

ACTES DU COLLOQUE
DU 3 OCTOBRE 2017
.....
REGARDS CROISÉS
SUR LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL



Colloque URPS médecins libéraux Ile-de-France

L'URPS médecins libéraux Ile-de-France a réuni le 3 octobre à Paris une centaine de médecins et de parties prenantes sur la souffrance au travail. Ce thème a fait l'objet, par le groupe Santé Mentale de l'URPS, d'une enquête approfondie auprès des psychiatres libéraux de la région parisienne, complétée par des focus groups auprès de médecins généralistes. Ce travail est innovant en ce qu'il donne la parole aux médecins libéraux sur ce sujet, voix absente du débat jusqu'à lors. Ce colloque avait pour but de partager les résultats de ce travail avec les médecins libéraux et toutes les autres parties prenantes et d'émettre des propositions d'action. Un large panel d'experts a été réuni, permettant ainsi de réels regards croisés.

PROGRAMME

Colloque animé par le Dr Véronique Chabernaud

20h30	ACCUEIL	
20h35	INTRODUCTION.....	p.1
	<i>Le point de vue de l'Académie de médecine.....</i>	p.1
	<i>Dr Patrick Légeron, Psychiatre, co-auteur du rapport de l'Académie de médecine sur le burn out</i>	
	<i>Burn out Repérage et prise en charge par la Haute Autorité de santé</i>	p.1
	<i>Karine Petitprez, Chef de projet, Service des bonnes pratiques professionnelles (HAS)</i>	
20h55	SOUFFRANCE AU TRAVAIL : TÉMOIGNAGES DES MÉDECINS LIBÉRAUX	p.2
	<i>Psychiatres libéraux et souffrance au travail.....</i>	p.2
	<i>Dr Marc Sylvestre, Psychiatre, coordonnateur du groupe santé mentale, URPS</i>	
	<i>Médecins généralistes et souffrance au travail</i>	p.3
	<i>Dr François Bonnaud et Dr Nathalie Leroy, Coordonnateurs de la commission médecine générale, URPS</i>	
21h20	REGARD ET EXPÉRIENCE DES PARTIES PRENANTES DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL	p.3
	<i>L'entreprise</i>	p.3
	<i>Frédéric-Pierre Isoz, Psychanalyste, ancien manager international d'EADS</i>	
	<i>La médecine du travail.....</i>	p.4
	<i>Bernard Gaïssset, Directeur de l'Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Île-de-France (ACMS)</i>	
	<i>La direction des ressources humaines (DRH).....</i>	p.4
	<i>Charlotte Duda, DRH Convergys, ex-présidente de Association nationale des directeurs des ressources humaines (ANDRH)</i>	
	<i>Les aspects juridiques</i>	p.5
	<i>Jean-Luc Brami, Avocat spécialisé dans le droit social et le droit du travail</i>	
	<i>L'assurance maladie.....</i>	p.6
	<i>Dr Jean Olivet, Service médical de la Région Ile-de-France – Responsable ELSM 77</i>	
	<i>Le patient.....</i>	p.7
	<i>Léa Riposa, Présidente de l'Association France Burn Out</i>	
22h20	TABLE RONDE FINALE	p.8-9
22h35	CONCLUSION.....	p.9



INTRODUCTION

Le Dr Eric Tanneau, secrétaire général de l'URPS médecins libéraux Ile-de-France, a accueilli les participants en les interpellant sur le rôle du psychiatre dans la prise en charge des patients en souffrance au travail et en les invitant à bénéficier de la richesse des regards croisés présents lors de cette soirée.



DR ERIC TANNEAU

LE POINT DE VUE DES INSTITUTIONS

L'Académie de médecine

Le Dr Patrick Légeron a présenté les conclusions de l'Académie de Médecine sur le *burn out* (rapport février 2016, co-auteur avec le Pr Jean-Pierre Olié). Il a rappelé les premières descriptions cliniques apportées, il y a plus de 35 ans, par Christina Maslach, psychologue. Elle a décrit la symptomatologie du *burn out* en trois dimensions : l'épuisement, la dépersonnalisation ou la déshumanisation et la perte du sentiment d'accomplissement de soi et a mis au point une échelle, le Maslach *Burn out* Inventory (MBI), qui permet d'évaluer l'intensité des symptômes dans chacune de ces trois dimensions mais n'est pas un outil diagnostique.

L'Académie a émis dans son rapport des recommandations très claires :

- ✔ Le *burn out* ne peut en aucun cas être un diagnostic médical. Le diagnostic se trouve dans d'autres pathologies.
- ✔ Il est temps de se lancer dans des véritables recherches notamment sur la biologie ou l'épidémiologie.
- ✔ Il est nécessaire d'inscrire dans les programmes de formation, inclus des professionnels de santé, les maladies dites de société, dont le *burn out*.
- ✔ Il faut de réunir sur ce sujet les deux ministères de la santé et du travail.



DR PATRICK LÉGERON

La Haute Autorité de santé

M^{me} Karine Petitprez a présenté les conclusions de la Haute Autorité de santé qui a émis en mars 2017 une « Fiche mémo » sur le repérage et la prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burn out*, dans le cadre du Plan Santé au Travail 2016-2020. Ses recommandations sont les suivantes :

antécédents personnels et familiaux), contacter le médecin du travail ou une consultation dans un centre de pathologie professionnelle. L'existence de ressources dans le travail, d'un support social, est, lui, protecteur.

- ✔ Le *burn out* n'est pas une maladie caractérisée. Il se traduit par un épuisement physique, émotionnel et mental qui procède d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel. C'est un processus de dégradation du rapport subjectif au travail, à travers les trois dimensions de Maslach. Les manifestations cliniques sont très variées, plus ou moins importantes, progressives, souvent insidieuses et non spécifiques, en rupture avec l'état antérieur. Elles peuvent être émotionnelles, cognitives, comportementales, motivationnelles ou physiques.
- ✔ La démarche diagnostique est la suivante : caractériser le syndrome en repérant les pathologies sous-jacentes éventuelles, rechercher des facteurs de risque (six catégories : l'intensité et l'organisation du travail, l'exigence émotionnelle, l'autonomie, la relation dans le travail, les conflits de valeurs et l'insécurité dans l'emploi ainsi que d'éventuels

- ✔ Un focus a été fait sur les soignants, population particulièrement à risque en raison de plusieurs facteurs : la demande de performance, l'image du soignant inflexible, les valeurs d'engagement, d'abnégation, les injonctions contradictoires, les dispositifs de soins, les tensions démographiques, l'insécurité... Les répercussions sont humaines et impactent l'organisation et la qualité des soins.
- ✔ La prise en charge consiste à traiter le trouble qui a pu être identifié et agir sur le contexte socioprofessionnel. Le plus souvent un arrêt de travail est nécessaire. La prise en charge peut être non médicamenteuse, basée sur des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles. Le traitement antidépresseur doit être réservé à ses indications. La collaboration avec le médecin du travail est essentielle.
- ✔ Une visite de pré-reprise avec le médecin du travail est obligatoire pour tout arrêt de travail supérieur à 30 jours.



KARINE PETITPREZ

“ CES RECOMMANDATIONS INSISTENT DONC SUR LE RÔLE CLÉ DU MÉDECIN DU TRAVAIL, EN LIEN AVEC LE MÉDECIN TRAITANT ET LES AUTRES PROFESSIONNELS QUI SUIVENT LE PATIENT. QUE CE SOIT POUR PRÉPARER ET ACCOMPAGNER LA REPRISE D'EMPLOI, AVEC UN SUIVI RÉGULIER OU DANS SA DIMENSION DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI, SUITE À UN BURN OUT. ”



DR MARC SYLVESTRE

TÉMOIGNAGES DES MÉDECINS LIBÉRAUX



Psychiatres libéraux et souffrance au travail.

ENQUÊTE* DU GROUPE SANTÉ MENTALE DE L'URPS ILE-DE-FRANCE
TÉLÉCHARGEABLE SUR WWW.URPS-MED-IDF.ORG

Le Dr Marc Sylvestre, psychiatre, coordonnateur du groupe Santé Mentale de l'URPS, a commencé par remercier tous les contributeurs de l'enquête. Puis il a présenté les conclusions du groupe Santé Mentale. Cette enquête a commencé par un sondage proposé à 1700 psychiatres libéraux. 76 % d'entre eux se sont manifestés sur la question de la souffrance au travail, loin devant tous les autres sujets classiques de la spécialité. Devant cette remontée massive, le groupe a décidé de se saisir du sujet. La méthodologie a été rigoureuse et a donné lieu à un important rapport, dont 44 témoignages de confrères, très représentatifs.

Les principaux enseignements de ce rapport sont les suivants :

✓ Une importance croissante des consultations concernant la souffrance au travail. Les patients arrivent « avec leur vie » et souvent une difficulté avec toutes les structures parties prenantes (libérales, privées, publiques). La souffrance au travail peut atteindre tout le monde, n'importe où et n'importe quand.

✓ L'arrêt de travail est relativement ambivalent. « Appuyer sur le bouton » paraît une évidence pour mettre le patient en sécurité. Mais l'évolution de certains arrêts de travail pose effectivement un certain nombre de questions, notamment, à quel moment l'arrêt de travail de thérapeutique peut-il devenir mortifère?

✓ Le rapport confirme que la souffrance au travail n'est absolument pas le diagnostic. Il importe d'évaluer chaque cas singulier, ce qui demande beaucoup de temps en libéral, faire la différence entre la souffrance au travail et la souffrance par le travail. On se retrouve souvent face à des murs et notamment un mur du silence. L'univers de l'entreprise ignore le monde de la santé, le monde de la santé ignore le monde de l'entreprise. Les psychiatres se retrouvent souvent en situation d'établir des ponts, de rétablir des relations qui amènent une nouvelle voie/voix.

* Enquête réalisée par le cabinet FJN, Valérie Pont, Sophie Rougevin Bavielle, Florence Chevalier en Novembre 2016, sous la direction de François Nogues

Le rapport a mis en exergue des **recommandations** et un appel à l'action.

» Définition des concepts, face à la confusion actuelle évaluer pour mieux qualifier la situation à un moment donné

» Action réglementaire >> faire évoluer les textes

» Actions de formation et d'information en direction des professionnels de santé, des psychologues & des entreprises

» Développer du support aux psychiatres et aux médecins libéraux >> rendre accessible des services d'information ou de conseil pour identifier et accéder aux ressources mobilisables dans le respect des règles déontologiques

» Travail pluridisciplinaire > coordination du parcours de soins >> articulation entre les établissements et la médecine ambulatoire >> rôle et place de chaque professionnel >> différentes solutions de recours en cas de problèmes spécifiques pratiques.

“ IL A ÉTÉ NOTAMMENT SUGGÉRÉ, POUR DÉVELOPPER LES MODALITÉS DU FIL D'ARIANE, DE DÉVELOPPER UN SOUTIEN AUX MÉDECINS LIBÉRAUX, UN SERVICE ONLINE D'INFORMATION ET DE PRISE EN CHARGE QUI PUISSE LES AIDER DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE CETTE PATHOLOGIE. ”

“ Le parcours de soins ressemble à un **labyrinthe dans lequel le patient apparaît comme son propre minotaure**, tellement les services des ressources humaines, les médecins du travail, les médecins traitants, les psychiatres, l'inspection du travail, les prud'hommes... vont rendre la situation encore un peu plus difficile à lire. Le patient nous pose souvent en situation de devoir **tisser une sorte de fil d'Ariane pour lequel nous manquons de compétences**. Sur le terrain médical, nous avons effectivement la compétence. Pour le reste, c'est assez difficile de monter une sorte de système d'aide à la navigation. ”

Médecins généralistes et souffrance au travail

Le Dr François Bonnaud, co-coordonnateur de la commission spécialiste de médecine générale de l'URPS, a ensuite fait une brève synthèse de la littérature et présenté le travail réalisé par sa commission, via des focus groups organisés pour avoir un retour d'expérience des généralistes.

Dans la littérature, le problème de la souffrance morale au travail est une problématique relativement récente. Il s'agit du deuxième groupe des affections d'origine professionnelle. C'est une situation multifactorielle et présente tous les jours dans les consultations, en nombre croissant. Les généralistes ont identifié un certain nombre de facteurs qui sont de plus en plus intégrés dans leurs dossiers de consultations : le rôle et les conditions du travail, le management, la surcharge de travail, l'insécurité de la situation, les mauvais rapports interhumains, le manque de reconnaissance, le sentiment de régression sociale, la souffrance éthique.

La prise en charge est pluridisciplinaire. Elle paraît compliquée parce qu'elle sort des habitudes de prise en charge des médecins qui sont face à un environnement qu'ils ne connaissent pas, des réseaux différents.

L'arrêt de travail est devenu un vrai outil thérapeutique qu'il faut savoir utiliser à bon escient. Le nombre ou la durée de ces arrêts peut poser problème. Le contact avec les autres médecins est indispensable : le médecin psychiatre, le médecin-conseil, le médecin du travail auquel il faut savoir renvoyer le patient en visite de pré-reprise, parfois très tôt. Le médecin généraliste doit aussi accompagner le patient vers le retour au travail. Le patient se sent parfois abandonné dans cette phase.

Et pour le médecin à titre personnel, c'est une charge de travail supplémentaire, complexe, qui peut lui faire évoquer sa propre problématique de *burn out*, situation fréquente.



DR FRANÇOIS BONNAUD

“ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE TENTE DE DÉPISTER ET DE PRENDRE EN CHARGE CETTE SOUFFRANCE AVANT QUE LA SITUATION DEVIENNE IRRÉVERSIBLE. LES SYMPTÔMES SUBJECTIFS NE SONT PAS TOUJOURS ÉVOCATEURS. IL FAUT UNE RELATION DE CONFIANCE POUR POUVOIR LES IDENTIFIER, NOTAMMENT LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT, POUR QUE LE PATIENT PUISSE DEMANDER DE L'AIDE AU MÉDECIN. ”

Commentaire dans la salle

Dr Pascale Ghaoui, médecin généraliste, Paris XIV^e

“ Je trouve qu'on se trouve parfois très isolés puisque c'est nous qui portons les arrêts de travail, puisqu'on les prescrit, parfois à long terme. On est dans des situations assez inextricables. Vous avez dit justement qu'on avait beaucoup de mal à contacter un psychiatre. Et donc on est coincé. Je crois qu'il y a des cellules qui se montent maintenant au niveau de la sécurité sociale pour nous aider et ce serait fort utile et intéressant. Et j'aimerais parfois contacter plus aisément le médecin-conseil pour qu'il m'aide aussi, qu'il prenne une décision au niveau d'un arrêt de travail, comment gérer la reprise. ”

REGARD ET EXPÉRIENCE DES PARTIES PRENANTES DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

L'entreprise

Frédéric-Pierre Isoz a été directeur des relations internationales de l'aérospatiale d'EADS. Il est maintenant psychanalyste en exercice. De cette double expérience, il ressort une analyse spécifique de la souffrance au travail.

M. Isoz nous interpelle sur « qui, dans le patient, va au travail ? ». Le management « à l'allemande » n'était-il pas meilleur que le management d'aujourd'hui « à l'américaine » qui semble faire en sorte que nous proposons une intimité familiale, sinon affective, à ceux qui collaborent, au risque que « cela déborde ». Car c'est dans l'in-

timité que les choses débordent, ce n'est pas dans le cadre fonctionnel de la relation à l'autre. C'est dans l'intimité que nous ne nous tenons pas, qu'arrive cette incapacité à pouvoir faire autre chose qu'être en colère. La première question à aborder avec le patient est : « qui en vous travaille, qui en vous a une perte de sens, qui en vous travaille au point d'aller jusqu'à à l'effondrement du moi ? ». Il y a donc souffrance au travail et souffrance du travail, ce qui n'est pas la même chose.

Dans l'entreprise, la situation est hétérogène. Sur dix personnes, en règle générale,



FRÉDÉRIC-PIERRE ISOZ

Commentaire dans la salle

Patrick Légeron

Il y a des données européennes extrêmement intéressantes. Tout d'abord, **nous sommes le pays dans lequel la souffrance au travail est la plus élevée par rapport à d'autres pays d'Europe du Nord ou aux Etats-Unis.** La deuxième chose, c'est l'investissement qu'on porte à son travail. Sur des panels de dizaines de milliers de salariés européens, on pose une question très simple : **quelle place accordez-vous au travail dans votre vie** (extrêmement importante jusqu'à pas du tout importante). La France est le pays pour lequel la réponse **«extrêmement importante»** est la plus fréquemment donnée.



BERNARD GAÏSSET

trois surperforment les objectifs, quatre tiennent leurs objectifs et trois sous-performent. Le manager doit faire en sorte que la totalité de son équipe soit reconduite. Il va donc demander aux « surperformeurs » d'assumer des tâches supplémentaires afin que les objectifs soient atteints. Ils vont le faire et aller jusqu'à l'épuisement, voire jusqu'au suicide sans aller voir ni un médecin, ni un thérapeute.

Les DRH sont conscients de ces situations. Mais ils peuvent être eux-mêmes en difficulté. La réalité est de faire face à une nouvelle problématique, redonner du sens à l'entreprise, aux collaborateurs. Le travail ne correspond peut-être pas, au

fond, à la réalité de l'humain dans son sens et dans son développement. Le rôle des soignants devrait être de pouvoir construire en amont des passerelles et des instants de dialogue avec les professionnels d'entreprise pour qu'ils soient en capacité d'accompagner et d'aider ceux qui travaillent, de faire en sorte que l'identité des humains ne soit plus celle de l'épanouissement au travail, mais d'un épanouissement par le travail afin qu'ils redonnent globalement un sens à leur vie.



Commentaire dans la salle

Sophie Duméry, médecin-journaliste

“ Vous avez évoqué la notion de l'intimité. Pour revenir à ce qu'est la définition d'un travail, je me permets de soulever le phénomène qui consiste à donner un poste à quelqu'un et non pas honorer un métier. Quand je rencontre des étudiants, ils ne se voient que comme occupant des postes, des personnes qui se fondent dans le moule du poste et n'envisagent leur avenir que se confortant à des cellules qui préexistent à leur existence. Alors qu'idéalement, pour se déployer personnellement, il faudrait être soi et donner du sens à son savoir et ses capacités, c'est-à-dire se rendre utile en société et générer ainsi une place dans l'économie générale. ”

Service de santé au travail

Bernard Gaïssset, ex-directeur général de l'ACMS (association de santé au travail Ile-de-France)

On est passé de la médecine du travail à la santé au travail pour introduire de la pluridisciplinarité et de la prévention. Mais il reste beaucoup d'interférences dans la réalité et un gros travail à faire. Ce n'est pas la loi française qui décide de ce que c'est que la santé au travail, c'est la directive européenne de 1989, que la France a mis 15 ans à appliquer, et elle disait au fond « pluridisciplinarité et prévention ». Le métier des médecins du travail c'est « d'éviter toute altération de la santé du fait du travail ». Donc c'est à eux qu'il faut donner des équipes pluridisciplinaires, parce qu'ils ne peuvent pas y arriver seuls. Et ce, parce qu'il faut aller dans le milieu de travail, vers la cause, expliquer aux managers les facteurs de risque.

A l'ACMS, une cinquantaine d'équipes suivent 20.000 salariés, qui couvrent au total un million de salariés. Autour du médecin travaillent des infirmières, des se-

crétaires médicales, des assistantes techniques de santé au travail qui peuvent repérer des risques. Cette équipe conseille le chef d'entreprise pour qu'il fasse un plan de prévention des risques, en concertation avec les salariés et les représentants du personnel. Le médecin du travail doit avoir le contact avec le chef d'entreprise et il faut qu'il ait la connaissance des facteurs de risque de l'entreprise. Enfin, il est très important que les médecins se parlent, le médecin du travail, le médecin-conseil, le médecin généraliste, les psychiatres. Au fond, qu'est-ce que la santé au travail? Bien entendu, des conditions de travail, de l'organisation du travail, des relations de travail, le contenu du travail, mais aussi le sens et la reconnaissance.

Afin de préserver le secret médical entre le médecin du travail et le médecin libéral, on pourrait imaginer de donner accès au patient salarié aux informations détenues par le médecin du travail afin qu'il puisse les communiquer lui-même au médecin traitant.

La direction des ressources humaines (DRH)

M^{me} Charlotte Duda a eu une carrière de DRH experte et engagée et est également psychologue clinicienne. Elle a partagé avec l'assistance sa vision de la souffrance

au travail sur la base de sa double compétence et expérience.

Depuis 30 ans, la volonté de moderniser



CHARLOTTE DUDA

l'entreprise et les rapports sociaux, en voulant dépasser la limite d'un collectif qui indifférencie pour privilégier une approche individualisée a conduit à un système où le tout individu s'est installé et domine la relation via les objectifs personnels, la performance individuelle, la reconnaissance personnelle. Ce positionnement à tout prix dans la rationalité a, dans un revers pervers, produit un individualisme forcé dans un climat de stress ambiant, induit, silencieux, policé : le stress de la performance. Or, paradoxe, ce toujours plus de «je» a conduit à un sentiment dominant de souffrance, de harcèlement et de repli sur soi, rarement atteint. La question de la souffrance nous renvoie à la place du sujet dans l'organisation, de l'organisation dans le collectif, du partage social, du désir de société.

Les DRH se sont peu à peu saisis du sujet. En 1998, le livre de Marie-France Hirigoyen a touché vif certains DRH qui se sont sentis concernés, comprenant qu'un tabou venait d'être levé et qu'il allait produire des effets au sein des entreprises. En juin 2000, le Conseil d'administration de l'Association Nationale des DRH (ANDRH), décidait de mettre en place un groupe de travail composé de DRH, lui fixant des objectifs forts : prendre part au débat et émettre des propositions et des recommandations auprès des pouvoirs publics et aider les DRH dans la compréhension

et la prise en compte du phénomène, en élargissant les échanges avec d'autres acteurs de l'entreprise, particulièrement les médecins du travail et les spécialistes de ces sujets. Comme l'ont montré les différentes enquêtes et comme l'a rappelé le rapport rédigé par H Lachmann, Mu Pénicaud et C Larose : la santé des salariés, c'est d'abord l'affaire des managers qui dirigent et font un travail de proximité avec leurs équipes. Les dirigeants et l'ensemble du management, porteurs de la responsabilité en matière de sécurité et de santé physique et mentale au travail, sont néanmoins totalement démunis. Ceci pose la question de la formation initiale et continue des managers ainsi que de leur accompagnement. Les services de médecine du travail et de ressources humaines ont ici toute leur pertinence.

Les DRH ont ainsi émis des propositions, notamment parler de santé globale, être dans le préventif, considérer la santé comme un enjeu, un levier de performance pour l'entreprise et les organisations et un des piliers de la RSE, préparer les dirigeants aux problèmes de santé au travail dans tous les aspects de la santé dans l'entreprise.

Question posée
à Charlotte Duda

Face à des cas de souffrance au travail, qu'est-ce qui a fait que vous sortiez ou que l'entreprise sorte par le haut? Qu'est-ce que la DRH expérimentée a à nous dire sur ce sujet-là ?

“ C'est très compliqué d'occuper dans une entreprise cette fonction charnière du DRH qui est un travail un peu d'équilibriste, toujours trop du côté des salariés ou trop du côté du patron, selon le point de vue duquel on parle. Il faut former et aider les DRH à pouvoir occuper cette position. Je crois qu'on est beaucoup dans la censure et dans l'autocensure, mais c'est possible d'aller frapper à la porte du patron, à condition d'avoir des solutions. Cela suppose de comprendre les contraintes de toutes les parties-prenantes, de pouvoir restituer la place de la personne qui est en situation de souffrance comme sujet et d'étudier ensemble comment une solution est possible et elle est souvent possible. Et je me suis rendu compte, même dans des situations très banales, comme les situations disciplinaires, que quand on utilisait une situation d'entretien disciplinaire comme un espace d'écoute, dans 90 % des cas, voire plus, on a des solutions. ”

Les aspects juridiques

Jean-Luc Brami, avocat depuis une quarantaine d'années, une vingtaine d'années dans le droit du travail.

Nous avons tous les outils pour combattre la souffrance au travail, outils juridiques, comités d'entreprise, CHSCT, représentants du personnel, inspection du travail, médecine du travail, DRH et on ne les utilise pas. Nous avons une montagne de textes, pénal, civil. Mais cela ne marche pas. Pourquoi ? Parce qu'on est dans une hypocrisie totale. Quand on consulte un cabinet d'avocats, à 99 % on a déjà un pied en dehors de l'entreprise. Quand il s'agit des salariés, on vient pour essayer de régler un problème qui va majoritairement

être un problème économique : « combien? » On exige du salarié qu'il fournisse des preuves puis l'employeur doit aller contre ces preuves. Cela veut dire qu'il faut bâtir un dossier, dont les médecins sont un des principaux artisans.

L'inaptitude est souvent prononcée lors de la gestion de ces dossiers. L'avocat essaiera alors de lier l'inaptitude obtenue de la médecine du travail à tout ce qui a été écrit auparavant et qui était destiné à dénoncer des faits de harcèlement. Si la médecine du travail a écrit dans son avis d'inaptitude que la situation anxio-dépressive est liée aux conditions de travail, c'est le Graal! Les conséquences sont énormes : nullité



JEAN-LUC BRAMI

du licenciement, paiement du salaire depuis la rupture du contrat de travail, cela se chiffre parfois en centaines de milliers d'euros.

Du côté de l'entreprise, c'est un psychodrame permanent où vous avez des salariés et des entreprises qui cherchent chacun à se protéger, sans jamais régler le véritable problème. Heureusement, le véritable problème est rare, la vraie souffrance au travail, rarissime. Or, une réalité de *burn out*, c'est une véritable

catastrophe qu'on sait très peu et très mal gérer. La réalité d'un *burn out*, c'est d'avoir en face de soi une personne physique qui n'est plus en capacité de quoi que ce soit, même venir voir son avocat est une véritable difficulté. La gestion d'un tel dossier devient rapidement épouvantable et sans fin.

L'assurance maladie

Dr Jean Olivet, médecin-conseil au service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Le code de la sécurité sociale prévoit des médecins-conseils comme experts ordinaires des caisses d'assurance maladie pour savoir s'il faut continuer à payer l'arrêt de travail, comment évaluer les incapacités, mettre en invalidité, reconnaître les maladies professionnelles et mesurer les taux d'incapacité.

La justification médicale de l'arrêt de travail est ce qui commande le raisonnement du médecin-conseil lorsqu'il convoque des assurés en arrêt de travail. Le raisonnement est très simple et doit être également celui du médecin traitant puisque les deux sont sur le champ de soin. Le médecin traitant, psychiatre ou généraliste, prescrit l'arrêt de travail et par conséquent il a intérêt à être sur le même terrain que le médecin-conseil qui le contrôle. En pratique, quand les soins ne sont plus de nature à modifier significativement la capacité de travail, les capacités fonctionnelles complètes de l'individu, à la fois physiques et psychiques, on appelle cela l'état stabilisé. **Quelle que soit la gravité de l'état médical, lorsqu'il est consolidé ou stabilisé, l'arrêt de travail n'est plus justifié. La prescription de l'arrêt de travail sort alors du plan de soins.**

L'arrêt de travail, lorsqu'il est prescrit par le médecin traitant suspend, immédiatement, le contrat de travail. C'est un mécanisme extrêmement simple à obtenir et qui est là pour protéger et soigner. C'est la problématique quotidienne des médecins-conseils qui traitent les arrêts de longue durée mais qui c'est aussi celle des médecins prescripteurs, qui ne savent pas comment en sortir. Les chiffres sont connus : lombalgies, un an d'arrêt, 4 % de reprise quel que soit l'âge; lombalgies chroniques, deux ans d'arrêt, 0 % de reprise d'un travail quel que soit l'âge. Il faut donc se poser très vite la question de la sortie de l'arrêt de travail. Sinon le colloque singulier s'enferme dans une situation qui est à court terme confortable,

les indemnités journalières sont payées, la personne se soigne. Mais ce processus aboutira à l'invalidité, la pire des solutions. Les assurés mis en invalidité sont souvent dans l'incapacité totale de retrouver un travail salarié et ils s'effondrent alors dans le cabinet du médecin-conseil parce qu'ils réalisent que la sortie de l'arrêt de travail aboutit à ce qui couvait, c'est-à-dire la désinsertion professionnelle.

A la sortie de l'arrêt de travail, il y a un cerbère, le médecin du travail. Après 30 jours, en assurance maladie comme en accident du travail, vous devez passer devant le médecin du travail pour qu'il se prononce sur l'aptitude au poste. C'est la visite de reprise, elle est réglementaire et absolument binaire. L'avis provisoire n'existe pas, lors de la visite de reprise la conclusion est apte ou inapte au poste. Or le médecin du travail, est souvent le dernier informé qu'il y a un arrêt de travail du salarié dont il est censé protéger la santé. Tout un travail de coordination entre les trois médecins doit se faire en amont et cela passe par la visite de pré-reprise. Cette visite est le seul contact avec l'entreprise que le salarié peut avoir alors que son contrat est suspendu. **Aucune décision ne peut être prise lors de la visite de pré-reprise, mais elle a une importance majeure car un médecin du travail ne peut pas aménager un poste en huit jours à la reprise.** Il est donc évident, en cas de souffrance au travail, qu'il est impossible d'envisager un début de solution sans en parler avec le seul professionnel santé qui a le droit de mettre les pieds dans l'entreprise, le médecin du travail. Depuis décembre 2016, les textes précisent qu'après trois mois d'arrêt de travail continu, le médecin du travail sollicité par le médecin traitant ou le médecin-conseil organise une visite de pré-reprise.



DR JEAN OLIVET



On ne peut pas laisser quelqu'un en arrêt de travail. Il y a pire que le chômage, c'est l'arrêt travail de longue durée. Parce que dans le chômage, vous vous promenez, vous pouvez vous former, vous pouvez changer de circonscription. Quand vous êtes en arrêt de travail de longue durée, vous êtes tenus de rester chez vous, de vous soigner, de rendre des comptes à la caisse primaire. Vous avez votre médecin traitant, les médicaments, le canapé et la télé. C'est terrible. Et le seul point de contact qui peut remettre le patient dans la perspective d'un retour à la vraie vie, la vie socioprofessionnelle, c'est bien sûr le médecin du travail. Même si le résultat est une inaptitude définitive à tout poste, ce qui est souvent le cas pour les *burn out*, il y aura un licenciement pour inaptitude avec des indemnités doublées sous 30 jours et une reconversion professionnelle, si c'est possible.



Modèle de demande de visite de pré-reprise au médecin du travail

Cher confrère,
Je vous remercie de recevoir en visite de pré-reprise, M., M^{me} X, actuellement en arrêt de travail depuis le... et encore pour au moins quelques semaines. En effet, il paraît souhaitable d'envisager dès à présent l'aptitude à son poste de travail au cas où un aménagement serait jugé par vous indispensable.

Bien confraternellement à vous,
Docteur Y,
médecin conseil
médecin traitant

Le patient

Léa Riposa, présidente de l'association France burn out (AFBO).

M^{me} Riposa est une ancienne malade, qui a eu « une seconde chance » et a souhaité, au travers de l'association, que les autres personnes touchées puissent également avoir une seconde chance.

L'association ne reconnaît pas l'équation : travail égal souffrance. Ce sont les circonstances de travail qui amènent à la souffrance. Et le métier, le travail, peuvent être aussi source de développement et de création personnelle. L'AFBO existe depuis 2014 et a deux grands axes de travail : la défense des droits et la recherche médicale en vue de la formation des médecins et d'un diagnostic médical précoce. L'AFBO a débuté une enquête auprès de ses adhérents pour comprendre leurs besoins et ce qu'ils attendent de la prise en charge et de la prévention. C'est aussi un regard nouveau sur les critères de la maladie, puisque tous les patients ont les mêmes symptômes et surtout les mêmes séquelles, dont on parle beaucoup moins. L'expérience du patient est fondamentale. Les signes qui sont communs à tous sont d'abord des douleurs musculaires, une sensation de brûlure dans les muscles, une fatigue grandissante, qui n'est jamais apaisée par le sommeil. Et le symptôme le plus important est le changement de tempérament, de comportement, par exemple des troubles importants du sommeil. La souffrance psychologique vient surtout de la non prise en compte de ces symptômes.

L'ambition de l'AFBO est de co-construire avec la médecine et de partager cette connaissance du patient qui permet de dire que le burn out est un processus de dégradation de l'état de santé dû à l'exposition prolongée à un stress professionnel qui devient chronique.

Quand on parle de burn out, il y a les causes, les mécanismes et les conséquences. Parmi les causes, il y a toujours ces facteurs déclencheurs professionnels, pas forcément la charge de travail ou un conflit d'éthique, mais souvent un cocktail toxique qui est la conjugaison de tout cela. On peut avoir aussi un burn out sans conflit employeur. Il n'y a pas de profil particulier mais cela touche plutôt des métiers à forte pénibilité intellectuelle. Les personnes ne résistent pas à ces conditions de travail assez extrêmes.

Quand ce stress et ses conséquences ne sont pas repérés, on arrive à la phase d'effondrement. Selon les premiers retours de

l'enquête de l'AFBO, il y se passe à peu près deux ans entre les premiers symptômes qui sont très physiques et la phase d'effondrement dont on se remet difficilement. Le burn out entraîne de nombreuses déficiences, notamment cognitives alors que ce n'est pas une maladie mentale. Puis le corps dit stop. Les séquelles physiques sont incapacitantes et à un moment donné amènent à un changement de carrière ou une reconversion, ce qui est aussi extrêmement traumatisant. A la lecture des témoignages, on s'aperçoit que le burn out est en fait quelque chose de peu commun, en tout cas quand cela va jusqu'à la phase d'effondrement.

Pourquoi la formation des médecins ? Pourquoi co-construire avec la médecine ? Pour éviter les abus de psychotropes.

Ce que les patients attendent d'un médecin, c'est un nom, un diagnostic, un pronostic et un traitement. Le patient n'a pas d'avenir avec un burn out non diagnostiqué, il ne sait pas si finalement il va pouvoir sortir de l'entreprise, il ne sait pas si il va guérir. Certains médecins étrangers affirment que tous ces symptômes, notamment cognitifs, correspondent à un épuisement neuronal, il faut se reposer et surtout ne pas prendre de médicaments». Il faut donc que les médecins sachent reconnaître les symptômes et soient formés. L'AFBO espère que cette enquête permettra de comprendre quelles sont les phases du burn out, les symptômes à telle et telle phase et permettra un repérage précoce.

L'AFBO souhaite également co-construire avec les entreprises, parce qu'il y en a aussi qui sont bienveillantes et dont on ne parle jamais.



LÉA RIPOSA

“ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE TENTE DE DÉPISTER ET DE PRENDRE EN CHARGE CETTE SOUFFRANCE AVANT QUE LA SITUATION DEVIENNE IRRÉVERSIBLE. LES SYMPTÔMES SUBJECTIFS NE SONT PAS TOUJOURS ÉVOCATEURS. IL FAUT UNE RELATION DE CONFIANCE POUR POUVOIR LES IDENTIFIER, NOTAMMENT LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT, POUR QUE LE PATIENT PUISSE DEMANDER DE L'AIDE AU MÉDECIN. ”



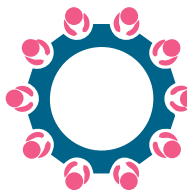


TABLE RONDE

Christophe David,

MÉDECIN DU TRAVAIL

“ Je voulais juste apporter un témoignage de terrain. Par expérience professionnelle, un certain nombre de salariés ont confiance en moi et mes collègues, de même que les managers. La coopération, c'est quelque chose que nous vivons tous les jours, coopération avec les managers, mais en même temps coopération régulière avec les médecins traitants. En matière de *burn out*, on sait tous que c'est extrêmement compliqué. Mais notre expérience depuis quelques années montre que, du fait de cette confiance avec un certain nombre de personnes, on arrive à dépister de plus en plus tôt un certain nombre de situations et que finalement, ces dépistages précoces et l'échange avec le médecin traitant, donnent d'excellents résultats. ”

“ Je remercie également mon confrère médecin-conseil en valorisant la visite de pré-reprise qui est vraiment un outil extraordinaire. Ce que je voudrais préciser, c'est qu'on dit toujours la visite de pré-reprise comme si en une seule fois le médecin du travail pouvait trouver toutes les solutions. **Dans la vraie vie, il n'y a pas une, il y a une, deux, trois, quatre, cinq visites de pré-reprise, qui, lorsqu'elles sont bien menées, arrivent à des situations qui sont non dramatiques et souvent très concrètes.** ”

Médecin généraliste

“ Nous sommes confrontés à ce problème de souffrance au travail, on prescrit un arrêt de travail qui est thérapeutique, il s'éternise, le patient voit le médecin-conseil qui dit : «oui, c'est justifié». Plus tard on s'aperçoit que l'arrêt de travail est trop long, on se sent assez seul. Il y a des situations difficiles voire inextricables, même si pour la plupart on s'en sort. **Et je n'ai jamais vu le médecin-conseil qui arrête un arrêt de travail. J'aimerais bien qu'il prenne des fois la responsabilité d'arrêter un arrêt de travail, s'il juge qu'il le faut.** C'est toujours à nous de supporter ça et des fois, il faut reconnaître, c'est difficile. On a des gens qui sont en mauvais état, on porte toute cette responsabilité. Alors pourquoi le médecin-conseil ne prend-il pas cette responsabilité-là ? ”

Dr Jean Olivet

“ Ce qui est sûr c'est que lorsque vous êtes dans une difficulté pour sortir d'un arrêt de travail, il ne faut pas hésiter à contacter le service médical. Je sais que ce n'est pas toujours facile, mais si vous dites ces mots : «voilà, moi je ne m'en sors pas, je sens bien que je renouvelle un arrêt de travail qui ne sert plus à rien», n'importe quel médecin-conseil du régime général de métropole et des DOM-TOM comprend qu'il faut convoquer le patient pour mettre fin à un arrêt de travail qui ne sert plus à rien. A condition évidemment, que tout ce dont on a parlé ait eu lieu, c'est-à-dire la visite de pré-reprise, la perspective... La meilleure fin d'arrêt de travail, c'est celle du patient, c'est le patient qui va tout seul reprendre son boulot. ”

CONCLUSION



Dr Patrick Légeron

“ Ce qui m'étonne, c'est que ce débat est assez français. Quand on a cité les mots de prévention, on ne parle que de prévention secondaire, c'est-à-dire lorsque les gens commencent à aller mal. **Mais quid de la prévention primaire ?** C'est-à-dire agir avant même que les problèmes arrivent, c'est-à-dire être capable de repérer les ingrédients, aussi bien dans l'environnement professionnel susceptible de déclencher le problème, que les ingrédients dans le sujet. ”

Dr François Bonnaud

“ Tout à l'heure, j'ai indiqué que dans la pratique du médecin généraliste, de plus en plus, dès la première consultation, on demande aux gens leurs conditions de travail, la pénibilité, leur temps de trajet, un certain nombre d'éléments. C'est vrai qu'on ne les notait pas autrefois, c'est apparu de notre pratique. Et donc là, on est dans une prévention primaire. ”

Dr Marc Sylvestre,

“ Au cœur du réacteur et face à la souffrance au travail, nous sommes, nous les médecins libéraux, démunis et seuls, nous ne pouvons rien. Nous avons besoin d'être aidés. Face à ce gâchis humain et financier, une nouvelle voix est apparue au travers de cette étude, de ce rapport, qui est effectivement à la fois une alerte et un appel à l'action. Face à cette voix, une voie, je crois qu'ici, nous avons largement évoqué tant le parcours de soins que l'image du labyrinthe, essayé d'établir des propositions, au-delà des passerelles, même de véritables ponts, et de faire en sorte que ce soir ne soit pas un point d'arrivée, mais un point de départ. ”





Colloque URPS médecins libéraux Ile-de-France

REGARDS CROISÉS SUR LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL



Retrouvez les temps forts du colloque en vidéo

SUR LE SITE DE L'URPS

SUR LA CHAÎNE YOUTUBE DE L'URPS

WWW.URPS-MED-IDF.ORG

