

- M1** « *Moi je lui avais dit aussi, je lui avais dit bah et je pense qu'il faut quand même réfléchir à ton...à ta façon de...à est-ce que tu dois continuer ce boulot-là ou est-ce que tu dois arrêter* »
- M4** « *Donc lui c'est allé très rapidement vers un accès au FONGECIF, bilan de compétences et réorientation professionnelle.* »
- M4** « *On les accompagne quand même jusqu'au bout dans la démarche de reclassement professionnel, c'est autorisé par la sécu* » (en parlant de l'AT)

VI. Coordination des soins, interlocuteurs

1. Interlocuteurs

A. Généralités

Le fait d'avoir son propre réseau était important.

- M6** « *Il faut avoir des adresses sous la main pour leur proposer des....des solutions psychothérapeutiques* »
- M8** « *Après ouais en ville je commence à avoir un réseau* »

Une prise en charge pluridisciplinaire était souvent évoquée.

- M9** « *Alors euh quand ça dépasse mes compétences je les envoie chez le psychologue ou parfois chez le psychiatre* »
- M14** « *On va aussi les orienter vers un suivi...un suivi psychologique ou psychiatrique* »

Des délais de rendez-vous longs pour différents types de professionnels apparaissaient comme des freins.

- M2** « *Médecin du travail, psychologue du travail, des fois on arrive à...avec un petit peu de délai mais on a quand même des psychologues du travail qui sont présents.*
- M3** « *On sait à qui éventuellement confier nos patients quand il faut les confier à quelqu'un. Il suffit de trouver quelqu'un qui soit disponible (rires)* »

B. Médecin du travail

a) Représentations par les Médecins Généralistes

Selon certains, la Médecine du travail souffre encore parfois de préjugés.

M4 « *La médecine du travail de maintenant c'est plus la MT d'avant hein, c'est plus simplement le contrôle des vaccins hein, c'est beaucoup plus complexe que ça en a l'air* » « *ou avaient pour certains une image assez péjorative du médecin du travail* »

Certains médecins adressent systématiquement ces patients-là au Médecin du travail.

M10 « *Alors après moi je les envoie quand même vers la médecine du travail, hein donc euh parce que ça fait partie aussi de la prise en charge du médecin du travail* »

M14 « *Souvent on essaye directement de prendre rendez-vous avec la Médecine du travail* »

Peu d'échanges avaient lieu entre Médecin Généraliste et Médecin du travail.

M1 « *On n'a pas beaucoup de contact mais c'est vrai que ça manque peut-être un petit peu.* »

M2 « *T'as des médecins du travail qui entrent en contact avec des généralistes donc ça, ça arrive, c'est pas souvent* »

M5 « *Une des complexités dans cette prise en charge c'est peut-être (...) la relation qu'on pourrait avoir entre MG et MT qui est pas forcément suffisamment mise en jeu* »

Beaucoup valorisaient la collaboration avec le Médecin du travail.

M2 « *Je pense que c'est important que le médecin du travail soit au courant du...de la situation* »

M9 « *Et euh moi je trouve qu'ils sont vraiment là pour nous aider, c'est complémentaire à notre...à notre prise en charge.* »

b) Impact du Médecin du travail

Il était vu comme capable de protéger les salariés en cas de problème éventuel.

- M7** « Eux ils ont un rôle vraiment de bah d'objectivité sur les conditions de travail et puis eux ils ont aussi un rôle de dépistage des problèmes »
- M14** « Il faut qu'ils voient le Médecin du travail à ce niveau-là, (...), pour essayer à la fois de protéger peut-être les autres employés »

Ou encore d'avoir une influence au sein de l'entreprise.

- M2** « Je me dis si on a un appui médical pour une mutation c'est plus facile quoi... »
- M5** « Si vous allez voir votre MT ça montre que vous êtes dans la recherche de solution (...) donc c'est plutôt bénéfique pour votre dossier »

Un de ses atouts était sa bonne connaissance de l'entreprise.

- M7** « L'avantage du médecin du travail c'est qu'il a ce regard de je suis sur le terrain, je connais l'entreprise je connais l'équipe »
- M14** « Je connais pas tous les tenants aboutissants du travail, (...) alors souvent le Médecin du travail justement a beaucoup plus d'éléments que moi là-dessus »

c) Quelques a priori

Certains participants exprimaient des avis mitigés.

- M2** « Après t'en as qui sont plus ou moins motivés quoi (rit) »
- M3** « C'est pas toujours un bon partenaire » (en parlant du Médecin du travail)
- M7** « J'ai été bien reçu finalement. Je me disais bon il va être débordé »
« Parce que être payé par une entreprise et évaluer les conditions de travail d'un employé dans l'entreprise je trouve ça bizarre comme statut »
- M12** « Alors après ça dépend un peu le Médecin du travail qu'il y a en face. »

d) Limites du médecin du travail

Le manque d'échange était parfois mis sur le compte d'un manque de transparence ou d'accessibilité du Médecin du travail.

- M1** « Tandis que là, là on ne sait pas, on ne sait pas à qui il faut s'adresser on n'a pas de ...pas de repère pour s'adresser à eux directement. »
- M7** « Bah oui je pense que l'accès au médecin du travail n'est pas facile, notamment dans les petites entreprises »
- M10** « J'essaye de cibler quel est le médecin du travail concerné (...) mais le MT tu le connais pas toujours hein. »
- M15** « Il est assez rare qu'on puisse les appeler directement »

Le suivi irrégulier des patients était vu comme un frein.

- M7** « On a beaucoup de gens qui nous disent bah j'ai repris depuis trois mois et ma visite de pré reprise elle est programmée dans un mois. »
- M10** « Le médecin du travail il voit les gens quelquefois tous les trois ans, donc bah t'as pas de lien qui peut se créer »

L'influence du Médecin du travail sur la prise en charge était variable.

- M2** « Alors après je trouve que la réponse et l'aide est hyper variable d'un médecin du travail à un autre (rit) »
- M5** « Mais y'a je sais pas, une fois sur trois où mes patients viennent en disant qu'ils ont pas l'impression que ça ait servi à grand-chose d'aller le voir »

C. Psychologue

a) Psychologue du travail

L'existence de psychologues du travail était souvent connue.

M4 « *Ils ont des intervenants de psychologues d'entreprise qui voient souvent les gens une fois ou deux et après ils passent la main en ville en libéral* »

M6 « *Psychologue du travail, ça peut être tout à fait utile hein* »

Même s'il en manquait.

M2 « *Avec un petit peu de délai mais on a quand même des psychologues du travail qui sont présents* »

M12 « *Des fois des très grosses boîtes on a même la chance d'avoir une psychologue du travail. Ca c'est quand même très très rare* »

b) Psychologue libéral

Bénéfices

Beaucoup de médecins valorisaient la collaboration avec les psychologues.

M8 « *Ca m'a bien aidé de l'envoyer chez une psychologue que je connaissais qui l'a..qui a permis de mettre le doigt sur le problème quoi* »

M9 « *Quand ça dépasse mes compétences je les envoie chez le psychologue* »

M11 « *Ca donne une palette d'outils quand même, ça soutient, ça complète, oui oui c'est indispensable* »

M12 « *Je les envoie chez une psychologue en ville, la plupart du temps c'est en ville* ».

Freins

Selon certains le coût engendré en limitait les recours.

M7 « *C'est soit les gens ont de l'argent, ils peuvent aller voir un psychologue libéral, soit ils ont pas d'argent et il faut aller vers le CMP* »

M11 « *Pour le patient c'est des freins parce que c'est frayeux* »

De même les délais de consultation pouvaient être éloignés.

M3 « *Si on a rendez-vous trois mois après, ça n'avance pas grand monde.* »

D. Psychiatre

Ils y avaient peu recours.

- M3** « *Euh parfois hein mais sinon psychiatre voilà quand il y a des grosses dépressions* »
- M4** « *Euh psychiatre euh quasiment jamais* »

Lorsque c'était le cas c'était relié à un sentiment de gravité.

- M1** « *Si l'état est vraiment très évolué on peut parfois avoir recours à un psychiatre* »
- M9** « *Ca persiste malgré tout, là je demande l'avis du psychiatre.* »

E. Paramédicaux et autres intervenants

Kinésithérapeutes

Dans le traitement de douleurs.

- M5** « *Sur le plan biologique on peut les soulager avec des traitements ou....des prescriptions de kinésithérapie, physiothérapie* »

Sophrologues et hypnothérapeutes

- M1** « *On a maintenant des gens qui sont sophrologues et qui...qui gèrent un petit peu ces situations. J'ai essayé aussi un peu l'hypnose* »
- M5** « *Ca peut être euh pour certains d'aller voir un sophrologue (...), pour d'autres plutôt des idées techniques de relaxation ou de méditation* »
- M11** « *Il y a des patients qui vont apprécier le sport, d'autres qui vont apprécier d'écrire, d'autres qui vont apprécier euh...d'autres solutions d'allure euh méditation, yoga, sophro, pleine conscience, psycho* »

F. Médecin conseil

Il était associé à un rôle coercitif.

- M2** « *Le médecin conseil il n'est pas d'une grande utilité, souvent il nous pousse à remettre les gens au boulot* »
- M4** « *La sécurité sociale elle est beaucoup moins réactive qu'elle l'était auparavant par manque de...de médecins conseil* » (en parlant des contrôles pour arrêt prolongé)

G. Inspection du travail

L'inspection du travail était peu mentionnée.

M10 « Tu les incites à contacter l'inspection du travail parce que c'est eux qui peuvent le faire normalement (...)...pour qu'il y ait au moins une enquête »

M11 « Avec maintenant l'inspection du travail qui est sur le tas, et ce qui fait que cette dame elle est toujours dans le flou »

2. Structures spécialisées

✚ Organismes de reclassement :

M4 « Donc lui c'est allé très rapidement vers un accès au FONGECIF, bilan de compétences et réorientation professionnelle. »

✚ CMP :

Ils y faisaient souvent appel.

M2 « Après on utilise notre réseau psy euh... on va dire euh local hein donc les CMP ».

M6 « Mais souvent c'est assez urgent quand même hein, ils voudraient un truc rapide, donc j'envoie au CMP...(soupir) »

M14 « Dans ces cas-là moi je rentre facilement dans les CMP »

M15 « Les CMP également sont très disponibles, on peut facilement les contacter et les envoyer en urgence s'ils l'acceptent »

Un écueil évoqué était de nouveau les délais.

M7 « Soit ils ont pas d'argent et il faut aller vers le CMP, ce qui prend du temps et qui est fastidieux, (...) ils font ce qu'ils peuvent avec leurs moyens mais euh l'accès est plus compliqué quoi »

M10 « Enfin les gens euh au CMP ils sont pas...enfin ils sont reçus plus de 6 mois après donc ça n'a aucun intérêt »

M13 « Ça pourrait palier aux deux mois d'attente en CMP (rit) » (en parlant de la psychothérapie au cabinet du Médecin Généraliste)

✚ Syndicats :

M3 « *Moi je conseille parfois aussi à des gens d'aller voir un syndicat* »

✚ Autres recours:

M8 « *Après pour les universitaires, c'est BAPU ,CPSU et compagnie, euh...CP2A quand ils ont des crises le week-end* »

3. Communication

A. Avec le médecin du travail

Selon certains elle est insuffisante, mais serait utile.

M1 « *Euh.. j'ai pas facilement tendance à prendre mon téléphone pour appeler le médecin du travail et on n'a pas non plus dans l'autre sens, on n'a pas bcp de contact* »

M5 « *Ce serait mieux si on pouvait les avoir directement au téléphone ou je sais pas* »

M8 « *Enfin non mais en vrai si on travaillait en réseau correctement, si on savait tous décrocher notre téléphone et se parler et tout ça, ce serait mieux.* »

✚ Par quel biais ?

Toutefois le médecin du travail pouvait contacter le Médecin Généraliste.

M4 « *Ca ça arrive régulièrement que ce soit la médecine du travail qui nous contacte.* »

M14 « *C'est plus eux qui vont m'appeler si jamais, pour communiquer des choses particulières* »

Certains communiquaient par courrier.

M13 « *Ben souvent je, j'adresse un courrier dans lequel j'essaie de décrire un maximum de signes, enfin de choses que me confie le patient* »

M14 « *Après les patients ils viennent me voir aussi avec des comptes-rendus aussi du Médecin du travail* »

M15 « *Il est assez rare qu'on puisse les appeler directement mais il faut une grosse boîte pour avoir son médecin du travail c'est de moins en moins donc par courrier et il a mes coordonnées* »

Pour d'autres, c'est le patient qui fait le lien entre Médecin du travail et Médecin Généraliste.

M7 « *C'est plus euh le patient qui va s'orienter vers lui, moi je contacte exceptionnellement le médecin du travail* »

M11 « *Ben par le biais du patient forcément* »

M14 « *Enfin moi, la façon que j'ai de gérer ces patients-là, c'est souvent le patient qui est intermédiaire entre les deux.* »

Freins

Ces échanges étaient décrits comme laborieux.

M13 « *Je dirais que ça prend du temps. Enfin voilà ça me paraît pas être la solution à court terme.* »

M14 « *Mais je pense que ça peut être suivant les patients, ça peut être plus ou moins long* »

Une préoccupation était aussi le souci du secret médical qui restreignait leurs échanges.

M4 « *Mais moi dans l'autre sens ça n'arrive jamais hein, on n'a pas le droit* »

M14 « *Bah le secret médical qui est à moitié partagé, c'est-à-dire que nous on ne peut pas leur donner d'information* »

B. Avec le psychologue

Pour certains, les échanges avec les psychologues étaient complexes.

M6 « *A condition qu'ils se mettent à notre portée ces...ces psychologues du travail, qu'ils soient pas dans des trucs où on comprend pas toujours tout ce qu'ils disent hein* »

VII. Connaissances et formation des médecins généralistes

1. Formation

A. Facultaire

La formation facultaire était souvent considérée insuffisante.

- M1** « *Formation initiale on n'est certainement pas préparé à ce genre de chose* »
- M9** « *On a très peu étudié sur notre formation en MG le burn out professionnel ou le vécu des patients sur leur lieu de travail* »
- M11** « *Ah bah je trouve que c'est médiocre* »

Certains ne se sentaient pas armés pour ces prises en charge.

- M7** « *Je manque parfois un peu d'outils, un peu d'armes, ça je le reconnais clairement* »
- M8** « *tu te retrouves à faire de la psychothérapie en MG mais je pense qu'on n'a pas les outils.* »

D'autres estimaient avoir acquis des connaissances.

- M7** « *Peut-être qu'après ce qu'on nous a appris, même si c'était pas suffisant pour gérer à 100% ça a servi de base et de socle* »
- M8** « *C'est juste qu'on a du mal à mobiliser les connaissances qu'on a mais on les a.* »

B. Formation continue

 FMC :

Certains médecins participaient à des FMC.

- M1** « *Nous l'avantage c'est qu'on fait de la formation médicale continue donc on revoit ce genre de choses de façon régulière* »
- M4** « *Et on s'était rendu compte que la FMC avait été super importante et intéressante* »

Certains désiraient approfondir leurs connaissances dans ce domaine.

M7 « *Je me suis pas formé, parce que peut-être que ce serait un sujet intéressant à développer* »

M13 « *Je pense que j'ai besoin de me former là-dessus* » « *Je voudrais être plus active là-dedans et avoir plus de cordes à mon arc quoi* »

D'autres non.

M4 « *Après j'irais pas forcément faire des formations...j'irais pas faire des semaines de formation euh sur la souffrance au travail* »

Outils numériques

M11 « *Il y a des blogs en Médecine Générale (...). Sans ça je pense que je serais toujours autant perdue qu'à la fin de ma formation.* »

Stages

Certains praticiens ayant effectué des formations pratiques en étaient satisfaits.

M8 « *La formation que j'ai fait en thérapies brèves, ça m'a aidé à avoir un discours plus carré et à avoir les outils* »

M13 « *Ce qui m'a aidé moi c'est mon stage en psychiatrie* »

C. Expérience

Beaucoup relataient l'apprentissage directement sur le terrain.

M2 « *T'apprends beaucoup sur le tas je pense* »

M6 « *On se forme sur le tas avec les années, les patients* »

M15 « *On avance avec nos gens et on apprend avec eux* »

Cela ne semblait pas toujours suffisant.

M4 « *On s'était rendu compte qu'il y avait beaucoup de questions de confrères euh même, même âgés hein donc avec de la bouteille qui finalement savaient pas, qu'on pouvait faire comme ça, et qu'il y avait tel recours (...)* »

2. Aspect social

Le monde de l'entreprise paraissait étranger.

M6 « Surtout on n'est pas du tout formé en tant que médecin aux réalités économiques et au fonctionnement des entreprises »

Les conséquences financières d'un AT pour le patient étaient peu connues.

M2 « Si t'as un arrêt long quelles seront les conséquences de l'arrêt long pour le patient euh tu vois sur le plan financier »

M5 « Sur le plan des droits que ça ouvre ou que ça ferme pour le patient moi je me sens pas très compétent »

3. Aspect législatif

 Secret médical

M4 « Pour l'instant c'est comme ça mais c'est bête, mais il y a un secret professionnel donc on n'a pas le droit »

Certains avaient des connaissances approximatives à ce sujet.

M5 « Je ne sais pas à quel point ils sont tenus au secret eux par rapport à aux situations professionnelles compliquées »

M6 « Alors je sais pas trop comment ça peut être pratico-pratique euh... Qu'est-ce qu'on a le droit de faire »

M14 « Bah le secret médical qui est à moitié partagé, c'est-à-dire que nous on ne peut pas leur donner d'information (...) On peut vite faire une boulette »

Les demandes de certificats pouvaient poser problème.

- M4** « Euh avant, motif d'arrêt, alors on met pas souffrance au travail hein normalement légalement on n'a pas le droit »
- M6** « Sur le plan médico-légal c'est toujours un peu compliqué de répondre à leur demande. (...) En restant dans le...dans la légalité de ce qu'on a le droit de certifier ou de pas certifier »

✚ Procédures judiciaires :

Dans une optique de traçabilité, le Médecin du travail devait être au courant.

- M4** « Faut que ce soit dans le dossier à la médecine du travail, on sait jamais si on va aux Prud'hommes, s'il y a des démarches plus euh légales. »

✚ Méconnaissance des recours

Certains regrettaient un manque de notions judiciaires.

- M11** « Comment ça se passe si y'a une procédure prud'hommale qui est déclenchée globalement avec du recul hein mais comment ça se passe , (...), ça peut être judicieux d'avoir des info quand même, tu vois générales en fait.
- M13** « Par contre je me suis sentie un peu limitée... quant aux...aux éventuels recours judiciaires »

DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces de l'étude

Le sujet du stress au travail est d'actualité, d'autant plus depuis le début de la pandémie du Coronavirus, qui a entraîné une modification importante des méthodes de travail et un stress accru chez certains patients. L'intérêt de notre travail a été de laisser la parole aux médecins, afin de mieux cerner leurs attentes et éventuelles lacunes dans la prise en charge de ces patients. Le but de cette démarche est d'améliorer la prise en charge de ces patients en soin primaire.

Il a été choisi de réaliser une étude qualitative pour explorer les représentations et ressentis des médecins sur un sujet délicat à aborder par questionnaire standardisé quantitatif.

Caractéristiques de l'échantillon :

Le recrutement a eu lieu en milieu rural, semi-rural et urbain, ce qui a permis de toucher un ensemble de médecins dont les formations, visions et modes d'exercice sont différents. De plus, le fait de recruter des MSU et non MSU avait pour but de ne pas sélectionner un échantillon de praticiens uniquement universitaires.

L'âge, le sexe et le fait d'avoir réalisé des DU ou autres formations a également été pris en compte pour essayer de diversifier au maximum les profils des participants.

Toutefois, nous n'avons pas pour but d'en faire un échantillon représentatif de la population, non nécessaire à la recherche qualitative.

La plupart des médecins interrogés reçoivent régulièrement des patients en situation de stress professionnel et ont donc une bonne connaissance de la souffrance au travail.

✚ Conditions d'entretien :

Les entretiens ont été réalisés selon le choix des participants, soit à leur cabinet, soit à la faculté pour l'un d'entre eux. Il s'agissait donc d'un environnement familier, leur permettant de se sentir à l'aise durant l'entretien.

Les entretiens semi-dirigés laissaient aux participants une grande liberté d'expression.

De plus, le sujet de l'étude n'a pas été révélé aux généralistes avant l'entretien, afin d'éviter qu'ils s'y préparent.

2. Faiblesses

✚ Caractéristiques de l'échantillon :

Tout d'abord, il existe un biais de sélection puisque les médecins n'ont pas été choisis au hasard, mais dans le but d'avoir des profils variés. De plus, les médecins interrogés étaient bien sûr tous volontaires, ce qui peut présupposer d'un intérêt pour le sujet du stress au travail. Nous pouvons donc parler d'un biais de volontariat.

✚ Conditions d'entretien :

S'agissant de mon premier travail de recherche et n'ayant jamais réalisé d'entretiens semi-directifs auparavant, il est possible que mon manque d'expérience lors des premiers entretiens ait pu influencer les interviewés.

Un biais d'enquêteur a pu apparaître, c'est-à-dire l'influence involontaire du chercheur sur la personne interviewée. En dépit de ma volonté de poser des questions les plus neutres possibles, leur formulation et le ton utilisé ont pu influencer les personnes interrogées.

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

De plus, le fait de connaître certains des médecins a pu influencer la manière avec laquelle j'ai posé les questions, et potentiellement leurs réponses.

Certains entretiens ont été interrompus par des appels téléphoniques ou l'irruption d'une tierce personne, ce qui a pu influencer leur déroulement.

Afin de ne pas altérer le naturel de l'entretien, il a été décidé de ne pas prendre de notes durant l'interview. Toutefois, le fait d'enregistrer les entretiens a pu également troubler les interviewés et influencer leurs réponses, même si tout était mis en œuvre pour que l'enregistrement soit le plus discret possible.

Par ailleurs, en raison de la pandémie, certains entretiens ont dû avoir lieu par téléphone pour trois d'entre eux et en visioconférence pour trois autres. Les entretiens ayant eu lieu par téléphone ne permettant pas d'observer le langage non verbal, cela a pu constituer un biais.

Le biais de mémoire explique que l'enquêteur peut négliger ou oublier une partie de l'entretien. Ce biais était limité par l'enregistrement de chaque interview puis une retranscription des verbatims.

Le biais d'interprétation, indissociable de l'analyse qualitative, est lié au chercheur. Les entretiens et la retranscription en verbatim ont été effectués par une seule personne.

Dans l'espoir de limiter ce biais, une triangulation des données a été effectuée : un de mes co-internes a donc analysé dix entretiens sur les quinze réalisés, afin d'en tirer ses propres étiquettes et propriétés. Après quoi nous avons comparé nos résultats, afin d'être certains que plus aucune nouvelle propriété n'émergeait du matériau collecté. Nous avons ainsi atteint une saturation des données.

II. Les atouts des médecins généralistes

1. Relation privilégiée avec le patient

Comme décrit dans certaines études (27), le médecin généraliste entretient une relation très particulière avec son patient : ancienne, et de confiance. Etant parfois le « médecin de famille » depuis plusieurs générations, il voit ses patients grandir et évoluer. Cette relation privilégiée a été mise en avant par de nombreux médecins comme un atout primordial lors d'une situation de souffrance au travail.

Elle facilite le repérage des signes précurseurs chez un patient qu'on connaît bien, et permet une adaptation « sur mesure » de la prise en charge thérapeutique.

Le médecin généraliste considère comme important d'être au courant de la situation professionnelle de son patient, c'est une question qui est souvent posée systématiquement lors d'une première consultation.

Il est décrit comme au cœur de la prise en charge, avec un rôle d'accompagnement global du patient : sur les plans somatique, mais aussi psychologique et social.

Leur rôle comprend une écoute bienveillante, mais est également fréquemment citée la psychothérapie de soutien.

Parfois, cette relation de confiance mutuelle semble presque poser problème, car certains patients sont si à l'aise avec leur médecin qu'ils ne souhaitent pas consulter d'autres professionnels de santé, comme par exemple un psychologue.

2. Situation fréquemment rencontrée

La souffrance au travail est un motif de consultation fréquemment rencontré chez le médecin généraliste. Cela peut expliquer que beaucoup de médecins disent s'être formés « sur le terrain », avec leurs patients.

Selon une étude danoise publiée en 2018, 2% de la population en âge de travailler a consulté au moins une fois son médecin traitant sur une période de 6 mois pour un motif d'ordre psychologique (37).

D'après la cinquième enquête Eurofound (38), 18% de travailleurs dans l'Union Européenne à 27 se déclarent insatisfaits de leur équilibre Vie Professionnelle-Vie privée.

L'importance du rôle joué par le médecin généraliste dans la prévention et le dépistage de ces situations est donc majeure.

III. Connaissances

A. Formation

La plupart des médecins interrogés estiment ne pas avoir été correctement formés sur la souffrance au travail, et s'être formés « en pratiquant ».

Cette notion se retrouve notamment dans une étude qualitative réalisée en 2007 auprès de médecins généralistes du sud-Est de la France, où les médecins généralistes déclarent une faiblesse de la formation initiale et une formation continue plutôt faite sur le tas (39).

Dans la thèse de Mathilde Habert soutenue en 2006, les mêmes notions sont présentes : 72 % des MG déclarent s'être formés sur le tas et 36 % déclarent ne pas avoir de connaissances sur ce type de souffrance (8).

A noter que malgré l'abondance de littérature sur la souffrance au travail, il existe peu de données sur sa prise en charge par le médecin généraliste.

Certains sites sur ce sujet se sont développés, tels que www.souffrance-et-travail.com (40) et www.atoutsante.com(41), qui donnent quelques informations pratiques.

Le sujet du stress au travail est particulièrement adapté à une formation en FMC. A noter qu'il existe également en distanciel une AUEC « Soigner le stress et l'anxiété »(42).

B. Caractéristiques des patients touchés par le stress

Pour les médecins généralistes, tous les métiers sont touchés, et aucun milieu socio-économique n'est épargné, toutefois certains notaient une prédominance féminine, comme confirmé par certaines études (43).

Effectivement, selon la revue Prescrire, dans environ 6 cas sur 10, les troubles psychiques concernent des femmes, en lien avec leur plus grande présence dans les métiers à risque (44).

Les symptômes qu'ils mettaient en lien avec le stress étaient majoritairement les troubles

du sommeil et les TMS, en particulier les lombalgies.

Selon une étude de l'INSERM (45) réalisée en 2012, le lien entre accidents cardiovasculaires et le « job strain », c'est-à-dire la tension au travail, est confirmé. Les études montrent que le risque de crise cardiaque est 23% plus haut chez les personnes exposées au stress.

C. En termes de coordination des soins

Les deux acteurs les plus fréquemment cités étaient le médecin du travail et le psychologue. Leurs rôles sont bien connus, et la plupart des médecins y ont facilement recours, même si pour eux il ne s'agit pas d'une solution en soi, et pas d'une solution à court terme.

Dans une étude qualitative réalisée en 2007 dans le sud-est, le médecin du travail est identifié comme « un acteur incontournable de la santé au travail, tant pour son expérience de l'entreprise que pour ses connaissances administratives, en santé publique et sur les liens entre pathologies » (39).

Toutefois, certains a priori persistent, particulièrement envers le médecin du travail, parfois vu comme possiblement partial, car travaillant pour l'entreprise.

D'autres acteurs sont également évoqués : syndicats, MDPH, avocats, parfois de façon floue quant à leurs rôles.

Le psychiatre est évoqué de façon inégale, et associé à un cas « sévère », ou lorsqu'un traitement anti-dépresseur doit être mis en place.

Globalement, la volonté de travailler en réseau avec différents acteurs et notamment le médecin du travail est souvent évoquée, mais paradoxalement, tous les médecins n'adressaient pas leurs patients à ces spécialistes.

IV. Difficultés concrètes rencontrées

1. En termes de coordination des soins

D'après une étude réalisée parmi 121 médecins généralistes du Nord-Pas de-Calais (46), ces derniers se retrouvent souvent seuls à gérer les patients souffrant de troubles anxieux et dépressifs.

A. Délai de consultation

Les Médecins Généralistes relatent la longueur des procédures, souvent due à un manque de professionnels, que ce soit pour le Médecin du travail, les psychologues libéraux, ou encore les CMP.

Cela peut expliquer le sentiment d'isolement lors de ces prises en charge, qu'ils doivent assumer seuls au début.

B. Coût

Le coût non négligeable des psychothérapies en libéral a été cité comme un frein pour beaucoup de médecins. Au prix élevé du psychologue libéral s'opposait la liste d'attente du CMP, qui manque de professionnel et de moyens.

Or, si les troubles psychiques d'origine professionnelle sont considérés comme des TA, il est donc indiqué d'envisager une psychothérapie par TCC.

Selon les zones géographiques et les praticiens, le tarif de la consultation avec un psychologue varie sensiblement (47) :

- A Paris : entre 50 et 120€ la séance.
- En province : 40 à 90€ en moyenne.

Les consultations chez un psychologue sont remboursées uniquement si le patient respecte le parcours de soins coordonnés (c'est-à-dire après consultation avec son médecin traitant) et si le praticien exerce au sein d'un CMP ou d'un établissement public, comme un hôpital (47,48).

Certaines mutuelles proposent des forfaits prévus spécifiquement. Ils possèdent généralement deux limites :

- Le prix de la consultation (50€ en moyenne)
- Le nombre de séances (4 à 5 par an)

Le sujet du remboursement par la Sécurité Sociale des psychothérapies réalisées par les psychologues formés sur prescription médicale, a été abordé lors du Ségur de la santé en juillet 2020 et suscite aujourd'hui des débats(49).

C. Difficultés de communication

Inaccessibilité du Médecin du travail :

Une impression d'inaccessibilité du Médecin du travail est souvent retrouvée parmi les médecins généralistes interrogés. D'une part, parce que le salarié ne connaît souvent pas le médecin du travail dont il dépend, d'autre part parce que les médecins généralistes ne disposent d'aucune coordonnée pour les joindre.

Selon la thèse de Mathilde Habert (8), les médecins généralistes trouvent que le médecin du travail est « difficile à identifier, difficile voire impossible à joindre ».

Toutefois beaucoup de médecins généralistes ont pour habitude de lui envoyer un courrier par l'intermédiaire du patient, se rendant ainsi disponible pour échanger à ce sujet.

Les échanges entre médecin du travail et médecin généraliste sont décrits comme rares mais très fructueux.

Secret médical :

Un autre écueil dans la communication avec le Médecin du travail est le secret professionnel. Beaucoup s'interrogent sur ce qu'ils ont ou non le droit de communiquer au médecin du travail.

Le secret partagé permet la communication entre professionnels intervenant auprès d'une même personne. Il s'applique à des professionnels lorsqu'ils appartiennent à la même équipe de soins ; les informations sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe.

Or, le médecin du travail et les médecins soignants ne font pas partie de la même équipe de soins, au sens de l'article L.1110-12 du code de la santé publique (50).

En pratique, les modalités diffèrent selon que c'est le médecin du travail ou le médecin soignant qui veut communiquer. Le médecin du travail peut plus facilement communiquer des informations au médecin traitant, s'il dépiste ou suspecte une pathologie. En revanche, le médecin traitant ne peut pas communiquer des informations médicales directement au médecin du travail car il prend le risque de poursuites ordinaires, qui pourraient aboutir, pour violation du secret médical.

Le médecin généraliste a donc intérêt à remettre les informations médicales pour le médecin du travail au patient, qui servira d'intermédiaire.

Toute liaison entre le médecin du travail et le médecin traitant nécessite donc l'information et le consentement du salarié.

Entre la méfiance qui peut parfois persister vis-à-vis de l'impartialité du médecin du travail, son inaccessibilité, et les délais de consultation jugés tardifs, ce sont autant de critères qui peuvent expliquer pourquoi les médecins généralistes ne lui adressent pas systématiquement leurs patients en souffrance professionnelle.

2. Le manque de valorisation financière

Comme expliqué ci-dessus, les délais de consultation en CMP ou psychologues libéraux impliquent souvent que le médecin généraliste se retrouve à assumer le suivi régulier de souffrance au travail, ce qui a été qualifié de chronophage par presque tous. Par « manque de temps », on devine que l'un des problèmes sous-jacents, comme certains l'ont évoqué, est l'absence de rémunération de ces consultations longues.

En effet, la seule valorisation de consultation « psychiatrique » est l'évaluation de la dépression, cotable ALQP003, rémunérée à 69,12 Euros et possible seulement une fois par an et par patient (51).

Or, la plupart des Médecins Généralistes n'utilisent pas l'échelle du Hamilton, qui est jugée trop stéréotypée, manquant de naturel.

Un médecin a déclaré ne l'utiliser que pour rentabiliser ces consultations, ne la jugeant personnellement pas adaptée à sa pratique.

Une piste d'amélioration afin d'encourager les prises en charge de ces patients par les médecins généralistes pourrait donc être une nouvelle cotation CCAM adaptée à leurs besoins, prenant en compte le temps d'évaluation long de ces patients, ainsi que leur suivi régulier.

3. Instances administratives

Arrêt de travail :

Un AT paraissait souvent incontournable, si ce n'est indispensable. Mais une crainte commune à tous est la pérennisation de cet arrêt de travail, qui n'est pas vu comme une solution en soi.

D'après Prescrire, les AT sont en moyenne de 112 jours pour les troubles psychiques reconnus comme accidents de travail et de 400 jours en cas de maladie professionnelle, soit deux fois plus longtemps que pour l'ensemble des accidents du travail toutes causes confondues (44).

D'après notre étude comme dans d'autres (52), l'AT est donc à double tranchant : il permet dans un premier temps de supprimer la cause de la souffrance en permettant une réflexion et un repos psychologique.

Toutefois il risque de figer la situation sans apporter de solution concrète, ce qui peut mener à la prolongation « indéfinie » de l'arrêt.

Il peut donc paraître pertinent d'en limiter la prescription à quinze jours dans un premier temps, afin de réévaluer le patient, et de rester dans une dynamique active de résolution de problème.

Certificat médical :

Certains médecins éprouvent des difficultés à rédiger des certificats à la demande des patients. A noter qu'il ne peut y transparaître aucun jugement, tel que « harcèlement ».

Le médecin doit émettre des propos neutres, et citer les propos du patient entre guillemets.

Reconnaissance en maladie professionnelle :

En 2018, les troubles psychiques ne figurent dans aucun tableau de maladie professionnelle (44). Ils peuvent toutefois être pris en charge au titre d'une maladie professionnelle dans le cadre des maladies « hors tableaux ». Deux conditions sont nécessaires :

- Les troubles psychiques doivent entraîner une IPP (Incapacité Permanente Prévisible) d'au moins 25% ou la mort
- Un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles doit établir un « lien direct et essentiel » entre les troubles psychiques et le travail du salarié.

En 2016, il y a eu 600 cas de troubles psychiques reconnus au titre de maladies professionnelles. Ce chiffre est en hausse en France, et augmente à 806 en 2017 (44).

MDPH :

Le recours à la MDPH a été cité parfois.

Le médecin peut être conduit à effectuer une demande de Reconnaissance en Qualité de travailleur handicapé (RQTH), afin de faire reconnaître officiellement par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) son aptitude au travail, suivant ses capacités liées au handicap (53).

Le médecin conseil :

Il est vu comme le « contrôle » de la sécurité sociale, et comme un frein à la prise en charge des patients qui nécessitent parfois des AT longs.

V. Le monde du travail

1. L'impact des conditions de travail

La productivité au premier plan

Au cours des entretiens, la plupart des médecins généralistes ont décrit des conditions de travail difficiles pour leurs patients, responsables de leur souffrance. Ils mettaient également en avant le fait que pour l'employeur, la rentabilité et la productivité priment, au détriment de la santé de leurs travailleurs.

Toujours d'après l'enquête Eurofound (38), en 2010, la proportion des salariés qui doivent respecter des normes précises de qualité dans leur travail s'élève à 74%.

D'après les résultats de l'enquête Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels (SUMER) réalisée entre avril 2016 et septembre 2017 (22), sur 33600 salariés, plus d'un tiers des salariés déclare devoir respecter des normes de production ou des délais « d'une journée au plus ». De plus, 66% des salariés jugent qu'on leur demande de travailler très vite et 35% jugent qu'on leur demande une quantité excessive de travail.

Au durcissement des conditions de travail et à cette exigence toujours plus haute (54) s'ajoute la peur de ne pas conserver son emploi dans un contexte économique défavorable, ce qui pousse les salariés à supporter malgré eux des conditions de travail défavorables.

On retrouve cette notion dans l'étude Santé et Itinéraires Professionnels (SIP) de 2007 (55) : pour les auteurs, la précarité de l'emploi est un facteur de risque pour la santé, car non maîtrisé par le salarié. D'après cette étude, 23 % des salariés ont déclaré travailler « toujours » « souvent » ou « parfois » avec la peur de perdre leur emploi.

✚ Les relations interpersonnelles :

Un élément majeur mis en évidence par les Médecins Généralistes était les conflits relationnels, majoritairement hiérarchiques. Certains, peu nombreux, évoquaient la maltraitance entre collègues.

D'après l'enquête SUMER (22) 24,9 % des salariés estiment avoir un contrôle permanent exercé par la hiérarchie et 15,1% déclarent subir des comportements hostiles actuellement. Toutefois, lorsqu'il se produit quelque chose d'anormal dans leur travail, près d'un quart des salariés fait appel à des collègues pour les aider à régler le problème.

✚ Le manque de reconnaissance :

Pour plusieurs médecins généralistes, un autre élément important était le manque de reconnaissance du travail du salarié par l'employeur.

De même, certains décrivaient une volonté de l'employeur de pousser l'employé à la démission, notamment en lui confiant des tâches inintéressantes ou inadaptées à son poste, (« mise au placard » volontaire) ou en émettant des sanctions injustifiées envers lui.

Ceci nous permet de conclure que les conditions de travail ont un rôle indiscutable, aussi bien d'après notre étude que dans la littérature, dans l'origine de la souffrance au travail.

2. Focus covid

Depuis la période du coronavirus, le stress au travail a également augmenté, et d'autant plus que le télétravail s'est particulièrement développé.

Les longues périodes d'isolement et l'incertitude liée au futur aggravent les conditions psychologiques des travailleurs, en particulier les jeunes (56).

Toutefois, une étude réalisée sur les travailleurs chinois ne retrouve pas, contrairement à ce qui pouvait être attendu, de majoration des symptômes psychiatriques lors du retour au travail (57).

De plus, pour des raisons de distanciation sociale afin de maîtriser l'épidémie, de nombreux travailleurs ont effectué du télétravail, ce qui a pu générer d'autres complications. Une étude effectuée dans deux universités espagnoles retrouve notamment une hausse des douleurs musculosquelettiques chez ces travailleurs (58).

VI. Modification pour la pratique courante

Dans un objectif d'optimisation de la prise en charge de ces patients, nous avons essayé de regrouper en un guide synthétique les informations qui semblent utiles à la pratique courante des médecins généralistes.

PROPOSITION DE RECOMMANDATIONS A L'USAGE DES MEDECINS GENERALISTES

LE STRESS AU TRAVAIL : COMMENT LE GERER AU CABINET ?

LE DEPISTER

- Les patients parlent peu de leur stress professionnel, il est donc vital que le médecin généraliste **aborde le sujet** et le **recherche activement**.
- **Poser la question** de l'activité professionnelle systématiquement à la première rencontre avec le patient, puis de l'aborder régulièrement par la suite, avec une simple question « Comment ça va au travail ? » qui permet au patient de saisir cette opportunité d'en parler s'il le souhaite.
- Le médecin généraliste doit donc être conscient des situations à risque d'engendrer un stress professionnel pour les rechercher : un surmenage, une insatisfaction professionnelle, des conflits relationnels.

COMMENT EVALUER ?

En premier lieu : évaluer le **risque** immédiat suicidaire.

Evaluer le **retentissement** sur la vie privée du patient : loisirs, soutien social.

Quelques échelles peuvent se révéler utiles et faciles à mettre en œuvre au cabinet :

- **Test sur la qualité de vie au travail** (Annexe 4) accessible en ligne <http://www.iris-st.org/questionnaire/stress/>, qui permet de débiter une réflexion sur le stress au travail (non corrélé à un trouble dépressif).
Ce test peut être intéressant dans une optique de dépistage.
Interprétation (59) : plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie du patient.
 - Zone verte (de 50 à 100) : la qualité de vie au travail est bonne.
 - Zone jaune (entre 25 et 50) : améliorations possibles dans certains domaines.
 - Zone rouge (<25) : nécessité d'une intervention.
- **Le Dossier d'aide à la décision face aux souffrances morales alléguées d'origine professionnelle (DADSMOP)(52)** (Annexe 5) , permet d'évaluer la souffrance morale du patient et l'intérêt d'un arrêt de travail via la constitution de profils.
- **L'échelle du Hamilton** (60) <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>. Plus le score est haut, plus la dépression est grave.
 - De 10 à 13 : symptômes légers
 - De 14 à 17 : légers à modérés
 - >18 : modérés à sévères

PRISE EN CHARGE

- ✚ Intérêt d'un **arrêt de travail temporaire** : débiter par 15 jours paraît adapté, puis revoir le patient régulièrement pour le réévaluer et prolonger si besoin.

- ✚ Place importante de la **psychothérapie** : le stress au travail étant considéré comme un trouble de l'adaptation, une psychothérapie par TCC paraît indiquée.
- ✚ **Médication non systématique, progressive** : si aucun passif de prise d'anxiolytique, commencer si possible par de la phytothérapie, puis augmenter par palier avant de prescrire des benzodiazépines.
Attention à la dépendance liée aux benzodiazépines et hypnotiques, prescription courte si nécessaire.
- ✚ Un antidépresseur peut s'avérer nécessaire en cas de persistance de symptômes dépressifs.

NB : une benzodiazépine pendant une courte durée a une balance bénéfices-risques acceptable. Il y a peu de données pour étayer la place des antihistaminiques H1 tels que l'hydroxyzine dans l'anxiété. L'hydroxyzine expose à des risques de réactions allergiques et à des troubles du rythme cardiaque (61)

COORDINATION DES SOINS

Les interlocuteurs à disposition :

- Médecin du travail
- CMP, avec annuaire : <https://www.f2rsmpsy.fr/annuaire-des-CMP>
- Psychologue
- CCPP (35) : CCP LILLE Pathologies professionnelles et Environnement
CHRU de Lille 1 avenue Oscar Lambret CS 70001 59037 LILLE Cedex
Tél. : 03 20 44 57 94 – Fax : 03 20 44 55 91

FORMALITES ADMINISTRATIVES

✚ **Certificat médical :**

Y rapporter les dires du patient sur le **mode déclaratif** et **entre guillemets**.

Ne pas se prononcer sur la réalité des faits, ni sur la responsabilité d'un tiers.

Ne pas utiliser les termes de harcèlement à visée diagnostique.

Des exemples de certificats sont disponibles sur le site souffrance et travail à l'adresse suivante (40) : <https://www.souffrance-et-travail.com/infos-utiles/modeles-lettres/pour-professionnels-sante/certificats-medicaux/>

✚ **Procédure de reconnaissance en maladie professionnelle (62) :**

Concernant le stress au travail, seuls les épisodes dépressifs majeurs (EDM) et le trouble anxieux généralisé (TAG) peuvent être reconnus. Le burn out, le trouble de l'adaptation ou les états anxiodépressifs ne sont pas reconnus.

Dans les quinze jours suivant la cessation du travail, un formulaire en ligne doit être rempli (Annexe 7). Il faut joindre à ce formulaire les deux premiers volets du certificat médical initial et l'attestation de salaire établie par l'employeur. La CPAM a trois mois pour se prononcer.

✚ **Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé : (53)**

La demande doit être déposée auprès de la MDPH du lieu de résidence du demandeur, à l'aide d'un formulaire Cerfa. Il est conseillé de passer par l'intermédiaire du médecin du travail, qui dispose de formulaires spécifiques permettant de bénéficier d'une procédure accélérée. La durée de la RQTH est comprise entre un et cinq ans et c'est au salarié de renouveler sa demande si nécessaire.

CONCLUSION

La souffrance au travail est un problème fréquent, et un motif de consultation courant en médecine générale. Elle peut être associée à différentes pathologies et génère un coût important, aussi bien sur le plan économique que médical.

De caractère multidimensionnel, sa prise en charge nécessite donc la coopération de différents acteurs de santé.

Le médecin généraliste est régulièrement le premier interlocuteur du patient, et est au centre de sa prise en charge. Il a un rôle de prévention, puis d'organisation des soins. Or, malgré une bonne connaissance de la souffrance au travail, la coordination des soins reste souvent insuffisante. Le manque et la difficulté de communication entre les différents professionnels de santé peut en être une raison.

Une piste d'optimisation de ces prises en charge pourrait donc consister en l'amélioration de la formation des médecins généralistes, notamment concernant leurs recours possibles en termes d'interlocuteurs. Dans cette optique, un guide pratique à leur intention a donc été réalisé.

D'autres pistes évoquées par les médecins interrogés pourraient être l'intégration à leur logiciel métier d'un questionnaire systématique à ce sujet, ou encore l'élaboration d'un site dans le même esprit que Dermatoclic (63) ou Antibioclic (64).

De plus, étant donné le rôle primordial des médecins généralistes dans ces prises en charges, d'autres pistes pourraient être explorées. C'est un sujet qui semble notamment adapté à une FMC, avec l'intervention de psychiatres et de médecins du travail.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère du Travail. Conditions de travail : édition 2019 - [Internet]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/conditions-de-travail-edition-2019>
2. Hassard J, Teoh K, Cox T et al. Calculating the costs of work-related stress and psychosocial risks: literature review. [Internet]. Luxembourg: Publications Office; 2014 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <http://dx.publications.europa.eu/10.2802/20493>
3. 123RF. Système de réponse au stress. Le stress est la principale cause de niveaux élevés de la sécrétion de cortisol. Cortisol est une hormone produite par le cortex surrénalien. [Internet]. Disponible sur: https://fr.123rf.com/photo_44315542_système-de-réponse-au-stress-le-stress-est-la-principale-cause-de-niveaux-élevés-de-la-sécrétion-de-cortisol-cor.html
4. Gestion de la douleur en Thérapie Manuelle. Le parasympathique sacré : naissance de l'anatomie d'un mythe. [Internet]. Disponible sur: <https://gestiondeladouleurenthrapiemanuelle.wordpress.com/2018/11/08/le-parasympathique-sacre-naissance-de-lanatomie-dun-mythe/>
5. La rédaction des Editions Tissot. L'origine de la notion de stress : le modèle de Hans Selye et le « syndrome général d'adaptation » [Internet]. Éditions Tissot. Disponible sur: </actualite/sante-securite/l-origine-de-la-notion-de-stress-le-modele-de-hans-selye-et-le-syndrome-general-d-adaptation>
6. Lazarus R. Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company; 1984.
7. Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété par les TCC. Unité stress et anxiété CHRU de Lille - PDF Free Download [Internet]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/9598706-Gestion-du-stress-et-de-l-anxiete-par-les-tcc-dr-dominique-servant-dominique-servant-chru-lille-fr-unite-stress-et-anxiete-chru-de-lille.html>
8. Habert M. Aspects spécifiques de la souffrance morale liée aux conditions de travail : enquête en vue d'une réflexion sur une prise en charge par le médecin généraliste [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine] Paris VI; 2006.
9. Hobfoll S, Shirom A. Conservation of Ressources: A General Stress Theory Applied to Burnout. In: Professional Burnout : Recent Developments in Theory and Research. W.B. Schaufeli C.Malash T.Marek. 2001.
10. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain : Implication for job redesign. Administrative Science Quarterly. 1979;285-308.
11. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology. 1996;27-41.
12. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), C. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
13. Servant D, Raynal S. Trouble de l'adaptation avec anxiété et risques psychosociaux [Internet]. Les troubles anxieux. Lavoisier; 2014. Disponible sur: <https://www-cairn->

info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-troubles-anxieux--9782257204080-page-243.htm

14. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/en/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
15. INRS. Stress au travail. Effets sur la santé - Risques [Internet]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html>
16. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H et al. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI J.* 21 juill 2017;16:1057-72.
17. Chen S-W, Gau SS-F, Pikhart H et al. Work stress and subsequent risk of internet addiction among information technology engineers in Taiwan. *Cyberpsychology Behav Soc Netw.* 2014;17(8):542-50.
18. Trudel X, Brisson C, Milot A et al. Adverse psychosocial work factors, blood pressure and hypertension incidence: repeated exposure in a 5-year prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70(4):402-8.
19. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Anses. Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) | - [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9seau-national-de-vigilance-et-de-pr%C3%A9vention-des-pathologies-professionnelles-rnv3p>
20. INRS. Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir - Risques - [Internet]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
21. Gollac M. Le Rapport Gollac pour aider à la prévention des Risques Psychosociaux [Internet]. Disponible sur: <http://www.puzzle-concept.fr/gollac.html>
22. Memmi S, Rosankis E, Sandret N et al. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2017: comment ont évolué l'exposition des salariés aux risques professionnels sur les vingt dernières années? 2019;N°159.
23. Ferreira Carreira L, Younes N, Riviere M et al. Souffrance psychique liée au travail et caractéristiques du travail chez les salariés vus en consultation de médecine générale en Nord-Pas-de-Calais : étude Héraclès. *Arch Mal Prof Environ.* 2016;77(3) : 529-30.
24. Niedhammer I, Milner A, Geoffroy-Perez B, et al. Psychosocial factors at work from the job strain model and preventable mortality in France: The STRESSJEM prospective study. *Prev Med.* 2020;106178.
25. Debrand T. L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé. 2011;28.
26. European Agency for Safety and Health at Work., TC OSH., Birkbeck College University of London (BBK)., Robert Gründler and Danny Flemming, DGUV., Prevent. Calculating the costs of work-related stress and psychosocial risks: literature review. [Internet]. LU: Publications Office; 2014 [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2802/20493>

27. Thomas H, Best M, Mitchell G. Whole-person care in general practice: The doctor-patient relationship. *Aust J Gen Pract.* 2020;49(3):139-44.
28. Service-Public.fr. Médecine du travail [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2211>
29. Action Santé Travail. [Internet]. Disponible sur: <https://www.actionsantetravail.fr/page-48-0-0.html>
30. Centre de Gestion de la fonction publique. Rôle d'un psychologue du travail / Psychologue du travail / Santé au travail / CDG56 [Internet]. Disponible sur: <https://www.cdg56.fr/Sante-au-travail/Psychologue-du-travail/Role-d-un-psychologue-du-travail>
31. Site AFTCC. Carte des membres | [Internet]. Disponible sur: https://www.aftcc.org/carte_membres
32. Site des Etablissements Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise. La consultation en CMP [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.epsm-al.fr/le-guide-du-patient-et-de-son-entourage/la-consultation-en-cmp>
33. F2RSM Psy Hauts-de-France. L'annuaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/annuaire-des-CMP>
34. Direccte. Rôle inspection du travail - inspecteur du travail [Internet]. Disponible sur: <https://www.droit-travail-france.fr/role-inspection-travail.php>
35. ANSES. Les consultations de pathologie professionnelle.
36. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative Analyser sans compter ni classer. 2ème édition. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur;2019.
37. Lykkegaard J, Rosendal M, Brask K et al. Prevalence of persons contacting general practice for psychological stress in Denmark. *Scand J Prim Health Care.* 2018;36(3):272-80.
38. Agence Eurofound. 20 ans de conditions de travail en Europe: Premiers résultats (à partir de la 5ème Enquête européenne sur les conditions de travail: Résumé [Internet]. Disponible sur : <https://www.eurofound.europa.eu/fr/publications/resume/2010/working-conditions/changes-over-time-first-findings-from-the-fifth-european-working-conditions-survey-resume>
39. Saliba M-L, Iarmarcovai G, Souville M et al. Les médecins face à la santé au travail: une étude qualitative dans le sud-est de la France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 2007;55(5):376-81.
40. Souffrance et Travail | Ne restez pas seuls [Internet]. Disponible sur: <https://www.souffrance-et-travail.com/>
41. AtouSante. Santé au travail, médecine du travail : bienvenue sur AtouSante.com
42. Soigner le stress. Thomas PP. Responsables Pédagogiques. Disponible sur: www.soigner-le-stress.fr

43. Khireddine I, Lemaitre A, Homere J et al. « La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP », Bull Epidémiol Hebd. 2015;23 : 431-8 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel/documents/article/la-souffrance-psychique-en-lien-avec-le-travail-chez-les-salaries-actifs-en-france-entre-2007-et-2012-a-partir-du-programme-mcp>
44. Hausse des troubles psychiatriques connus d'origine professionnelle. Prescrire.2019;39(430):617-619.
45. Kivimäki M, Heikkilä K, Alfredsson L et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. LANCET. 2012;380(9852):1491-7.
46. Rivière M, Toullic Y, Lerouge P et al. Management of work-related common mental disorders in general practice: a cross-sectional study. BMC Fam Pract.2020;21(1):132.
47. AG2R LA MONDIALE Santé Prévoyance. Quel remboursement pour mes séances chez le psychologue ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/conseil-quel-remboursement-pour-mes-seances-chez-le-psychologue>
48. Santiane - Psychologue et psychiatre : quel remboursement ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.santiane.fr/mutuelle-sante/guides/psychologue-psychiatre-remboursement>
49. Dossier de presse. Ministère des solidarités et de la santé. SEGUR de la Santé. 2020 juill.
50. La Revue du Praticien. Avec qui et comment le médecin du travail doit communiquer ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/avec-qui-et-comment-le-medecin-du-travail-doit-communiquer>
51. Aide au codage. Code CCAM. ALQP003 Test d'évaluation d'une dépression [Internet]. Disponible sur: <https://www.aideaucodage.fr/ccam-alqp003>
52. NOELE EE. Etat des lieux de la coordination des soins dans la prise en charge de la souffrance au travail par le médecin généraliste : audit qualitatif auprès de 19 médecins du Nord des Hauts-de-Seine. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine] PARIS DIDEROT - PARIS VII; 2015.
53. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. Emploi et handicap : la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) [Internet]. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. 2021. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/rqth>
54. Baudelot C. Work related stress, sociological analysis. Soins Rev Ref Infirm. 2018;63(830):16-9.
55. ADISP (diffuseur), DREES - Ministère de la Santé (producteur). Santé et itinéraire professionnel - 2006 [Internet]. 2006. Disponible sur: <http://www.progedo-adisp.fr/enquetes/XML/lil.php?lil=lil-0772>

56. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F et al. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*.2020;17(21):1-22.
57. Tan W, Hao F, McIntyre RS et al. Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain Behav Immun*. 2020;87:84-92.
58. Rodríguez-Nogueira Ó, Leirós-Rodríguez R, Benítez-Andrades JA et al. Musculoskeletal Pain and Teleworking in Times of the COVID-19: Analysis of the Impact on the Workers at Two Spanish Universities. *Int J Environ Res Public Health*.2020;18(1):1-12.
59. Dupuis G, CLIPP. La qualité de vie au travail l'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©): bilan des connaissances [Internet]. Montréal: CLIPP; 2009. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1945593>
60. Echelle de Hamilton [Internet]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>
61. Hydroxyzine: préférer d'autres options. *Prescrire*. mars 2015;35 N°377.
62. Maladie professionnelle : démarches à effectuer [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F176>
63. Dermatoclic [Internet]. dermatoclic. Disponible sur: <https://www.dermatoclic.com>
64. Antibioclic : Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. Disponible sur: <https://antibioclic.com/>

ANNEXES

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Demander l'autorisation d'enregistrement. Évoquer l'anonymat.

But : évaluation du ressenti des médecins généralistes sur les prises en charge de patients en situation de souffrance professionnelle.

Questions générales :

- Quel est votre âge ?
- Sexe
- Où exercez-vous (ville) ? Est-ce un milieu rural, urbain ou semi-rural (inf à 5000 habitants) ?
- Exercez-vous seul ou en groupe ?
- Avez-vous un secrétariat ?
- Etes-vous MSU?
- Avez-vous fait des formations complémentaires ?
- Quelle est la durée moyenne (+/- le nombre) de vos consultations ?
- Travaillez-vous sur rendez-vous, en consultation libre ou les deux ? Cela a-t-il changé depuis la Covid ?

Questions :

1. Pour vous, qu'est-ce qu'un patient qui souffre de stress au travail ?
 - Comment le dépistez-vous ?
 - Quelles sont les conséquences de ce stress ?

2. Pouvez-vous me parler du dernier patient de ce type que vous avez pris en charge ?
 - Quel a été votre ressenti lors de cette consultation ?
 - Comment le sujet du stress au travail est-il abordé ?

3. Comment évaluez-vous ces patients ?
 - Que pensez-vous du Hamilton ? pourquoi ne pas l'utiliser ?
 - Qu'est-ce qui vous inquiète ou vous rassure dans l'évaluation de ces patients ?
 - Que pensez-vous de la médecine du travail ?

4. Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de patients en souffrance au travail ?
 - Quel discours avez-vous ?
 - Que pensez-vous de l'arrêt de travail ?
 - Quelle attitude avez-vous vis-à-vis des différentes thérapeutiques médicamenteuses ?
 - Comment suivez-vous ces patients ? A quelle fréquence ?
 - Quels interlocuteurs avez-vous ?

5. Que pensez-vous de vos connaissances dans la prise en charge de la souffrance au travail ?
 - Comment pensez-vous qu'on pourrait améliorer notre formation/prise en charge ?

6. Que penseriez-vous d'un guide pratique à l'usage des médecins généralistes pour vous guider dans vos prises en charge ?
 - Qu'aimeriez-vous y retrouver ?
 - Quelles seraient les conditions pour que vous l'utilisiez ?

Annexe 2 : Analyse thématique de notre étude (ci-dessous)

CONCEPTS	CATEGORIES	CODES OUVERTS	MEDECINS																		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
Représentation de la souffrance au travail par les médecins généralistes	Croyances répandues	Burn out facilement utilisé	X																		
		Factice vs vraie souffrance	X		X																
		Difficile à définir				X							X								
		Harcèlement souvent rapporté				X														X	
		Consulter rapidement	X			X															
		Indifférence de certains médecins											X		X						
		Employeur de mauvaise volonté			X	X								X							
		Touche tous les métiers													X						
		Rupture d'équilibre			X												X			X	
		Prédominance féminine			X																
	Fréquence	Motif de plus en plus fréquent	X								X	X	X	X					X		
	Manifestations cliniques du stress	Plaintes fonctionnelles	X	X			X		X								X				
		Troubles musculo-squelettiques							X	X	X										
		Douleurs chroniques								X		X									
	Pathologies associées	Stress comme facteur de risque				X															
		Dépression longue					X						X	X							
		Pathologie préexistante						X											X		
	Altération de la qualité de vie	Impact du travail sur la sphère privée	X				X		X			X				X			X		
		Troubles du sommeil	X	X		X			X	X				X	X				X		
		Anxiété anticipatoire				X			X	X	X	X		X	X						
		Dégradation de la vie familiale				X															
	La santé avant tout	Médecin conseil coercitif		X																	
		La santé avant l'argent										X									
	Performance professionnelle	Ne pas avoir envie d'aller travailler	X									X									
		Incapacité à travailler			X																
		Peur de la faute professionnelle								X						X					
		Demander un AT			X	X									X					X	

Prise en charge par le médecin généraliste	Prise en charge administrative/AT	AT limité dans le temps	X	X										X	X		X	
		AT nécessaire/inévitable	X	X	X			X										X
		Rupture complète avec le travail					X			X					X			
		AT pas une vraie solution						X										X
		AT protège le salarié							X						X		X	
		AT comme prescription médicale												X				X
		Dossier MDPH												X				
		AT non obligatoire													X			
		Renouveler l'arrêt de travail																X
		AT long d'emblée																X
	Prise en charge médicamenteuse	Limiter les anxiolytiques /prescription d'anxiolytiques courte /rare	X	X				X										
		Progression thérapeutique/ thérapeutique douce				X								X			X	X
		Le médicament n'est pas une urgence				X			X					X				
		Prescription facile d'hypnotiques				X												
		Anti D à prescrire tardivement/n'ose pas	X			X												X
		Prescription d'antalgiques						X										
		Non systématique											X					X
		Proposer de l'homéopathie													X	X		X
		Attention à la dépendance	X													X	X	
	Aide à l'orientation professionnelle	Décision de continuer ou changer de travail	X															X
		Nécessité d'un bilan de compétence/ Organismes de reclassement				X												
		Accompagnement global	X			X												
	Finalité de la prise en charge	Améliorer les conditions de travail au niveau collectif					X											
		Pas de solution évidente/ se sentir dépourvu						X	X				X	X	X			
		Ne pas agir dans l'intérêt financier du patient						X					X					
		Pas d'impact du Médecin du travail						X										
	Points de vigilance accrue	Tendance à être subjectif/ Rester neutre				X										X		X
		Ne pas détenir les faits objectifs										X					X	
		Risque suicidaire majoré chez les hommes							X									
		Danger de l'AT indéfini												X	X			
		Attention à la dépendance	X													X	X	

Connaissances des médecins	Méconnaissance des recours	« Je suis sûre qu'il y a plein de choses »	X																			
		Coordonnées syndicales			X																	
		Leviers judiciaires											X	X								
	Aspect légal	Contrôle de la Sécurité Sociale				X																
		Intérêt à prévenir la MT				X																
		Interdiction légale de contacter le MT				X		X														
		Incertitude liée au certificat médical						X	X													
		Manque de connaissance niveau législatif/procédures						X					X	X								
		Méconnaissance secret professionnel/ secret médical non partagé avec le MT						X													X	
	Aspect social	Méconnaissance du monde de l'entreprise						X														
		Ne pas agir dans l'intérêt financier du patient/ Conséquences monétaires					X	X					X									
		Quelles protections sociales ?											X									
		Ne pas connaître les conséquences de l'AT long		X																		
	Formation des médecins généralistes	FMC	X	X		X															X	
		Formation facultaire insuffisante	X	X				X	X		X	X	X	X								X
		Apprentissage sur le terrain	X					X	X											X		X
		Pas d'intérêt pour formation				X																
		Intéressé par une formation complémentaire							X		X									X		
		Expérience acquise insuffisante				X																
		Manquer d'outils							X	X												X
Estime avoir eu les connaissances								X	X													
Informations en ligne/via outils numériques													X									
Stage en psychiatrie/Formation complémentaire									X		X	X		X								

Annexe 3 : Résumés des entretiens

Entretien n°1 :

Le premier médecin est un homme de 65 ans exerçant avec deux collègues en milieu urbain. Il n'a pas de secrétaire et est MSU. Il est réflexif sur la notion de souffrance au travail, et distingue la « vraie » et la « fausse » souffrance. Selon lui, ces patients se présentent tardivement au cabinet, souvent avec des plaintes somatiques. Les principales causes de souffrance au travail évoquées sont le rythme de travail intensif et la pression hiérarchique. Il a un rôle d'investigation et d'accompagnement lors d'une réorientation professionnelle si besoin. Il n'utilise pas d'échelle, et ne rencontre pas de difficulté particulière pour évaluer ses patients car valorise la bonne connaissance de sa patientèle. Il prescrit facilement un arrêt de travail dans ces cas-là, et prescrit des anxiolytiques avec parcimonie.

Ce médecin ne pratique pas de psychothérapie au cabinet car ne considère pas que ce soit son rôle, mais il adresse facilement ses patients au psychologue, plus rarement au psychiatre en cas de stade évolué. Il a également recours au sophrologue et à des hypnothérapeutes. Il encourage la pratique du sport. En revanche, il a peu d'échanges avec le médecin du travail, par manque de connaissance de son identité.

Il serait intéressé par un guide pratique afin de guider sa prise en charge

Entretien n°2 :

Le médecin n°2 est une femme de 38 ans exerçant avec un collègue en milieu semi-rural. Elle n'a pas de secrétariat et ne possède pas de formation supplémentaire.

Elle adresse rapidement ses patients au médecin du travail en rédigeant un courrier. Selon elle, l'impact d'un médecin du travail à un autre est variable. Elle regrette le manque d'échanges, qui peuvent être riches lorsqu'ils ont lieu. Pour ce médecin la psychothérapie est nécessaire. Elle adresse au psychologue du travail, même si elle regrette des délais parfois longs, et au CMP local.

Selon elle, son rôle est l'accompagnement global de son patient, même si elle déplore un manque de moyens. Elle utilise des échelles uniquement pour évaluer la dépression.

De plus, elle prescrit facilement un AT, et réévalue régulièrement le patient. Elle essaie de limiter au maximum la prescription de benzodiazépines, et propose en première intention des thérapeutiques douces comme la phytothérapie. La gestion du temps de consultation est difficile. Pour elle, sa formation initiale est insuffisante, elle s'est formée par expérience sur le terrain. Elle serait intéressée par de plus amples informations sur l'aspect social de ces prises en charge.

Entretien n°3 :

Le médecin n°3 est un homme de 63 ans, qui exerce en cabinet de groupe avec deux confrères en milieu urbain. Il n'a pas de secrétaire. Il a effectué une formation en vertébrothérapie et possède un DU de Médecine du Sport.

Il connaît bien ses patients et leur fait confiance lors d'une plainte de souffrance au travail. Par contre, il regrette qu'ils consultent tardivement. Il n'utilise pas d'échelle standardisée et exprime un avis mitigé sur le médecin du travail. Ce médecin ne rencontre pas de difficulté particulière. Selon lui, l'arrêt de travail est incontournable, et il prescrit souvent un anxiolytique. Il estime ne pas avoir eu de formation dans ce domaine, mais ne souhaite pas la compléter.

Entretien n°4 :

Le médecin n°4 est un homme de 51 ans exerçant avec deux confrères en milieu urbain. Il a un standard téléphonique. Son épouse est médecin du travail et il se sent donc à l'aise dans ce domaine. Par contre, il souligne l'importance de rester neutre face au patient. Pour lui, la jeune génération est moins résiliente. Il adresse facilement aux organismes de reclassement professionnel.

Pour ce médecin, la principale difficulté concerne la gestion du problème au sein de l'entreprise. Il n'utilise pas d'échelle, et ne prescrit pas tout de suite de médicament. Il prescrit facilement un hypnotique pour une durée courte. Il prescrit un AT, en essayant qu'il ne se pérennise pas. Il valorise une écoute bienveillante, mais ne se sent pas compétent pour réaliser une psychothérapie, et estime ne pas en avoir le temps. Il adresse au médecin du travail, au psychologue libéral ou d'entreprise. Il souligne le secret médical non partagé avec le médecin du travail.

Il trouve les FMC intéressantes, mais ne souhaite pas faire d'autre formation dans ce domaine. Il utiliserait un guide fournissant des coordonnées de contacts locaux.

Entretien n°5 :

Le médecin n°5 est un homme de 38 ans exerçant avec trois confrères en milieu urbain. Il a un secrétariat tous les matins. Il est MSU, et possède un DU d'Antibiothérapie, un Master 1 en biostatistiques, et est train de rédiger une thèse de science en pédagogie médicale. Il souligne l'importance de rechercher activement le stress au travail et d'éduquer les patients en ce sens. Il pense que le médecin généraliste n'est pas consulté en premier recours. Ces consultations sont complexes pour lui, et il y passe du temps, en faisant attention aux transferts éventuels.

En revanche il exprime des difficultés quant à la rédaction de certificats médicaux demandés par les patients. Il interagit avec différents interlocuteurs : kinésithérapeute, sophrologue, psychologue, psychiatre, mais aussi des techniques de relaxation ou de méditation, et il encourage la pratique du sport. Il adresse un courrier à la médecine du travail. Il réalise une psychothérapie de soutien au cabinet et essaie d'imposer l'arrêt de travail au patient. Ce médecin peut prescrire des traitements symptomatiques, des benzodiazépines, mais essaie d'éviter les hypnotiques. Il utilise la grille d'évaluation de la dépression. Concernant la formation, il trouve qu'elle s'est améliorée depuis son internat à lui, et apprécierait un complément d'information sur le plan législatif.

Entretien n°6 :

Le médecin n°6 est un homme de 56 ans exerçant en milieu semi-rural avec une consœur. Il a un secrétariat à distance, est MSU et possède un DU de Soins palliatifs et un DU d'homéopathie. Il a exercé pendant quelques années la fonction de contrôleur médical, et en conclut que le milieu de l'entreprise est difficile, et que les médecins y sont peu formés. Pour lui, l'AT est systématique, et il réalise une psychothérapie de soutien et adresse au psychologue ou au CMP. Le recours au psychiatre est rare. Il peut adresser un courrier au médecin du travail, même s'il décrit un manque d'influence de celui-ci. Il prescrit facilement de la phytothérapie ou du Stresam, et essaie de limiter le Zopiclone. Il n'utilise pas d'échelle et préfère un entretien spontané avec le patient. Une difficulté rencontrée est la communication parfois complexe avec les psychologues du travail, ainsi que les solutions concrètes à apporter au patient. Ce médecin souligne l'importance de garder en tête la finalité de la prise en charge, qui doit rester dans l'intérêt du patient (notamment sur le plan financier), et pas uniquement le plan purement médical. Il n'est pas satisfait de sa formation, et estime s'être formé avec l'expérience. Il aimerait un complément d'information sur le plan médico-légal.

Entretien n°7 :

Le médecin n°7 est un homme de 32 ans exerçant en milieu urbain avec deux confrères. Il a une secrétaire et a effectué une formation de pédiatrie. Il a un rôle de dépistage du stress au travail, et accompagne de façon globale ses patients, sans utiliser d'échelle. Il contacte rarement le médecin du travail, ou alors par l'intermédiaire du patient. Il émet un doute sur l'impartialité de ce dernier. Il décrit une médecine à deux vitesses, due à des frais engendrés par le psychologue versus le CMP. Il prescrit des antalgiques, des anxiolytiques de façon ponctuelle, et parfois en cas de persistance des symptômes, des anti-dépresseurs. Il prescrit un AT court et réévalue les patients de façon régulière. Ce médecin a l'impression de manquer d'outils et souhaiterait éventuellement se former, même s'il pense avoir eu les connaissances nécessaires lors de ses études.

Entretien n°8 :

Le médecin n°8 est une femme de 32 ans exerçant avec deux collègues en milieu urbain. Le cabinet comporte un secrétariat et les consultations sont uniquement sur rendez-vous. Elle est MSU et a plusieurs formations à son actif : une AUEC de Pédiatrie, un DU de gynécologie, une AUEC Contraception et IVG et une formation sur les thérapies brèves. Concernant le retentissement du stress, elle n'utilise pas d'échelle mais déroule toujours le même interrogatoire systématisé. Elle évoque la nécessité d'éliminer avant tout un diagnostic différentiel somatique. Ce médecin travaille en réseau avec différentes structures : BAPU, CPSU, CP2A, psychologue. Concernant la psychothérapie, elle en pratique par nécessité mais ne se sent pas forcément ni compétente ni légitime à le faire. Dans un premier temps, elle n'adresse pas au médecin du travail, même si elle valorise une prise en charge pluridisciplinaire. Selon elle, l'AT permet de protéger le salarié d'une éventuelle faute professionnelle. Elle le prescrit de façon ponctuelle et réévalue rapidement le patient. Elle est vigilante vis-à-vis du risque suicidaire, qu'elle estime plus haut chez les hommes. Ce médecin ne prescrit aucun médicament en première intention, mais leur remet une fiche d'information sur le sommeil et les encourage à pratiquer du sport. Elle est satisfaite de sa formation facultaire mais aimerait se former en psychothérapie.

Entretien n°9 :

Le médecin n°9 est une femme de 32 ans exerçant avec un collègue en milieu semi-rural, dans un cabinet possédant un secrétariat à distance. Elle valorise la démarche de soin des patients qui viennent la consulter pour une souffrance professionnelle et n'utilise aucune échelle. Dans son expérience, les patients se présentent souvent avec des troubles musculo-squelettiques. Elle réalise une psychothérapie de soutien au cabinet et adresse également ses patients au psychologue, estimant les deux complémentaires. Elle adresse parfois au psychiatre en cas de persistance. Il lui semble important que le médecin du travail soit au courant de la situation du patient. L'arrêt de travail lui semble inévitable, mais elle effectue un suivi rapproché et encourage les patients à avoir des loisirs. Elle prescrit des anxiolytiques, parfois un antidépresseur. Ce médecin ne se souvient pas avoir été formée à ce sujet, et aimerait participer à une Formation Médicale Continue.

Entretien n°10 :

Le médecin n°10 est une femme de 51 ans exerçant dans un cabinet de groupe en milieu semi-rural. Elle a un secrétariat, est MSU et possède un DU de gériatrie ainsi qu'un DU de soins palliatifs. De plus, elle est diplômée de l'INMA (Institut national de Médecine agricole) et a travaillé comme médecin du travail à la MSA pendant plusieurs années. Elle note une hausse du nombre de consultations ayant pour motif un stress professionnel depuis la crise sanitaire. Selon elle, les patients présentent souvent des douleurs chroniques musculo-squelettiques et consultent tardivement. Elle n'utilise pas d'échelle particulière pour les évaluer mais essaie de cibler le retentissement du stress sur leur vie privée. De plus, elle prescrit un AT d'une quinzaine de jours et réévalue le patient. Pour ce médecin, la psychothérapie engendre des frais importants mais que les patients sont prêts à payer. Elle adresse au médecin du travail, mais déplore le suivi irrégulier qu'ils effectuent par manque de personnels et leur manque d'accessibilité. Elle interagit aussi avec l'inspection du travail. Ce médecin ne prescrit pas systématiquement d'anxiolytiques, et jamais d'antidépresseur tout de suite. Elle considère ne pas avoir été formée à ce sujet pendant ces études.

Entretien n°11 :

Le médecin n°11 est une femme de 35 ans exerçant avec une collègue en milieu urbain. Elle a un secrétariat et une formation de pédiatrie. Elle propose à ses patients divers recours : psychologue, méditation, yoga, sophrologie, pleine conscience. Ce médecin valorise la collaboration avec le médecin du travail et communique avec lui via le patient. Elle n'utilise pas d'échelle mais évalue le risque suicidaire. Elle prescrit un AT court et suit son patient régulièrement. L'anxiolytique est prescrit en fonction du patient, ce peut être de la phytothérapie ou une benzodiazépine. Elle considère la psychothérapie indispensable, mais dont le coût peut être un frein pour les patients. Elle s'est formée via des outils numériques car n'était pas satisfaite de sa formation initiale.

Entretien n°12 :

Le médecin n°12 est une femme de 44 ans exerçant dans un cabinet de groupe pluridisciplinaire en milieu semi-rural. Elle possède un DU d'ostéopathie et est MSU. Elle se sent parfois dépourvue dans ces prises en charge, et rapporte que ce sont des consultations très longues. Elle effectue une échelle uniquement pour la dépression. Selon elle, l'AT est fréquent mais pas systématique. Sa crainte est qu'il se pérennise. Elle ne donne jamais d'anxiolytique ou d'anti-dépresseur tout de suite, préférant les thérapeutiques douces à base de plantes. Elle adresse au psychologue uniquement en cas de persistance des symptômes. Elle adresse un courrier au médecin du travail. Pour ce médecin, réaliser une psychothérapie au cabinet n'est pas envisageable car trop chronophage.

Entretien n°13 :

Le médecin n°13 est une jeune femme de 29 ans venant de s'installer dans une MSP en milieu semi-rural. Une des difficultés de ce médecin est de ne pas trop s'impliquer émotionnellement dans ces situations, et elle peut se sentir démunie dans les aspects judiciaires. Elle ne trouve pas le Hamilton adapté à sa pratique, mais le cote afin de valoriser ces consultations longues. Elle conseille à ses patients de pratiquer une activité physique, et considère l'AT utile pour passer un cap difficile à condition qu'il ne soit pas indéfini. Elle peut proposer différentes thérapeutiques : de l'homéopathie aux benzodiazépines, en prévenant immédiatement du caractère ponctuel de la prescription, lié au risque d'accoutumance. Elle ne se sent pas assez compétente en psychothérapie, même si son expérience acquise lors d'un stage en psychiatrie l'a aidée à mieux appréhender ces situations. Elle adresse ses patients au psychologue, en déplorant des délais de consultation importants en CMP, et communique par courrier avec le médecin du travail. Elle serait intéressée par une formation complémentaire.

Entretien n°14 :

Le médecin n°14 est un médecin de 30 ans, récemment installé dans un cabinet de groupe en milieu semi-rural. Le cabinet est équipé d'un secrétariat. Il est MSU et a effectué un Master 1 de statistiques. Il adresse directement ses patients au médecin du travail, avec lequel il communique par courriers interposés. Pour lui, il existe une composante héréditaire anxieuse. Il prescrit un arrêt de travail pour mettre le patient à l'abri et les adresse facilement au CMP. L'arrêt est initialement long, souvent un mois d'office. Il n'utilise pas le Hamilton car doute de son impact sur la prise en charge. Il ne rencontre pas de difficulté particulière, mais ne se sent pas formé à la psychothérapie. De plus l'absence de sa valorisation financière constitue un frein à son utilisation en cabinet pour ce médecin. Il propose en priorité des thérapeutiques douces, et prévient immédiatement du risque de dépendance lié aux benzodiazépines en cas de prescription nécessaire. Il n'instaure pas d'antidépresseur, considérant que s'il est indiqué, l'avis d'un spécialiste est requis auparavant. Il ne se sent pas en difficulté dans ces prises en charge mais aimerait avoir plus d'outils à sa disposition.

Entretien n°15 :

Le médecin n°15 est un médecin de 50 ans exerçant seul en milieu rural. Il est MSU et dispose d'un secrétariat. Il offre à ses patients une écoute bienveillante, en étant vigilant aux transferts éventuels. Il les évalue sans échelle, pour lui le Hamilton n'a aucun intérêt. Il les réévalue régulièrement, et reste à leur disposition, y compris par courriel. Ce médecin ne réalise pas de psychothérapie car considère cela trop chronophage mais envoie au psychologue ou au CMP facilement. Il communique avec le médecin du travail par courrier. Il peut prescrire un AT ponctuel, mais met en avant l'importance de motiver le patient à trouver des solutions concrètes à son problème. Les prescriptions peuvent être variées en fonction du profil de patient : benzodiazépine, hypnotique, homéopathie, plantes...Il considère s'être formé sur le terrain grâce à ses patients et à ses étudiants, externes et internes.

Annexe 4 : TEST Qualité de vie au travail et stress

TEST : Qualité de vie au travail et stress

Ce test n'a pas vocation à fournir un diagnostic précis mais permet de favoriser la réflexion sur le stress et la qualité de vie au travail.

Pour chacune des affirmations suivantes, cochez le niveau qui correspond le mieux à vos conditions de travail actuelles et faites le total de vos points.

	Non, pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui, tout à fait
1. Je me sens détendu(e) et calme au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je dors bien et ne suis pas perturbé(e) par des soucis professionnels pour m'endormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. J'arrive à me concentrer sur mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je me sens en forme et énergique pour faire mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je me sens en sécurité dans le cadre du travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Je suis satisfait(e) par le travail que j'accompli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. J'apprécie les relations et les contacts humains dans le cadre de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Je ne ressens pas de tension, d'agressivité ou d'animosité particulière à mon égard dans mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Je suis optimiste concernant mon avenir professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ma vie professionnelle contribue à mon équilibre personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mon environnement de travail est confortable (lieu, cadre, matériel...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. J'ai le temps d'effectuer mon travail correctement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Je suis compétent pour effectuer mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Dans mon travail, je peux prendre des décisions librement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Mon travail consiste en des tâches variées et intéressantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Mon travail est apprécié et reconnu par mon entourage professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je trouve du soutien quand je rencontre des difficultés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. La communication et les échanges d'informations sont bons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Quelle que soit la situation, je gère les relations difficiles et les conflits humains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. J'effectue des horaires qui me permettent de concilier vie personnelle et vie professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Test élaboré en 2010 par le Dr Dominique SERVANT, médecin psychiatre, responsable d'une consultation spécialisée sur le stress au CHU de Lille, directeur d'enseignement à la faculté de médecine, coordonnateur du programme de recherche Dépistress et fondateur du site Soigner-le-stress.fr

Valider mes réponses

Annexe 5 : Outil DADSMOP : Dossier d'aide à la décision face aux souffrances morales alléguées d'origine professionnelle pour le médecin généraliste

Dossier d'aide à la décision face aux souffrances morales alléguées d'origine professionnelle (DADSMOP) pour le médecin traitant

Auteurs : Médecins du travail de l'AIST 83 : Docteurs Sylvie BERTRAND, Annie CHOQUET, Serge ETIENNE, Dominique GUFFOND, Marie-José HUBAUD
Contact : Psychologue du travail de l'AIST 83 - Tél : 04 94 89 98 76.

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

- 1/ Dans les 3 premières colonnes, cocher la case correspondant le mieux à l'état du patient ;
- 2/ Dans les 2 dernières colonnes, cocher le nombre de signes professionnels ou de fragilité observés chez le patient ; les signes listés ne sont pas exhaustifs, d'autres signes pertinents au cas par cas peuvent être rajoutés puis comptabilisés.
- 3/ Relier les cases cochées pour construire une courbe correspondant au profil du patient à un temps donné.

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

Orientations décisionnelles préalables : (avec l'accord du patient et par son intermédiaire !)

- ✓ **Sujet réactif** : pas d'arrêt de travail systématique, prise de contact avec le médecin du travail en visite occasionnelle
- ✓ **Sujet non réactif** : arrêt de travail et visite de préreprise rapidement auprès du médecin du travail.

Temps

Profil n° :

Date :

État clinique global	État clinique général (Arrêt de travail)	État neuro- psychologique	Signes de nature professionnelle		Signes de nature victimaire	
Patient Réactif (Conservation de ressources psycho-socio-physiologiques)	Bonne santé ou pb de santé peu grave équilibré	Tout va bien	1 signe	Signes liés à l'entreprise et au travail a. Statut (pécunière) ; b. Responsabilité hiérarchique ; c. Responsabilité syndicale ; d. Salarié captif ; e. Changement d'outil, de méthode, de manager ; f. Crise financière ; g. Licenciements annoncés ; h. Menaces verbales ; i. Menaces écrites ; j. Sanction ; k. Surcharge de travail de toute cause ; l. Non reconnaissance de la qualité de travail ; m. Manque de moyens au travail ; n. Culpabilisation collective du fait arrêt de travail ;	1 signe	Signes liés à la personnalité - Calméro (né pour souffrir) ; - Manque d'assertivité ; - Etc... Signes liés à la personne - Age ; - Sexe ; - Caractéristiques physiques ; - Etc...
	Bonne santé ou pb de santé grave équilibré (fin d'arrêt de travail)	Fatigue le matin et malaise physique pour aller au travail	2 signes		2 signes	
	Santé moyenne ou pb de santé grave en cours de traitement (fin d'arrêt de travail)	Interrogations	3 signes		3 signes	
	Santé moyenne ou pb de santé grave en cours de diagnostic (Arrêt de travail ?)	Doute, anxiété, irritabilité	4 signes		4 signes	
	Fatigue générale avec symptomatologie clinique fonctionnelle (Arrêt de travail ?)	Insomnies, cauchemars, réveils fréquents	5 signes		5 signes	
Zone de transition	Fatigue intense avec nécessité de prise en charge médicale ; (Arrêt de travail ?)	Somatisation	6 signes	6 signes	Signes sociaux - Isolement social ; - Charges familiales ; - Autonomie de déplacement ; - Etc...	
Patient non Réactif (Perte de ressources)	Pathologie en cours	Dévalorisation	7 signes	7 signes		
	Pathologie en cours	Dépression	8 signes	8 signes		
	Pathologie en cours	Idées mortifères	9 signes	9 signes		

Annexe 6 : Exemple d'un entretien retranscrit

Femme de 29 ans, exerçant en MSP, sur rendez-vous, en milieu semi rural, avec une secrétaire.

Moi : Pour toi, qu'est-ce que c'est qu'un patient qui a des problèmes de stress au travail ?

M13 : Pour moi c'est euh....c'est un patient qui ressent euh, qui souffre, y compris dans sa sphère personnelle quand il y a un retentissement de...quand il y a un retentissement dans son...enfin... au travail etet également à la maison et euh...je pense que c'est un patient qui va avoir des signes d'alerte et qui va ressentir qu'il est plus en mesure de supporter ce qu'il supportait, c'est comme un équilibre qui se rompt.

M : D'accord, ok. Ces patients comment tu les dépistes du coup dans ta pratique ?

M13 : Euh...Je ... Je ne sais même pas si je peux parler de dépistage parce que ceux auxquels je pense, je pense qu'on est déjà dans une situation de...où ce sont eux qui viennent me voir et qui me, et qui font état de leurs souffrances. Soit parce que ça devient compliqué, qu'ils sont irritables, qu'ils sont ...qu'ils ont des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, déjà avérés. Sinon...là où je pense qu'on peut parler d'une forme de dépistage, je pense aussi à d'autres patients qui consultent pour des motifs euh a priori...des plaintes fonctionnelles, mais on se rend compte qu'il y a autre chose là derrière.

M : D'accord. Est-ce que tu peux me parler du dernier patient de ce type-là que tu as pris en charge ?

M13 : A qui je pense...de ce dernier type ?

M : En situation de stress au travail, le dernier patient que t'as reçu au cabinet, dont la situation était en rapport avec ça.

M13 : *silence*. Ah oui, euh bah c'est un patient que j'ai vu mercredi, et ..que je connais depuis peu, qui est issu de...qui est originaire de Paris et qui a emménagé dans le Nord pour euh...permettre à son fils d'avoir une prise en charge adéquate, son fils qui a des problèmes de santé, et lui est informaticien dans une boîte et il continuait de travailler en télétravail et euh.. et en fait bon là c'est la situation poussée à l'extrême mais euh il vient en me disant « voilà j'ai reçu une convocation de ma DRH, je m'y suis rendu et ils me proposent une rupture conventionnelle » euh il n'avait pas vraiment vu le truc venir bien que rétrospectivement il s'est rendu compte qu'il a jamais été euh..., enfin il me rapportait n'avoir jamais été euh valorisé ou en tous cas considéré à sa juste valeur. Euh bref donc il a essayé de négoier ça mais avec dans l'idée lui de maintenir son travail, de garder son poste qu'il estime exercer correctement. Et en fait euh, il me demandait un AT parce que en fait à l'issue de cette conversation-là sa DRH lui a dit « si tu refuses notre offre on fera tout pour te pousser à...à la faute de toute façon » c'est ce qu'il me raconte. Et du coup pour éviter de commettre une faute, il voulait se mettre en AT et également il...il me rapportait souffrir de...de ça en fait, depuis qu'il avait reçu le premier mail il disait qu'il avait mal au ventre, qu'il dormait plus, qu'il était stressé... Voilà je pense à lui en...en l'occurrence.

M : D'accord. Et toi comment tu t'es sentie pendant cette consultation ?

M13 : Euh...*silence* bah je pense qu'à un moment donné j'étais pas loin d'être dans la sympathie donc je me suis un peu reprise mais euh j'ai senti que j'étais pas là pour répondre à ses maux, j'ai senti qu'il attendait de moi surtout une écoute. J'avais envie de lui proposer euh plus, qu'un AT et...mais bon le fait de l'écouter je pense que ça a été une bonne, une réponse euh une bonne réponse. Par contre je me suis sentie un peu limitée.. quant aux...aux éventuels recours judiciaires. Parce que je sais pas en fait quelles sont les démarches, enfin j'ai euh brièvement conseillé de ...enfin de se rapprocher du Prud'homme mais enfin voilà je ne sais pas à partir de quand il faut contacter un avocat, par quels recours passer etc. Et donc ça je m'étais dit il faudrait que je me rencarde là-dessus. Donc là je me suis sentie limitée là-dessus.

M : Ok par rapport à tout ce qui est démarche administrative judiciaire ?

M 13 : Oui c'est ça.

M : Comment tu évalues ces patients ?

M13 : Euh...plutôt de façon standard avec euh enfin plutôt... en regardant s'il y a des un trouble de l'humeur, s'il y a un syndrome enfin s'il y a une dépression, si...euh donc surtout ouai la dépression , la qualité de vie, le sommeil, les troubles anxieux, leur impact au quotidien.

M : Qu'est-ce qui peut te rassurer ou au contraire t'inquiéter dans tout ça ?

M13 : Bah ce qui peut me rassurer c'est euh, ce qui ce qui me rassure c'est que les troubles soient vraiment liés, je sais pas si c'est à tort ou à raison, mais au travail. C'est-à-dire quand ils me disent « quand je suis chez moi ça va, et c'est quand je vais, quand je vais au travail » bah ça me rassure parce que je me dis que...il leur reste quand même des éléments protecteurs et sécurisants et que ils sont pas tout le temps mal.

M : Ok. Et les choses qui peuvent t'inquiéter par exemple ? qu'est-ce qui te met en alerte ?

M13 : Bah au contraire s'il n'y a pas de moment de répit, si ça se pérennise, s'il n'y a pas de...de facteur protecteur, humain ou...ou même de cadre un peu sécurisant quoi. *Silence* Le fait qu'il n'y ait pas d'alternative aussi, le fait de ne pas avoir de solution.

M : Qu'est-ce que tu penses de l'échelle standardisée du Hamilton ?

M : Euh...(soupir) honnêtement je trouve qu'elle sert juste à coter une consultation pour dépression parce que je...je trouve, je trouve qu'on peut pas retrouver des éléments aussi authentiques qu'en , qu'en discutant et qu'en demandant euh déjà en laissant parler et puis en interrogeant, en allant chercher euh le retentissement de façon adaptée à la personne, à ce qu'elle nous dit. En fait c'est ça oui je trouve qu'il y a un gap, je la trouve pas utile, enfin dans ma pratique.

M : Est-ce que tu l'utilises quand même ou pas du tout ?

M13 : Ben je l'utilise quand même oui parce que ..parce que genre généralement ces consultations-là elles sont chronophages et que voilà je fais, enfin je valorise cette consultation quand même et je cote euh.. euh la consultation mais c'est uniquement pour justifier ça et aussi parce que je me souviens quand j'étais en N1 mon maître de stage m'avait dit « bah là tu peux coter ça, et vis-à-vis de la sécu c'est bien d'avoir un Hamilton dans le dossier ». Et honnêtement, c'est pour justifier la cotation que je le fais. Parce que sinon je la trouve pas utile personnellement.

M : Ok. Selon toi quel est notre rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients ?

M13 : Euh...je pense que...on a pour la plus grosse part un rôle d'écoute, je pense que le patient doit s'être senti écouté en sortant de là, sinon...personnellement sinon j'ai pas réussi enfin j'ai...j'ai été inutile. Euh.après euh, je pense qu'il doit pouvoir, le patient doit pouvoir me voir comme une main tendue, doit pouvoir euh savoir que si ça se, ça ne s'arrange pas bah enfin je suis là. Et j'aime aussi en dehors de tout ce cadre-là rappeler que...que c'est comme un équilibre et comme on le voit pas forcément se déséquilibrer tout de suite, mais il y a des signes d'alerte parfois et il faut savoir les voir. Donc j'hésite pas aussi en ce sens-là , à valoriser leur démarche parce que je trouve que...que le fait de consulter pour ça, mais du coup je me rends compte en disant ça que peut-être je suis pas assez dans le dépistage et plus dans le...dans l'état des lieux en fait.

M : En même temps, à quel stade est-ce qu'ils arrivent au cabinet ?

M13 : A quel stade ? bah souvent ils verbalisent déjà spontanément leur...leur détresse.

M : Et...quel discours du coup est-ce que tu leur tiens ?

M3 : Je reste neutre, j'écoute surtout, et puis euh..en général ce que je redis souvent, ce que je conseille en tout premier c'est l'activité physique, ne serait-ce que la marche, l'activité physique au sens large, ce qui...euh permet de...au contraire de la rumination anxieuse qui fatigue mais c'est pas une bonne fatigue, de fatiguer et d'induire une bonne fatigue et euh....après j'essaie aussi de...d'amener à voir le problème sous un autre angle, ça dépend du stade auquel on est, mais juste en faisant reformuler, en...enfin ça permet surtout d'appréhender à quel stade ils en sont, parce que finalement un problème... c'est un problème que si on le voit comme tel. Et tout l'enjeu c'est d'essayer de le voir un peu différemment, ne serait-ce que pour minimiser le... ne serait-ce que pour minimiser le ...comment dire, ou du moins relativiser l'enjeu quoi.

M : Et quelles causes de leur stress ils évoquent ?

M13 : Euh souvent c'est...j'ai l'impression que c'est des problèmes interpersonnels avec les...la hiérarchie euh où ils se retrouvent à faire des choses qui n'étaient pas prévues dans leur...dans leur fiche enfin dans leur fiche de poste entre guillemets, euh du coup voilà ils s'épuisent euh...ouais. Euh...et aussi euh tous ceux qui étaient en restriction de, enfin qui avaient des restrictions et qui se voient pas enfin qui jugent que c'est pas respecté et donc ils...ils ont des contraintes qu'ils devraient pas avoir à leur sens.

M : De quel type par exemple ?

M13 : Ben par exemple ceux qui ont des lombalgies, ou qui ont une maladie professionnelle qui devraient avoir un travail allégé et qui euh et qui en pratique euh jugent que non c'est pas le cas.

M : Ok. Et dans ces situations-là qu'est-ce que tu penses de l'AT ?

M13 : euh je pense que...ça peut être un outil. A condition qu'on le présente comme bien circonscrit dans le temps (*rires*), et...ça peut être, ça peut être un... une bouée pour passer un moment difficile. Ca peut être aussi un engrenage parce que j'en ai aussi, enfin j'ai déjà eu pas mal de patients qui venaient et qui...qui venaient pour renouveler leur arrêt euh, avec comme...comme enfin qui disaient « bah voilà moi ça va mais à l'idée de reprendre tel jour à la date de fin de mon arrêt ben j'ai de nouveau l'estomac noué, le stress, je dors plus ». Donc ça peut aussi être un engrenage. Je pense qu'il faut savoir aussi faire le lien rapidement avec le médecin du travail.

M : Ca marche. Par rapport aux différents médicaments qui peuvent exister qu'est-ce que t'en penses ?

M : euh c'est un peu comme le...alors moi honnêtement je, dans les...chez les personnes comme ça qui n'ont pas encore de psychotropes etc je propose de l'homéopathie...et je leur dis que si ça ne va pas, enfin que si ça ne s'améliore pas euh on peut envisager de passer sur un psychotrope et je le mets de façon, enfin je...je parle d'emblée de risque de dépendance et que si on...si on introduit on détermine, enfin c'est défini dans le temps, c'est un peu..les règles de jeu. Pareil je pense que ça peut être un outil pour passer une crise, euh à condition de voila que les règles soient bien dictées et définies. Mais il y a plein de cas où ça enfin après on retrouve des patients qui en ont au long cours hein, donc c'est pas non plus...

M : Qu'est-ce que tu penses de la psychothérapie au cabinet du médecin généraliste ?

M13 : ah...faudrait que je me forme (*rires*), ça pourrait palier aux deux mois d'attente en CMP. Mais euh...oui je pense que j'ai beaucoup de choses, enfin des choses à apprendre là-dessus et j'aimerais bien, euh me sentir compétente pour accompagner ces patients-là.

M : Justement par rapport à nos connaissances, comment est-ce que tu évaluerais tes connaissances dans ce domaine ?

M13 : bah moi je pense que c'est surtout basé sur l'expérience, autrement dit sur pas grand-chose euh...Je peux pas...Je pense que j'ai besoin de me former là-dessus. Ce qui m'a aidé moi c'est mon stage en psychiatrie, ça m'a pas mal aidé, les entretiens, la façon de dépister les signes, les symptômes, et aussi d'aller les chercher, savoir questionner. Par contre en termes de, comment dire... comment dire... (*blanc*) comment dire je sais pas (*rires*). Ca a fait naître ce stage le besoin, la nécessité de...de faire des formations notamment en thérapie brève parce que je voudrais être plus active là-dedans et avoir plus de cordes à mon arc quoi. J'ai entendu parler de techniques qui permettent de voir les patients à l'instant t, de leur donner des choses à faire pour la prochaine fois, de refixer une consultation, en disant bah voilà, permettant de rendre le patient vraiment actif et de moins se sentir comme la personne qui doit apporter les résultats. Parce que je pense que dans ces situations-là aussi, euh on peut vite se sentir impuissant, mais au fond euh, oui il y a plusieurs il y a plein de choses à faire et notamment qui peuvent passer par le patient lui-même quoi. Et j'aimerais savoir comment amener le patient à être actif et à trouver des, des solutions, enfin j'aimerais être son alliée pour qu'il trouve lui-même des solutions. Je pense que ça pourrait être moins pesant aussi psychologiquement dans ma pratique.

M : Pesant pour toi ?

M13 : Oui pesant pour moi.

M : De quelle manière c'est pesant ?

M 13 : Ben dans le sens où j'ai pas, j'aimerais ne pas avoir le sentiment de .. ;de devoir apporter la réponse. J'aimerais être...j'aimerais qu'ils me voient comme la personne qui les accompagne, qu'ils n'hésitent pas à se confier dans cette situation-là, mais qu'ils aillent aussi chercher la réponse, et que je les aide à trouver cette réponse.

M : Ok. Et justement tout à l'heure on parlait psychologue, médecin du travail, est-ce qu'il y a d'autres interlocuteurs que tu peux avoir ?

M13 : Euh psychologue, le médecin du travail, le médecin conseil de la Sécurité Sociale quand ça...ça dure ou...euh... *blanc* ouai je pense à ça.

M : ok et avec le médecin du travail comment ça se passe ?

M13 : Bah souvent j'ai...toujours dans le contexte de ces patients ?

M : Oui.

M13 : Ben souvent je, j'adresse un courrier dans lequel j'essaie de décrire un maximum de signes, enfin de choses que me confie le patient, et puis j'ai un retour d'information par courrier, j'ai pas de contact euh, enfin voilà c'est par courrier. Je dirais que ça prend du temps. Enfin voilà ça me paraît pas être la solution à court terme.

M : Qu'est-ce que tu penserais d'un guide pour guider un peu ces prises en charge ?

M13 : Ah oui carrément.

M : Et qu'est-ce que t'aimerais y retrouver comme informations ?

M13 : J'aimerais...bah en fait j'aimerais y retrouver des informations sur le dépistage, plus que sur la façon dont on les prend en charge, donc euh comment, comment voir le truc venir avant que ça se dégrade. J'aimerais retrouver des informations sur comment gérer un AT qui a tendance à se prolonger dans ces situations-là, qui sont nos alliés, les contacts privilégiés, et puis des grandes lignes sur la psychothérapie mais je pense que ça doit passer par une formation. C'est dur de...Je sais pas si un livret pourrait déjà parler de comment mener une psychothérapie. Enfin voilà.



N° 50562#02

SECURITE SOCIALE

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

NOTICE D'UTILISATION

Madame, Monsieur,

Votre Médecin vient de constater une altération de votre état de santé qu'il estime avoir été causée par les différents travaux que vous avez été amené(e) à effectuer au cours de votre carrière professionnelle.

Afin que votre situation, puisse être examinée par l'organisme d'assurance maladie dont vous dépendez, il convient que vous lui adressiez le plus rapidement possible et au plus tard dans les 15 jours suivant votre arrêt de travail (si votre état de santé justifie un tel arrêt) :

- Les 4 premiers volets (dûment complétés) de cette déclaration (vous conservez le dernier feuillet),
- Les 2 premiers volets du certificat médical établi par votre médecin,
- Le cas échéant, s'il y a arrêt de travail, l'attestation de salaire remplie par votre dernier employeur.

Maladies d'origine professionnelle
(Art. L. 461-1 du Code de la sécurité sociale)

1 - Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.

2 - Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par le travail habituel et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux).

3 - Une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles, peut être également reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25%.

La loi 7817 du 9 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses liées au ce formulaire. Elle garantit au droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

NOTICE DIAD S 6100b



N° 60-3950
DIAD

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(Articles L 461-1, L 461-5, R 461-11, R 461-3 et 5, D 461-29 du Code de la sécurité sociale)

LA VICTIME ENVOIE A SA CASSE, LES 4 PREMIERS VOILETS, AU PLUS TARD DANS LES 15 JOURS
SUivant L'ARRET DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5^{ème} VOILET

Première demande : OUI NON si NON, date de la 1^{re} demande

LA VICTIME

N° d'immatriculation Réservé CPAM

À défaut, sexe : Date de naissance CDM

Nom et prénom
(préciser, s'il y a lieu, de son d'usage)

Adresse Nationalité Française C.E.E. Autre

Code Postal

Date d'embauche Profession

Qualification professionnelle Ancienneté dans le poste

LA NATURE DE LA MALADIE

Le(s) soussigné(s), déclare être atteint(e) de (ou que la victime est atteinte de) :

Date de la 1^{re} constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail

LE DERNIER EMPLOYEUR

Nom et prénom ou raison sociale CTN

Adresse

Code Postal N° de Téléphone

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

Adresse Groupeur d'activité

Code Postal N° de Téléphone

N° SIRET de l'établissement

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime

LA DUREE DE L'EXPOSITION

Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)

Nom et adresse des employeurs	du	Période	au	Poste occupé

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

LES PIECES A JOINDRE

- Certificat médical en double exemplaire
- Attestation de salaire établie par le dernier employeur

LE DECLARANT (à compléter si le déclarant n'est pas la victime)

Nom et prénom

Adresse

Qualité

Fait à le Signature

Annexe 8 : Entretien avec un Médecin du Travail, le 21 octobre 2020

Cet entretien est retranscrit ici à visée purement informative, il n'a pas été réalisé dans l'intention d'être analysé pour notre étude.

Résumé :

- A propos du Médecin du travail :

- ✚ **Médecin du travail** : aucun rôle coercitif, rôle de conseil. Il est soumis au secret médical. Il ne fait pas partie du parcours médical partagé. Il n'est pas fonctionnaire. La médecine du travail peut être interentreprise, ou interne selon la taille de l'entreprise.
Deux façons pour le patient de prendre rendez-vous avec son médecin du travail : soit directement, soit par l'employeur.
- ✚ L'employeur peut refuser les propositions d'aménagement du médecin du travail, il doit le justifier par écrit.
- ✚ Différents rythmes de visites médicales selon les risques de l'emploi :
 - ➔ **Suivi simple** : tous les 5 ans
 - ➔ **Suivi médical renforcé (SMR)** : tous les 2 ans
- ✚ Les **visites médicales** sont sur le temps de travail.
- ✚ **Visite d'embauche** : délai de 3 mois si pas de risque particulier. Peut être réalisée par une infirmière.
- ✚ Quand il sort de visite médicale, l'employé a une fiche avec les coordonnées de son médecin du travail.
- ✚ Si AT de plus d'un mois, obligation de voir le médecin du travail.
- ✚ **Médiation** : en présence du médecin du travail, réunion entre employeur et employé.
- ✚ Toute entreprise de plus de 20 salariés doit avoir 6% de travailleurs handicapés

- Propositions et avis :

- ✚ **Essai encadré** : en accord avec le médecin traitant, la sécurité sociale, le médecin du travail et le service social, le patient peut, pendant son arrêt exercer son poste en étant couvert par la sécurité sociale. Peut être suggéré par le médecin généraliste ou le médecin du travail, a souvent lieu à la fin de l'arrêt pour repérer des restrictions éventuelles et aménager le poste si possible. Le patient perçoit quand même ses indemnités d'arrêt.

✚ **Aménagement de poste** : s'il est nécessaire, il faut obligatoirement déclarer le patient en travailleur handicapé. Donne lieu à des aides financières pour l'employeur.

✚ **Avis d'inaptitude** : donne lieu à un reclassement ou licenciement.

Si c'est lié au travail, utilisation de la formule « inaptitude liée euh à l'environnement de travail ».

Possibilité d'une **inaptitude temporaire** : le médecin du travail propose au médecin traitant une mise en arrêt le temps de régler le problème.

✚ **Temps partiel thérapeutique** : différent d'un mi-temps, le taux horaire est choisi.

Peut être refusé par l'employeur qui doit le justifier par écrit. Le médecin traitant précise la durée, le médecin du travail négocie avec l'employeur le contenu et l'organisation.

✚ **Rupture conventionnelle** : accord entre le salarié et l'employeur, soumis à l'accord de l'inspection du travail.

✚ **Indemnité de licenciement** :

➔ C'est le même calcul en rupture conventionnelle que pour raison médicale, hors maladie professionnelle.

➔ En maladie professionnelle : doublement d'une indemnité spécifique

- Formalités administratives :

✚ **Courriers** : succincts, factuels, ne pas utiliser de mots comme « harcèlement ».

Utiliser les guillemets : « me dit que... ».

✚ **Motif de l'AT** pour stress professionnel: « Trouble anxio-dépressif réactionnel »

- Autres acteurs :

✚ **Le médecin conseil** : il peut contacter le médecin du travail lors d'une demande de RMP, et peut mettre fin aux indemnités journalières (IJ). A l'inverse, le médecin du travail peut le contacter pour demander une prolongation d'arrêt, le temps de faire des aménagements de postes. C'est le médecin généraliste qui prolongera l'AT après accord du médecin conseil.

✚ **Psychologue du travail** : le médecin généraliste adresse au médecin du travail qui peut diriger vers un psychologue du travail. Ce dernier a un rôle d'évaluation initiale, il ne fait pas de suivi sur le long cours.

- ✚ **Inspection du travail** : formation juridique, rôle coercitif, axé sur la sécurité. Est sollicitée en cas d'accidents de travail, peuvent effectuer une enquête.
- ✚ Le **CHSCT** s'appelle maintenant le **Comité Social et Economique**
- ✚ **CARSAT** : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- ✚ **C2RMP** : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles. Composé de Professeurs de Santé au Travail, de juristes, ou de médecins de la spécialité concernée. Il intervient quand une demande de maladie professionnelle est refusée par la sécurité sociale parce que le tableau n'existe pas (par exemple souffrance au travail).
- ✚ **Médecin Inspecteur** : basé à Lille, à l'échelle des Hauts-de-France, garant du bon fonctionnement des services de Santé au Travail. Il soutient la médecine du travail en cas de litiges.

Entretien avec un médecin du travail

Je crois que les médecins généralistes doivent se méfier beaucoup de ce qu'ils écrivent. On leur répète, nous-mêmes on leur dit en off euh on a de la chance en local ici on se connaît. C'est pas outrepasser le secret, c'est dire à la personne je vais contacter votre médecin parce que quand même il faudrait qu'on échange là-dessus etc, je préviens et quand je fais un écrit moi je le donne au salarié pour le médecin. Je fais toujours dans ce sens-là.

Dans l'autre sens c'est vrai que le généraliste qui nous fait un courrier il peut nous alerter, mais les mots harcèlement euh il y a des mots clefs qu'il ne faut pas qu'il emploie, parce que si ce courrier il part dans les mains de quelqu'un d'autre euh...c'est vite utilisé et puis par les temps qui courent les entreprises elles épluchent, avec leurs conseillers juridiques elles épluchent le moindre terme, le moindre truc. Après j'ai envie de dire, je pense que ...il faut, si un médecin pense réellement que ça a un lien avec le travail, il peut tout à fait demander euh....

La première chose c'est qu'on n'est pas au courant des Arrêts maladie. Donc quelqu'un peut être six mois en arrêt...Une grosse entreprise on est alerté parce qu'ils nous font la liste de l'absentéisme, mais une plus petite entreprise, on ne sait pas, quelqu'un peut être en arrêt six mois pour un infarctus, une souffrance au travail ou quoi, on n'est pas au courant. Donc déjà qu'on ait l'information, qu'on prenne un premier point avec la personne c'est une chose. Après bah je vais, j'ai eu le cas il n'y a pas longtemps, il n'y a pas de méthode, j'ai vu quelqu'un limite très rapidement en début d'arrêt maladie, qui m'a été envoyé par son médecin traitant pour faire un peu le point, euh...en disant, je pense que c'est une souffrance au travail etc... Il faut être très succinct à mon avis sur les mots employés, du moment qu'il nous l'envoie et que la personne est d'accord, après on détaille avec elle le contexte et les problèmes professionnels.

Et après y'a pas de méthode parce que, là où...pour en échanger souvent avec mon mari, là où le médecin il peut être très piégé c'est qu'il n'a qu'un seul interlocuteur c'est son patient. Donc il n'écoute que la version du patient qui certes peut souffrir, peut pleurer, peut tout ce qu'on veut. Nous on a l'avantage de pouvoir voir la personne et puis de pouvoir rencontrer le tiers, soit c'est un collègue soit un hiérarchique soit c'est le directeur. En fonction de la personne, on connaît un peu les personnalités on repère un peu aussi ce qui est de l'ordre du crédible ou pas. J'ai déjà eu des jeunes, alors les jeunes hein d'une vingtaine d'années « oh bah je suis harcelé par mon chef ». Bah ouais, il n'a pas l'habitude qu'on lui donne des ordres et des horaires à respecter donc c'est du harcèlement mais ça on en a typiquement hein. Régulièrement hein. Des jeunes qui font pas la limite entre du harcèlement et puis...*(rit)* le respect de ce qu'on lui demande de faire dans son travail. Ou alors son travail c'est toujours ça et puis aujourd'hui on lui a demandé de faire ça oooooh mon dieu l'événement *(rit)*. Ça on a quand même chez les plus jeunes, ça on a quand même facilement.

Avoir la version de l'employeur c'est la chance qu'on a nous, de pouvoir trier un peu dans tout ça. Pour avoir suivi plein de formations sur la souffrance au travail, pour avoir suivi euh les recommandations de l'inspection régionale, on a une inspectrice médecin des services de santé au travail régional qui fait pas mal de choses aussi, qui est branchée sur le sujet, les inspections du travail il y en a qui sont plus ou moins sensibles au sujet aussi qui font des accompagnements et des choses en entreprise. Eh ben pour l'instant j'ai pas trouvé de méthode clé ou de chose miraculeuse. Il y a des choses qui sont liées à une personne clé parce que c'est un mauvais manager ou euh c'est un management à l'ancienne.

Je vais donner un exemple c'est une entreprise alors officiellement c'est la fille qui est directrice mais le patron qui tient encore les rênes c'est le papi qui doit avoir quatre-vingt et des balais, et qui dirige son truc comme avant-guerre. « Mes filles faut que je les dresse » il me dit. Alors une fois il m'a appelée au téléphone je crois que j'ai trois pages de trucs qu'il a écrit, alors j'ai pas enregistré, j'ai tout écrit. Mais faut voir ce qu'ils sont capables de dire hein...donc on a des gens qui, droit dans ses bottes lui il me dit tout ça « ah de toute façon faut les mater euh oh puis de toute façon si c'est comme ça celle-là je vais m'en débarrasser, c'est vrai qu'elle exagère » sans vergogne ! Mais bon c'est quelqu'un qui a un certain âge, qui est peut-être plus dans l'air du temps mais bon il fait des dégâts. Parce que sa fille elle est entre deux j'ai l'impression qu'elle fait un peu le tampon et puis de temps en temps j'ai l'impression que c'est la fille qui se fait aussi remonter les bretelles par son propre père. Donc les...les nanas parce que c'est des filles qui travaillent là-bas, elles ont l'impression que c'est la copine et puis de temps en temps tac elle arrive elle remet de l'ordre dans tout ça et puis elles comprennent pas quoi. Mais j'ai l'impression que c'est elle qui doit être l'intermédiaire de directives qu'elle a au-dessus. Donc qu'est-ce qu'on peut faire pour ça ? Tant qu'il sera là à mon avis euh on n'arrivera pas à améliorer les choses. Tant que la fille n'ose pas prendre le dessus pour remettre de l'ordre on n'aura pas de solution, ce qui fait que c'est des trucs où soit on en vient vraiment à des inaptitudes soit c'est des gens qui quittent parce qu'ils ont une autre opportunité et puis ça se fait naturellement. Donc ça c'est vraiment des problèmes de management. Après vous avez des personnalités qui sont... je pense qu'il y a sincèrement un management qui doit pas être facile mais des personnalités aussi où ça va jamais bien, on en voit aussi hein (*rit*). Euh on voit des nanas qui sont à des postes j'allais dire genre style secrétaire de direction j'en ai une comme ça elle a fait trois boîtes et ça n'allait jamais. Alors je pense pas que c'était du harcèlement mais peut-être qu'elle était un peu lente dans son travail, peut-être des capacités...Alors c'est délicat d'aller dire peut-être que vous avez besoin de formation, de vous remettre à la page sur certaines choses et puis au bout d'un moment ça va jamais ça craque. Mais moi je suis convaincue que c'est pas l'employeur qui est malveillant mais de temps en temps il en a marre et puis du coup la relation elle se dégrade à cause de ça. Et puis après il y a des relations où les deux partis sont fautifs : entre du laisser-aller d'un côté, un employeur qui a peut-être pas osé au départ puis qui un jour au bout d'un moment dit bah stop et ça commence à s'envenimer et quand on vient après ça c'est fini, on peut rien réparer. Quand c'est mort au niveau relationnel, au niveau des deux côtés, que ce soit collègue ou hiérarchique, on n'arrive à rien sauver. J'ai déjà essayé de faire de la médiation.

Médiation c'est-à-dire avec le patron et avec le salarié ?

Oui j'ai déjà essayé... *soupir*. Je leur dis « écoutez j'ai pas la prétention de trouver une solution mais au moins vous aurez l'occasion dans un endroit neutre de vous dire réellement ce que vous pensez et puis qu'est-ce qui vous a blessé, et puis si vous avez du mal à vous exprimer je peux vous aider ». Bah ça leur permet peut-être à la personne concernée d'évacuer quelque chose qu'elle a jamais osé dire, surtout si c'est un hiérarchique. Mais en termes de solution, on en a déjà fait avec des psychologues du travail aussi, je pense à une situation où c'était tout un bureau ils étaient trois, quatre. Alors il y a une part qui est liée à la personnalité d'une des dames qui était la plus ancienne, qui s'est fait traiter de vioc par un de ses chefs (*rit*) et puis...et bah il y a beau avoir eu une médiation, ils ont tous parlé, ils ont tous évacué devant le psychologue, le gars en réunion devant tout le monde il s'est excusé, et bah je crois que jusqu'à sa retraite elle a jamais accepté, elle lui a tiré la tête jusqu'au bout. Ils ont travaillé mais vraiment euh... *soupir*. Alors après il y a des tas et des tas de situations quoi.

Est-ce que les patients viennent vous voir spontanément ?

Ça arrive. Ouais ça arrive que...Ça peut arriver, il y a des endroits où on est plus ou moins bien identifiés, il y a des ..des salariés qui savent pas tellement la limite de notre rôle, qui s'imaginent que c'est des visites périodiques à date, donc nous on leur répète régulièrement « s'il y a un problème de santé en lien avec le travail, vous pouvez anticiper, vous demandez un rendez-vous, soit vous voulez l'officialiser vous passez par l'employeur ou vous dites j'ai pris un rdv tel jour, soit vous ne voulez pas l'officialiser, vous voulez que ce soit en off, vous téléphonez au secrétariat on peut vous recevoir en dehors de vos heures de travail, les deux sont possibles. Soit ils veulent marquer le coup, y'en a qui savent bien faire, pour dire à l'employeur je vais prendre rdv à l'inspection du travail, au Prud'homme, le médecin du travail, et d'autres préfèrent discrètement.

Et hors contexte de problème, c'est tous les combien la visite médicale ?

(Rit) Actuellement bah pareil euh c'est pas..., c'est fait en fonction de la démographie médicale et c'est déjà plus adapté. Ce qu'on appelle les suivis simples, les personnes qui sont pas exposées à une liste de risques spécifiques c'est tous les cinq ans. Euh...avec même maintenant les visites d'embauche qui se font en travaillant en pluridisciplinaire, donc avec des infirmières qui font l'embauche. On fait un débriefing aussi après chaque visite. Donc c'est tous les cinq ans. Et les risques euh dans la liste des risques il y a tout ce qui est euh poste de sécurité, conduite de chariots, risques électriques, risques biologiques, tout ce qui est risque SMR, eux c'est tous les deux ans et même ça on a du mal à les tenir.

Parce qu'il y a trop de salariés à voir ?

Il y a trop de salariés à voir, on n'est pas assez nombreux. Moi j'ai commencé en 2001, le profil de mes vacations de rendez-vous n'a plus rien à voir. Je sais pas sur une journée euh ...j'avais euh 80% de ce qu'on appelle visite d'embauche ou périodique et une ou deux visites de reprise, occasionnelle ou à la demande. Actuellement, les embauches on peut pas y déroger parce qu'il y a des visites avec des risques spécifiques, faut essayer de les caser assez rapidement.

Mais j'ai à peu près 50% de visites autres : reprise, occasionnelle, demande expresse du salarié, demande de l'employeur, c'est basculé à au moins 50 %, c'est sans compter tous les trucs par téléphone, demandes d'avis, de conseil de ceci de cela. Ça a très très évolué. Aussi bien, et là pour le coup c'est une remarque que tous mes collègues feront, euh aussi bien parce que on a beaucoup de visites pour de la pathologie, lourde relativement lourde chez les salariés, chose qu'avant je me souviens pas d'avoir vu ça ou des fois on fait une visite d'embauche chez quelqu'un qui a 20 ou 30 ans et puis finalement il a déjà tout un historique médical assez costaud euh et...et après sinon c'est des pathologies euh que les gens veulent évoquer et que ça dure et pour lesquelles il faut essayer d'apporter une aide. Donc dedans il y a, en risque de santé, on fait nous des enquêtes soit dans le cadre du maintien d'un emploi, soit dans le cadre de par ce qui est vraiment inaptitudes qui se soldent malheureusement par une rupture de contrat. En priorité on a tout ce qui est TMS : le dos, les épaules, et derrière c'est les risques psychosociaux. Dans l'ordre c'est ça, et ça se touche très très proche. Et après par secteur d'activité effectivement ça dépend aussi du métier ou des choses comme ça. Mais c'est très très proche. C'est chronophage hein les risques psychosociaux en entreprise et...bah j'ai peut-être pas non plus une expérience énorme hein, un petit vingt ans mais euh je vois pas vraiment de solution euh. On me demande de faire de la prévention, d'en parler aux employeurs, d'améliorer les méthodes de management, de ...

Quel rôle est-ce que vous avez par rapport à ça ? Un rôle de conseil de l'employeur par rapport à l'employé ?

Oui. Toute notre base de travail, elle est...dans la définition c'est vraiment le mot conseiller. On n'a aucun pouvoir coercitif. On peut alerter l'employeur quand on a constaté machin, gnin gnin, si j'ai plusieurs cas de souffrance au travail dans le même secteur je vais le faire. Ce qui est compliqué aussi c'est qu'on peut recevoir une personne, elle vient exprimer ses doléances ou elle a été envoyée par le médecin traitant, je peux pas raisonnablement juste après l'avoir vue appeler l'employeur et dire « bon y'a un problème, ça va pas comme ça. ». Ca va pas comme ça. C'est délicat. Donc je lui demande est-ce que vous m'autorisez à appeler l'employeur ou si vous avez d'autres collègues qui vivent un peu la même chose proposez-leur de me rencontrer, plus j'aurai de cas ou de situations, ça me permettra de mieux comprendre un peu le truc. Mais c'est vrai qu'on n'a pas une réponse immédiate en fait. C'est ça le plus compliqué, hein, c'est ça le plus compliqué. Si c'était vraiment changer de personne la mettre dans un autre endroit, si c'était si simple que ça oui, mais ..en pratique bien souvent c'est pas gérable.

Par rapport aux reclassements ?

Oui, c'est pas facile. C'est pas...déjà un reclassement classique pour une maladie ...physique on va dire, il y a quand même un travail...je pense aussi, là c'est plus moi qui fais la remarque vis-à-vis du généraliste, on voit des généralistes qui pour aider leur patient nous envoient « merci de recevoir untel ». Alors pas forcément je pense pour la souffrance au travail mais pour d'autres choses qui sont physiques, en se positionnant eux-mêmes, en disant « ne plus porter ça, ne peut plus faire ça et prévoir un reclassement ». Oui, je le sais bien sauf que je peux pas m'imposer à l'employeur, il y a toute une procédure derrière, on va lui recommander un aménagement et des aides et puis s'il ne veut pas...on n'aura rien !

Qu'est-ce qui se passe si l'employeur refuse les aménagements que vous proposez ?

Et bah il doit prouver pour quelles raisons entre guillemets par écrit il peut pas pour raison de service, ou le poste n'existe pas pour l'instant, n'est pas à pourvoir ou c'est trop d'engagement financier ou quoi que ce soit et puis malheureusement ça se solde par un licenciement.

D'accord. Tout ce qui est rupture conventionnelle, licenciement etc, rupture conventionnelle ça correspond à quoi exactement ?

La rupture conventionnelle c'est un accord uniquement entre le salarié et l'employeur. C'est un accord tacite entre les 2 partis.

Avec un accord monétaire ?

Ouais, financièrement, ce qui est important à savoir, c'est que le calcul de l'indemnité de licenciement est exactement le même en rupture conventionnelle que pour raison médicale, hors maladie professionnelle. En maladie professionnelle, il y a un doublement d'une indemnité spécifique. Mais sinon rupture pour souffrance au travail ou rupture conventionnelle organisée entre les deux partis, le calcul de l'indemnité il est prévu par la loi. Une rupture conventionnelle maintenant c'est soumis à l'inspection du travail donc euh si les deux partis notent qu'ils sont d'accord en général l'inspecteur il valide et le calcul est prévu par la loi donc euh...en principe y'a pas à tricher dessus.

Oui, il ne faut pas entre guillemets cacher cette raison-là, ils ne seront pas lésés ?

Oui, après ça dépend du litige. Dans le cadre, alors on va pas dire harcèlement mais dans le cadre d'une souffrance au travail dans un problème relationnel, euh je dirais 80% des employeurs refusent la rupture. Ils vont me répondre « bah il veut partir, il part ».

Donc ça se termine en licenciement tout simple mais avec une indemnité moindre ?

Là il n'y a rien du tout. Quelqu'un qui démissionnerait, honnêtement il n'y en a quasiment pas. C'est valable que pour quelqu'un qui a anticipé, qui a un emploi, les gens peuvent pas se permettre de quitter comme ça. On s'était fait la remarque il n'y a pas longtemps, euh quelqu'un qui est d'un niveau supérieur, cadre et tout ça, s'il voit qu'il n'est plus bien dans son entreprise c'est quelqu'un qui sait déjà plus gérer les offres d'emploi, qui est plus mobile, et puis...en général il souffre moins, s'il en a marre il va préparer le terrain lui-même et il va partir. Un ouvrier ou quelqu'un qui travaille dans une petite boîte d'artisans ou quoi que ce soit, il sait pas comment faire, il est pas mobile, il a pas d'autre solution et puis sa situation elle va se dégrader petit à petit sans pouvoir apporter grand-chose derrière. Si...s'il y avait une loi qui permettait aux gens de se séparer plus facilement parce que...alors il y a des gens qui calculent aussi hein, à l'inverse il faut voir la version salariée, il y en a qui sont pas bêtes, ils savent qu'ils ont droit à telle indemnité tout ça et j'en ai eu qui disaient ouvertement « je lui ferai cracher jusqu'au bout, de toute façon c'est de sa faute, tant qu'il me paye pas je reste à l'arrêt ». Donc il y en a des deux côtés. S'il y avait une solution pour permettre aux gens de quitter une entreprise euh sans avoir déjà cette histoire de carence pour les Assedic ou qu'il y avait une espèce d'indemnité plus facile à obtenir, je pense que les gens traîneraient moins à souffrir et que si vraiment ça n'allait pas ils pourraient se permettre de partir.

Or quand c'est pas le cas, alors soit par ignorance soit parce que les gens savent pas comment faire, ça dure un certain temps finalement, et leur état s'améliore pas quand c'est comme ça hein. Donc euh c'est vrai que c'est un truc sans fin, c'est pas facile...et derrière y'a la Sécu qui dit souvent, c'est un problème en entreprise, et ben elle refuse les prolongations d'arrêt, il faut trouver une rupture. Nous on s'est déjà expliqué avec les médecins conseil également de dire que bah oui il y a peut-être une souffrance mais faut étayer un peu le dossier, c'est pas parce que quelqu'un a été en arrêt 15 jours, qu'il fait même un truc aigu, une crise d'angoisse ou j'en sais rien, qu'on va le mettre inapte comme ça ! Faut quand même que nous on étaye notre dossier aussi parce que notre dossier peut être contesté par l'employeur donc faut quand même qu'on trace ce qui s'est passé, les événements, la santé du patient, est-ce qu'il est suivi euh est-ce qu'il prend ça à la légère euh...

Déclarer un patient inapte, c'est inapte à un poste donné qui doit donner lieu derrière soit un reclassement possible soit du coup à quoi une rupture conventionnelle ?

C'est licenciement.

Il est licencié même s'il a entre guillemets une raison parfaitement légitime d'être inapte à son poste ?

Bah si c'est lié au travail, nous on utilise souvent une formule « inaptitude liée euh à l'environnement de travail ». On formule ça comme ça, et pour les juges ça passe, dans la mesure où nous on cite surtout pas de personne, moi je dis toujours à l'employeur, écoutez que je vais utiliser cette formule, sachez que je ne vous mets pas en cause, ou untel ou machin, mais euh ça sert à rien de le reclasser puisque c'est l'environnement de travail euh... j'ai eu des licenciements euh je pense à là dernièrement à une directrice, dans un chaîne très connue, qui me dit je veux plus entendre parler de...de la chaîne. Parce qu'elle n'a pas été soutenue, parce qu'elle a été...ah c'est des gens qui ont...en tant que directrice elle a été six mois là, puis reportée là, elle a été sur un gros magasin dans la région lilloise elle fatiguait on lui a dit «oh bah t'inquiète pas on t'a trouvé un petit poste à Saint Omer, gentil, machin, petite équipe ça va être facile », sauf que ce qu'on lui a pas dit c'est ce qui s'était passé juste avant y'avait quand même eu un Prud'homme etc et l'équipe était complètement disloquée, elle savait rien du tout la pauvre fille. C'est quelqu'un personnellement je pense n'a pas du tout un management ferme, au contraire elle s'est laissé bouffer par une équipe qui était déjà pas bien et ça a disloqué tout le truc. Et finalement c'est elle qui en souffre parce qu'elle me dit « je suis directrice, manager et j'arrive pas à gérer l'équipe et j'ai pas été soutenue par les RH au niveau France qui l'ont cassée plus qu'autre chose. Donc ça malheureusement, là on est vraiment dans une problématique de souffrance au travail, il y a vraiment une euh...une hiérarchie des problématiques qui peut être variable selon les postes de travail ou suivant l'évolution. On voit de tout.

Et suite à un AT, la visite avec vous, elle n'est pas obligatoire à chaque fois si ? Il faut une durée minimum ?

Un délai minimum d'un mois. C'est une obligation de l'employeur de nous envoyer le salarié s'il y a eu un arrêt de plus d'un mois. Maintenant, si l'arrêt est plus court et que le salarié veut nous voir, ben il nous le demande.

Inversement, l'employeur peut aussi, il nous explique pourquoi, c'est déjà arrivé euh un arrêt de moins d'un mois pour soi-disant une fracture, parce que l'employeur il avait entendu que c'était une fracture, je dis ah oui c'est bizarre (*rit*), il dit je peux pas le laisser travailler sur une machine sans savoir, je dis ben à ce moment-là on les reçoit.

Donc les employeurs peuvent aussi demander à ce que vous voyiez les salariés ? Et ils sont obligés d'obtempérer ? Et sur leur temps de travail ?

Oui, les visites c'est sur le temps de travail. Si c'est hors temps de travail...

C'est parce qu'ils ne veulent pas forcément le dire à l'employeur ?

Alors, ça c'est si le salarié veut pas le savoir, mais d'une manière générale quand l'employeur demande une visite et que ça tombe hors temps de travail, euh c'est compté comme une heure de travail et ils sont indemnisés. Ca arrive souvent avec les postés ou les choses comme ça.

Ok. Et du coup vous, vous travaillez sur plusieurs entreprises différentes ?

Oui.

Vous en avez combien ?

200-250 à peu près.

Et ça représente combien de patients potentiels ?

3000 à peu près.

Et vous êtes toute seule ?

Alors, nous ici à Saint Omer hein, nous on est sept médecins pour 25000 salariés.

Ah quand même...

Oui ce sont de gros effectifs quand même.

Et c'est flux tendu ou c'est prévu pour être comme ça ?

Non c'est pas prévu pour être comme ça (*rit*). Mais c'est pas grave notre direction à nous, elle dit ah c'est pas grave y'a pas de problème. Mais bon y'a des endroits ailleurs c'est encore pire. Je pense que malheureusement c'est comme partout hein, les médecins un peu partout les généralistes ça commence à baisser, les spécialités n'en parlons pas et dans certains domaines, nous aussi l'année prochaine on sait qu'on va avoir trois départs en retraite, pour l'instant on voit aucune arrivée de jeunes. Donc passer de sept à quatre ça va être chaud mais.... Du coup on fait que le pompier, on fait plus....on n'a plus le sentiment de faire de la prévention donc euh en souffrance au travail, aller voir un employeur que ça interpelle de parler de souffrance au travail et dire est-ce que vous êtes prêts à faire des formations, à vous faire accompagner, euh en ce moment l'économie...

Vous n'avez pas le temps ?

Et puis eux, c'est l'économie qui les intéresse.

Et puis c'est aussi une période particulière.

Hum. Il y a quelques grosses boîtes on va dire plutôt nationales, parce qu'ils ont une structure et parce que eux ils ont des responsables sécurité et qu'ils savent que c'est dans l'air du temps de faire du « care », de faire du bien-être au travail...bon il y a quand même une grosse partie qui est pipeau (*rires*) pour dire de tracer ça, parce que c'est une volonté du siège par exemple qui est à Paris parce qu'ils veulent faire ça mais en réalité...ouais c'est beau sur le papier, mais c'est quand même pas... la réalité qu'on voit partout au quotidien.

Et tout à l'heure vous parliez du médecin conseil, donc c'est le médecin de la Sécurité sociale ?

Oui.

Quelles interactions est-ce que vous avez avec eux ?

Oh on en a quand même pas mal puisqu'on intervient, on peut être interpellé sur tout ce qui est accident de travail maladie professionnelle pour voir si on valide le truc. Euh alors moi j'ai la particularité d'être médecin référent handicap. Donc j'accompagne mes collègues mais bon maintenant sur Saint Omer ils sont tous bien rôdés, quand il faut aller un peu plus loin en terme d'aménagements s'il y a un handicap physique ou psychique ou des choses comme ça parce qu'il y a quand même pas mal de choses qui sont faites pour accompagner les gens, même si c'est assez lourd et assez long à mettre en place, mais il y a quand même des choses qui existent. Et dans ce cadre-là souvent on est amené à interpeler le médecin conseil, ne serait-ce que pour demander une prolongation d'arrêt parce que bah tiens, on a repéré tel aménagement de poste, mais il faut acheter un nouveau matériel, il faudra faire une formation etc.

Et du coup c'est vous qui sollicitez le médecin conseil ?

Oui, dans ce sens-là.

Et c'est le médecin conseil qui prolonge l'arrêt ou c'est nous après qui sommes contactés derrière ?

Alors le médecin conseil ne prolonge pas directement, il nous donne une autorisation entre guillemets, soit écrite soit verbale mais c'est bien le médecin traitant qui prolonge.

Ok. Et ça vous arrive souvent d'être en contact avec les médecins généralistes ou finalement c'est rare ?

Oh si je les connais un peu, ça m'arrive de téléphoner directement, sinon un maximum comme on est obligé de tracer j'essaie de faire un courrier, alors bref hein parce qu'en consultation on n'a pas beaucoup le temps mais euh...je mets un courrier très bref que je....alors je n'ai pas le droit de l'envoyer directement au médecin, je dois le remettre au patient/salarié et je dois lui demander, alors après est-ce qu'il transmet est-ce qu'il transmet pas on sait pas toujours non plus hein....

Et à l'inverse vous recevez beaucoup de courriers des médecins généralistes par leurs patients ?

Ben à la reprise quand eux-mêmes ont détecté l'intérêt de faire un aménagement ou effectivement pour des souffrances au travail. Quand ils ont vu quelqu'un plusieurs fois en arrêt et qu'ils se posent un peu la question euh... ils nous l'envoient. Bon après malheureusement...Ce qui doit les décevoir c'est que j'ai pas de réponse immédiate à proposer hein. C'est toujours délicat. Quand je peux, j'appelle directement face au patient, comme ça au moins il a tout entendu, et sinon j'essaie de faire un écrit mais qui reste assez succinct parce qu'on est tous limité dans le temps quoi.

Et souvent une peur des patients qui peut ressortir c'est : si je vais chez le médecin du travail, il va répéter à l'employeur ce que je dis et je risque le licenciement.

Répéter mais alors ça c'est un truc (*éclate de rire*), on est soumis au secret médical aussi hein.

Bien sûr.

Alors après (*soupir*), limite ...qu'il y ait eu plus de bruits dans ce sens-là, parce qu'il y a quand même des médecins du travail qui sont, nous on est un service ce qu'on appelle inter entreprise, c'est-à-dire qu'on est un regroupement d'employeurs. On va prendre la cristallerie d'Arques ici, les médecins sont salariés de la cristallerie, c'est un service autonome, interne, donc j'ai envie de dire peut-être que voilà le médecin il est un peu plus coincé puisqu'il est lui-même salarié de son directeur. Maintenant quelqu'un qui est réglo il fait son job hein.

Vous entre guillemets vous êtes forcément objectifs puisque vous avez tellement d'entreprises vous ne dépendez pas d'une seule.

Ah oui j'ai aucun souci. Mais j'ai encore eu il y a pas longtemps un patient d'une entreprise où ils sont nombreux, les ouvriers machin ça se passe bien, il dit « ah oui mais mon collègue il a dit qu'il fallait pas vous le dire hein parce qu'après mon patron machin ». Je dis vous croyez encore à ça, c'est pas possible....c'est fou hein, c'est fou. Alors forcément y'a bien un moment donné on devra aller voir l'employeur pour quelque chose, s'il y a un aménagement ou quoi, mais en termes de termes médicaux...ils ont aucune info et je dirais, faut pas oublier, surtout ici dans la région, qu'il y a beaucoup de salariés qui...qui sont...qui ont une plus grande langue que nous finalement, puisqu'ils le disent aux collègues, aux chefs, et c'est eux qui ont colporté tous leurs trucs. Voire même les arrêts maladie, y'a encore plein d'entreprises, le volet médical avec l'information, on donne tout à la secrétaire de direction puisque c'est elle qui l'envoie à la Sécu, les gens le font même pas eux-mêmes. Y'a une entreprise j'ai du râler j'ai dit mais faut arrêter de faire ça.

Et alors justement le motif d'AT, nous on peut pas mettre stress au travail ? Il faut mettre trouble réactionnel ou asthénie....

Euh...voilà en général la meilleure formule c'est de mettre « trouble anxio-dépressif réactionnel » ou un truc comme ça. Il faut faire très attention, après si c'est étayé par un psychiatre ou quelqu'un bon, il y aura peut-être d'autres choses.

Ah oui, nous on a aussi une équipe de psychologues du travail.

Est-ce qu'on peut les solliciter directement ?

Alors directement venant d'un médecin généraliste extérieur c'est pas possible, puisque lui il est rattaché à un secteur, à un médecin, une équipe et donc des entreprises donc directement non. Par contre je pense que la meilleure chose à faire c'est que le médecin généraliste qui détecte ben il renvoie au médecin du travail et puis nous on juge. C'est quelque chose qu'on propose fréquemment, l'éternel problème c'est que les salariés, les patients sont pas tous prêts à aller voir un psychologue. « Je suis pas fou. Je suis pas bien mais je suis pas fou ». Donc on a encore un peu cette étape-là. Malgré tout on arrive à motiver les gens en disant bah c'est gratuit entre guillemets, faut pas oublier. Parce qu'il y a encore des gens qui viennent en visite qui demandent s'ils doivent payer. Même vis-à-vis de nous, ils disent est-ce que je vous dois quelque chose, non. Les gens savent pas, ils s'imaginent que si c'est eux qui ont demandé la visite, peut-être qu'ils devront payer quelque chose. J'ai déjà eu ces questions-là. Le psychologue c'est pareil. La seule chose c'est que nous notre psychologue il est plus là pour euh... faire le diagnostic le bilan, mais il peut pas faire du suivi au long cours donc je préviens les gens en disant, ben écoutez ce sera peut-être la première fois que vous aurez l'occasion de vider votre sac, de parler un peu de tout ça, il vous donnera des conseils, il vous verra peut-être deux ou trois fois et puis il verra avec vous si vous devez avoir un suivi extérieur. Et ça va être l'occasion assez facile. Je dis et même on vous convoque en rendez-vous, votre employeur il saura pas à quoi vous avez rendez-vous, nous on vous met un rendez-vous, point. C'est justifié, si c'est sur votre temps de travail, vous venez ici, vous voyez le psychologue même une heure s'il faut, on n'a rien à justifier à l'employeur, donc ça ça peut être euh, les gens pour qui c'est assez facile, ça peut être une opportunité de pouvoir parler avec quelqu'un, avec plus de temps que nous aussi.

Et du coup dans chaque entreprise, il y a la médecine du travail, soit intra entreprise soit qui s'occupe de plusieurs entreprises, et les psychologues du travail sont systématiquement associés ?

Pas toujours, pas toujours. Il y a quelques entreprises qui ont leurs propres psychologues, il y en a un petit peu par ci par là, ça dépend aussi des structures. Euh je pense par exemple à une maison de retraite qui aurait une psychologue pour les résidents et qui aurait un petit temps dédié au personnel, ça ça arrive de temps en temps. Maintenant chaque service de santé au travail a son mode de fonctionnement en fonction de sa taille, son service, ses équipes. Il y a des endroits ils ont privilégié euh le nombre de psychologues, d'autres endroits c'est plutôt des toxicologues parce qu'il y a beaucoup de risques chimiques. Ça varie, c'est très variable.

Tout à l'heure vous parliez de l'inspection du travail, concrètement c'est une équipe de professionnels de quelle spécialité, quel est leur rôle ?

Alors l'inspection du travail, pour le coup elle a vraiment un rôle coercitif. Euh... Je pense que la priorité de leur rôle c'est la sécurité, par rapport aux accidents. Ils sont interpellés dès qu'il y a un accident dans l'entreprise, ils sont alertés. D'autant plus s'il y a un accident grave, ils sont présents, il y a enquête.

Il y a des réunions en entreprise qui s'appelaient auparavant CHSCT maintenant qui s'appellent Comité Social et Economique, où il y a un temps dédié à tout ce qui est santé sécurité. Nous on est invité, il y a les représentants du personnel. Est invité donc l'inspecteur du travail, euh...un ingénieur souvent ou responsable d'un CARSAT parce qu'ils s'occupent aussi de la prévention des risques, et...s'il y a une assistante sociale parfois rattachée ...et nous. Donc ça permet de débattre de tous les sujets santé sécurité relatifs à l'entreprise.

Moi : avec des gens qui sont extérieurs à l'entreprise en question ?

Alors nous on est extérieur voilà, et dans l'entreprise bah souvent il y a le patron, s'il y a quelqu'un dédié à la sécurité et les représentants du personnel.

Donc c'est vraiment une équipe pluridisciplinaire, c'est pas une personne.

Oui. Alors le problème aussi c'est que l'inspection du travail ils sont je sais pas dans la région ils doivent être deux ou trois, ils sont plus...de moins en moins fréquemment présents parce que ils vont être plus pressés en fonction des situations. Avant on avait des réunions où on croisait assez facilement l'inspecteur, ou l'ingénieur CARSAT, maintenant bah chacun va...comme nous quoi, on va chacun dans les réunions.

Et l'inspecteur c'est qui ? un médecin ?

Ah non rien à voir, c'est une formation beaucoup plus juridique, c'est le code du travail à fond. Il nous cite les articles, les machins, les manquements, ah oui non non c'est pas du tout médical.

Moi : ok .

Je ne sais pas exactement leur parcours mais c'est beaucoup plus juridique

Moi : et en tant que médecin généraliste nous on n'a aucune interaction avec eux ? Ca passe forcément par la médecine du travail ?

Oui, ils sont déjà tellement difficiles à joindre, tout ça. Non je ne pense pas que vous pouvez de ce côté-là. Le trio c'est vraiment médecin généraliste-médecin du travail-médecin conseil quand il y a quelque chose à accorder, ne serait-ce que pour négocier des trucs, des prolongations, des mi-temps thérapeutiques, des trucs comme ça, combien de fois j'appelle le médecin conseil pour essayer de gagner un peu de temps ou obtenir ça et ça.

Moi : parce que des médecins conseil peuvent critiquer le côté mi-temps thérapeutique qui s'éternise ?

Oui par exemple.

Moi : et donc du coup dans ces cas-là ils vous contactent vous et vous voyez avec nous, comment ça se passe ?

La tendance c'est qu'il décide tout tout seul hein quand même (*rit*).

Moi : le médecin conseil ? c'est lui qui a le dernier mot ?

Oui. Le courrier de fin d'arrêt enfin d'IJ...

Moi : IJ ?

Indemnité journalière. Hein les courriers...c'est des courriers type sécu, les gens comprennent même pas ce que ça veut dire, c'est tellement alambiqué les courriers sécu euh « vous avez été indemnisé de machin, fin d'indemnité journalière, en conséquence si vous voulez contester...) enfin y'a un courrier type mais les gens comprennent même pas ce que ça signifie, vous ne serez plus indemnisé si vous êtes encore en arrêt.

Moi : ah oui le médecin conseil ne peut pas arrêter l'arrêt mais il peut arrêter de payer pendant que les gens sont en arrêt. Et donc du coup au final après c'est vous et nous qui discutons avec le patient.

Ouais, quand c'est possible. Quand on sait d'avance c'est important de pouvoir discuter avec le médecin conseil pour essayer de voir ce qu'on peut négocier. Soit c'est de l'ordre du soin qui n'est pas terminé, quoi qu'en pense le médecin conseil, soit on a détecté quelque chose qu'on pourrait faire en entreprise mais il faut parfois un peu de temps pour aménager. J'ai eu un gars pour un problème d'épaule, il fallait aménager une manette et puis trouver une solution plus simple pour son volant, parce que son épaule il s'était fait opérer et puis il n'avait pas récupéré suffisamment. Bah déjà il faut que je sache suffisamment tôt quel est son problème de santé pour l'avoir vu au moins une fois, de détecter qu'il y a des séquelles quand même qui restent, et que a priori son poste il n'arrivera pas à le tenir. Y'a un truc, je ne sais pas si vous savez que ça existe, c'est ce qu'on appelle l'essai encadré ?

Non je ne connais pas.

L'essai encadré c'est un truc qui marche super bien, c'est justement là pour le coup on travaille tous ensemble en partenariat. Quand on craint qu'un salarié ne puisse pas faire telle ou telle tâche ou ne puisse pas tenir son poste, en accord avec le médecin traitant, la sécu, nous-mêmes et puis euh le service social, on peut proposer, pendant son arrêt qu'il aille faire son poste, son emploi. Il est couvert par la sécu, donc même s'il avait un accident de travail, parce que sur le trajet il lui arrive quelque chose, il est couvert par la sécu. Donc c'est pendant, souvent c'est vers la fin de l'arrêt maladie, on lui fait faire son poste de travail pour repérer les trucs sur lesquels il est à l'aise ou pas, les limites, et en fonction de ça souvent on travaille en partenariat avec les ergonomes, on repère qu'est-ce qu'il faut adapter/améliorer : ça ce sera une restriction il pourra plus le faire, ou ça il pourrait le faire mais il faut aménager une manette ou autre.

Moi : et ça si ça a un coût, c'est l'employeur qui en prend la charge ?

Alors pour ce qui est de l'aménagement de poste quand il y a du matériel il faut, y'a pas d'autre choix il faut passer par la case travailleur handicapé. Alors ça c'est pareil aussi, y'a un truc qui court, beaucoup de patients disent « si je suis travailleur handicapé je vais me faire licencier, ça sert à rien machin », c'est pas vrai du tout. C'est un passage obligé.

Même si c'est transitoire ?

Alors après oui, ça dépend du degré, je suis d'accord ça dépend un petit peu du degré du truc. Mais euh sur quelque chose qui risque de donner des séquelles, un truc chronique, il faut le faire. Parce que pour le coup c'est là qu'on peut faire venir des ergonomes spécialisés et euh bah y'a pas photo l'employeur il va avoir des aides financières. Il y a la cotisation par la DGFIP.

Qu'est-ce que c'est ?

La DGFIP c'est un organisme qui collecte des sommes d'argent des entreprises. Toute entreprise de plus de 20 salariés doit avoir 6% de travailleurs handicapés. Quand ils l'ont pas, ils font travailler un petit peu des gens des ...des ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail), des trucs handicapés etc, ils font faire par exemple leurs travaux d'espace vert, ils ont le droit de faire ça, donc ils doivent déclarer. S'ils ont pas, ils ont des charges supplémentaires. Mais de toute façon ils cotisent quand même à un pot, qui sert à la GFIP, et la GFIP c'est un service qui accompagne tous les handicapés quelque soit l'âge ou le motif et y'a le volet emploi, et du coup quand on détermine que pour maintenir quelqu'un sur son poste, ou même sur un reclassement mais il faut encore des adaptations, on fait des devis, on prépare le dossier tout ça, avec l'accord de l'employeur qui nous dit « bah oui je suis prêt à le faire », on envoie à la DGFIP qui va financer en partie. Donc on arrive à avoir des fois des beaux financements hein, sur des trucs matériels ça va du siège de bureau qui doit être plus adapté, un écran particulier pour les malvoyants, euh...les boîtes automatiques maintenant c'est compliqué, avant on arrivait un peu à négocier. Les prothèses auditives, quand c'est nécessaire pour le travail il y a quand même une grosse partie qui peut être prise en charge aussi.

Moi : D'accord. Et par rapport aux essais encadrés, c'est à l'initiative de la médecine du travail ?

Dans le cas d'un long arrêt où on craint une perte de chance de garder son poste, on est plusieurs à pouvoir intervenir. Soit c'est nous, euh les médecins traitants je pense qu'ils ne connaissent pas encore suffisamment le processus. S'il y a eu un accompagnement par une assistante sociale de la CARSAT, parce que les longs arrêts en principe euh..

Moi : CARSAT c'est ?

C'est la branche de prévention risque de la Sécu. Normalement quelqu'un qui est en arrêt depuis plus de 3 mois, dans le système sécu chez eux il y a une espèce d'alerte, qui fait qu'une assistante sociale est au courant que tel assuré est en arrêt depuis trois mois et puis en fonction de certaines pathologies. Par exemple je sais qu'ils ont des critères genre le dos, si c'est un problème de dos de plus de trois mois ils s'en méfient donc ils demandent à l'AS de prendre contact avec la personne pour essayer de comprendre s'il y a un risque de perte d'emploi, des difficultés qui vont durer. Bon après le médecin conseil peut le convoquer mais ils sont pas nombreux. Ils ont aussi maintenant des systèmes d'infirmières, tout doucement ils ont mis en place des visites pour faire un pré bilan avec les infirmières. Tout le versant social c'est donc les AS de la CARSAT qui assurent ça, et euh on travaille ensemble pour déterminer au mieux ce qu'il faudrait faire pour la personne.

Et s'il faut passer par l'essai encadré, souvent on est plusieurs à se dire tiens ça pourrait être une bonne idée de le faire tester et puis après c'est entre nous, on a une espèce de courrier type qui circule avec l'accord de tout le monde, et surtout le médecin conseil pour qu'il soit couvert du fait qu'il soit en arrêt maladie.

Et c'est rémunéré cet essai encadré ?

Alors c'est pas rémunéré puisqu'il est en arrêt, il a ses indemnités comme l'arrêt. La question, c'est s'il lui arrive un accident de travail, il est couvert et indemnisé du coup plus favorablement du côté accident de travail. Ça peut arriver.

Par rapport aux organismes de réinsertion professionnelle, est-ce que vous avez des contacts avec eux ?

Pas beaucoup. C'est compliqué. On n'a pas trop ce qui se passe après, on sait pas trop. On a essayé, il y a une...comment on appelle ça, une tentative sur la côte où ils ont essayé de mettre en place un lien avec pôle emploi, et on essaie de le développer mais c'est pareil c'est une question de moyen et d'accroche. C'est un projet qui pour l'instant n'a pas abouti, d'essayer de, quand on sait pertinemment que malheureusement il n'y aura pas d'aménagement pas d'adaptation, puis que très vite on se doute qu'il va y avoir un licenciement, essayer d'anticiper, alors c'est difficile parce qu'on peut pas dire « bah c'est Pôle Emploi », pour la personne c'est pas agréable. Mais essayer de trouver quand même un accueil plus rapide et plus orienté tout de suite derrière. Alors je sais que sur la côte ils tentent ça, d'abord il faut l'accord de la personne, qu'elle ait cheminé dans sa tête parce que se dire « je vais perdre mon emploi » c'est pas évident, et quand ils ont des personnes comme ça qui ont bien avancé et qui ont compris que malheureusement il n'y aurait pas d'issue, ça leur permet plus vite d'avoir un conseiller dédié et d'aller plus vite et du coup je crois que c'était sur Calais, ils disaient qu'ils voyaient une petite amélioration dans la...dans le fait de retrouver un autre emploi derrière. Parce que le mécanisme était plus rapide.

Et du coup c'est pas partout ?

C'est pas partout, c'est des choses un peu expérimentales qui se font par ci par là. Il y avait une volonté de le faire sur les Hauts de France mais comme chaque Pôle Emploi a son équipe, son mode de fonctionnement...je sais qu'à Calais ça avait bien fonctionné parce qu'ils ont des psychologues en interne à Pôle Emploi donc euh...

Ce qui n'est pas le cas dans chaque ?

Il n'y en a pas partout, voilà donc ça aussi ça joue. Il faut qu'il y ait des équipes, les moyens humains pour pouvoir faire rouler tout ça, je pense qu'un conseiller il est peut-être moins branché sur le sujet que d'autres. Donc du coup à Calais apparemment ils ont un bon partenariat dans ce cadre-là.

Moi ce qui ressort beaucoup dans mes entretiens pour le moment, c'est le manque de contact du médecin généraliste vers le médecin du travail, « il faudrait, ce serait bien, mais on ne sait pas comment faire ».

Pas comment faire ? Ce qui est fou c'est que le patient salarié il sait jamais le nom de son...

Ca aussi ça ressort.

Moi dans l'autre sens ça va, j'arrive à avoir le nom du médecin traitant, quand je leur demande leur traitement là c'est fini (*rit*). En général, j'arrive à deviner un peu avec ce qu'ils me disent...

[La boîte bleue avec les rayures jaunes ?](#)

Non mais c'est ça hein, c'est ça...et dans l'autre sens, je me rends compte que très souvent ils ne savent pas nous citer, nos noms. Alors qu'est-ce qu'on peut faire pour ça...Ils ont tous quand ils sortent, la fiche avec notre nom, nos coordonnées, tout ce qu'il faut !

[Ça leur est remis quand ils démarrent leur emploi ?](#)

A chaque fois qu'ils viennent en visite, ils ont leur attestation de visite, avec tout, tout ! Ils sont censés le conserver, c'est un document pour l'employeur. L'employeur a une copie, lui il en a une, on en conserve une aussi. Bref, c'est toujours comme ça.

[Et tous les nouveaux salariés vous les voyez tout de suite ?](#)

Il y a pas mal de priorité aussi. Alors en priorité les travailleurs handicapés, euh les risques spécifiques et puis les autres on a un délai de trois mois pour ceux qui sont en suivi simple.

[Mais du coup tous les patients sont censés connaître le nom de leur médecin du travail rattaché.](#)

(*Rit*) Après, un moyen simple si les médecins généralistes veulent savoir, bon c'est pas très compliqué de savoir. Ici sur Saint Omer, le service de santé au travail, on n'est pas très loin dans le centre-ville, euh on draine toutes les entreprises, ça va de Inghem, Lumbres, Watten...Arques, on est à la limite de Caëstre, donc on draine tout ce secteur-là. Il suffit d'appeler dans le service, vous donnez le nom de la personne, ben c'est sur le logiciel hein...

[Et nous on a le droit de vous contacter?](#)

Bah oui, je vois pas pourquoi...avec l'accord du salarié.

[Parce que j'en parlais avec un autre médecin justement et il disait qu'on n'avait pas le droit de vous contacter par téléphone.](#)

Alors pas indépendamment.

[Mais si on a le patient en face, on peut lui demander son accord pour contacter le médecin du travail ?](#)

Moi j'ai pas le droit non plus dans l'autre sens hein mais...

[Même avec l'accord du patient ?](#)

Ben je leur dis, je vais appeler votre médecin. J'avoue que parfois c'est un peu borderline.

[On n'est pas censé faire ça ?](#)

Ben...pas trop. Ça c'est mal fichu hein.

Parce que en soi, on appelle le néphro, on appelle l'ORL, pourquoi on peut pas s'appeler nous ?

On ne fait pas partie du parcours médical sécurisé et partagé.

C'est dommage....

Ouais, surtout quand il faut donner un avis d'aptitude à quelqu'un, c'est la croix et la bannière, mais ça c'est la législation qui est comme ça hein. Combien de fois je dis, je suis pas là pour casser les pieds, mais malgré tout je vais donner un avis d'aptitude à quelqu'un qui est chauffeur poids lourds, s'il me dit pas qu'il est épileptique, diabétique machin tout ça, j'ai l'impression de faire une enquête de police. On fait tout un interrogatoire nous qui est sur la preuve de la non maladie en fait. Après il a envie de me dire ça ou de pas me dire ça....Il fait ce qu'il veut. Alors on étaye nos dossiers en demandant des preuves. « Vous me dites que vous avez ça, ben vous me ramenez la prochaine fois votre document » c'est écrit de toute façon, sur les documents de convocation, « venez avec votre carnet de vaccination, avec la liste de vos médicaments/traitements et tout avis du spécialiste, prise de sang qui peut être utile à l'avis d'aptitude. La plupart des gens ça leur passe au-dessus hein.

L'avis d'aptitude c'est après un arrêt ?

Alors euh l'avis d'aptitude ça a changé avec la législation, quand c'est une surveillance simple, il n'y a même plus d'avis d'aptitude, c'est une attestation de visite, de suivi. L'aptitude c'est pour les risques spécifiques. Et après euh...avant c'était binaire, c'était apte ou pas apte, mais maintenant c'est plus compliqué parce que c'est en fonction des risques, du type de visite etc.

Donc par exemple quelqu'un sous hypnotique, c'est vous qui avez le rôle de dire apte ou pas, sachant qu'il a ce traitement-là ? Sans avoir le droit de contacter le médecin traitant pour en discuter du coup ?

Oui (*rit*), en gros c'est ça. Bon, moi j'estime que chacun a sa façon de faire hein, moi je, que ce soit hypnotique, que ce soit de l'addicto, je suis quand même très gentille je laisse une chance aux gens en leur disant « je vous donne six mois, faites ci, je vous conseille de baisser ça, voyez votre médecin ». Franchement j'ai pas beaucoup de collègues qui sont sévères la première fois. A moins que c'en soit un qui est connu, on a aussi des cas répétitifs, on sait qu'il s'est fait licencier à tel endroit pour tel problème et puis il revient deux mois après, et puis il me dit pas, on dit ah non c'est pas possible (*rit*). Mais la plupart du temps, sauf si vraiment je trouve que c'est trop dangereux pour sa santé, on essaie de voir ce qu'on peut faire, est-ce qu'on peut baisser le dosage, ou sevrer tout doucement, on va laisser un peu de temps, je vais négocier avec l'employeur pour que vous fassiez pas ça, ou pas des horaires comme ça ou comme ça, ce sera temporaire.

Et dans ces cas-là qui est-ce qui modifie les ordonnances s'il y a des diminutions à effectuer etc ?

J'ai pas le droit.

Donc vous donnez un conseil, mais du coup pour nous forcément ?

Oui oui, souvent. Bah je fais un petit mot « monsieur untel a un poste de sécurité qui nécessite sa vigilance par exemple machin, il me déclare être sous traitement, je lui conseille de voir avec vous pour réduire » et je lui laisse un peu... souvent on essaie de faire comme ça quoi. Sans ça il y en a beaucoup que je mettrais inaptés hein...énormément, on est bien clair.

Et inapte derrière ça veut dire reclassement ou licenciement ?

(Acquiesce). Après il y a l'autre option c'est l'inaptitude mais temporaire, c'est en gros ben on dit...mettez-vous en arrêt maladie pour soigner ça ou sevrer en ça, et puis une fois que ça ira mieux, on déclenche nous l'arrêt maladie quand c'est comme ça, donc on vous le renvoie, en disant qu'il y a un soin qui est nécessaire ou que tel truc n'est pas compatible avec son poste, dans l'immédiat on n'a pas d'adaptation à pouvoir proposer, donc on propose la mise en arrêt. Des fois c'est pour étayer un diagnostic, des fois c'est pour changer le traitement et laisser un peu le temps de récupérer pour pouvoir réévaluer sa situation au travail.

D'accord. Et du coup vous le service de médecine du travail, vous êtes rémunérés par l'Etat ?

Rien à voir, oui les gens pensent aussi qu'on est fonctionnaire. C'est l'association, c'est une loi de 1901. Donc c'est pareil c'est les employeurs qui cotisent, qui mettent au pot et on est à but non lucratif donc tout l'argent qui est cotisé par les employeurs est réutilisé dans le cadre de nos missions de travail. C'est uniquement comme ça.

Et du coup vous avez un service de médecine du travail, pour vous ?

Oui (*rit*), oui oui. On est salarié.

Et justement les fonctionnaires, comment on fait ?

Les fonctionnaires, y'a rien. Si je dis pas de bêtise ils ont un médecin...

Ils n'ont pas des centres MGEN ?

Alors la MGEN c'est le nom de leur service de sécurité sociale.

Oui tout à fait.

Alors après je sais pas trop, ils ont des médecins rattachés à leur rectorat. Mais c'est trop complexe.

Parce que j'en n'ai pas un qui sait me dire comment ça marche la médecine du travail pour les fonctionnaires...

En gros, ce que j'ai toujours entendu, c'est qu'en gros ils sont tellement déficitaires en moyen et en médical, qu'à part réformer quelqu'un ils font rien d'autre. Il y a un gros manque ça c'est certain. En seuls fonctionnaires qu'on voit nous on a encore quelques hôpitaux, mais normalement on est, en tant qu'association santé travail on n'est censé s'occuper que du droit privé. Donc on a encore quelques hôpitaux mais normalement ça c'est l'état qui devrait gérer.

Et moi j'ai la particularité ici d'avoir des fonctionnaires de police par exemple. Normalement c'est l'État qui devrait gérer ça. Donc c'est tout, c'est des conventions qui ont été faites parce qu'ils n'avaient pas d'autres solutions. Tant qu'on peut encore réussir à les suivre, oui, (*rit*) mais ça va partir aussi ça.

Et du coup des services associatifs comme le vôtre il y en a partout ?

Oui, à toute l'échelle de la France il y a des services de santé au travail, donc soit interentreprises, c'est-à-dire tout un ensemble d'entreprises, soit interne. Arcelor par exemple ils ont leur service interne. C'est les gros groupes qui ont ça en fait. Avec des tailles de service très variables. Nous on a fusionné plusieurs fois, donc on est un très très gros service puisque nous c'est l'antenne de Saint Omer mais ça va jusque Lille-Douai. Mais c'est des histoires de fusion, mise en commun de moyens etc. Sur la côte le service il va de Calais, Boulogne, Le Touquet, Montreuil. Sur le Dunkerquois, il y a un service qui est tout seul dans son coin (*rit*). Après euh dans le Pas-de-Calais le siège je crois qu'il est à Arras. C'est Arras, Lens, Béthune...enfin voilà les secteurs sont très variables.

Et j'ai vu qu'il existait des centres de santé et travail ?

Alors c'est peut-être rattachés aux CHU ? Parce qu'au CHR de Lille, il y a des centres de consultation de pathologies professionnelles. C'est pas le C2RMP ? Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

Et ce sont des structures qui comportent qui dedans ?

Ah c'est encore un peu plus compliqué parce que je pense qu'ils n'ont pas vraiment de bureaux en tant que tels, le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles est interpellé quand quelqu'un fait une demande de maladie professionnelle, la Sécu répond non parce que le tableau n'existe pas, par exemple souffrance au travail.

En France, c'est pas possible mais en Suède oui je crois ?

Il y a des pays qui le reconnaissent. Pour autant, un patient qui est vraiment sincèrement pas bien, et qui, j'en ai hein qui ont fait des demandes professionnelles. La première réponse de la Sécu ça va être de dire non le tableau n'existe pas. Par contre ils peuvent être amenés à faire une enquête et passer le dossier du coup à ce comité. Le comité régional ici, alors ils sont plus ou moins basés au CHR de Lille mais parce que je pense que c'est leur lieu de rencontre hein. Il y a plusieurs médecins, alors pour le coup c'est des professeurs de santé au travail, des juristes, ou des médecins de la spécialité qui correspond à la pathologie professionnelle, par exemple. Pneumologie pour l'amiante ou des trucs comme ça, et du coup ils instruisent sur dossier, ils peuvent recevoir des gens aussi quand il faut étayer.

Donc c'est pas du tout du premier recours pour nous, adresser les patients ?

Non. Mais ça veut dire qu'il faut pas avoir peur, si vraiment vous jugez que ça peut être de la maladie professionnelle, dire bah on peut tenter.

Donc dans ce cas-là on fait la demande puis on les adresse quand c'est refusé ?

Oui, c'est la Sécu qui va le faire. Ça dépend dans quel ordre ça s'est fait. Des fois on sait avant, des fois on sait après.

Mais c'est la Sécu qui va transmettre le dossier, après faut étayer, il faut apporter des éléments : le suivi d'un psychiatre, d'un psychologue, qui apportent des arguments, parce que sur le simple dire de la personne...Moi j'en ai un en cours, c'est une directrice d'EHPAD, c'est une problématique ...liée à l'environnement de travail et management du siège qui est à Paris, il y a les deux. C'est moi qui l'ai mis pour le coup en inaptitude temporaire parce qu'elle voulait bosser, elle avait même eu une fracture, elle dormait dans une chambre dans un lit de résident à la maison de retraite, normal quoi (rit). Elle a commencé à m'envoyer des mails où ses propos ça n'allait plus, elle faisait des fautes d'orthographe qu'elle ne faisait pas d'habitude, des demandes qui n'étaient pas claires et tout ça. Donc c'est moi qui ai déclenché l'arrêt je l'ai renvoyée à son médecin en disant « inaptitude temporaire » c'est-à-dire nécessite des soins, un accompagnement.

Du coup malgré sa volonté de travailler on peut la forcer à se mettre en arrêt ?

Bah, on la convainc...en plus si je dis pas de bêtise je l'ai eue plusieurs fois au téléphone, et c'est elle qui a demandé le rendez-vous, et je crois qu'elle attendait que je le fasse pour elle, parce que dans son tempérament, aller voir son médecin pour demander un arrêt ça 'allait pas. Donc je pense qu'inconsciemment elle voulait qu'on le fasse pour elle. Et elle est en train de monter un dossier de maladie professionnelle, je sais que ça a été refusé une première fois, c'est en train de passer dans le comité régional et du coup on est plusieurs à être interpellé avec une espèce d'enquête et notre avis aussi pour avoir l'historique des événements. Et ça passera ou pas.

Ça passe au tribunal ce genre de choses ou c'est le comité ?

Non c'est le comité, ils doivent siéger une fois par mois, je ne sais pas combien de dossiers ils ont à traiter mais euh voilà c'est assez long, y'a une enquête, y'a des études, l'inspecteur du travail peut éventuellement être missionné pour faire l'enquête dans l'entreprise ou des choses comme ça. Et là nous on est interpellé pour donner notre avis aussi. Pour le coup là aussi pour le médecin généraliste il faut que ce soit factuel. « Me dit que », faut être descriptif uniquement.

En gros ce qui ressort ce sont les difficultés de communication.

Si on se donne la peine de chercher c'est pas si difficile normalement.

C'est pas ce qui ressort (rire). Pour vous il y a un intérêt à décrocher le téléphone plutôt que de faire un courrier ?

Oh oui, surtout quand on veut savoir un peu...alors après moi inversement j'appelle des fois des médecins pour leur dire « vous m'avez signalé ça, il rapporte tel ou tel événement, moi je me permets quand même de vous dire que je sais que dans l'organisation du travail il y a eu ça, et ça il l'a pas bien vécu, et il n'a pas voulu faire ça » j'essaie aussi de donner un petit peu l'autre version.

Oui, parce que nous on n'a qu'un son de cloche.

Oui j'essaie dire aussi sachez que...j'ai eu une fois tout un pataquès, l'origine du problème c'est que c'était une dame qui faisait un travail de bureau dans un magasin et un jour pour dépanner on lui a demandé d'aller aider à la station-service et puis c'était en été, elle a

refusé de mettre ses chaussures de sécurité et elle était en tong (rires). Donc elle s'est fait eng***** par l'employeur, elle en a fait toute une montagne, c'était une souffrance au travail (rit). Bon après...mais tout ça je l'ai su longtemps après, parce qu'elle a été en arrêt quand même très longtemps, alors après est-ce qu'il y avait d'autres griefs, mais le début de l'histoire c'était un histoire de tong, et puis oui manipuler les...les bacs où on met les bouteilles de gaz, je lui dis mais quand même en tong ça fait pas très sérieux. Et quand on résume l'histoire, après ça s'est envenimé, et quand on revoit les gens six mois après on ne sait plus, c'est surprenant.

[Nous on a un intérêt à passer par les RH pour savoir qui est le médecin du travail ?](#)

Non, vous n'avez pas intérêt à passer par l'employeur vous, si vous voulez être discrets.

[Parce que les RH sont rattachées à la boîte ?](#)

Oui, je dirais même les RH comme ils sont aussi rattachés au financier il faut pas passer par eux.

[Et du coup les patients qui ne connaissent pas leur médecin du travail, comment ils peuvent faire sans passer par l'employeur ?](#)

A part résumer ici moi dans le secteur y'a qu'un seul numéro qui est notre service de santé au travail à Saint Omer.

[Et quand c'est un médecin par entreprise ?](#)

Quand c'est des grosses boîtes là ils doivent savoir, parce que quand il y a un médecin, il y a souvent des infirmières, il y a souvent une assistante sociale, il y a tout ce qu'il faut. Je pense que c'est pas trop compliqué pour les grosses boîtes de retrouver. Après utiliser google, comme c'est pas toujours à jour, c'est pas pratique pour vous, est-ce qu'il faudrait une espèce de cartographie des services ? Ça, c'est tout bête. Au même titre que la Sécu avait développé, c'est en partenariat avec eux qu'on avait fait la fiche d'information généraliste sur l'intérêt de la visite de pré reprise, c'est sorti justement d'échanges comme ça, on ne sait pas comment faire, donc ça avait été créé il y a déjà quelques années.

[Parce que par exemple en psychiatrie, on a le site F2RSM psy, on tape l'adresse pour trouver le CMP lié. Et c'est hyper pratique, est-ce qu'il y aurait un intérêt ou pas à le faire ?](#)

Pourquoi pas ? Si c'est une demande des généralistes, je ne pense pas que ce soit difficile à faire mais alors qui pourrait centraliser ça, pourrait gérer ça. Quelqu'un qui pourrait gérer ça c'est l'inspection médicale. A Lille on a un médecin inspecteur qui régit à l'échelle des Hauts-de-France. Pour créer quelque chose qui soit visible partout il faudrait que ça passe par eux. Parce qu'elle chapeaute, elle est garant du bon fonctionnement des services de santé au travail aussi. Elle nous soutient en cas de litiges. Ils sont basés à Lille pas loin de la mairie.

[Et du coup si demain beaucoup plus de médecins généralistes vous contactent par téléphone, est-ce que c'est possible dans votre emploi du temps ?](#)

On se débrouille hein comme tout le monde, comme vous. On est tous en rendez-vous...alors après on a notre temps dédié en rendez-vous et on a notre temps sur le terrain, donc c'est les mails, les messages...

Les mails comment on peut connaître nous ? C'est suite à un premier contact par courrier ?

Oui.

Et ça on a le droit d'échanger par mail ?

Par mail c'est toujours un peu délicat, y'a rien de crypté, y'a rien de secret.

Même si c'est par apicrypt ou messagerie sécurisée ?

Alors nous on n'a pas accès, on peut pas. Je sais que notre service est en train de réfléchir à ça, ne serait-ce que les biologiques on reçoit les résultats papier. Des fois c'est long. Mais comme on ne fait pas partie du parcours de soins, tout est plus complexe.

Pourquoi ça a été décidé comme ça ?

Je ne sais pas, c'est législatif depuis longtemps. C'est ridicule. Et même les patients, ils me disent vous n'avez qu'à appeler mon médecin, je dis bah non c'est à vous de ramener les documents, j'ai pas le droit. Combien de fois il faut leur dire...

Ça je pense que c'est la plus grosse contrainte dans notre organisation de travail. Parce qu'après tout nous on doit donner un avis sur quelque chose euh ben il faut surtout rien dire, donc c'est ça le plus pénible. L'idéal c'est quand on peut téléphoner en face de la personne.

Ça c'est toléré au niveau législatif ?

Euh je ne sais même pas si c'est légiféré, après si la personne est en face, elle sait exactement ce que je vais dire ou pas. Je pense qu'on est très nombreux en off, quand on connaît les généralistes et qu'on sait qu'on a une bonne relation, c'est pas pour tricher c'est pour rendre service à la personne, clairement...des gens qui se mettent en danger, des personnes âgées qui ne sont plus aptes à conduire nous on en voit. Je veux bien accepter un peu ça qu'il adapte le traitement, mais quand c'est une situation de santé qui se dégrade parce que vous en tant que médecin vous ne savez pas non plus la dangerosité de son poste, y'a un moment donné, on peut pas accepter. Il y a des gens il faut qu'ils soient alertes, qu'ils mettent un harnais, qu'ils grimpent. Quand c'est lié à l'âge c'est des restrictions, dire à l'employeur bah ça il pourra plus le faire. Soit il le réoriente vers une autre tâche soit il accepte simplement que ça il le fait plus et c'est quelqu'un d'autre qui fait.

Un départ anticipé c'est quoi ?

Qu'est-ce que vous appelez départ anticipé ?

Quand ils partent à la retraite plus tôt.

Alors ça c'est peut-être plus le vrai départ Sécu, il y a un modèle pour des gens qui ont une carrière longue, qui ont commencé tôt. Mais c'est pareil il faut que ce soit négocié avec l'employeur et il faut faire un départ progressif. C'est quand même assez rare aussi on n'en a pas beaucoup. Parce que si ça s'étale sur deux ans faut pas se leurrer, il y a quelqu'un qui va devoir le remplacer à temps partiel... euh le compagnonnage ça se fait de moins en moins en entreprise. Avant ça se faisait. Ça c'est la réalité économique des entreprises qui fait que c'est pas évident.

Et après on a tous notre lot d'entreprises ou on sait qu'à tel endroit ça va marcher et à d'autres c'est illusoire. Il y a des entreprises j'essaie même pas d'appeler. Des temps partiels thérapeutiques on en a tous...

Ils ont le droit de refuser ça ?

Oui, mais il faut qu'ils l'actent par écrit.

Sous quel motif ?

Pour raison de service, d'organisation, nous ne pouvons pas nous permettre....

Et le patient reste en arrêt du coup ?

S'il faut consolider son état bah ouais souvent y'a pas d'autre solution en espérant que quand il reviendra...Oui il y a des entreprises qui sont dures avec ça, ou qui ne veulent pas s'embêter parce que c'est de la paperasse, parce qu'il faut faire un contrat, le remplacer. Quand la personne a été en arrêt longtemps s'ils ont les moyens ils vont embaucher un intérimaire ou un CDD pour compléter. Le jour où on fait un temps partiel thérapeutique, qu'est-ce qu'on fait de ce CDD, est-ce qu'on lui arrête son contrat ? C'est vrai que c'est pas évident, c'est ch**** pour l'employeur c'est certain.

Et le mi-temps thérapeutique c'est vous qui le proposez, nous qui devons le prescrire ?

Vous pouvez le proposer aussi hein. Les deux sont possibles, en disant bien que c'est du temps partiel et pas mi-temps donc on met ce qu'on veut comme taux horaire. Moi j'ai déjà fait après cancer un début à 20% et puis un augmentation progressive jusqu'à 100%.

Mais nous on prescrit pas jusque-là ?

Vous vous mettez uniquement la durée, et nous on gère la négociation avec l'employeur sur le contenu, les horaires, le papier Sécu vous le faites et nous on gère avec l'employeur pour le contenu et l'organisation. Ça fait partie des négociations qu'on fait avec l'entreprise, c'est vrai qu'il y en a de plus en plus du temps partiel. C'est quand même bien pratique pour une reprise en douceur ou pour éviter qu'un arrêt s'éternise trop, pour remettre le pied à l'étrier. Ça marche ça je pense, globalement c'est plutôt satisfaisant.

AUTEUR : Nom : SAUNIER

Prénom : Marion

Date de soutenance : 21 avril 2021

Titre de la thèse : La prise en charge de patients en souffrance au travail : enquête auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais et élaboration d'un guide pratique.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES Médecine Générale

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

Résumé :

Contexte : Depuis plusieurs années, les conditions de travail se transforment, générant une majoration des facteurs de risque psychosociaux, eux-mêmes susceptibles d'affecter la santé physique et mentale des travailleurs. Les médecins généralistes sont souvent les soignants de premier recours pour ces patients en souffrance, dont la prévalence augmente. L'objectif de ce travail est d'analyser le vécu des médecins face à ces patients afin d'optimiser leur prise en charge en soin primaire.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée au moyen d'entretiens individuels et semi-directifs, de docteurs en médecine générale installés en cabinet libéral. Ils ont été recrutés dans le Nord-Pas de Calais par l'intermédiaire de courriels relayés par la faculté, ou en personne. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot. Une analyse thématique a été réalisée par théorisation ancrée, ainsi qu'une triangulation des données.

Résultats : Quinze médecins ont participé à l'étude. Trois interlocuteurs sont principalement cités : le médecin du travail, le psychologue, et le psychiatre. Toutefois, ils n'adressent pas systématiquement leurs patients à ces interlocuteurs. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer, telles que le manque de formation des médecins, la persistance de préjugés vis-à-vis du médecin du travail, les délais de consultations de spécialistes, les enjeux financiers pour les patients, la complexité des démarches judiciaires et surtout les difficultés pour communiquer avec ces intervenants.

Conclusion : Les médecins connaissent bien le problème de la souffrance au travail, mais la coordination des soins demeure insuffisante. Dans l'optique d'améliorer leurs prises en charge, une meilleure formation des médecins généralistes dans ce domaine pourrait apporter une partie de la réponse. A cet effet, un guide de prise en charge a été réalisé, regroupant les différents intervenants, et des conseils pratiques.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur VAIVA Guillaume

Assesseurs : Madame le Dr SALEMBIER Alexandra, Monsieur le Dr ALEXANDRE Benjamin

Directeur de thèse : Monsieur le Dr SERVANT Dominique

