

SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU TRAVAIL : rôle des psychiatres libéraux

Enquête qualitative menée auprès de 46 psychiatres libéraux d'Ile-de-France.
Novembre 2016.

Enquête réalisée par le cabinet FJN pour l'URPS médecins libéraux Ile-de-France :
Florence Chevalier, Sophie Rougevin-Baville, Valérie Pont et François Noguès.

Rapport rédigé par Valérie Pont.

Table des matières

1. Résumé synthétique du rapport	3
2. Remerciements	5
3. Médecins Psychiatres ayant participé à l'étude	6
4. Contexte et méthodologie	7
4.1. Contexte	7
4.2. Méthodologie.....	8
5. Souffrance au travail, une configuration complexe aux multiples intervenants	9
5.1. Le patient et sa demande	10
5.2. La structure de travail	11
5.3. Le poste de travail et son environnement modèlent souvent le type de souffrance	12
5.4. Le service ressources humaines peut « aider » ou intervenir dans la logique d'une « maltraitance »	13
5.5. Les institutions internes, possible recours pour le patient.....	13
5.6. Le médecin du travail, un intervenant mal connu	14
5.7. Un parcours de soin complexe qui fait intervenir de nombreux acteurs	16
5.8. Les institutions externes à l'entreprise.....	17
6. Troubles du patient et prise en charge financière du coût induit	18
7. Les difficultés que le psychiatre doit affronter	19
7.1. Faire la part des choses	19
7.2. La question des arrêts de travail et la responsabilité du psychiatre	21
7.3. Accompagner le patient dans la « sortie de crise ».....	22
8. L'élargissement du champ d'intervention du psychiatre	24
8.1. Les médicaments assez largement utilisés	24
8.2. Le travail « psychique » inévitable.....	24
8.3. Donner des informations sur leurs droits	24
8.4. Coaching sur la vie professionnelle	25
8.5. Autres outils	25
9. Recommandations	26
9.1. Définir les concepts utilisés dans le cadre de la « souffrance au travail »	27
9.2. Prendre contact avec les assurances complémentaires et envisager des actions de prévention	28
9.3. Porter la parole des psychiatres auprès des responsables de l'action réglementaire pour engager la responsabilité financière des entreprises et la responsabilité pénale des dirigeants.	29
9.4. Concevoir et organiser des actions de sensibilisation et de formation en direction des entreprises	30
9.5. Concevoir et organiser des actions de sensibilisation et de formation en direction des professionnels de santé et des autres professionnels concernés.....	31
9.6. Permettre aux psychiatres d'accéder à des services d'information et de support spécialisés	32
9.7. Améliorer la coordination du parcours de soin	32
10. Annexes	33
Annexe 1 : Compte rendu d'entretiens.....	34
Annexe 2 : Compte rendu des focus group.....	124
Focus Group N°1 du 20 octobre 2016.....	124
Focus Group N°2 du 20 octobre 2016.....	131

1. Résumé synthétique du rapport

Cette enquête sur la souffrance psychique au travail a reçu un écho extrêmement favorable de la part des médecins psychiatres. En témoigne la participation exceptionnelle à cette étude.

Les psychiatres sont confrontés à des situations complexes. Au volet médical qu'ils connaissent bien, se rajoutent des vécus professionnels du patient qui diffèrent selon des structures (entreprises, fonction publique ou hospitalière, profession libérale) ayant des environnements réglementaires différents. A cela se rajoute une multiplicité d'intervenants parfois extérieurs au milieu médical : différents services (RH), structures (Délégués, CHSCT, avocats, inspection du travail), médecins (généraliste, du travail, de la sécurité sociale...) dont chacun peut faciliter ou compliquer le parcours de soin du patient. Au croisement du travail et du patient, le médecin du travail est un acteur important même si les communications avec lui semblent être parfois malaisées.

Souvent, la prise en charge médicale du patient ne peut être conduite dans de bonnes conditions que s'il est d'abord « mis en sécurité », à travers un arrêt de travail. Bien souvent, l'arrêt de travail accompagne le patient jusqu'à la sortie de l'entreprise, ou tout au moins du poste de travail qui a généré la souffrance. C'est pourquoi le psychiatre accompagne son patient pendant tout le processus de départ de l'entreprise ou du poste, ce départ entraînant souvent des problématiques surtout réglementaires.

Et la fragilité du patient peut également entraîner le psychiatre à s'aventurer dans des domaines de compétence qui ne sont pas les siens, le patient étant en demande de conseils sur les contentieux et les règles de droit, surtout s'il y a une résistance de l'employeur. Car les employeurs sont de plus en plus réticents à accepter les ruptures conventionnelles qui permettent pourtant aux patients de s'extraire du milieu anxiogène.

Les psychiatres se demandent alors si ce n'est pas l'employeur qui devrait assumer le coût financier de la prise en charge médicale du patient.

Ils se demandent également s'il y a du sens à arrêter, parfois définitivement, une personne qui pourrait travailler dans un autre contexte ou un autre environnement. Enfin, ils se demandent s'il est « normal » d'arrêter un patient non pour son état de santé mais pour le soustraire à un contexte qui menace cet état de santé.

S'ils savent bien traiter l'aspect médical des choses, il leur est moins facile de déterminer de façon précise si la pratique de l'entreprise est réellement à l'origine de la pathologie, et dans ce cas, si elle est objectivement voire juridiquement condamnable. L'entreprise est plutôt perçue comme un lieu de maltraitance par négligence, manque de connaissance ou incompétence du management.

Une majorité des psychiatres semblent très actifs dans des missions de conseil, de coach, d'accompagnement dans des domaines qui n'entrent pas de façon évidente dans leur champ de compétence.

Les modes usuels de prise en charge par les psychiatres sont les suivantes:

- L'utilisation de médicaments,
- Le travail psychique,
- L'information du patient sur ses droits,
- du coaching sur l'aspect « professionnel »,
- des outils de lutte contre le stress.

Le champ des actions est très vaste, nous avons tenté de regrouper les actions proposées en 5 points :

- un travail de définition des concepts (« la souffrance au travail ») pour préciser de quoi on parle et pouvoir ainsi plus facilement qualifier la situation de tel ou tel patient à un moment donné. Une définition plus précise de la souffrance au travail permettrait à celle-ci une meilleure reconnaissance de la société dans de nombreux domaines : statistiques, coûts, responsabilités et faciliterait alors la décision politique,
- une action réglementaire pour faire évoluer les textes, notamment sur l'arrêt de travail et la rupture du contrat de travail,
- des actions de formation et d'information (risques psycho-sociaux, parcours de soin) tant en direction des entreprises que des professionnels (psychologues, médecins généralistes, psychiatres),
- une approche en termes de « support » consistant à rendre accessible aux psychiatres des services d'information ou de conseil permettant d'identifier sur un territoire donné quelles sont les ressources mobilisables et comment y accéder dans le respect des règles déontologiques,
- un travail à conduire de façon pluridisciplinaire sur la coordination du parcours de soins, intégrant l'articulation entre les établissements et la médecine ambulatoire, le rôle et la place que peut jouer chaque professionnel et les différentes solutions de recours en cas de problèmes spécifiques d'ordre pratique.

Enfin, il serait donc sans doute avisé de rencontrer les assureurs, d'attirer l'attention sur l'impact des pathologies liées à la « souffrance au travail » et de voir concrètement avec eux les méthodes et moyens pour améliorer la situation dans l'intérêt des patients et de leurs familles, mais également dans leur intérêt et dans l'intérêt des entreprises qui sont leur clientes.

2. Remerciements

L'URPS médecins libéraux remercie toutes les personnes qui l'ont aidée à réaliser cette étude, et notamment :

- ❖ Les membres du cabinet FJN qui ont mené les entretiens et rédigé ce rapport : Florence Chevalier, Sophie Rougevin-Baville, Valérie Pont et François Noguès ;
- ❖ Les médecins du groupe Santé mentale qui ont piloté l'enquête :
 - le **docteur Marc Sylvestre**, coordonnateur du Groupe santé mentale,
 - les **docteurs Leïla Alviset, Joël Bardel, Claude Gernez, Philippe Latinis, Eric Tanneau**, membres du groupe ;
- ❖ Les médecins psychiatres (dont la liste est jointe) qui ont bien voulu prendre du temps sur leurs consultations pour répondre à nos questions, que ce soit par téléphone ou en rendez-vous, et dont nous avons particulièrement senti et apprécié l'implication, et qui nous ont demandé de leur transmettre le résultat de ce rapport ;
- ❖ Avec une mention spéciale pour les médecins psychiatres ayant accepté de se rendre aux focus group du 20 octobre 2016, les docteurs **Mariette Aubert, Françoise Besse, Olivier Brunschwig, Éric Chartol, Dominique Fayaud, Marie-Bernadette Fieux Lacassin, Gérard Lansalot, Marie Lesourd, Bernard Rivière et Jean-Paul Zerath**, leurs témoignages ayant été particulièrement précieux pour la rédaction de ce rapport ;
- ❖ **Sylvie Courboulay**, responsable de la communication de l'URPS médecins libéraux Ile-de-France, pour son aide dans l'organisation, les communications en direction des médecins psychiatres et pour sa vigilance tout au long de cette étude.

3. Médecins psychiatres ayant participé à l'étude

- Dr Mariette AUBERT
- Dr Philippe BOUHOURS
- Dr Sylvain BREZAULT
- Dr Sophie BEAL
- Dr Nathalie BEN KEMOUN
- Dr Françoise BESSE
- Dr Pascal BOURDOIS
- Dr Elisabeth BRUNET
- Dr Olivier BRUNSCHWIG
- Dr Bernard CASTRO
- Dr Marie CATALA
- Dr Michel CHAOUL
- Dr Éric CHARTOL
- Dr Anne FAYAND
- Dr Dominique FAYAUD
- Marie-Bernadette FIEUX LACASSIN
- Dr Sylvie FISCHER LONKAM
- Dr Evelyne GARY
- Dr Annie GREBERT
- Dr Jean-Michel GRELLET
- Dr Jean-Noël LAEMMER
- Dr Gérard LANSALOT
- Dr Nathalie LEBLANC
- Dr Pascal LEGRIS
- Dr Marie LESOURD
- Dr Patrick LEYNE
- Dr Nathalie MARIE
- Dr Jean-Daniel MATET
- Dr Azzedine MENIA
- Dr Jean-Bernard NARBAITS JAUREGUY
- Dr Nicolas NEVEUX
- Dr Nicolas ORLANDO
- Dr Hélène OUAHES
- Dr Françoise PAGES
- Dr Marc PEYRON
- Dr Catherine PROTIN
- Dr Marc RICHARD
- Dr Fabrice RIOU
- Dr Bernard RIVIERE
- Dr Anne SANTAGOSTINI
- Dr Béatrice SEGALAS
- Dr Michèle SMADJA
- Dr Sophie STEIN
- Dr Denise TIMSIT
- Dr Claude VINCENT
- Dr Jean-Paul ZERATH

4. Contexte et méthodologie

4.1. Contexte

Le groupe « Santé Mentale » de l'URPS médecins libéraux Ile de France a souhaité conduire une étude auprès des psychiatres libéraux de la région, afin de mieux connaître leurs préoccupations et d'identifier les actions qui pourraient être menées pour y répondre.

Dans cet esprit, un questionnaire a été adressé aux 1600 psychiatres actuellement en exercice libéral dans la région. Les réponses permettaient des choix multiples.

A la question, « *santé mentale en Ile-de-France, quelles sont vos priorités ?* », 76 % des psychiatres libéraux répondants ont choisi la thématique **Santé Mentale et Entreprises (Burn out, bore out, harcèlements, risques psycho-sociaux)**.

Le Groupe « Santé Mentale » a alors rédigé un cahier des charges, en vue de confier une étude approfondie à un intervenant extérieur pour :

« *Préciser le positionnement et le rôle du psychiatre libéral dans les prises en charge de la souffrance au travail* »

« *Approfondir la notion de prise en charge de la souffrance au travail par le psychiatre libéral :*

-Qualifier les demandes des patients

- Recenser les modalités de prise en charge et réponse des psychiatres libéraux

-Identifier les problématiques liées à ces prises en charge »

La méthode proposée par le cabinet FJN est très pragmatique et interactive, son déroulement était prévu en trois temps, à partir de l'échantillon retenu (73 médecins)

- 1- Des entretiens non directifs en cabinet et/ou par téléphone ;
- 2- Deux focus group organisés dans les locaux de l'URPS ;
- 3- Une restitution au groupe santé mentale.

L'approche a donc été réalisée de façon ouverte, sans questionnaire préétabli.

Cette approche a été acceptée et mise en œuvre. Ce rapport présente les résultats de l'étude et les recommandations qui ont été faites par les professionnels consultés.

4.2. Méthodologie

Préparation

L'URPS nous a remis une liste de 73 psychiatres de l'Île de France avec leurs coordonnées, précisant les modalités spécifiques de prise de contact souhaitées par les professionnels (téléphone ou mail). Chaque médecin psychiatre a été joint au préalable par l'URPS et prévenu par mail le 14 septembre 2016 de cette enquête et de notre prochain appel « *afin de recueillir votre témoignage, de préciser vos besoins et prendre note de vos recommandations* ».

Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 23 septembre au 20 octobre 2016.

Au sein de la société FJN, ces contacts ont été répartis entre 3 interviewers : Sophie Rougevin-Baville, Florence Chevalier et Valérie Pont.

Il a été convenu dès le départ de démarrer les entretiens par des questions ouvertes plus à même de permettre la collecte d'informations diversifiées, au plus près des préoccupations des praticiens. Notre méthode d'entretien a été souple et évolutive dans le temps. Dans une première période, chaque interviewer a été libre de son approche. La méthodologie a ensuite pu être affinée grâce à une approche concertée. Il y a donc eu au total 39 entretiens téléphoniques et 5 en face en face, soit une couverture de 60% du panel.

Ce chiffre est tout à fait exceptionnel et montre l'intérêt des médecins concernés pour le sujet. Habituellement moins de 10% de la « cible » accepte un entretien approfondi.

L'invitation au focus group

Au cours de ces entretiens, il était proposé au médecin de joindre une des deux sessions de « focus group » organisée le 20 octobre, (pendant les vacances scolaires, permettait aux psychiatres de mieux s'organiser pour participer). Au total, 10 médecins psychiatres ont participé aux focus group, dont 8 avaient déjà donné leur témoignage individuel. Soit 14 % du panel.

Ce chiffre est également à noter, concernant des professionnels libéraux ayant une charge de travail considérable et acceptant de participer à des réunions en fin de journée.

L'animation des focus group

Toujours dans une méthodologie pragmatique et souple, chacun des focus group était animé par deux consultants. Chaque équipe avait fait des choix d'animation différents : L'une des équipes est partie d'une synthèse des entretiens téléphoniques en animant le groupe pour permettre d'en affiner le contenu ; l'autre équipe a laissé la liberté de parole et d'échange aux participants tout en se laissant la possibilité de proposer des thèmes plus spécifiques identifiés lors des entretiens.

5. Souffrance au travail, une configuration complexe aux multiples intervenants

Ce qui apparaît en premier lieu dans les entretiens, c'est **l'explosion du nombre de consultations concernant la souffrance au travail** ces derniers temps, un mouvement qui se dessine depuis environ 10 ans et s'est accéléré depuis 3 à 5 ans. Cette augmentation rapide crée une surcharge de consultations chez les médecins psychiatres, alors même que le nombre de psychiatres libéraux est en diminution.

« De plus en plus de personnes consultent pour des problèmes liés au travail »(7)¹

« Nous avons une surcharge de travail, l'amplitude et la densité de nos journées sont importantes, et nous sommes submergés par ces demandes de consultation pour souffrance au travail. Ce sont des demandes pressantes, il y a une véritable nécessité, une urgence à recevoir » (8)

La souffrance au travail a **une configuration complexe et multiforme**. Elle fait intervenir **de nombreux acteurs** (entreprise, administration, médical) et nécessite pour apprécier le contexte et la problématique du patient des connaissances et des interventions au-delà du champ médical.

« Pour ma part, j'utilise tous les ressorts qui sont à ma disposition : arrêt de travail, temps partiel, je leur conseille une réorientation... Oui, ce n'est plus à proprement parler de la psychiatrie, mais les psychiatres ont toujours eu différentes casquettes. Il est difficile de s'occuper des gens uniquement sous l'angle de la qualité de leurs neurotransmetteurs ! » (19)

Ainsi, les psychiatres notent dans leurs difficultés qu'ils **« n'ont pas de connaissance directe de l'environnement professionnel du patient, des droits et des procédures juridiques, qui sont spécifiques selon le secteur d'activité »** (Focus group N°2)

Leurs difficultés s'expriment également dans **la gestion des arrêts maladie**, leur longueur, leur fin et les aspects économiques de la situation.

« Si les gens sont déprimés, et pour protéger les patients, je fais quand même des arrêts, même si ce n'est pas légal »(21)

Cependant, le groupe de psychiatres interrogés a été à même de donner plusieurs **recommandations** pour faciliter la prise en charge de ses patients.

Les psychiatres sont confrontés à des situations très complexes, d'une part tenant à des raisons médicales, qu'ils l'ont l'habitude de traiter et d'autre part à des facteurs externes liées à la multiplicité des intervenants et à la complexité réglementaire et structurelle.

Nous reprenons ici les éléments qui nous ont été fournis par lors des entretiens et des focus groups.

¹ Tous les numéros entre parenthèse font référence aux numéros de comptes rendus d'entretiens en annexe 1

5.1. Le patient et sa demande

Comme dans toute consultation, le patient arrive avec son environnement et son histoire personnelle souvent impactés par les événements vécus dans le milieu professionnel.

Le patient concerné par cette problématique a plusieurs caractéristiques.

- Sa demande initiale n'est pas forcément la souffrance au travail. Il consulte pour ce motif ou pour un autre motif : *« Il y a les personnes qui consultent pour ça (la souffrance au travail), mais il y a aussi les patients qui sont suivis pour autre chose, et qui, au détour d'une embauche, expriment leurs problèmes au travail. (6) »*

- Sa souffrance provient du travail ou relève d'une autre origine ou le tout est entremêlé :

« Après, il s'agit de faire la distinction entre des souffrances spécifiquement liées au travail et puis ce qui relève d'une autre origine. Les choses sont souvent un peu mêlées. On peut vivre à la fois une souffrance au travail et avoir en même temps une fragilité, soit dépressive ou d'angoisse, de phobie, etc., qui précède ou accompagne la situation professionnelle. Il faut donc faire la part des choses ». (3)

« Il y a des facteurs personnels bien sûr qui jouent parfois : le côté présomptueux ou la faculté de s'aveugler, d'accepter l'inacceptable. Le pire, ce sont les salariés perfectionnistes et performants, car ce sont de bons petits soldats, et l'entreprise les pousse au maximum ». (8)

« Ce n'est pas n'importe quelle personne qui est en souffrance au travail, ni à n'importe quel moment de la vie » (Focus group N°1)

- Sa souffrance est objective ou subjective :

« C'est difficile de faire ce tri entre ce qui est objectif et subjectif. Certaines situations paraissent objectivement délétères. Mais beaucoup plus souvent c'est subjectif. Les gens se disent écrasés par une surcharge de travail à un rythme effréné. Mais ce n'est pas une question d'horaires parce qu'ils partent tôt. Simplement ils partent tous (dans leur salle de sport par exemple), en ayant l'impression d'être submergés, envahis par leur travail... » (14)

Enfin, ce patient s'inscrit dans un environnement et une histoire familiale qui peut être aidant ou non, et qui est souvent impacté par sa souffrance.

« Objectivement, même si on s'attend à être bien traité en entreprise et que cela ne l'est pas tout à fait, il faut garder à l'esprit qu'on n'y est pas esclave. La part subjective est donc corrélée à la vie générale, sociale de l'individu. Une personne épanouie dans sa vie personnelle sera plus à l'abri de ce type de souffrance » (3)

Parfois, les membres de la famille (conjoint, enfants) nécessitent eux-mêmes une prise en charge, ce qui leur pose des problèmes économiques. Certains psychiatres disent :

« En fonction des personnes, je suis obligée de baisser mes honoraires car leur mutuelle ne leur autorise qu'une somme forfaitaire à l'année en remboursement de spécialistes ». (22)

5.2. La structure de travail

La structure de travail peut être **une entreprise (multinationale, PME, artisanale), la fonction publique ou l'exercice d'une profession libérale**. Toutes ces structures ont été évoquées au cours des entretiens, ce qui signifie bien que la souffrance au travail s'installe dans tous les cadres de travail et non uniquement en entreprise.

On ne retrouve pas les mêmes types de souffrance au travail en entreprise, ou lorsque la personne est installée à son propre compte. Pour ces derniers, on aura plutôt affaire à des « Burn out ». De même, au sein des entreprises, les situations sont diverses en fonction de la taille de la société. Et au sein même de la fonction publique, les procédures sont variées. Certains médecins semblent plus « spécialisés » en fonction de leur implantation géographique.

La diversité des structures de travail complexifie la mission des psychiatres. Enfin, il est clair qu'en fonction de la structure, **les déclinaisons de la souffrance au travail ne seront pas les mêmes ainsi que les possibilités d'intervention ou de règlement de la situation.** Ainsi en est-il de l'éventualité d'une intervention de la médecine du travail (Les personnes travaillant à leur propre compte n'en ont pas), du CHSCT² ou d'un changement de poste au sein de l'entreprise...

A noter le nombre de médecins psychiatres citant l'hôpital public et ses dysfonctionnements comme une source importante de souffrance au travail, tant pour les médecins que les infirmières; ou ayant eu eux-mêmes à traverser ces périodes de souffrance dans les structures hospitalières.

Le médecin psychiatre doit se repérer dans des environnements de travail différents : profession libérale, entreprises privées, fonction publique ou hospitalière... La souffrance du patient et les procédures réglementaires y diffèrent fortement.

² Comité d'Hygiène, de Sécurité et de Conditions de Travail

5.3. Le poste de travail et son environnement modèlent souvent le type de souffrance

La souffrance au travail se retrouve sur tous les postes **quel qu'en soit le niveau hiérarchique**.

« Il y a beaucoup de personnes en souffrance au travail, et pas forcément de corrélation entre les catégories socio-professionnelles et cette souffrance ».(4)

Il y a également une souffrance peu reconnue qui est celle des personnes à haut revenus. La société estime qu'ils n'ont pas à se plaindre, que ce sont des problèmes de riches. Ils ont donc peur d'en parler, on ne leur reconnaît pas le droit de se plaindre. Les cas de maltraitance des employés existent également, les deux existent. (4) »

Le poste de travail fait intervenir plusieurs composantes dont **chaque élément peut devenir l'origine d'une souffrance**.

- Un management, un supérieur hiérarchique : harcèlement moral ou sexuel, mise au placard, pression, humiliations....
- Des collègues : ostracisme, mise à l'écart, harcèlement
- Une charge de travail, un contenu : pression, charge de travail trop importante ou au contraire inexistante....
- Des moyens (matériels, financiers, humains...etc.) qui peuvent être insuffisant ou inadapté aux objectifs : burn out...
- Des délais de réalisation : burn out, pression...
- Un environnement de travail : Open space (espace collectif), bruits, territoire, intimité...
- Une culture d'entreprise : de compétition ou de collaboration, ou trop envahissante sur la vie privée, ou trop « affective »...

Tous les éléments ci-dessus ont été cités au moins une fois dans les entretiens avec les médecins psychiatres.

La souffrance au travail peut atteindre n'importe qui et arrive par n'importe quel biais : les hommes (collègues, manager), les tâches à accomplir, la structure (Open Space, bureaux partagés)

5.4. Le service ressources humaines peut « aider » ou intervenir dans la logique d'une « maltraitance »

Il existe dans des établissements publics ou privés ayant un certain nombre de salariés. Il est là pour appliquer les politiques de l'entreprise.

Une politique RH de l'entreprise peut être la cause de la souffrance au travail, comme on l'a vu dans des affaires médiatisées. Si l'entreprise est maltraitante, ce service n'a donc aucune utilité, mais il intervient obligatoirement dans la procédure interne à l'entreprise dès lorsqu'il y a une plainte concernant la souffrance au travail.

A l'inverse, il peut aussi être « aidant » pour le patient en souffrance, par exemple en s'investissant dans l'adaptation du poste de travail, la recherche d'un nouveau poste pour le patient, ou **en acceptant les ruptures conventionnelles** lorsque la sortie du poste est l'issue finale.

« J'observe tous les cas de figure, de ceux où il n'y aucune compréhension, aucun effort d'action des RH jusqu'à l'inverse, des responsables très désireux d'améliorer la situation et qui regrettent de ne pas avoir eu connaissance plus tôt de cette difficulté. C'est en fait très variable ».(3)

Le service RH, point de passage obligé, peu faciliter ou non la sortie de crise en fonction de la politique de l'entreprise.

5.5. Les institutions internes, possible recours pour le patient

En fonction de la structure de l'entreprise, on peut retrouver plusieurs autres intervenants qui jouent un rôle dans les risques psycho-sociaux internes et qui ont été évoqués pendant les entretiens :

- **Un CHSCT** (Comité d'Hygiène et des conditions de travail) qui participe à l'évaluation des risques psycho-sociaux dans les entreprises : *« Je crois au rôle du CHSCT dans l'entreprise. Il faut arrêter de diviser les gens ».* (7)
- **Des délégués du personnel** dont la mission est de défendre les cas individuels, et les syndicats : *« Je prends beaucoup de temps pour conseiller mes patients, leur conseiller d'aller voir le syndicat »* (16)
- **Un comité technique** (CT ou CTE) pour la fonction publique si le CHSCT n'est pas constitué (seuil d'effectif).

Les médecins psychiatres n'ont pas de liens directs avec ces comités, mais ils peuvent conseiller à leur patient de faire appel à eux dans certains cas.

Les institutions paritaires peuvent jouer un rôle de facilitateur dans certaines des entreprises et si le patient consent à les approcher.

5.6. Le médecin du travail, un intervenant mal connu, des relations non structurées avec les psychiatres libéraux.

Le médecin du travail est un acteur souvent indispensable à la sortie de crise. Mais la communication entre confrères est malaisée, souvent rendue difficile par des aspects réglementaires et humains. Dans la pratique, on retrouve toutes les situations de l'absence totale de relations à une communication très importante.

Organisation :

Tout d'abord, il faut préciser que le médecin du travail existe de manière différente selon les structures privées ou publiques et n'y a pas toujours les mêmes fonctions. La médecine du travail n'existe cependant que pour les personnes salariés ou fonctionnaires.

Au sein des entreprises privées, la médecine du travail peut être un des services à l'intérieur de l'entreprise, ou externalisée dans une association inter-entreprises.

S'il travaille en **interne**, le médecin du travail est reconnu comme ayant une meilleure connaissance des personnes et des tensions spécifiques à l'entreprise ou aux différents services.

Mais son indépendance pose question à de nombreux psychiatres.

En **externe**, son aide est souvent jugée moins efficace dans ce type de situation :

Au sein des trois statuts de la fonction publique, la médecine du travail est organisée différemment ; et elle est organisée autour d'un médecin du travail et d'un Comité Médical.

On remarque toutefois que les psychiatres manquent d'information sur l'organisation de la médecine du travail. Dans de nombreux cas les patients indiquent que les services n'existent pas et, en l'absence de toute information officielle, les psychiatres n'ont d'autre ressource que de les croire (par ex : cadres de la fonction publique).

Rôle :

Le médecin du travail joue un rôle important à la fois dans le repérage des pathologies mais aussi dans le suivi, et les déclarations d'inaptitude nécessaires à la sortie de l'entreprise ou à l'adaptation du poste de travail. Ses relations avec les médecins psychiatres sont très variables. Très rarement, il existe des médecins psychiatres au sein du service de médecine du travail.

Les relations entre les psychiatres et les médecins du travail sont nécessaires mais rendues compliquées par plusieurs facteurs :

- **Les règles de déontologie :**

« On peut contacter la médecine du travail, mais déontologiquement c'est interdit ». (focus group N°1)

- La méfiance réciproque, les croyances et a priori :

« On se méfie d'eux car ils sont payés par l'employeur ». (Focus group N°1)

Un acteur important de la prise en charge : C'est le médecin du travail qui doit intervenir pour les avis d'inaptitude et donc aider au déclenchement d'un changement de poste ou d'un licenciement lorsque l'entreprise le refuse.

« On les contacte quand on a une demande à faire, de licenciement pour inaptitude, ce n'est PAS pour décrire le patient ». (Focus group N°1)

Il peut également avoir **un rôle de conseil**, ou tout au moins apporter un feed back utile. Pour certains psychiatres, il est un soutien très utile avec lequel ils sont en communication étroite pour parvenir à des solutions efficaces au service du patient.

5.7. Un parcours de soin complexe qui fait intervenir de nombreux acteurs

- **Le médecin traitant** : C'est souvent le médecin traitant qui envoie en consultation chez le médecin psychiatre. En effet, le médecin généraliste est limité dans les arrêts de travail qu'il lui est possible de donner, et a donc tendance à orienter rapidement vers un spécialiste. Cependant, certains médecins psychiatres constatent que les patients ne leur sont adressés qu'en fin de parcours donc trop tardivement pour avoir une action efficace.
- **Le médecin psychiatre** : Parfois, le patient arrive directement chez le psychiatre, mais il peut aussi y être envoyé par le médecin du travail ou le médecin traitant, et dans certains cas par l'entreprise...
- **Le médecin du travail** : Le médecin du travail envoie facilement ses patients vers les médecins traitants. Il n'est que rarement formé pour la souffrance psychique, et a donc du mal à évaluer le degré de risque pour la personne, mais il peut adresser parfois directement des patients chez les psychiatres.
- **Le médecin de la sécurité sociale** . Parfois, lorsqu'il n'y a pas de possibilité d'avoir un licenciement pour inaptitude, la succession d'arrêts de travail finira par entraîner une procédure d'invalidité. A noter que deux médecins psychiatres sur le panel ont été amenés à justifier des arrêts de travail dans le cadre de questions posées par l'assurance maladie.
- **Les services spécialisés dans la souffrance au travail**. Parfois, la médecine du travail, ou le psychiatre lui-même oriente directement vers ces structures spécialisées. Elles sont reconnues pour avoir une meilleure connaissance du contexte, et des possibilités d'intervention pour une sortie de crise. Ce ne sont apparemment pas des structures de soin.

Le parcours de soin peut s'avérer complexe pour le patient, en raison du nombre et de la variété des intervenants (dont plusieurs médecins) qu'il va être amené à rencontrer. Certaines de ces interventions ne sont motivées que par des raisons de contrôle.

La place et le rôle du psychiatre est souvent inconfortable et peut rapidement devenir très compliquée, surtout s'il perçoit des risques importants pour son patient que les autres ne voient pas ou ne souhaitent pas prendre en compte.

Il faudrait toutefois étudier les situations de façon plus approfondie pour pouvoir en tirer une analyse pertinente.

5.8. Les institutions externes à l'entreprise

Le patient en détresse peut soit ne pas être conscient de la nécessité d'agir avec ces acteurs, soit ne pas savoir comment faire. Dans les deux cas, il va consulter le psychiatre espérant avoir un conseil sur des plans légaux, contentieux voire jurisprudentiels...

Le psychiatre risque alors de se trouver en dehors de son champ de compétence.

1/ **L'inspection du travail** peut intervenir en cas de harcèlement moral ou sexuel qui sont juridiquement condamnables. Elle peut également jouer un rôle de conseil auprès des salariés. Certains psychiatres conseillent à leurs patients de prendre contact avec ces services de l'Etat, avec également le risque pour le patient de « perdre le contrôle » de la situation.

2/ **Les Conseils de prud'hommes** et les **avocats** peuvent intervenir en cas de contestation juridique ou de plaintes concernant des comportements prévus par les textes.

Le recours contentieux est souvent la seule solution, mais cette décision nécessite de consulter un avocat spécialisé.

Les patients demandent souvent aux psychiatres s'ils connaissent « quelqu'un de bien » et il est très difficile à un professionnel de santé de prendre position sur des domaines aussi loin de sa spécialité.

Le psychiatre veut pouvoir aider son patient, et donc réunir, si cela est possible, les conditions minimales à une prise en charge médicale.

Encore une fois pour cela, s'il y a une résistance de l'employeur, cela passe par une « mise en sécurité » du patient.

Cette solution implique le recours à un avocat, voire une action contentieuse.

On demande souvent au Psychiatre des compétences qu'il n'a pas, dans des domaines qu'il ne connaît que par l'expérience. Pour autant le psychiatre ne peut souvent pas laisser son patient seul face à son problème.

Ceci pose la question de la formation juridique du psychiatre, s'il le souhaite, ou encore la question du « support » pour le psychiatre (à qui s'adresser quand il ne sait pas quoi conseiller à son patient) et de « l'orientation » du patient vers des acteurs ou des structures spécialisées.

6. Troubles du patient et prise en charge financière du coût induit ³

Les psychiatres recensent chez les patients en souffrance au travail un ensemble de troubles :

- des troubles somatiques : digestif, intestinaux, migraines, troubles du sommeil et alimentaires, manque d'énergie, de plaisir,
- des troubles cognitifs : perte de mémoire, difficultés de concentration,
- des troubles psychiques : ressassements, obsessions, prostration, angoisses, phobies, stress post traumatique.

Qui ont des conséquences importantes :

1/ une difficulté ou une incapacité à travailler, pouvant aller jusqu'à l'invalidité,

2/ des répercussions sur la sphère personnelle, la vie sociale, familiale, affective et sexuelle, 3/ Une altération durable, voire définitive des facultés psychiques et de l'estime de soi.

Face à ces troubles, se pose la question du coût total pour la société, et de la prise en charge de ces coûts, notamment parce que les arrêts de travail sont longs et nombreux avec en outre des risques de mise en incapacité permanente par défaut d'autre solution.

« Mais en attendant, la Sécu paye pour un problème d'entreprise. Je crois que l'entreprise pourrait payer. »

Il se pose également la question de l'accès au soin des patients et des collatéraux si le reste à charge est trop important.

Les patients arrivent avec des symptômes divers qui peuvent avoir de graves conséquences, et les psychiatres se posent alors des questions sur la responsabilité des employeurs dans cette situation, et notamment sur la prise en charge financière de la prise en charge médicale du patient (et éventuellement de sa famille ou de ses proches).

Les psychiatres se posent également la question du sens que cela peut avoir de « retirer durablement, voire définitivement du marché du travail » des personnes se trouvant à un moment donné dans l'incapacité de faire ce qu'on attend d'elles dans un cadre précis, mais qui pourraient tout à fait travailler dans un autre contexte ou une autre entreprise.

³ NB : Les consultants du cabinet FJN n'ont aucune compétence ni aucune autorité pour parler de questions médicales. Nous reprenons ici ce que nous avons pu comprendre des entretiens ou des débats et nous sollicitons l'indulgence des psychiatres pour le cas où nous aurions mal compris.

7. Les difficultés que le psychiatre doit affronter

Si les psychiatres savent bien traiter l'aspect médical des choses, il leur est moins facile de déterminer de façon précise si la pratique de l'entreprise, est réellement à l'origine de la pathologie, et dans ce cas, si elle est objectivement voire juridiquement condamnable.

Pour certains psychiatres, la souffrance au travail ne revêt pas de caractéristiques, ni de difficultés particulières :

« Il faut dépister la dépression et non pas le harcèlement. Le patient mettra du temps à se reconstituer un jour, il sera déclaré « invalide » sans avoir compris ce qui se passe dans sa vie. Ce n'est pas satisfaisant. Je pense qu'il faut éviter la piste d'aller dans le milieu professionnel. Il faut mettre l'accent sur les pathologies réelles, que les gens se remettent en question par rapport à leur adaptation. Le lieu de travail est un lieu de dépistage possible, pour éviter le casse-pipe. » (14)

« En tant que médecin, je ne rencontre pas de difficultés. Ces personnes présentent des troubles anxieux et dépressifs, et ça, ça se traite ! » (1)

Ce n'est pas le cas de plusieurs d'entre eux qui se disent confrontés à un problème multiforme.

7.1. Faire la part des choses

La première difficulté est de faire la part des choses dans la souffrance au travail entre ce qui relève du travail, et ce qui relève d'une fragilité préexistante.

« La difficulté, c'est de se faire une idée précise et documentée des circonstances objectives. Il y a le discours des patients, et puis ce qu'on en entend, ce qu'on en comprend... Comme on n'est pas, évidemment, témoin de la situation, concrètement, il y a toujours une part d'inconnu... Sans douter systématiquement des propos des patients, il faut toujours prendre les choses avec une certaine relativisation, sans négliger ni nier les effets. Après, il s'agit de faire la distinction entre des souffrances spécifiquement liées au travail et puis ce qui relève d'une autre origine. Les choses sont souvent un peu mêlées. On peut vivre à la fois une souffrance au travail et avoir en même temps une fragilité, soit dépressive ou d'anxiété, de phobie, etc., qui précède ou accompagne la situation professionnelle. Il faut donc faire la part des choses ». (3)

Les personnes en souffrance au travail sont des personnes qui ont une fragilité qui s'inscrit dans un certain contexte. Si le contexte avait été différent, les personnes seraient fragiles mais n'auraient sans doute pas décompensées. C'est la pression qui les fait décompenser. (7)

. Il y a une augmentation de la charge de travail, et les gens ne peuvent pas dire non, et il y aussi une part de personnalité : pourquoi certains ne savent pas dire non ? Ils ont bien sur peur de se faire lourder, mais quelle est la part de leur histoire affective ? de l'obéissance aux parents ? C'est une question de démission psychique, et par rapport à cela, chacun a sa structure. (13)

Les jeunes de 30 ans sont offusqués si on leur fait une remarque parce qu'ils arrivent à 9h10 au lieu de 9h. Quand c'est comme ça, à 15h, ils ont déjà demandé un arrêt de travail ! Simplement si on leur fait

une remarque, comme quoi par exemple leur travail n'est pas terminé... Ce qu'ils me disent c'est :« On ne me reconnaît pas ! On ne reconnaît pas ma valeur ! » C'est la position de l'enfant adulé, surprotégé, qui est brutalement confronté à la réalité de l'école maternelle ! A 25-35 ans, c'est une 1^{ère} réelle confrontation au monde extérieur, ce qui est une épreuve de réalité pour le narcissisme de ces jeunes très protégés. Alors ils se sentent blessés, et ils trouvent cela injuste. (14)

Sur ce point, la médecine du travail peut être « aidante » parce qu'elle a parfois la connaissance du milieu professionnel que le médecin psychiatre n'a pas :

« Le confrère aura parfois un avis très intéressant, et ça me permet d'y voir plus clair, sinon on reste chacun dans son monde. Là ça permet d'avoir une autre vision des choses. Parce que certains de mes patients psychotiques nous présentent une certaine vérité, et l'avis du médecin du travail me permet d'avoir un autre regard. Généralement il a reçu la personne plusieurs fois, et il peut me parler de gros problèmes relationnels, s'il y en a. »(12)

J'ai pas mal de contacts avec eux, par écrit et par téléphone, parce que ça m'aide à avoir une autre vision. Parfois je peux avoir une vision biaisée d'un patient. J'en ai une par exemple qui « surdélivre », qui a des exigences élevées. Grâce au médecin du travail, je sais que son chef est plutôt cool, que c'est elle qui a des exigences élevées. Elle ne veut pas changer, elle est rigide, donc j'essaie de l'accompagner différemment. Grâce au regard du médecin du travail, ça me permet d'affiner ma posture d'accompagnement. En même temps quand je les contacte, que je leur fais un courrier, pour moi c'est déjà un échec, c'est un signal.(10)

Ensuite, si l'origine de cette souffrance est due à l'entreprise, il s'agit de distinguer ce qui relève des conditions de travail ou d'une réelle maltraitance (harcèlement...). Cette distinction est importante car elle entraîne des aspects juridiques.

En réalité il est rare que les entreprises soient vraiment « malmenantes ». Ca a beaucoup à voir avec la personnalité du patient : certains peuvent gérer leur travail avec un N+1 pervers, d'autres non. J'en ai une qui veut que tout le monde autour d'elle change, sauf elle, alors je travaille sur ses frustrations... (10)

Cela est dû :

*A des méthodes managériales « inadaptées », et c'est un euphémisme ;
A l'incompétence des dirigeants et du système de management, dont on peut dire qu'ils n'ont rien compris à la manière de motiver les personnes ;
Aux soucis de rentabilisation dans l'entreprise, qui est facteur de sous-effectif ;
A l'inquiétude, la peur du chômage des salariés, parfois aux idées reçues (« on ne trouve plus de travail après 40 ans ») qui font que les personnes s'accrochent à des postes qu'ils ne peuvent pas tenir ;(...)*

*Par ailleurs, je ne suis pas loin de la Défense. **Je vois bien que parfois les managers peuvent être là pour faire pousser à la démission.** Et puis, les services RH sont également en souffrance, ils ont de plus en plus de travail, souffrent de surcharge également, font des erreurs, et ne sont pas dans l'accueil et l'aide aux salariés, et ne poussent pas les actions qui leur donneraient du travail supplémentaire ou mettraient en évidence leurs erreurs. (8)*

Et sur les aspects juridiques, comme on l'a vu plus haut, les règles sont différentes et les psychiatres peuvent avoir des difficultés à s'y retrouver.

7.2. La question des arrêts de travail et la responsabilité du psychiatre

L'arrêt de travail est souvent la pièce maîtresse de l'arsenal thérapeutique. La question se pose souvent de la légitimité à arrêter un patient non au motif de son état de santé actuel, mais pour le soustraire à un contexte qui menace cet état de santé.

Certains psychiatres déclarent n'avoir jamais recours aux arrêts de travail dans ce type de situation.

Pour la grande majorité d'entre eux toutefois, l'arrêt de travail est obligatoire. C'est même l'élément essentiel de la prise en charge thérapeutique. Il est d'abord essentiel en premier lieu car justifié par l'état de santé de la personne. Il est parfois difficile à accepter pour le patient, certains cadres les refusant.

Il est également important en traitement préventif pour plusieurs raisons :

- Il permet de sortir la personne du contexte pour lui permettre de prendre du recul.
- Les personnes sont souvent épuisées. Il leur est nécessaire de se reposer.
- Si l'entreprise est réellement maltraitante, aucun travail psychique ne peut s'élaborer si le contexte met l'individu en mode de survie.
- Cela permet à l'entreprise également de réfléchir, se poser des questions sur le mode de management (Focus Group N)1)
- Enfin, il y a pour certaines personnes un risque sérieux de suicide.

L'arrêt de travail posé par un psychiatre ne pose généralement aucun problème vis-à-vis de la sécurité sociale. Un seul médecin psychiatre dit avoir été contrôlé, et les arrêts n'ont pas été remis en cause. Cela n'est pas le cas des médecins généralistes.

Mais l'arrêt de travail pose aux psychiatres des **problèmes éthiques** :

- Pour certains, lorsqu'on place en arrêt une personne pour la protéger de comportements abusifs, cela « **sur-victimise** » le patient.
- Pour d'autres, **les arrêts maladie finissent au bout d'un moment à devenir une mesure de protection et à ne plus être justifiés par l'état de santé de la personne.** A ce moment-là, certains psychiatres deviennent mal à l'aise, mais sont également conscient de la très grande difficulté des patients à reprendre leur poste de travail si le poste ou l'environnement n'a pas été modifié.

« On donne des arrêts de travail pour des harcèlements, parce que les personnes sont incapables de retourner au travail, dans ce contexte. Mais s'il n'y a pas de volonté de l'employeur de régler la situation, on renouvelle, et on donne des arrêts de travail de plus en plus longs. Et si en plus, il y a des prud'hommes et un avocat, cela rallonge encore les arrêts de travail. Il faut que la personne voie le médecin du travail, qui va nous le renvoyer, puis la revoir. Ce sont encore des mois d'arrêt de travail avant une inaptitude ou une incapacité.

*Si la personne est très mal, ces arrêts de travail sont justifiés. Mais parfois, l'arrêt de travail n'est plus justifiable par l'état de santé du salarié. **Il s'agit juste de le préserver du contexte. C'est un problème éthique pour nous.** »(22)*

7.3. Accompagner le patient dans la « sortie de crise »

Bien souvent, l'arrêt de travail accompagne le patient jusqu'à la sortie de l'entreprise, ou tout au moins du poste de travail qui a généré la souffrance. C'est pourquoi le psychiatre accompagne son patient pendant tout le processus de départ de l'entreprise ou du poste, ce départ entraînant souvent des problématiques surtout réglementaires.

Enfin, il arrive couramment dans les cas graves de souffrance au travail que la personne soit dans l'impossibilité de reprendre son poste de travail tel quel.

La première mesure conseillée est la reprise sur un poste adapté, soit le même avec une charge de travail moins importante, soit un autre poste dans l'entreprise. Cela nécessite la coopération du médecin du travail (inaptitude partielle) et du service RH (recherche de poste). A ce stade peuvent également intervenir le CHSCT et les délégués du personnel.

« Avant le service Ressources Humaines était vécu comme un lien de soutien pour les salariés. Maintenant, les RH sont à la solde du patronat. Ils sont là pour virer si besoin. C'est très difficile d'obtenir des changements de service. » (22)

« Il y a aussi beaucoup de demande pour la MDPH (Maison Des Personnes Handicapées) pour avoir une reconnaissance de travailleur handicapé. Cette reconnaissance existe pour les cas de dépression, d'anxiété et de divers troubles handicapants » (16)

Certains psychiatres tentent de refaire travailler leur patient sur des postes à temps partiel : même cheminement...

Enfin, pour une grande partie des personnes, on s'oriente vers un départ de l'entreprise car il semble impossible au patient de revenir dans le même environnement. Dans ce cas, le patient avec l'aide du psychiatre commence par demander un départ conventionnel. De plus en plus d'entreprises refusent ces départs arguant du fait que si le salarié n'est pas content il doit démissionner. C'est dans ces cas-là souvent que les arrêts de travail sont prolongés, le contexte économique ne permettant pas aux personnes l'absence de revenus.

« Les salariés voudraient bien partir. Ce sont les employeurs qui ne veulent pas. On leur dit de démissionner. Mais à aujourd'hui, personne ne peut démissionner sans revenus. »(22)

« La souffrance au travail est en nette augmentation depuis 5 ans, à cause du contexte économique. Egalement, le refus des ruptures conventionnelles est un facteur. »(17)

S'ensuit alors des procédures soit médicales soit juridiques pour permettre au salarié de quitter l'entreprise tout en continuant à percevoir des indemnités. **C'est surtout avec les entreprises maltraitantes qu'il y a des difficultés pour les psychiatres**, car les procédures aboutissent difficilement et demandent du temps.

« Quand c'est maltraitant : c'est difficile pour nous les psychiatres. » (focus Group N°1)

Plusieurs stratégies de départ sont possibles en fonction de la personne, son état de santé et de ce qui s'est passé :

1/ Le médical par la recherche **d'une inaptitude au poste de travail** dans l'entreprise. Cela passe par l'intermédiaire de la médecine du travail et nécessite donc la collaboration du médecin du travail. In fine, l'entreprise est obligée de licencier le salarié, ce qui lui permet de toucher ensuite le chômage pendant sa recherche d'emploi.

2/ Le médical par l'attribution **d'une invalidité de travail**. Cela passe par le médecin conseil de la sécurité sociale, si l'état de santé du salarié est suffisamment et durablement altéré. Cependant, cette invalidité ne peut s'obtenir qu'après de très longs arrêtes de travail. Là aussi, cela permet d'obtenir un licenciement et donc une prise en charge financière du salarié.

3/ **Le licenciement juridique** par l'intermédiaire des Prudhommes fait intervenir des avocats, parfois des instances représentatives du personnel : syndicats, délégués, CHSCT...

En conclusion, on entend dans les entretiens qu'une majorité des psychiatres sont très actifs dans des missions de Conseil, de coach, d'accompagnement dans des domaines qui n'entrent pas de façon évidente dans leur champ de compétence, et dans lesquels ils se retrouvent très seuls et ne sont pas toujours à l'aise.

C'est pourquoi, certains d'entre eux préfèrent s'en remettre aux services spécialisés dans la souffrance au travail, services qu'ils estiment plus compétents sur la partie « conseils » et mieux à même d'informer sur les aspects pratico-juridique de l'accompagnement dans la reprise du travail ou la sortie de l'entreprise.

« Sur les services spécialisés en hôpital, ils ne font rien de plus que nous autres médecins psychiatres.

Mais ils connaissent beaucoup mieux l'entreprise que les autres médecins psychiatres. Moi, j'ai eu de la chance d'y travailler et donc de voir les problèmes. Mais certains de mes collègues n'ont aucune idée de ce qu'est une entreprise. Ces services sont donc plus spécialisés dans les démarches à suivre avec l'entreprise. Ce sont principalement les médecins du travail qui leur envoient des salariés. »(22)

8. L'élargissement du champ d'intervention du psychiatre

Dans ce contexte, différents modes de prise en charge et de réponses sont faites par les psychiatres :

8.1. Les médicaments assez largement utilisés

« En règle générale, je ne suis pas très « médicaments ». Cependant, dans certaines postures de résistance, il y a un risque de sous-estimation de la souffrance de la personne, donc un risque suicidaire qui est vrai et qui dure dans le temps. Et pour ces personnes-là, je peux prescrire des somnifères, des anxiolytiques, des antidépresseurs...etc. ».(8)

Ce point de vue reflète la majorité des psychiatres

8.2. Le travail « psychique » inévitable

« Il faut essayer de les aider à recréer une image plus réelle et pas un « maquillage narcissique » : Ils doivent comprendre qu'ils doivent aussi développer leurs qualités, collaborer, travailler en compétition, s'investir, sublimer leur énergie dans des tâches positives. A mes yeux, le travail n'intervient pas comme un stresser en soi mais comme une épreuve de réalité. Le narcissisme est confronté à l'existence, c'est très difficile et il y a un long travail psy à faire. »(14)

8.3. Donner des informations sur leurs droits

« J'encourage les patients à ne pas rester seul, à contacter l'inspection du travail, les collègues, les syndicats. J'essaie de leur redonner une certaine capacité d'action, au lieu de s'adapter. »(11)

« Je prends beaucoup de temps pour conseiller mes patients, leur conseiller d'aller voir le syndicat, des avocats, etc. »(16)

« Je conseille à mes patients de prendre un avocat ».(18)

« Ils ne connaissent pas leurs droits. Donc on passe beaucoup de temps à les conseiller sur leurs droits, parce que leur ignorance est vraiment importante ». (16)

8.4. Coaching sur la vie professionnelle

- **L'agenda et les priorités :**

« Concernant les conditions de travail, j'essaie de voir avec mes patients ce qui dépend d'eux. On peut agir par exemple sur la gestion de leur agenda. Je les invite à hiérarchiser les priorités. Ils ne sont pas obligés de répondre immédiatement à tous les mails ou appels, par exemple. On regarde ensemble la structure de leur journée et on voit comment procéder différemment. Ça leur permet déjà de sortir la tête de l'eau ». (2)

- **Les négociations :**

« J'ai une patiente qui est cash, transparente, honnête, et elle se fait avoir par ceux qui louvoient. Elle est épuisée, en dépression. On a travaillé elle et moi pour qu'elle apprenne à se protéger: à ne pas tout dire alors que les autres ne disent pas tout. Je l'ai aidée à préparer un entretien RH » (10)

« J'aide mes patients à négocier eux-mêmes avec leur direction »(19)

- **Le bilan de compétence :**

« Je leur conseille aussi de faire un bilan de compétences. Ils ont besoin qu'on les aide à réfléchir, et à partir de ce bilan, ils élaborent souvent avec ingéniosité un nouveau projet professionnel ». (5)

8.5. Autres outils

*« Je leur conseille des **livres** ou des **films** sur le sujet »*

*« Moi je pratique **la méditation**, comme Christophe André...pour que ceux qui courent puissent prendre conscience qu'être en vie, c'est important ! » (10)*

*« J'utilise avec mes patients **les TCC, la cohérence cardiaque, des approches de relaxation, des petits outils, pour offrir un sas de sécurité, apprendre à s'inscrire dans l'instant, faire un break de quelques minutes** ». (10)*

9. Recommandations ⁴

Rappelons que la diversité des situations et la complexité de l'environnement ne rendent pas facile l'identification de solutions pratiques dont la mise en place serait possible à court terme.

Nous avons ici résumé les principaux domaines d'actions possibles tels qu'ils nous ont été présentés par les praticiens qui ont participé à l'étude, tant pour ce qui concerne les plans de communication, de formation ou d'information, ainsi que de support que pour ce qui concerne les aspects plus fondamentaux (réglementation, questions financières, coordination des acteurs dans le cadre du parcours de soins...)

Le champ des actions est très vaste, nous avons tenté de regrouper les actions proposées en points :

- **un travail de définition des concepts pour préciser de quoi on parle et pouvoir ainsi plus facilement qualifier la situation de tel ou tel patient à un moment donné. La confusion actuelle ne facilite pas les choses.**
- **une action réglementaire pour faire évoluer les textes**
- **des actions de formation et d'information tant en direction des entreprises que des professionnels (psychologues, médecins généralistes, psychiatres)**
- **une approche en termes de « support » consistant à rendre accessible aux psychiatres des services d'information ou de conseil permettant d'identifier sur un territoire donné quelles sont les ressources mobilisables et comment y accéder dans le respect des règles déontologiques.**
- **un travail à conduire de façon pluridisciplinaire sur la coordination du parcours de soins, intégrant l'articulation entre les établissements et la médecine ambulatoire, le rôle et la place que peut jouer chaque professionnel et les différentes solutions de recours en cas de problèmes spécifiques d'ordre pratique.**

⁴ NB : les consultants du cabinet FJN n'ont aucune compétence médicale. Les recommandations proposées ici sont issues des entretiens ou des débats avec les médecins psychiatres qui ont bien voulu nous répondre.

9.1. Définir les concepts utilisés dans le cadre de la « souffrance au travail »

Une approche approfondie de ce sujet a été conduite notamment par les membres du focus group n°1.

Il convient de définir la souffrance au travail pour savoir de quoi on parle de façon précise. La souffrance **au** travail, ce n'est pas la même chose que la souffrance **par** le travail. La souffrance est liée aux conditions de travail (encadrements, systèmes et méthodes, management et structure de l'entreprise), et non pas au travail en lui-même.

Aujourd'hui, il n'y a pas de définition. Il y a juxtaposition à la fois d'un vocabulaire juridique, par exemple le « harcèlement » et d'un vocabulaire médical sans garantie qu'il soit compris : « le burn out », le « syndrome d'épuisement », « dépression »...

Or, la définition impacte la reconnaissance des tiers, de la sécurité sociale, du médecin du travail, etc.

La définition permet un suivi des nombres, des statistiques et donc au final une imputabilité des coûts et des responsabilités.

La définition permet d'obtenir des budgets et de faire des recherches, donc de finaliser des traitements qui pourraient sans doute faire baisser la facture globale de cette souffrance.

La souffrance est liée aux problèmes tels que le harcèlement, la marginalisation, l'humiliation, la maltraitance...

Lorsqu'on parle d'états anxio-dépressifs majeurs, on entend une histoire personnelle en amont alors même que ce peut être les conditions de travail qui ont servi de détonateur. On devrait parler de pathologie acquise au travail.

Une définition plus précise de la souffrance au travail permettrait à celle-ci une meilleure reconnaissance de la société dans de nombreux domaines : statistiques, coûts, responsabilités et faciliterait alors la décision politique.

9.2. Prendre contact avec les assurances complémentaires et envisager des actions de prévention

Les récentes évolutions montrent que **le rôle et la place que les Assurances complémentaires (souvent appelées « mutuelles »)** sont appelées à jouer dans le système de santé sont des éléments centraux à prendre en compte :

- pour permettre de caractériser la situation des patients,
- pour pouvoir mettre en place des actions de prévention,
- pour aider à limiter les situations « inacceptables » et leurs conséquence sur l'environnement et notamment les membres de la famille du patient.

Les psychiatres interrogés manifestent souvent une grande méfiance vis-à-vis des « assureurs » dont les pratiques ne sont pas toujours exemplaires.

Dans le même temps, l'intérêt financier des acteurs (entreprise, assurance maladie, assureurs) à trouver des solutions opérationnelles est évident, compte tenu du poids des pathologies liées à la « souffrance au travail » dans leurs comptes.

Les expériences menées dans ce domaine ont souvent montré que les problèmes sont « localisés » et que pris à temps, ils peuvent être solutionnés dans l'intérêt de tous. Ceci a été largement confirmé par les psychiatres dans le cours de cette étude.

Il serait donc sans doute avisé de rencontrer les assureurs, d'attirer l'attention sur l'impact des pathologies liées à la « souffrance au travail » et de voir concrètement avec eux les méthodes et moyens pour améliorer la situation dans l'intérêt des patients et de leurs familles, mais également dans leur intérêt et dans l'intérêt des entreprises qui sont leur clientes.

9.3. Porter la parole des psychiatres auprès des responsables de l'action réglementaire pour engager la responsabilité financière des entreprises et la responsabilité pénale des dirigeants.

De façon générale les psychiatres ne peuvent travailler que si le patient est « mis à l'abri » c'est-à-dire sorti de la situation qui crée le problème. De nombreux témoignages confirment qu'un changement de poste ou un changement de service, s'il est réalisé tôt, peut régler la question.

Si ce n'est pas possible, le patient doit quitter l'entreprise et c'est souvent là que se met en place le « bras de fer » destiné à le faire « craquer » pour qu'il parte sans indemnisation.

Certaines entreprises acceptent le départ négocié, mais ce n'est pas une généralité. La question du délai qui s'écoule alors est capitale pour la réussite du traitement thérapeutique.

Ces questions ont notamment été débattues dans le focus group N°2 et par exemple :

- Sur la **médecine du travail** : Faire évoluer les conditions de recours à la médecine du travail afin notamment que le patient puisse y prendre RV même lorsqu'il est en arrêt de travail, et pas seulement à la reprise.
- Sur le **droit du travail** : poser des limites pour préserver la vie privée, par exemple en interdisant les mails et appels hors du temps professionnel.
- Envisager la **prise en charge financière de certains actes de psychologues** dans des conditions à préciser.
- Sur la **responsabilité financière des entreprises** :

Il s'agirait par exemple de mettre en place une contribution directe des entreprises dans la prise en charge des soins et des arrêts de travail pour un motif lié à la souffrance au travail (Focus group N°2)

« Il faudrait pouvoir travailler sur la reconnaissance de la souffrance au travail comme une pathologie du travail pour la sécurité sociale »

« La reconnaissance de ces problèmes de souffrance au travail en maladie professionnelle pourrait être une avancée. Car on attaquerait l'entreprise à la bourse, cela aurait une influence sur le taux d'accident du travail et donc sur les cotisations. C'est le seul moyen pour que cela change. » (22)

« Mais en attendant, la Sécu paye pour un problème d'entreprise. Je crois que l'entreprise pourrait payer »

- Sur la responsabilité pénale des dirigeants :

Les textes existent souvent, mais ont du mal à entrer en application (voir dossier France Télécom), ce qui n'incite pas les dirigeants à les respecter. Des actions d'accompagnement telles que des publications obligatoires pourraient également être envisagées, comme cela existe déjà dans d'autres domaines.

9.4. Concevoir et organiser des actions de sensibilisation et de formation en direction des entreprises

L'entreprise est très souvent perçue par les psychiatres comme un lieu de maltraitance, non pas par choix délibéré, mais le plus souvent par négligence, manque de connaissance ou incompetence du Management.

Leurs recommandations sur ce sujet ont donc été nombreuses.

Certains recommandent de contacter le MEDEF pour voir si certaines améliorations peuvent être apportées, notamment :

- Construire avec lui une **charte sur les bonnes pratiques managériales** susceptibles de lutter contre la souffrance au travail, ou de proposer des solutions ;
- Créer une vraie **politique de prévention en entreprise**, des formations préventives et pas seulement une heure de sensibilisation aux risques psycho-sociaux. Il faut former les cadres, **les toucher vraiment dans leur humanité...** et faire également des actions de sensibilisation au niveau de l'enseignement, éduquer les jeunes... (focus group N°1). **Plusieurs psychiatres sont volontaires pour aller former les cadres et managers en entreprises ;**
- Améliorer les **communications au sein de l'entreprise**, et faire référence au fait que l'homme est plus productif dans un environnement agréable (focus group N°2) ;
- Rappeler que les **entretiens d'évaluations** sont un facteur augmentant les **risques psycho-sociaux ;**
- Créer des instances de médiations au sein de l'entreprise pour intervenir sur ces sujets. (focus group N°2)
- Aménager des **salles de repos**, faire entrer la **méditation** en entreprise, ainsi que des pratiques réductrices de stress.
- Faciliter l'accès au **bilan de compétence** pour aider les salariés à rebondir.

9.5. Concevoir et organiser des actions de sensibilisation et de formation en direction des médecins et des autres professionnels concernés

La question des actions qui ont été prises (ou qui n'ont pas été prises, alors qu'elles s'imposaient) se pose fréquemment aux psychiatres qui se retrouvent avec des patients dont ils ne peuvent plus assurer la prise en charge avec des chances réelles de succès car trop de temps a déjà été « perdu » depuis la survenance des difficultés rencontrées par le patient.

La recommandation formulée a été de prévoir des formations spécialisées, dans un cadre spécifique ou pluridisciplinaire, pour accompagner chacun dans son rôle et à sa place.

- **Pour les médecins généralistes** : les former à ce qu'est la souffrance au travail, comment la diagnostiquer, les risques possibles afin que les patients soient pris en charge plus rapidement par des psychiatres.
- **Pour les médecins du travail** : Ils ont à rendre compte de la souffrance psychologique alors qu'ils n'ont pas de connaissance théorique là-dessus. Ils sont actuellement très intéressés par les formations cognitives et comportementales. Ils ont aussi à être sensibilisés par les risques que peuvent présenter ces patients pour pouvoir les diriger directement chez un médecin psychiatre.
- **Pour les psychiatres** : Ceux-ci souhaiteraient être mieux formés sur les conséquences juridiques et financières des procédures liées à la souffrance au travail et des décisions qu'ils prennent en la matière (Focus group N°2) Mais ils souhaiteraient que soient organisées de vraies formations avec un contenu intéressant dans une structure pérenne (focus group N°1).

9.6. Permettre aux psychiatres d'accéder à des services d'information et de support spécialisés

L'idée émise a été de mettre à disposition des psychiatres des services d'information et/ou de conseil, par exemple par téléphone, quand ils se trouvent dans des situations spécifiques liées à des problématiques « non médicales ».

Ces services pourraient également conseiller sur les textes applicables, les recours existants, les ressources mobilisables dans un secteur géographique donné.

Les psychiatres pourraient peut-être aussi orienter directement les patients vers d'autres services de ce type (par exemple une liste d'avocats spécialisés, etc.)

9.7. Améliorer la coordination du parcours de soin

Cette question se pose souvent de façon simultanée sur plusieurs plans :

- articulation établissements/médecine libérale
- articulation médecin généraliste et médecin spécialiste
- articulation médical/médicosocial

Outre la question de la formation évoquée ci-dessus, se pose celle d'un travail pluridisciplinaire à mener pour mieux identifier les conduites à tenir en fonction des situations rencontrées.

10. Annexes

Annexes 1 : Compte rendu d'entretiens

NB : Les numéros identifiant les médecins (nom du psychiatre) ne correspondent pas au rang des médecins ayant participé à l'enquête figurant sur la liste page 6.

Annexes 2 : Compte rendu des Focus Groups

Annexe 1

COMPTE RENDU D'ENTRETIENS

Nom du psychiatre	N° 01
Date	10/10/16 à 16h30
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés ou spécificités rencontrez-vous avec les patients dont la souffrance est directement liée au travail ?

En tant que médecin, je ne rencontre pas de difficultés. Ces personnes présentent des troubles anxieux et dépressifs, et ça, ça se traite ! Maintenant, ce type de situation est redondant et ça devient préoccupant.

Quels sont mes leviers pour agir ? Il y a plusieurs cas de figure, mais globalement, c'est l'amélioration de l'état de santé du patient qui lui permet de trouver une solution. Car l'état dépressif empêche toute réflexion et ne mène qu'à des pensées suicidaires.

Moi, j'oriente mes patients vers le médecin du travail. Non, ils ne l'ont pas forcément déjà vu quand ils arrivent chez moi. Le médecin du travail peut aider la personne à envisager une solution, cette solution pouvant être de quitter l'entreprise.

Les RH ? Je n'ai personnellement aucun contact avec les RH. Mais c'est eux qui peuvent proposer des changements de poste, en concertation avec le médecin du travail, qui, lui, n'a pas ce pouvoir. Moi je m'occupe des patients, je n'entre pas dans l'entreprise.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Vous me prenez de court... Je n'ai pas eu le temps de réfléchir à tout ça. D'une façon théorique, je préconiserais une meilleure communication au sein des entreprises...

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

C'est très lourd pour les personnes que je vois, mais je pense à toutes celles qui n'arrivent pas jusque-là... Il faudrait qu'il soit plus facile de consulter. Il faudrait aussi faire la différence entre conflit, ou désaccord, et santé mentale. Les gens focalisent sur la contrariété et ne prennent pas la mesure de leur état.

Or l'état de santé participe de la perception du problème. Même s'ils ont conscience d'être en dépression, ils ne voient que la difficulté au travail. Ils sont écrasés par leur problème. Or en agissant sur l'état de santé, on permet aux personnes d'accéder à leurs ressources, qu'elles soient conflictuelles (pour engager une procédure, par exemple) ou autres.

Nom du psychiatre	N°2
Date	10/10/16 à 14h15
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés ou spécificités rencontrez-vous avec les patients dont la souffrance est directement liée au travail ?

Il y a deux choses : les conditions de travail, d'une part : charge et rythme de travail, changement de poste sans préavis, sensation des salariés d'être manipulés comme des pions, mépris de leurs conditions physiques et psychiques, manque de communication entre collègues et avec la hiérarchie... et le harcèlement moral, d'autre part, qui est encore autre chose. Mais il est évident que la souffrance au travail augmente, particulièrement dans les grandes entreprises, qui sont de véritables broyeurs de personnes. Les jeunes, en particulier, sont très touchés.

C'est une situation chronique qui entraîne une dégradation de l'état psychique et somatique. Mes leviers ? Concernant les conditions de travail, j'essaie de voir avec mes patients ce qui dépend d'eux. On peut agir par exemple sur la gestion de leur agenda. Je les invite à hiérarchiser les priorités. Ils ne sont pas obligés de répondre immédiatement à tous les mails ou appels, par exemple. On regarde ensemble la structure de leur journée et on voit comment procéder différemment. Ça leur permet déjà de sortir la tête de l'eau.

Si la pression marche autant en entreprise, c'est parce que les gens ont peur. J'apprends donc à mes patients à offrir moins de prise.

Dans les cas de harcèlement, on s'appuie sur un environnement médical (médecins du travail, de la Sécu), ça passe par des certificats médicaux, des arrêts de travail, le recours à l'inspection du travail.

C'est important pour le salarié de sentir qu'il y a tout un réseau qui le soutient !

Quand ce réseau ne fonctionne pas, on est démuné, car les traitements médicamenteux sont une goutte d'eau dans l'océan.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Oh vous savez, on a le même problème dans le secteur médical ! A l'hôpital où je travaille, je fais partie d'un groupe de réflexion sur la violence en milieu hospitalier. Quand il s'agit d'un agent maltraité par un patient, tout le monde est d'accord pour régler le problème. Si c'est un problème avec la hiérarchie, le poisson est noyé... Et quand c'est un médecin chef de service qui est en cause, alors là, il n'y a plus aucun moyen d'action. Il faudrait pouvoir mettre à plat les responsabilités. Au niveau des entreprises, comme la SNCF, qui inflige des conditions de travail invraisemblables à ses salariés (incohérences faceaux missions, abus de pouvoir, discriminations raciales...), il faudrait que les inspecteurs du travail fassent leur boulot. Or, actuellement,

l'inspection du travail est totalement inopérante.

J'ai le cas d'une personne, licenciée après un changement de direction. Son entreprise a été rachetée par des Japonais, et ils ont remplacé ma patiente par un plus jeune, moins cher. Ce problème est énorme, c'est une question de valeurs à interroger. Car tous les secteurs sont concernés. Et les politiques gouvernementales ne prennent pas le problème à la base.

J'ai une formation en victimologie, je suis à ce titre intervenue dans des commissariats en banlieues chaudes, et j'ai interrogé des policiers qui travaillent dans des secteurs hyper difficiles. Tous ont rapporté la même chose : formation insuffisante, absence de considération, d'écoute, qui conduisent aux dérives qu'on connaît, arrêts de travail, suicides...

C'est au niveau gouvernemental qu'il faudrait agir, mais pas seulement. Car pour l'instant, on se multiplie les rustines.

Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

J'ai une vision assez pessimiste des choses, car je suis catastrophée par ce que je vois, autant dans le public que dans le privé. Je peux attester que les médecins eux-mêmes ne sont pas épargnés et subissent des pressions de toutes les instances médicales (Sécu) et ordinaires.

En tant que psychiatre, on est encore préservé, mais les médecins généralistes sont en première ligne, on leur demande de produire du soin. Or, pour bien soigner, on a besoin de temps.

Tout médecin aujourd'hui doit être à la fois clinicien, gestionnaire et comptable. Et ce sont désormais ces deux derniers aspects qui l'emportent. Un de mes collègues s'est vu reprocher par la Sécu d'avoir prescrit un certain médicament. C'est une forme de mise sous tutelle ! L'exigence de rentabilité est partout, même à l'hôpital, où un lit ne doit jamais être vide, il faut donc faire des actes, être rentable. C'est la tarification des actes qui est en jeu.

A l'hôpital comme en entreprise, l'économie prime.

Autre pression : la loi qui nous met en demeure de rendre nos locaux accessibles aux personnes handicapées. Des enquêteurs, diligentés par la préfecture, viennent vérifier la conformité de nos cabinets où certains exercent parfois depuis plus de trente ans ! Il faudrait changer des murs dont, pour la plupart, nous ne sommes pas propriétaires ! Ce sont des préconisations absurdes !

A cela s'ajoutent des patients de moins en moins respectueux de notre pratique. Ils recherchent un médecin par Internet, en contactent quatre, et choisissent celui qui leur propose le rendez-vous le plus rapide. C'est la loi du « tout-tout-de-suite ». Ils prennent rendez-vous et ne viennent pas sans prévenir, ils passent leurs coups de fil dans la salle d'attente (l'autre jour, ils étaient trois à téléphoner en même temps).

C'est un problème de société, les gens ont très peu de conscience de ce qui se passe. Alors que c'est une question de respect de soi et de l'autre. Il faut faire attention à ne pas lâcher ça ! Les médecins sont trop perçus comme des producteurs de certificats médicaux et d'arrêt de travail.

Nom du psychiatre	N°03
Date	10/10 /16 à 10 heures
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés ou spécificités rencontrez-vous avec les patients dont la souffrance est directement liée au travail ?

La difficulté, c'est de se faire une idée précise et documentée des circonstances objectives. Il y a le discours des patients, et puis ce qu'on en entend, ce qu'on en comprend... Comme on n'est pas, évidemment, témoin de la situation, concrètement, il y a toujours une part d'inconnu... Sans douter systématiquement des propos des patients, il faut toujours prendre les choses avec une certaine relativisation, sans négliger ni nier les effets. Après, il s'agit de faire la distinction entre des souffrances spécifiquement liées au travail et puis ce qui relève d'une autre origine. Les choses sont souvent un peu mêlées. On peut vivre à la fois une souffrance au travail et avoir en même temps une fragilité, soit dépressive ou d'angoisse, de phobie, etc., qui précède ou accompagne la situation professionnelle. Il faut donc faire la part des choses.

Comment je fais cette distinction ? Comme dans toute situation, il faut écouter, poser des questions, observer, ne pas se contenter de cerner la situation au travail, mais essayer de cerner le vécu général de la personne et ses antécédents.

Si on peut contribuer à ce que la personne aille mieux sur un plan symptomatique, c'est évidemment un progrès, maintenant, si elle retourne au travail dans une situation strictement identique, on peut craindre que le mieux-être ne persiste pas. Dans le cas d'une personne en arrêt maladie, par exemple, qui va retourner travailler après un temps de traitement et d'éloignement, si la situation n'a pas changé, il y a un risque de reproduction des mêmes effets. Heureusement, parfois, il y a intervention de la médecine du travail et du service du personnel, qui permet que les choses soient entendues et qu'il y ait une certaine modification, soit un changement de service, d'affectation, soit un changement d'attitude de tel responsable ou collègue, ou encore un changement de conditions de travail. Ce n'est donc pas toujours, heureusement, des choses immuables. Mais si rien n'évolue, il est évident que le mieux-être obtenu par la thérapie reste aléatoire et fragile. Auquel cas, il n'est pas exceptionnel que la personne reste longtemps en arrêt maladie et, d'une manière ou d'une autre, finisse par quitter son travail, ou, dans les cas extrêmes, soit mise en invalidité. Heureusement, le plus souvent, ce n'est pas le cas, mais ça peut se produire.

Le plus souvent, il y a intervention de la médecine du travail, mais j'observe tous les cas de figure, de ceux où il n'y aucune compréhension, aucun effort d'action des RH jusqu'à l'inverse, des responsables très désireux d'améliorer la situation et qui regrettent de ne pas avoir eu connaissance plus tôt de cette difficulté. C'est en fait très variable.

Oui, j'ai l'occasion d'être en contact avec la médecine du travail ; mais directement avec l'employeur, c'est assez rare. Ce qui peut parfois se faire, c'est d'accompagner une demande de l'employé

par une demande médicale de modification de son poste, mais, en général, cela se fait en complément de l'action du médecin du travail. Le médecin du travail communique volontiers avec le médecin traitant, et réciproquement.

Bien sûr, au niveau des capacités d'action, le médecin du travail est limité, il peut mettre un frein, bloquer en disant « Telle personne n'est pas capable de travailler actuellement », ou « Il faudrait telle modification dans son mode d'exercice », mais il n'a pas la possibilité d'imposer un changement. Il y a certainement des cas où la médecine du travail ne s'implique pas beaucoup, mais dans mon expérience, c'est peu fréquent, quand il y a une vraie souffrance, évidemment, quand la personne ne va manifestement pas bien et souffre sur un temps déjà trop long.

Quand les personnes ont été très affectées, il faut évidemment qu'elles soient traitées avec un temps de repos, etc., mais on observe la plupart du temps que si des modifications interviennent soit dans l'organisation du travail, soit par un changement de poste ou d'employeur et d'activité, les gens vont assez rapidement bien ou très bien, alors qu'ils allaient mal ou très mal.

Ce n'est toutefois pas vrai à 100 %, car il y a des personnes qui sont en souffrance au travail mais risquent de ne pas être bien quoi qu'il en soit pour une période donnée, même s'il y a des aménagements.

Quels sont les symptômes les plus fréquents dont souffre ce type de patients ?

Des troubles somatiques, digestifs, intestinaux, des migraines, des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, soit sous forme de perte d'appétit ou à l'inverse de compensation avec prise de poids, et souvent une diffusion d'un manque d'énergie, d'envie, de plaisir, qui se répercute sur la vie personnelle, familiale, dans la vie de couple, dans les activités, etc. Mais ce qui domine, c'est une symptomatologie dépressive, et des angoisses parfois jusqu'à des angoisses phobiques. Il y a des gens qui ont le désir de reprendre le travail, et le jour où ils doivent y aller, ils sont incapables de sortir de chez eux ou ils vont jusqu'à la porte de l'entreprise et sont incapables de rentrer. On peut être en souffrance sans connaître ce genre d'extrémité mais ça se voit quand même .

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Que les gens soient informés sur le fait que ça peut arriver et que ce n'est pas forcément de leur faute ; qu'ils en parlent à la médecine du travail, à leur médecin généraliste, éventuellement à un spécialiste, et aussi au service du personnel, qui n'est pas systématiquement fermé à l'écoute. Il faudrait une communication au niveau des entreprises sur le fait que c'est important de parler, qu'il ne faut pas rester dans son coin. C'est un phénomène qui existe, qui n'est pas du tout exceptionnel, et qu'il est de

L'intérêt de chacun, bien sûr de l'employé, mais aussi de l'employeur, d'éviter de type de situation.

Parfois, il y a plus d'ignorance que de mauvaise volonté de la part des employeurs. Cela varie aussi, selon qu'il s'agit d'une petite ou d'une grande entreprise. Généralement, les grandes entreprises

ont des services qui permettent de traiter ces questions.

Voulez-vous ajouter quelque chose ?

Objectivement, même si on s'attend à être bien traité en entreprise et que cela ne l'est pas tout à fait, il faut garder à l'esprit qu'on n'y est pas esclave. La part subjective est donc corrélée à la vie générale, sociale de l'individu. Une personne épanouie dans sa vie personnelle sera plus à l'abri de ce type de souffrance.

Nom du psychiatre	N°04
Date	12.10.2016
Entretien réalisé	Entretien téléphonique – Valérie Pont

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Effectivement, c'est une problématique qui revient souvent soit sous forme médiatique (le burn out par exemple) mais le plus souvent sous une forme plus larvée le harcèlement, un état d'insécurité globale, l'imprévisibilité du management qui est perçue comme une menace latente.

Il est intéressant par ailleurs de pouvoir attirer l'attention des entreprises et des salariés des mesures de régulation possible par les TCC, mais vous allez me dire que je prêche pour ma paroisse.

Ce n'est pas une problématique méchant patron contre gentil salarié. Il n'y a pas forcément de la malveillance, mais plutôt une incompréhension sur les objectifs, et de la pression. Il y a une nécessité à la régulation, sinon la pression rebondit en cascade sur tout le monde, tous les niveaux hiérarchiques. Parfois, c'est l'organisation qui est défaillante, et personne ne le voit, ne le remarque. Plus l'organisation est grande, plus il y a d'inertie et moins on a de recul.

Par exemple, j'ai reçu une patiente en grande souffrance. Elle est directrice commerciale d'une petite société pour la moitié de la France. Sa collègue démissionne, et elle prend donc en charge sa partie par intérim pendant le recrutement puis la mise en place et la formation de la nouvelle recrue. Elle est vraiment en surmenage... Mais voilà, la personne recrutée ne fait pas l'affaire, et on lui demande si on la maintient ou pas à la fin de sa période d'essai.

Dans ce cas, on voit bien qu'il n'y a pas de malveillance, personne en cherche à la mettre en défaillance. Mais l'entreprise tire sur les coûts, ne gagne pas beaucoup d'argent, la charge de travail au départ est très importante. Mais dès qu'une difficulté surgit, ce n'est plus possible pour le salarié. Cela nécessite une réorganisation.

Il y a donc un intérêt à encourager de façon préventive, à sensibiliser les décideurs aux conséquences de leurs décisions sur les équipes, parce que des fois, les décideurs les ignorent complètement, et prennent leur décision avec la meilleure volonté du monde. Les managers peuvent être des personnes très « opératoires », mais justement elles ne pensent pas, ne mesurent pas certains sujets. Elles peuvent être dans l'angoisse de la performance, elles sont compétentes dans certains sujets pas sur d'autres. Par exemple, un ingénieur peut être doué dans son travail technique, mais être peu sûr de lui voire manquer de compétence dans la gestion d'une équipe.

Il y a beaucoup de personnes en souffrance au travail, et pas forcément de corrélation entre les catégories socio-professionnelles et cette souffrance. Ce n'est pas uniquement l'ouvrier à l'usine. On souffre dès lors qu'on a peu de marges de manœuvres dans son travail.

Il y a également une souffrance peu reconnue qui est celle des personnes à haut revenus. La société estime qu'ils n'ont pas à se plaindre, que ce sont des problèmes de riches. Ils ont donc

peur d'en parler, on ne leur reconnaît pas le droit de se plaindre. Les cas de maltraitance des employés existent également, les deux existent. Selon les époques, certaines choses sont admises, d'autres non. Il y a un présupposé socio-contextuel. Par exemple, avant on considérait la parole des « riches » ou des « puissants » comme une parole vertueuse, à l'opposé du pauvre. Maintenant, c'est l'inverse la parole du patron est suspectée alors que celle du bas de la pyramide est supposée être blanche comme une page...

Souvent, en tant que psychiatre, je vois où se situe la difficulté. Mais, je ne peux pas, déontologiquement, communiquer avec l'inspection ou la médecine du travail. Pour le psychiatre, aucun moyen de trouver une solution, ni d'agir sur... Comment faire pour être un donneur d'alerte efficace ? à qui s'adresser ? si on ne peut pas s'adresser à la médecine du travail?

Il faudrait imaginer un observatoire au secret, avec une clause de secret médical qui pourrait donner l'alerte.

Comment privilégier l'intérêt du patient et celui de l'entreprise ?

Il est rarissime d'avoir des personnes qui viennent par le médecin du travail. Les informations passent toujours par le malade. Mais le médecin du travail n'est pas traitant. Le médecin du travail ne doit pas déontologiquement recevoir d'information d'un médecin psychiatre ou non. Si les salariés ne veulent pas parler au médecin du travail, alors il n'a pas d'informations.

Souvent ça se passe mal, et c'est juste « pas de chance »...

Je donne très très peu d'arrêt de travail pour ce motif pour éviter de tomber dans l'évitement. L'idée, c'est que le patient reprenne le plus vite possible, car sinon il ne se pose pas de questions. Il faut travailler ensuite en TCC pour apprendre au patient à définir ses besoins, à les exprimer. Le patient doit rester proactif, donc le moins d'arrêt de travail possible. S'il y a besoin, j'utilise également les médicaments.

Nom du psychiatre	N°05
Date	10/10/16 à 16 heures
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés ou spécificités rencontrez-vous avec les patients dont la souffrance est directement liée au travail ?

Je dois d'abord vous préciser que je suis psychiatre, spécialisée dans la thérapie de couple. Je vois donc surtout le retentissement de ce problème sur la vie de couple.

La principale difficulté que rencontrent mes patients est celle de la reconnaissance, qu'ils n'ont généralement pas chez eux et ne savent plus où trouver quand cela se passe mal au travail.

La plupart des gens sont fragilisés par les méthodes de management. Ils vivent sous pression.

Ces facteurs environnementaux se traduisent dans la sphère privée par une baisse du désir, des troubles de l'éjaculation (éjaculation précoce, etc.)

Pour les célibataires, le travail est souvent perçu comme un refuge, ce qui fait obstacle à leur possibilité de reconstruire une vie de couple. Certains de mes patients travaillent parfois au-delà de l'entendement, jusqu'à 2 h du matin, de peur de rater la signature du siècle !

Voilà rapidement ce à quoi je suis confrontée. Le jour où l'on comprendra que le lieu de travail est un lieu d'attente de reconnaissance... Et qu'il suffirait qu'on leur dise qu'ils bossent bien et qu'ils sont utiles !

Ce que je fais ? Je les invite à se questionner sur leurs valeurs, le sens du travail, la place qu'ils lui donnent dans leur vie...

Je leur conseille aussi de faire un bilan de compétences. Ils ont besoin qu'on les aide à réfléchir, et à partir de ce bilan, ils élaborent souvent avec ingéniosité un nouveau projet professionnel.

Je ne fais pas d'arrêt de travail, mais, quand il y a maltraitance, j'essaie de contacter le médecin du travail pour monter un dossier. Il m'arrive aussi de faire des certificats quand les médecins du travail n'osent pas le faire eux-mêmes. Souvent, ils ont peur de stigmatiser le salarié en le déclarant « inapte ». Je leur demande alors de préciser que la personne est « inapte dans ce lieu de travail ». Ce type de licenciement pour inaptitude « contextualisée » permet à beaucoup de rebondir.

Oui, la collaboration avec les médecins du travail est importante, et eux ne demandent que ça !

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

C'est compliqué... Il faudrait pouvoir communiquer davantage dans le monde du travail. Mais quand le n+1 est présent, la parole n'est plus libre. Notamment lors des entretiens annuels. Il faudrait les transformer, y inclure une personne neutre comme un psychologue ou un médecin du travail pour que les conditions de travail puissent aussi y être évoquées.

Les salariés devraient pouvoir accéder plus facilement au bilan de compétences. Ça leur permettrait de rebondir plus facilement en cas de difficulté.

Il faudrait aussi que la parole soit plus libre avec les médecins du travail.

Peu se confient spontanément à eux. Beaucoup de salariés sont dans le paraître, et ne parleront jamais de leur addiction à l'alcool ou au cannabis, par exemple, ou encore de leur problème de divorce, de difficulté à tomber enceinte pour les femmes, et encore moins de leur séropositivité. Mais comment intervenir sur cette question de confiance ?

On pourrait peut-être aussi intervenir au niveau du droit du travail, pour interdire les mails et les portables professionnels en dehors des heures de travail. Il faudrait un cadre, des limites qui préservent la vie privée.

Nom du psychiatre	N°06
Date	10/10/16 à 15 h
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés ou spécificités rencontrez-vous avec les patients dont la souffrance est directement liée au travail ?

La difficulté, c'est qu'on ne voit pas ce qu'on peut faire ! Ils se sentent victimes. Autrefois, on leur disait « *Changez de boulot !* » mais maintenant, ce n'est plus possible.

Moi, je les mets en arrêt maladie. Certains collègues disent qu'il ne faut pas le faire, mais moi, je le fais. Mes autres leviers ? Tout dépend du moment, à quel endroit du parcours ils en sont quand ils me consultent. J'essaie de les armer. Je leur conseille notamment des livres sur le sujet qui leur permettent de voir un tas d'exemples et de s'y retrouver. Moi, je ne peux pas leur fournir tous ces exemples. Il faut trouver la bonne astuce. Car aucune recette n'est bonne pour tous, il faut ajuster.

Il y a des gens qui se sentent persécutés, et il est difficile de les conseiller, car ils n'écoutent pas. Alors qu'avec un bouquin, ils vont trouver l'« astuce » qui leur convient. Après il faut « greffer » ça, et que la greffe prenne. Mais il faut d'abord trouver l'astuce et lui vendre le machin ! Bref, c'est du sur-mesure à chaque fois.

J'ai remis au travail et à temps plein des patients en invalidité qui étaient « foutus » aux yeux de tout le monde.

Je pense à une institutrice. On lui a mis deux autistes dans sa classe. Les enfants s'échappaient régulièrement (dans une classe, il y a toujours deux portes qui doivent rester ouvertes). On lui a ensuite reproché d'être incompetente. Elle a craqué et a été remplacée par une jeune institutrice qui elle-même n'a pas tenu plus de quinze jours. On voit bien que ça ne vient pas de la personne.

La plupart des dépressions sont liées au fait que les gens ne sont pas en mesure d'effectuer correctement leur travail. Les ordres contradictoires, notamment, peuvent conduire à des passages à l'acte. Je me souviens d'un DAF embauché pour assainir une entreprise qui coulait. Dès qu'il pointait un dysfonctionnement dans un service, on lui disait : « *Non là, tu ne touches pas, c'est ma cousine. Là, non plus, c'est mon oncle, etc.* » Aucune de ses préconisations n'était retenue, alors que la société menaçait de déposer le bilan. Le DAF a fini par avoir des bouffées délirantes.

Il y a les personnes qui consultent pour ça (la souffrance au travail), mais il y a aussi les patients qui sont suivis pour autre chose, et qui, au détour d'une embauche, expriment leurs problèmes au travail. J'observe que le harcèlement relève souvent de l'incompétence de l'encadrement. Une de mes patientes était employée comme directrice de magasin. Au moment de son embauche, ils étaient trois, mais comme l'affaire ne fonctionnait pas bien, elle s'est retrouvée au bout de quelques mois seule à tenir la boutique de 9 heures à 20 heures sans pouvoir ni manger ni pisser !

Vous imaginez la détresse de cette femme ? Après un arrêt maladie, elle a pu reprendre en mi-temps thérapeutique, mais elle s'est vue rétrogradée de gérante à simple vendeuse. De toute façon, elle n'est plus en mesure d'occuper le type de poste qu'elle tenait auparavant. Et aujourd'hui, elle n'attend qu'une chose : que la boutique ferme pour être licenciée, car elle n'est pas en état de rechercher un autre travail. Des exemples comme ça, je pourrais vous en citer plein ! Ces personnes sont détruites, c'est ignoble !

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Les lois existent ! Mais elles ne sont ni appliquées ni applicables !

Carrefour dit n'embaucher que des volontaires pour travailler le dimanche. La réalité est qu'ils embauchent essentiellement des temps partiels. Quand vous touchez 800 euros par mois, comment faites-vous vivre en région parisienne ? Les « volontaires » pour les heures supp' sont faciles à trouver. Alors ils peuvent dire en effet qu'ils n'embauchent que des « volontaires ». Ils se servent de ces temps partiels comme variables d'ajustement.

C'est la logique financière qui est en jeu. La pression s'exerce en cascade des actionnaires jusqu'aux employés de base.

Certains cadres, très responsables, prennent tout sur eux pour ne pas répercuter sur leur équipe le stress qu'ils subissent d'en haut. Ceux-là se consomment de l'intérieur.

La médecine du travail, quand elle est présente, ce qui n'est pas toujours le cas dans les petites structures, ne fait pas ou ne peut pas grand-chose. Alors qu'on pourrait être dans des systèmes gagnant-gagnant.

J'ai l'exemple d'une enseignante dont la personnalité posait problème. Le comité médical a fait en sorte de lui faire reprendre le travail le 30 juin. Elle a été payée durant les deux mois d'été et a pu faire son pot de départ en retraite lors de la pré-rentrée scolaire, le 2 septembre. Voilà une « sortie par le haut ».

Mais on ne peut pas faire du sur-mesure à grande échelle.

Et que faire face à la violence que vivent au quotidien les petites vacataires ? Comment prouver qu'on vous a mis la main aux fesses ? Il y a certaines cultures d'entreprise, comme le BTP, où seules les femmes qui se comportent et répondent comme des mecs sont tranquilles. Mais tout le monde n'a pas cette capacité d'adaptation. On ne peut donc pas armer tous les gens de la même façon. Il faut partir de la personnalité du patient et du contexte professionnel spécifique.

Les open spaces, par exemple, sont des lieux de harcèlement parfaits ! Les salariés subissent à la fois le bruit – dans l'industrie, on fournit aux ouvriers des bouchons, mais, dans les open spaces, on considère normal de travailler dans le bruit... –, la déconcentration, le fait que chacun peut voir votre écran, ce qui favorise la paranoïa (je parle de la paranoïa de personnalité, celle qu'on développe quand on est fatigué), tout cela génère un état de stress qui harcèle tout le monde à la fois !

Les caissons mobiles aussi – ces bureaux occupés alternativement par différentes personnes – favorisent la dépersonnalisation : pas moyen d'y laisser vos affaires, encore moins un cadre photo, vous devenez un objet.

Un adulte qui va mal n'a pas toujours les mots pour le dire. Il se fout en l'air physiquement ou psychiquement.

Nom du psychiatre	N°07
Date	07.10.2016
Entretien réalisé	Entretien téléphonique – Valérie Pont

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Je reçois de plus en plus de personnes concernées par la souffrance au travail. Je suis installée depuis peu, mais j'ai longtemps exercé en CMP.

De plus en plus de personnes consultent pour des problèmes liés au travail. Bien sûr, il y a une fragilité particulière chez ces personnes. Mais il y a aussi un « leurre » entre ce qui est demandé et ce qui est possible de faire. C'est un problème sociétal même s'il relève également de la psychanalyse car il heurte les personnes dans leur sensibilité. Il y a aussi de moins en moins de solidarité (ce qui ne relève pas de la psychanalyse). Cependant, les personnes les plus fragiles sont celles qui en pâtissent en premier.

La psychiatrie évolue. Les délires maintenant sont des délires informatiques, alors qu'avant le thème était plutôt sociétal (les sorcières, les élections, etc.). Il n'y a plus de grandes crises d'hystérie. Il y a maintenant de plus en plus de fragilité narcissique, et de moins en moins de névrose structurée.

Les types de management sont devenus odieux (dans le public et dans le privé), ils n'ont plus de sens. Les personnes ne trouvent plus de sens à leur travail. Les gens décrochent...

Les gens sont déstabilisés par ce qu'on peut leur dire à leur travail, des horreurs... Ils arrivent effondrés au cabinet. Notre rôle est de les aider à se reconstruire.

Pour le médecin du travail, son rôle est de plus en plus difficile. Son champ d'intervention semble de plus en plus limité. Je crois au rôle du CHSCT dans l'entreprise. Il faut arrêter de diviser les gens.

Les personnes en souffrance au travail sont des personnes qui ont une fragilité qui s'inscrit dans un certain contexte. Si le contexte avait été différent, les personnes seraient fragiles mais n'auraient sans doute pas décompensées. C'est la pression qui les fait décompenser.

Quand la personne est fragile, je donne un arrêt de travail. Je fais une prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse. Une fois que la personne se sent bien, je mets fin à l'arrêt de travail.

Recommandations ?

- Il faudrait plus de centres spécialisés en Hôpital Psychiatrique.
- Je souhaiterais, mais ce n'est pas mon rôle, connaître mieux l'entreprise. Mais ce n'est pas mon rôle.
- Mon attente est d'avoir plus de contact avec la médecine du travail. L'articulation entre

l'entreprise et la personne en souffrance ne relève pas de la psychiatrie, mais de la médecine du travail.

Je suis intéressée par une rencontre autour de ce thème. Mais attention, on doit rester psychiatre, c'est-à-dire médecin des personnes, et en pas se laisser entrainer dans un rôle de gardien de la société. Il faut rester vigilant quant à notre rôle.

Nom du psychiatre	N°08
Date	30.09.2016
Entretien réalisé	Entretien téléphonique – Valérie Pont

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Nous avons une surcharge de travail, l'amplitude et la densité de nos journées sont importantes, et nous sommes submergés par ces demandes de consultation pour souffrance au travail.

Ce sont des demandes pressantes, il y a une véritable nécessité, une urgence à recevoir.

Ces motifs de consultations sont, en très nette augmentation. J'en reçois des nouvelles toutes les semaines. Bien sûr, cela a toujours existé, mais je remarque une aggravation particulière depuis un an, même si j'ai repéré ce mouvement de croissance depuis déjà 5/6 ans.

Cela est dû :

- A des méthodes managériales « inadaptées », et c'est un euphémisme ;
- A l'incompétence des dirigeants et du système de management, dont on peut dire qu'ils n'ont rien compris à la manière de motiver les personnes ;
- Aux soucis de rentabilisation dans l'entreprise, qui est facteur de sous-effectif ;
- A l'inquiétude, la peur du chômage des salariés, parfois aux idées reçues (« on ne trouve plus de travail après 40 ans ») qui font que les personnes s'accrochent à des postes qu'ils ne peuvent pas tenir ;
- A l'inégalité dans l'efficacité de la médecine du travail. Parfois, le médecin du travail est inexistant, parfois surchargé, parfois très efficace. Parfois, les personnes me sont adressées par le médecin traitant.

Il y a également le fait qu'il y a plus d'attention portée par les salariés à ces problèmes de souffrance au travail. On hésite moins à consulter pour ce motif. Enfin, l'encadrement des entreprises n'hésite pas à recommander aux salariés de voir son médecin traitant lorsqu'il y a des soucis de souffrance au travail.

On a également de la souffrance au travail chez les libéraux, mes confrères, des avocats... On note la présence parfois d'une forme d'aveuglement sur ses propres possibilités. Ils pensent qu'ils peuvent tenir certains rythmes intenses, mais ils n'ont pas toujours de compétence d'organisation, et cela se termine parfois en surmenage.

Il y a des facteurs personnels bien sûr qui jouent parfois : le côté présomptueux ou la faculté de s'aveugler, d'accepter l'inacceptable. Le pire, ce sont les salariés perfectionnistes et performants, car ce sont de bons petits soldats, et l'entreprise les pousse au maximum.

Je donne facilement des arrêts de travail. Cela dépend de l'évolution de la personne, et cela peut aller jusqu'à plusieurs mois. J'espère qu'on ne viendra pas nous ennuyer pour cela. En règle générale, je ne suis pas très « médicaments ». Cependant, dans certaines postures de résistance, il y a un risque de sous-estimation de la souffrance de la personne, donc un risque suicidaire qui est vrai et qui dure dans le temps. Et pour ces personnes-là, je peux prescrire des somnifères, des anxiolytiques, des antidépresseurs...etc.

Dernièrement, on observe un vrai durcissement dans les politiques d'entreprises. La rupture conventionnelle est de moins en moins acceptée. C'était beaucoup plus facile auparavant.

Par ailleurs, je ne suis pas loin de la Défense. Je vois bien que parfois les managers peuvent être là pour faire pousser à la démission. Et puis, les services RH sont également en souffrance, ils ont de plus en plus de travail, souffrent de surcharge également, font des erreurs. ; Et ne sont pas dans l'accueil et l'aide aux salariés, et ne poussent pas les actions qui leur donneraient du travail supplémentaire ou mettraient en évidence leurs erreurs.

Les recommandations

Ma première recommandation serait d'éduquer les cadres, et de les faire réfléchir sur la souffrance au travail, leur rappeler qu'ils ont affaire à des êtres humains, qu'ils ne doivent pas plier devant certaines exigences de la Direction.

Je serai disposé à participer à des formations sur ces thèmes, pour leur montrer comment la souffrance au travail peut engendrer de la destruction individuelle, mais aussi la destruction du tissu social ; pour aider les cadres à « ouvrir leur pensée ».

Vis-à-vis des salariés, il faut leur apprendre à ne pas accepter l'inacceptable. Il faut savoir poser des limites. Parce que cela peut arriver à tout le monde d'être en position de fragilité, de souffrance... si l'on vit un divorce par exemple.

Enfin, il y a un autre facteur qui est la trop grande proximité actuelle des équipes avec leur n+1, n+2... Les salariés se livrent beaucoup trop facilement à leurs supérieurs hiérarchiques et ensuite ces confidences sont exploitées.

Nom du psychiatre	N°09
Date	29.09. 2016
Entretien réalisé	Entretien téléphonique – Valérie Pont

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Ma première remarque, c'est qu'il y a ces dernières années une nette augmentation du nombre de personnes souffrant au travail. J'en reçois de plus en plus chaque semaine. C'est une véritable explosion. J'en ai reçu six cette semaine.

Ces personnes viennent me voir pour plusieurs motifs, parce qu'elles ont des vécus de harcèlement, ou à cause de la pression croissante sur les résultats ou parce qu'elles vivent une dévalorisation, un manque de reconnaissance. Tout cela fait que la demande de consultation pour ce motif de souffrance au travail est en forte croissance.

Le problème principal qui est posé, c'est la difficulté de les maintenir au travail après la période de « souffrance ». L'arrêt de travail est nécessaire au début quand ils arrivent en consultation. Mais quand ils vont mieux, ils ne se voient plus du tout retravailler dans la même société. Ils veulent quitter leur entreprise avec un licenciement. Mais, les entreprises refusent souvent, et demandent que les personnes démissionnent pour ne pas avoir à payer d'indemnités. Du coup, l'arrêt de travail est prolongé...parce qu'il faut évaluer les conséquences pour leur santé du retour au travail.

Les médecins du travail commencent à être sensibilisés. Souvent, tout cela finit par aboutir à une inaptitude au poste ou à l'entreprise, selon s'il y a ou non des reclassements possibles.

D'ailleurs, ces personnes souffrant au travail me sont adressées soit par la médecine du travail, soit par le médecin traitant.

J'ai peu de cas de « burn-out ». Cela concerne plutôt le management.

Quelles recommandations ?

Le monde du travail est maintenant d'une telle sauvagerie que je ne vois pas ce qui peut changer. C'est un problème économique et politique.

Ce qui est possible à réaliser, c'est que la présence des médecins du travail soit plus importante en entreprise, en nombre mais aussi sur des sujets d'organisation du travail, de management, etc.

Je ne suis pas sûre que les médecins du travail connaissent vraiment bien l'entreprise.

Nom du psychiatre	N°10
Date	10.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

Je reçois beaucoup de patients qui souffrent de stress au travail. Il y a environ 30% de bons diagnostics, où le burn-out est avéré. Aujourd'hui on met tout dans le burn-out : les gens accumulent des problèmes et mettent ça sur le dos du travail. Il y a un problème de gestion du stress, de stress cumulé, et là il y a un travail énorme à faire. Les gens ont du mal à s'arrêter.

L'ambiance de l'entreprise est de plus en plus mal vécue, les conditions de travail, en open space, l'indifférence, le manque d'humanité. Il y a de plus en plus d'administratif, le N+1 ou N+2 qui met la pression, et qui lui-même la subit. Ce sont souvent des personnalités qui veulent bien faire, des perfectionnistes, qui ont des exigences élevées. Il y a peu de cas de vrai « harcèlement » par le patron. Les gens se donnent des tâches à accomplir, et tout leur paraît vain : ils sont à bout, et ça part dans tous les sens. Ils enchaînent les « To do lists » à longueur de temps, ils deviennent moins efficaces, ont moins de temps pour leur vie de famille. Ils n'arrivent pas à cloisonner, d'ailleurs on vit dans un monde où on n'arrive plus à cloisonner. Ceux qui ont des gros postes me disent qu'ils sont dans une prison dorée, ils ne veulent pas quitter leur entreprise parce qu'ils sont bien payés. Ils souffrent parce qu'on ne tient pas compte de leurs remarques, parce que c'est très technocratique. Il y a parfois des N+1 ou N+2 qui ont des troubles de la personnalité et qui sont dans la manipulation.

En réalité il est rare que les entreprises soient vraiment malmenantes. Ça a beaucoup à voir avec la personnalité du patient : certains peuvent gérer leur travail avec un N+1 pervers, d'autres non. J'en ai une qui veut que tout le monde autour d'elle change, sauf elle, alors je travaille sur ses frustrations...Parfois quand il y a authentiquement un cas de harcèlement, on travaille pour faire sortir la personne de l'entreprise! Il y a des cas où ça ne fait pas de doute. Les gens sont véritablement épuisés, on les arrête pour qu'ils puissent repartir ailleurs. Ils peuvent se réintégrer ailleurs.

Les médecins du travail

Les patients sont méfiants vis-à-vis d'eux, parce qu'ils croient qu'ils sont biaisés et ils doutent de leur indépendance et de la confidentialité, ils pensent que les choses vont remonter au patron. Pour moi quand je les connais, je vois leur rôle comme de mettre une limite, de réaménager l'environnement.

J'ai pas mal de contacts avec eux, par écrit et par téléphone, parce que ça m'aide à avoir une autre vision. Parfois je peux avoir une vision biaisée d'un patient. J'en ai une par exemple qui « sur-délivre », qui a des exigences élevées. Grâce au médecin du travail, je sais que son chef est plutôt cool, que c'est elle qui a des exigences élevées. Elle ne veut pas changer, elle est rigide,

donc j'essaie de l'accompagner différemment. Grâce au regard du médecin du travail, ça me permet d'affiner ma posture d'accompagnement. En même temps quand je les contacte, que je leur fais un courrier, pour moi c'est déjà un échec, c'est un signal.

Des fois le patient décrit une ambiance difficile, et parfois il se trouve qu'on a plusieurs patients qui travaillent dans la même société...ça nous donne une idée. Je sais par exemple que les sociétés de luxe ne font pas de cadeau. J'ai un patient, toujours insatisfait, et qui est souvent arrêté. Je sais que son employeur a toujours proposé le mieux possible pour lui. Alors moi j'essaie de faire du renforcement positif par rapport à ce patient, parce que j'ai eu son médecin du travail, et je sais qu'il a eu la possibilité d'avoir du télétravail.

Conflit de valeurs

C'est vraiment une question de conflits de valeurs : quand il y a un trop grand décalage entre les valeurs de la personne et de la société, quand on n'est pas en phase, quand il y a des trucs cachés, ou une vacherie qui est faite (humiliations, trahisons)...ça cristallise des choses par rapport à leurs valeurs éducatives. La non-reconnaissance, ça épuise. J'ai une patiente qui est cash, transparente, honnête, et elle se fait avoir par ceux qui louvoient. Elle est épuisée, en dépression. On a travaillé elle et moi pour qu'elle apprenne à se protéger: à ne pas tout dire alors que les autres ne disent pas tout. Je l'ai aidée à préparer un entretien RH, elle a dû prendre sur elle pour ne pas donner toutes les réponses, et elle a été ravie de pouvoir le faire, de pouvoir évoluer.

Ma patiente qui veut que tout le monde change autour d'elle mais surtout pas elle, elle est pareille à la maison, donc elle va dire à sa fille « t'es conne ». Elle a un certain schéma cognitif de pensée. En TCC on arrive à faire des choses avec ça. Cette patiente a deux enfants, elle insulte la grande parce qu'elle est épuisée quand elle rentre, et elle veut que ça file doux à 17h. Je lui ai refusé un arrêt de travail (je ne fais pas des arrêts de travail facilement, mais parfois je n'ai pas le choix, parce que les patients se mettent en danger). Après j'ai fini par le faire parce qu'elle ne pouvait plus faire face. Elle aurait besoin de prendre un congé parental, pour être dispo pour ses enfants, mais le problème c'est que les gens veulent tout : gagner de l'argent, etc. C'est aussi ce contexte de crise : les gens veulent dire qu'ils réussissent, faire face pour tout payer. C'est un problème sociétal.

Médecins débordés

Les consultations explosent en psychiatrie. On est débordé par toutes ces problématiques ! Je suis obligée de refuser des patients. Il y a un vrai mal être, ça nous stresse. On doit être efficace. J'ai aussi mes limites, parfois je suis crevée. J'ai besoin de gérer mon énergie et mon temps et il y a de moins en moins de médecins. Maintenant je sais ce que je peux donner, et j'ai appris à faire des auto-évaluations, sinon il y a « fuite en avant ». Le burn-out du médecin, on n'y échappe pas ! Je vois des généralistes hors champ, épuisés. On n'est pas les moins exposés au suicide ! Si je

veux rester efficace et pertinente dans ma pratique, je dois rester nette, avoir cette conscience-là. La méditation, c'est une manière de prendre soin de moi. On fait aussi entre médecins des séminaires pour débriefer de nos galères, du retentissement des patients sur notre boulot.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

- Il faut un réel effort sociétal : on est dans une spirale : on a tendance à courir partout et à dire qu'on est débordé...avant il y avait une notion de temporalité, dans la vie de nos grands-parents, quand il fallait se déplacer pour aller faire des démarches, aujourd'hui ça nous échappe. Il y en a qui me disent : « Je veux un RDV mais je ne suis pas dispo entre 8h30 et 20h. » Quand c'est comme ça, je leur dis que moi non plus. Ça ne fait plus de sens de ne plus prendre le temps de vivre...alors il y a les accidents somatiques, les infarctus, qui sont comme des électrochocs, ou certaines maladies somatiques, qui engendrent une réelle réflexion. La vie ça n'est pas d'être débordé tout le temps ! mais ça, ça n'est pas à la mode. Moi je pratique la méditation, comme Christophe André...pour que ceux qui courent puissent prendre conscience qu'être en vie, c'est important ! J'utilise avec mes patients les TCC, la cohérence cardiaque, des approches de relaxation, des petits outils, pour offrir un sas de sécurité, apprendre à s'inscrire dans l'instant, faire un break de quelques minutes.
- Prévention des risques psycho - sociaux : Il faut pouvoir repérer les symptômes rapidement. Ce qui est important c'est de ne pas attendre trop longtemps avant de consulter, de faire déjà un point quand le mal être s'installe, quand on commence à dormir moins bien, quand on est trop anxieux. C'est compliqué de prendre RDV pour certains, qui trouvent que les psychiatres c'est pour les « fous ». Pour eux ce n'est pas naturel, et il faut les encourager. Il y a ceux qui sont déprimés et qui ne veulent pas le reconnaître. Certains arrivent et sont à la limite de l'hospitalisation, ils sont psychologiquement laminés, ils ont attendu 1, 2 ou 3 ans, et là c'est perdu, c'est trop difficile à ce stade de remonter un projet professionnel. Il faut mettre à disposition des pys en entreprise, comme c'est déjà le cas parfois. Je reçois pas mal de patients par ce biais-là.
- Formation des médecins généralistes : il faudrait donner des outils aux médecins traitants. Le burn out, ce n'est pas la même chose que les troubles anxieux, ou l'anxiété de performance. Les MG ne sont pas clairs par rapport à ça, et c'est normal. Ils manquent d'outils et, faire un diagnostic en 10mn, c'est pas comme ça que ça se passe. Ils peuvent juste dire que la personne est « stressée ». Pour eux c'est compliqué de faire un diagnostic juste, et c'est pour ça que c'est important qu'ils puissent passer la main. Parce que c'est délicat. Et puis ils peuvent être amenés à prescrire des antidépresseurs très vite, et à dire qu'on va faire un arrêt pour 8 jours... et là les gens répondent qu'ils n'ont pas le temps de s'arrêter... et le burn-out, ça n'est pas à mettre à toutes les sauces.

Nom du psychiatre	N°11
Date	11.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

C'est un motif de consultation fréquent. Mais je ne peux pas le chiffrer. Je ne me souviens pas de l'enquête et je ne crois pas y avoir répondu. Je dois vous dire que je ne fais pas de prescription ni d'arrêt de travail, je reçois les patients pour un travail psychothérapeutique, mais je ne fais pas de TCC, mon travail est d'orientation psychanalytique. Je travaille avec d'autres médecins qui eux font les prescriptions et les arrêts.

L'épuisement, le harcèlement, le stress, tout cela va ensemble, en tout cas c'est ressenti comme tel par les patients. J'ai des salariés d'entreprise de tailles variables, et des autoentrepreneurs, qui n'ont pas forcément choisi de le devenir, parfois c'est leur ancien employeur qui leur demande de s'installer dans ce statut qui est précaire et qui offre très peu de protection. Ces gens peuvent être dépendants s'ils n'ont qu'un seul client, ils vivent du stress et de l'épuisement.

Je m'intéresse à cette problématique aussi pour des raisons personnelles : j'ai aussi une activité salariée, dont je me dégage parce que j'ai moi aussi eu des déboires en tant que médecin salariée!

Les cellules d'écoute dans certaines entreprises...ça existe... oui. Le problème c'est que le management s'empare extrêmement rapidement de notion comme celle de la souffrance au travail, des risques psycho-sociaux, etc. à tel point que ces notions sont vidées de leur contenu. J'ai par exemple travaillé dans un IME avec des équipes d'éducateurs. C'est un travail difficile d'accompagner des ados et enfants en souffrance. C'est un secteur touché lui aussi par la crise. On y subit des pressions évaluatives, à cause des nouvelles normes, etc. On nous a fait faire une formation sur la « bientraitance », à laquelle la Direction n'a pas participé, pensant sans doute qu'ils n'étaient pas concernés... ? C'est comme pour dire après: « Oui on s'occupe de la bientraitance, puisque tout le personnel a été formé. »

En hôpital de jour, où je travaille aussi avec des jeunes, les conditions sont assez dures, il y a un taux d'absentéisme élevé dans ce secteur d'une manière générale, avec des arrêts de travail prolongés. Que ce soit l'entreprise ou la direction, ils s'emparent de ces mots, de ces termes là pour les vider de leur contenu. On peut faire des stages et des formations, mais si rien ne change au niveau de du management, ça ne sert à rien. Ce que je vois du nouveau style de management, même dans le secteur hospitalier est très dur... avec des pressions évaluatives, des questions de rentabilité, comme en entreprise. Ces mots sont vidés de leur sens, le mot « humain » par exemple... tous ces mots sont très rapidement galvaudés par la Direction.

Evidemment le taux de chômage élevé modifie le rapport de forces en entreprise, et tout le monde ne peut pas se permettre « d'aller voir ailleurs ». C'est la porte ouverte à tous les abus !

Je n'ai pas de formation particulière sur ce thème, je me forme seule au gré des lectures. Je veille à ne pas figer la personne en position de victime, en tenant compte des réalités, et en rapportant

aussi les difficultés à tel aspect de leur histoire individuelle. Parfois les gens se sentent très coupables de ce qu'ils subissent au travail...C'est compliqué pour les personnes qui n'ont pas une histoire propre, une vie, ils vont d'autant plus se raccrocher au travail. Et quand celui-ci est maltraitant, ceux qui y investissent tout sont d'autant plus fragilisés. Ce sont des gens qui se sont rendus taillables et corvéables à merci, qui n'ont pas eu de reconnaissance, et qui n'ont pas su se défendre. Ils sont particulièrement investis, peut-être de façon excessive, sans mesurer ce qu'elles peuvent attendre, en perdant de vue ce qui est important pour elles. Ce sont des personnes très scrupuleuses, honnêtes.

J'ai une patiente qui est à France Télécom, elle avait ses propres difficultés...après son burn out elle a été écoutée par les RH et le médecin du travail, et puis rapidement, elle s'est retrouvée dans une situation similaire d'avant son burn out : on lui disait qu'il fallait qu'elle parte à 17h mais la charge de travail était telle que c'était impossible : Ce sont des personnalités qui ne peuvent pas partir si le travail n'est pas fini. C'est une spirale infernale. On leur a dit que « faire le travail = c'est CA qui est bien ». On n'apprend pas aux gens à se protéger !!!!! Alors moi je fais un peu de pédagogie avec eux, j'essaie de leur apprendre.

Les médecins du travail ?

Je ne sais pas, je n'ai pas trop de contacts avec les médecins du travail. Et puis leur pouvoir d'agir reste limité. Les autoentrepreneurs n'ont pas de médecins du travail, en tout cas pas encore. Je sais que ma patiente de France Télécom s'était sentie persécutée quand son psychiatre avait envoyé un courrier au médecin du travail. Et puis il fut savoir que le médecin traitant, au sens large du terme, est tenu par la confidentialité !

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Je ne sais pas... faire la révolution ?

J'encourage les patients à ne pas rester seul, à contacter l'inspection du travail, les collègues, les syndicats. J'essaie de leur redonner une certaine capacité d'action, au lieu de s'adapter. Merci et n'hésitez pas à me tenir informée des résultats de votre enquête, c'est une question qui m'intéresse et qui est assez présente dans les séances, même si on est formé à traiter l'histoire familiale et les actes manqués, les rêves, etc...D'ailleurs le travail apparaît aussi dans les rêves ! Je n'avais pas pris le temps de répondre à la 1e enquête, mais je serai ravie de répondre à d'autres questions si ça ne prend pas plus de 45mn.

Nom du psychiatre	N°12
Date	10.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

C'est un thème de plus en plus fréquent en consultation. Je me suis installé en 1989 et c'était rare comme problématique à l'époque. Ça remonte vraiment aux 10 dernières années. J'ai fait quelques formations complémentaires sur ce thème, parce qu'en tant que médecin, on n'est pas du tout formé à ça, et ça devrait faire partie de la formation, les éléments médico-légaux, etc. J'ai fait ça en FMC (formation médicale continue) et sans ça, j'aurais été perdu. Comment savoir ce qu'il faut écrire sur les certificats, ou ne pas écrire, que dire ou ne pas dire au médecin du travail ? Quel certificat faire ? Un arrêt ? Un accident du travail dès le départ ? Ça peut avoir des grosses conséquences si on ne s'y prend pas bien, on peut faire facilement des bêtises. Il faut une bonne formation pour pouvoir aider sans nuire. Il y a vraiment des aspects juridiques dont on ne m'a rien dit durant mes études. C'est un problème médical qui déborde sur le social et le juridique. Au début je ne voulais pas les prendre ces patients parce que je ne savais pas comment les aider. Comment savoir quelle est la place du médecin traitant, du psy, etc. C'est extrêmement complexe ! Il faut faire valoir les droits du patient et en même temps éviter l'invalidité, ou si oui, voir au bout de combien de temps...

Il y a peu de patients vraiment concernés par la problématique du harcèlement. Généralement c'est du STRESS, qui conduit à du burn out : on a plus à faire, plus vite, et on travaille chez soi, en plus. Quand il y a des cas de harcèlement, les patients emploient eux-mêmes le terme et c'est le cas. Ils ont un patron épouvantable, qui leur en veut, qui est contre eux.

On s'y retrouve à peu près quand on écoute les patients, pour faire la part des choses entre le professionnel et ce qui relève du perso. Aider, ça peut prendre des mois. Plus l'arrêt dure, et plus la reprise sera dure. Il y a toutes ces questions à aborder...

Le stress, à SFR, est global : tout le personnel est concerné. Il y a beaucoup d'arrêts, dus au style de management. Il y a tous les stades, et ça dépend aussi de la personnalité de chacun. Beaucoup d'aspects professionnels renvoient à des questions autour de : ne pas être apprécié, ne pas être aimé, à différentes fragilités personnelles.

Les fonctionnaires, on arrive à leur trouver d'autres postes, administratifs, ou pas, des mutations, alors que dans le privé, même quand il y a l'appui du médecin du travail, des fois il n'y a pas d'aménagement possible. Quand il n'y a pas d'autres postes, il n'y en n'a pas. Ou alors on se fait déclarer inapte, et là, il y a un licenciement. Jusqu'où faut-il aller ? Si la personne est licenciée à 50 ans, ça va être difficile de retrouver du travail. Ou bien alors on essaie d'aider la personne à tenir, au risque que ça craque après...C'est pas entre nos mains ! Nous on colmate, mais c'est très difficile de soigner quand on n'a pas tous les éléments.

Les médecins du travail ?

Certains sont très humains, compréhensifs. D'autres sont moins accessibles. Généralement ils sont très bien et souvent dépassés, débordés. Ils ont une marge de manœuvre très étroite et peu de possibilités d'intervention. Ils jugent seulement l'aptitude (ou l'inaptitude) du patient. Ils sont démoralisés.

Je les appelle facilement, si le patient est d'accord bien sûr. Certains ont la super pêche (et là je me demande ce que ça cache !), et d'autres disent : « on peut tenter ça... bof... ». Ils sont contents qu'on les appelle ! Ils ne sont jamais appelés par les médecins traitants ! Alors que rien de l'interdit, au contraire, tant qu'on est guidé par le désir de contribuer au mieux-être du patient. Et mes patients apprécient que je contacte le médecin du travail, parce qu'il a une capacité d'action. C'est comme une forme de soutien pour eux de savoir qu'on se contacte pour eux, qu'il y a une prise en compte de leur situation, que quelque chose « circule » à leur sujet. J'aborde avec ces confrères la question du travail, principalement, à moins qu'il y ait quelque chose de spécifique par rapport à la sphère privée de mon patient, et à ce moment- là je valide avant d'appeler que mon patient est d'accord, mais en général je reste sur la sphère du travail.

Le confrère aura parfois un avis très intéressant, et ça me permet d'y voir plus clair, sinon on reste chacun dans son monde. Là ça permet d'avoir une autre vision des choses. Parce que certains de mes patients psychotiques nous présentent une certaine vérité, et l'avis du médecin du travail me permet d'avoir un autre regard. Généralement il a reçu la personne plusieurs fois, et il peut me parler de gros problèmes relationnels, s'il y en a. Avec lui, on peut examiner ce qui peut être fait ou pas dans le cadre de la boîte, si on continue à se battre ou pas. Je vais plus ou moins loin en termes de partage d'infos avec eux, en fonction de leur réaction. J'essaie dans tous les cas, et je vois comment ils me répondent...

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Je ne comprends pas comment les entreprises aujourd'hui continuent à faire les mêmes grosses erreurs. Tout le monde sait qu'une équipe qui va bien produit plus. Il y a des études qui le montrent, au Japon notamment ! Le chiffre d'affaire augmente quand les gens sont heureux. Plus on met la pression et la compétition, et plus l'entreprise risque de dysfonctionner. C'est assez simple ! C'est très étrange que le management continue de mettre cette pression sur les équipes. Le problème c'est la mise en œuvre. J'ai une patiente qui a un poste important à la SNCF : elle travaille sur la prévention des risques psycho-sociaux : elle a beau faire des conférences un peu partout qui marchent très bien, tout le monde dit « oui oui », mais elle trouve que ça n'a pas une efficacité formidable. C'est vraiment la question de la mise en œuvre, les gens sont toujours d'accord sur le principe et après... J'ai aussi une amie, qui travaille en milieu hospitalier dans l'instance (dont j'ai oublié le nom) qui veille à la gestion des conflits et à la surveillance, pour s'assurer que ce qui est fait est conforme... Elle me dit que son travail est épuisant et a peu de résultat: tout le monde lui dit «oui », et rien n'est appliqué.

Donc mes recommandations sont les suivantes :

- **Formations pour les employeurs** : pour qu'ils comprennent que rendre leurs salariés heureux augmente à terme leur chiffre d'affaire !
- **Formation et fiches pratiques pour les médecins traitant** qui sont en 1^e ligne, sur ce qui peut être fait : des fiches pratiques, concises, précises, sur l'évaluation du degré de stress, le harcèlement, le burn-out, et la place du médecin, et les choses à éviter / à faire.

Nom du psychiatre	N°13
Date	10.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone –Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

Je suis épuisée, je fais un travail de recherche très important, et j'ai du mal à être concentrée avec tous mes RDV. Je reçois des ados et des adultes, les ados ont de plus en plus de phobie scolaire, c'est déjà énorme, et presque tous les adultes disent qu'ils ont des problèmes au travail. Ados et adultes, tous sont aigris. Il y a une augmentation de la charge de travail, et les gens ne peuvent pas dire non, et il y a aussi une part de personnalité : pourquoi certains ne savent pas dire non ? Ils ont bien sûr peur de se faire lourder, mais quelle est la part de leur histoire affective ? De l'obéissance aux parents ? C'est une question de démission psychique, et par rapport à cela, chacun a sa structure.

On en fait toujours plus, et il n'y a aucune gratification : on ne dit pas merci. Que ça soit les gens modestes ou les gros cadres. C'est comme une forme d'esclavage: on leur en demande plus sans jamais les remercier. On ne leur demande pas leur avis, ils sont contraints. De plus en souvent on me parle d'ambiances délétères au travail. La majorité de mes patients ont 30-45 ans, et tous sont actifs. Il y en a seulement un ou deux qui sont bien au travail, c'est tout. J'arrive à en remettre sur pied quelques-uns.

Je suis trop fatiguée pour faire le bilan de tout cela. Les gens disjonctent à cause du management. Et que voulez-vous que le psy fasse ? A part mettre les gens en arrêt. Je les écoute beaucoup, passionnément, mais quel sens ça a ? Pour quelqu'un qui est submergé par son N+1, qui les pressurise ? Est-ce vraiment de l'ordre de la maladie ? L'assurance maladie paie pour des troubles causés par le management...et c'est le cas de tous mes nouveaux patients. On ne fait plus de la psychiatrie ! Ce n'est pas à l'assurance maladie de payer ça, ces indemnités journalières du monde du travail !!! Ca a un coût monstrueux.

Les mails contribuent à cette folie. Les gens travaillent le dimanche, ils reçoivent un mail le samedi alors qu'ils sont en arrêt maladie ! Il y a une forme de persécution, et internet y contribue. Comme facebook pour les ados. Internet c'est un outil génial, mais il abolit toute transcendance : les jeux de mots sont impossibles sur internet, tout ce qui est de l'ordre du symbolique, qu'on peut faire avec la parole, jongler avec les mots, ça peut ne pas être compris par internet et ça peut se retourner contre soi. Il y a une dimension paranoïaque sur internet. Dès qu'il y a une histoire de hiérarchie, ou même une rupture sentimentale par mail, c'est aberrant. Quand on utilise les mails en situation de tensions, en mettant en copie 25 personnes... ça crée des salades psychiques très lourdes, et des prises de tête tout le week-end. Ca contribue à la fatigue professionnelle. Il faut y réfléchir.

Médecins du travail :

Très souvent je conseille au patient d'aller voir le médecin du travail. J'ai de rares contacts avec eux à cause du secret professionnel. Une ou 2 fois, j'ai pu donner un petit coup de pouce pour que le médecin intervienne. Déclarer un patient inapte, ça pose question... Les gens ne sont pas des demeurés.

Quel retour j'ai de mes patients quand je les envoie chez le médecin du travail ? Très bonne question... Voyons voir. Je n'ai pas tellement de retour en tête là. Il y en a qui font du très bon travail. Il faudrait chiffrer pour que ce soit cohérent. En général je les évite, et ça se passe en dehors de mon cabinet. Il faudrait que je fasse un recensement. Il y a vraiment une enquête épidémiologique à faire ! Parce que là je vous réponds d'une manière floue. Si on me rémunérait pour de vrai, correctement, je serais prête à faire cette étude. Je reprendrai tous mes nouveaux patients depuis un an, ça serait vraiment intéressant à quantifier ! Parce que je suis confrontée à cette problématique, j'ai le nez dedans !!! Je suis contente que vous fassiez cette enquête URPS, c'est un problème monumental. Je serai prête à faire ce travail, juste là, je suis débordée.

Je n'ai aucune relation avec les médecins conseil.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Il faut changer la politique managériale. Il faut améliorer la gestion RH, c'est très important. Il faut que ça se passe au niveau du Ministère de l'économie, et non pas de la Santé : ça a à voir avec les entreprises, avec le politique. En même temps il y a des entreprises qui fonctionnent bien. Il y a une quantité de gens qui se préoccupent de la santé mentale en entreprise, et de la bonne santé de la société. Il y a des choses à faire à l'échelle locale. Il y a des choses qui se font dans des petites boîtes, éthiques, notamment chrétiennes, qui réfléchissent avec les gens, où il y a de l'humain. Il y a quelque chose dont j'ai entendu parler qui s'appelle « Nouvelle Donne » (www.nouvelledonne.fr), un mouvement plus ou moins politique, avec une perspective une vision écologique. Je vous recommande « Non-assistance à peuple en danger » de Pierre Larrourou (cf. Nouvelle Donne).

Nom du psychiatre	N°14
Date	07.10.2016
Entretien réalisé	Sur place – Sophie Rougevin Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

Ce thème est très à la mode depuis 15 ans environ. C'est bien vu d'en parler... Le livre de MF Hirigoyen a été un énorme déclencheur évidemment. Ça a marqué le public.

Ces patients représentent la moitié de ma patientèle. Le déclencheur pour eux ce sont les relations difficiles avec les collègues ou la hiérarchie, ou avec des subordonnés qu'on n'arrive plus à gérer. Les gens viennent me voir en ayant déjà fait leur diagnostic, en se basant sur ce qu'ils ont vu sur internet (« J'ai vu sur internet que j'avais ceci, ou cela, le syndrome d'Asperger, etc. ») sur un mode plaintif et revendicatif...

C'est important de faire le tri, d'évaluer le degré du trouble réel, anxieux ou pas, voir quelle intensité. C'est difficile de faire ce tri entre ce qui est objectif et subjectif. Certaines situations paraissent objectivement délétères. Mais beaucoup plus souvent c'est subjectif. Les gens se disent écrasés par une surcharge de travail à un rythme effréné. Mais ce n'est pas une question d'horaires parce qu'ils partent tôt. Ce n'est plus comme dans les années 90-2000 où les jeunes « loups » restaient la nuit au bureau. Maintenant les gens qui restent après 17h se font avoir par les autres. Simplement ils partent tous (dans leur salle de sport par exemple), en ayant l'impression d'être submergés, envahis par leur travail...

Globalement ils ne sont pas contents de leur emploi. Il y a énormément de méfiance entre collègues, la peur d'être mal interprété, etc. Les jeunes de 30 ans sont offusqués si on leur fait une remarque parce qu'ils arrivent à 9h10 au lieu de 9h. Quand c'est comme ça, à 15h, ils ont déjà demandé un arrêt de travail ! Simplement si on leur fait une remarque, comme quoi par exemple leur travail n'est pas terminé... Ce qu'ils me disent c'est : « On ne me reconnaît pas ! On ne reconnaît pas ma valeur ! » C'est la position de l'enfant adulé, surprotégé, qui est brutalement confronté à la réalité de l'école maternelle ! A 25-35 ans, c'est une 1^e réelle confrontation au monde extérieur, ce qui est une épreuve de réalité pour le narcissisme de ces jeunes très protégés. Alors ils se sentent blessés, et ils trouvent cela injuste.

En plus du terme « harcèlement moral », on a en corollaire, le terme « pervers narcissique », qui ne veut rien dire du tout et qui est utilisé à tort et à travers, et qui en psychiatrie devrait signifier : celui qui jouit de sa propre image. Ce que les gens interprètent comme un comportement sadique n'est en fait constitué que de reproches. C'est un véritable système de pensée et c'est difficile de sortir les gens de leur dépression une fois qu'ils ont établi leur propre diagnostic étiologique. C'est difficile de les amener à parler de comment ils en sont arrivés là, de ce qui se passe dans leur vie personnelle, ou de ce qui ne se passe pas justement... !

Il faut essayer de les aider à recréer une image plus réelle et pas un « maquillage narcissique » : Ils doivent comprendre qu'ils doivent aussi développer leurs qualités, collaborer, travailler en compétition, s'investir, sublimer leur énergie dans des tâches positives. A mes yeux, le travail

n'intervient pas comme un « stresser » en soi mais comme une épreuve de réalité. Le narcissisme est confronté à l'existence, c'est très difficile et il y a un long travail psy à faire. Les gens sont aveuglés par leur image de la situation. Parce qu'ils croient qu'ils sont « sérieux, actifs, et surdoués » (parce que les parents leur disent ça, sous couvert de cette idée qu'il faut que les enfants aient une bonne estime d'eux-mêmes !). Alors ils veulent une aide face au travail, mais cette aide est ambivalente: en fait c'est « Aidez-moi à faire reconnaître le préjudice que j'ai subi ». Pour eux l'origine est extérieure, ils ont du mal à faire un travail d'introspection. Ils disent s'ils se font convoquer dans le bureau du chef qu'ils se sont fait « démolir ».

En fait le patient souffre à cause de sa maladie, pas de son arrêt. L'arrêt est nécessaire, avec traitement. Il y a une phase de dépression patente, avec troubles envahissants. Il faut entamer une réflexion sur eux, faire germer l'idée que ça vient de l'intérieur. Pour les patients de 50 ans, qui sont à la limite de cette génération, il est évident que pour eux il faut s'investir dans le travail. Là, le harcèlement est plus réel, en relation avec une forme de concurrence par rapport aux autres, plus jeunes qui veulent leur poste. Pour ceux de 50 ans, on n'est pas dans « le choc narcissique de la 1^e rentrée scolaire ». L'épuisement n'est pas par rapport au travail, mais par rapport à la concurrence. Il y a un problème de conflit de génération. Contrairement à avant, il n'y a plus de progression automatique en fonction des efforts fournis. Ça n'existe plus. Ceux qui sont fraîchement diplômés débarquent et prennent leur place. C'est insupportable. Les patients se sentent déjugés, déprimés. C'est nuisible pour tout le monde : pour ceux qui en sont victimes parce que leurs postes sont pris, et pour ceux de 28 ans, qui débarquent et à qui on fait croire qu'ils savent faire plus de choses. C'est une situation affreuse pour les deux. J'ai une patiente comme ça, de 28 ans, qui croyait sincèrement qu'elle était meilleure. Ce sentiment de supériorité l'a déstabilisée. Ça génère du mépris, c'est traumatisant pour les deux. En plus en l'écoutant davantage j'ai réalisé qu'elle avait eu ce poste là au bout de 4 mois après son entrée dans la boîte simplement parce que son père connaissait telle personne... bref, c'était une histoire de piston, et ça n'avait rien à voir avec ses compétences à elle, sauf qu'elle y croyait dur comme fer.

Et c'est dans tous les domaines. Je connais des artisans qui n'arrivent pas à se verser le salaire qu'ils versent à leurs employés, et qui doivent finir les chantiers qui ne sont pas terminés parce que les salariés sont partis. Il y a une évolution sociale massive et inattendue, qui a des conséquences au niveau de la santé. Parfois il faut encourager les personnes à tenir. Je prescris aussi des arrêts, quand il y a un trouble dépressif, anxio-dépressif... Et dans les arrêts je ne fais que décrire la pathologie que je vois. Le patient lui est frustré avec ce que j'écris et il a du mal à faire le lien.

Les médecins du travail

Les patients viennent chez moi par le bouche à oreille, où parce que le médecin du travail leur a parlé de moi. Les médecins du travail sont surchargés. J'ai beaucoup de contacts avec eux. Ils sont sous pression et ne savent pas gérer, ils ne comprennent pas la situation. Le monde a changé brutalement sans que personne ne soit prêt. Ils récupèrent les gens les plus caricaturaux, ceux qui se plaignent, des cas inextricables, qui arrivent dans un état !!! Ils sont complètement troublés par les situations qu'ils gèrent.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Il faut dépister la dépression et non pas le harcèlement. Le patient mettra du temps à se reconstituer un jour, il sera déclaré « invalide » sans avoir compris ce qui se passe dans sa vie. Ce n'est pas satisfaisant. Je pense qu'il faut éviter la piste d'aller dans le milieu professionnel. Il faut mettre l'accent sur les pathologies réelles, que les gens se remettent en question par rapport à leur adaptation. Le lieu de travail est un lieu de dépistage possible, pour éviter le casse-pipe. Les avocats se sont jetés sur les affaires et mettent l'accent sur le médiatique. Il faut remettre ce dossier sur le plan médical plutôt que sur le plan médiatique.

Nom du psychiatre	N°15
Date	07.10.2016
Entretien réalisé	Sur place – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

Les **médecins du travail** ? Ça dépend... certains s'impliquent. Ou pas.

J'ai eu une patiente qui pendant 2,5 ans a été cadre et victime de harcèlement moral et sexuel dans son entreprise d'industrie automobile. C'était la seule femme, c'était une culture d'entreprise plutôt macho, le harcèlement a commencé dès son arrivée. Elle avait alerté le médecin du travail, plusieurs fois, sans effet. Je l'ai prise en urgence, je pense qu'elle aurait fait une tentative de suicide si elle n'avait pas pu obtenir un RDV rapidement. Son médecin traitant lui avait fait un arrêt de 15 jours à l'époque, que j'ai prolongé. Elle a eu un 1,5 an d'arrêt de travail. Elle s'est mise à la méditation, elle a été suivie aussi par un psychologue, et elle a fait une formation, elle a changé de voie professionnelle. Elle avait été en contact avec une avocate spécialisée, et elle avait des éléments pour son dossier. Au bout de 6 mois d'arrêt, elle a été convoquée par le médecin conseil de la sécu, elle a bien expliqué sa situation et il a validé. Il a dit « je vais faire un courrier au médecin du travail ». Elle avait aussi fait un courrier au DRH, et ça n'avait rien donné. Elle a bénéficié d'une rupture conventionnelle. Elle a été indemnisée par Pole Emploi.

En revanche, je me souviens d'une autre patiente, une femme africaine avec une pathologie psychotique qui était « hôtesse de caisse » (il ne fallait pas dire caissière avec elle). Elle avait un traitement neuroleptique, et le médecin du travail a fait des efforts pour adapter son poste, pour qu'elle n'ait pas à faire la fermeture par exemple. Quand elle s'est heurtée avec sa chef (parce que ce n'était pas un caractère facile ma patiente !), elle a aussi reçu du soutien du médecin du travail.

Une autre patiente qui a eu un problème neurologique en relation avec le stress professionnel a vécu du management par la terreur, dans une très grosse boîte. Elle a été reconnue travailleur handicapée et a obtenu un travail à temps partiel. Ça aurait dû être reconnu et pris en charge comme un accident du travail, et ça n'a pas été fait. Elle avait de grosses séquelles suite à son accident neurologique. Mais comme elle avait une volonté de fer, elle a récupéré pas mal et a changé de service. Le médecin du travail dans cette situation a été une vraie caricature : malgré le fait qu'elle était censée bénéficier d'un suivi rapproché en tant que travailleur handicapé, il faisait comme s'il ne l'entendait pas, comme s'il ne voulait pas la recevoir en entretien, comme s'il était toujours très pressé. C'était ridicule. Elle avait un pied qui fonctionnait moins bien, elle aurait dû être envoyée chez un neurologue pour faire une série de bilans, pour évaluer si c'était une conséquence de son accident ou pas, ça n'a pas été fait. Ça s'est révélé être une maladie auto-immune, qui pour moi était liée au stress !

Les maladies auto-immunes explosent, comme les pathologies thyroïdiennes et la thyroïdite, des maladies rhumatismales (spondylarthrite, fibromyalgie, diabète chez les jeunes), tout cela est dû au stress. J'ai un patient, qui était ingénieur chez Dassault, qui développe la maladie de Parkinson,

c'est invalidant. Beaucoup de retard a été pris parce qu'il n'a pas été envoyé chez un neurologue à temps. Là, le médecin du travail est à l'écoute, et la mutuelle doit pouvoir compléter...mais ce n'est pas toujours évident. Il y a beaucoup de stress dû aux relocalisations. Il y a eu 2 suicides dans la boîte. Cet homme a besoin que son temps de travail soit aménagé pour prendre en compte sa maladie professionnelle, s'il est reconnu travailleur handicapé, il pourrait bénéficier de ça.

De toute façon, avec les médecins du travail (activité qui a maintenant été rebaptisée « Santé au travail »), il y a un problème d'indépendance, et ils ne sont pas très motivés généralement. De mon temps, ceux qui choisissaient cette voie - qui n'était pas du tout populaire - c'était ceux qui ne souhaitaient pas vraiment comment dire... faire du terrain, c'était un peu... comme une planque. Il y avait peu d'implication. Ça risque de ne pas s'améliorer avec la loi travail de El Khomri. Le CHSCT, avec la nouvelle loi travail, perd de ses prérogatives !

Mais peut être que de nos jours il y a un aspect « santé publique » qui peut être motivant pour certains ? Il y a une pénurie de médecins en ce moment de toutes façons, comme de psychiatres, on n'en forme plus, suite aux normes européennes. C'est valable pour toutes les spécialités.

En entreprise, les espaces « open space » sont catastrophiques, comme les plateformes, c'est une horreur. D'ailleurs, aux Etats Unis, ils en reviennent un peu. Il y a un problème de nuisances sonores, et c'est un gros facteur de stress.

Que ce soit en entreprise ou dans la fonction publique, la souffrance est partout. J'ai eu une patiente magistrat, extrêmement intelligente, agrégée de philo, qui a été obligée de muter pour sa carrière. Elle s'est retrouvée sous les ordres d'un pervers narcissique qui s'est acharné sur elle. Elle a alerté la présidente du tribunal, qui lui a répondu qu'elle était au courant, et qu'on ne pouvait rien faire. Il n'y a pas de médecine de prévention, ni de médecine du travail dans ces cas-là. C'est pareil pour les enseignants, ou alors il leur faut aller au Rectorat. Dans la magistrature, il y a des suicides sur le lieu de travail...alors qu'il y a des textes de lois à appliquer ! Ma patiente qui travaille dans un tribunal administratif est bien placée pour le savoir... dans la pratique le tribunal est en dehors de la loi ! Ma patiente est arrivée à un stade où elle me disait : « Je ne peux plus penser » : ça, c'est le résultat du travail du pervers narcissique ! Elle ne pouvait plus ouvrir un livre, elle qui lisait tellement. Elle était en état quasi végétatif : je l'ai envoyée faire un bilan chez un neurologue, elle n'avait rien : juste le stress et la dépression. Elle avait certes une pathologie assez lourde, bipolaire, et finalement elle a eu sa mutation. Elle aurait pu faire une demande de congé longue durée, mais sa mutation l'a sortie d'affaire.

Milieu hospitalier :

J'ai eu une autre patiente, psychologue dans un cadre hospitalier, qui faisait partie du CHSCT, et qui a subi du harcèlement moral de son chef de service. Elle aussi avait des troubles bipolaires. Elle était très intelligente. Elle a essayé de négocier une mutation ou une rupture conventionnelle. Dans le même service, il y avait un autre médecin qui était le mari de la chef de service, les deux apparemment étaient des pervers narcissiques. La situation est en cours, elle a obtenu un arrêt de travail avec un MG. Elle était hyper mal, a deux enfants en bas âge. Et dès qu'elle n'est pas au travail, elle va bien. Elle veut démissionner. En milieu hospitalier, il n'y a pas de médecin du travail pour les médecins, par contre elle comme elle est psychologue, elle a en principe accès au médecin de la structure associative qui l'emploie.

Il n'y a pas de médecine de prévention pour les médecins hospitaliers, et certains collègues dérapent. C'est au chef de service de gérer en principe, d'inviter ces personnes à faire quelque chose, se faire soigner etc., mais je peux vous dire que parfois ils ne gèrent rien du tout. En tant que praticienne hospitalière, j'ai vu mon chef de service recruter 3 personnes complètement incapables de travailler. Je les ai repérées tout de suite, ils avaient de grosses pathologies psy. Et au bout d'un mois, l'un était déjà en arrêt... (soupir)...

Ca me rappelle cette histoire de ce médecin, Jean-Louis Megnien, qui s'est défenestré en 2015, à l'hôpital Georges. Il avait eu une pathologie psy, avait été mis au placard, et après un congé longue durée il devait reprendre son poste et quand il est arrivé pour le faire, son bureau était fermé. Il y a eu une enquête interne auprès de l'AP-HP, une expertise devait être faite par un Comité Médical, des experts, c'est obligatoire pour les congés longue durée, avant la reprise...

Je vois aussi que parmi les jeunes confrères qui arrivent, beaucoup sont moins résistants, plus fragiles. Malgré le « repos de sécurité » obligatoire, qui n'existait pas avant, ils sont fatigués rapidement et disparaissent à 16h dès que leur service est fini.

Il y a aussi les conditions de travail des infirmières de nuit, qui développent des troubles du sommeil. L'apparition des horaires alternés, c'est une catastrophe parce que l'organisme est dérégulé. C'est démontré par des études. Les infirmières qui travaillent de nuit développent plus de cancers du sein. Il y a eu récemment 5 suicides d'infirmiers, dont 2 à Reims (<http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1555103-marisol-encore-combien-de-suicides-d-infirmiers-pour-que-tu-daignes-t-exprimer.html>). Des promesses avaient été faites par rapport à la loi Bachelot, Marisol Touraine était combative, mais la loi Hôpital Santé Territoire Patient est toujours là. Et il n'y a pas assez de moyens pour les hôpitaux publics. Le personnel souffre, et là ce sont des décisions politiques qu'il faut prendre.

Les médecins généralistes (MG) sont sous pression : ils font des arrêts pour 15 jours et après ils sont contrôlés par les délégués de l'assurance maladie. Nous, les psychiatres, pas encore. Je connais une jeune généraliste qui a dévissé sa plaque rapidement après avoir été contrôlée par la sécu. Elle travaillait en Haute-Marne près d'usines où les conditions de travail étaient très difficiles. Elle faisait régulièrement des arrêts pour les gens qui n'en pouvaient plus. La sécu l'a accusée d'en faire plus que les autres MG, qui eux étaient en zone résidentielle, où les gens

étaient à la retraite. Elle était dans le collimateur, et la sécu lui a dit qu'ils allaient lui envoyer un médecin conseil qui allait valider ses décisions directement pendant ses consultations. Absurde ! En même temps, les MG reçoivent des primes en fin d'année s'ils prescrivent peu d'exams complémentaires... Donc mes patients me racontent que leur MG ne leur prescrit pas de bilan sanguin, ou autre. Ils me disent : « Mon MG ne me propose rien. » En même temps il y a des MG en burn-out, parce que leurs salles d'attentes sont pleines et qu'ils n'ont pas de temps...

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

- Il faut des **réponses sociétales ou politiques** : l'accès aux soins, le problème du non remboursement est une question politique. Il y a le problème du parcours de soin: ça coûte cher d'aller voir un spécialiste. Seules quelques mutuelles haut de gamme prennent ça en charge. Il faut faciliter la prise en charge par des psy, c'est important parce qu'il y a une pénurie de psychiatres. Je sais que l'épouse du professeur Hardy avait mis en place un partenariat « Réseau Ville Hôpital » avec l'assurance maladie dans les Yvelines, qui prenait en charge une partie des consultations psy, mais cela est tombé en désuétude.
- Il faut aussi de la **méditation** : Comme vous avez pu le voir dans ma salle d'attente, ici nous invitons les patients à pratiquer la méditation. Je fais régulièrement des formations avec l'AFML, et j'en ai fait 2 qui étaient des initiations à cette pratique. Ça serait bien que les entreprises s'y mettent, d'ailleurs Christophe André, qui a démontré l'impact de la méditation sur les douleurs chroniques, l'anxiété, etc. et qui exerce juste à côté à Ste Anne, a dit dernièrement lors d'une interview sur France Info avec Olivier Delagarde (« Moi président »), qu'il rendrait, s'il le pouvait, cette pratique obligatoire dès la maternelle ! Les études scientifiques montrent que cela aide à prévenir les rechutes, à la Pitié Salpêtrière, il y a d'ailleurs un groupe de méditation en néphrologie.
- **Prévention** : Il faut des interventions auprès des salariés. Je sais par exemple qu'il y a eu des ateliers à France Télévision, mais ça reste encore minoritaire. Dans certaines entreprises, il y a quelques réunions pour la prévention des risques psycho sociaux, beaucoup d'argent est investi, et puis il n'y a pas de suivi...
- **Formation sur la souffrance au travail** : il faudrait former les médecins généralistes. Moi j'avais eu une journée de formation avec MF Hirigoyen. Les MG ont le devoir de se former régulièrement, et l'Ordre des médecins est censé vérifier cela.

Nom du psychiatre	N°16
Date	05.10.2016
Entretien réalisé	Entretien téléphonique – Valérie Pont

Je reçois beaucoup de patients concernés par la souffrance au travail. Cette souffrance au travail est essentiellement due aux relations avec le responsable hiérarchique. C'est en général lorsqu'un nouveau Responsable arrive ; il malmène alors les anciens, veut tout changer, et changer également son équipe, virer les anciens...

Je prends beaucoup de temps pour conseiller mes patients, leur conseiller d'aller voir le syndicat, des avocats, etc. S'il y a trop de difficultés, également le médecin du travail. Souvent, celui-ci est déjà au courant d'un problème dans la société, et on s'achemine alors vers une inaptitude.

Les arrêts de travail concernent fréquemment des troubles dépressifs. Souvent il s'agit de personnes ayant déjà une fragilité.

J'ai des contacts avec les médecins du travail. Souvent, ils m'appellent pour avoir un avis de psychiatre avant d'émettre un avis d'inaptitude. Et puis, il eut y avoir des fraudeurs. Le médecin du travail peut aussi le repérer. Je ne me sens pas toute seule.

Il y a aussi beaucoup de demande pour la MDPH (Maison Des Personnes Handicapées) pour avoir une reconnaissance de travailleur handicapé. Cette reconnaissance existe pour les cas de dépression, d'anxiété et de divers troubles handicapants.

Concrètement, la reconnaissance de travailleur handicapé permet à la personne d'être mieux considérée dans l'entreprise (du fait des quotas de travailleurs handicapés). Cela limite les licenciements, car les handicapés sont plus difficilement mis à la porte notamment dans certaines entreprises.

Très souvent également, l'entreprise attend la démission du salarié. Elle ne veut pas de licenciement. Dans ce cas, cela se passe avec la médecine du travail. Le médecin du travail prononce l'inaptitude pour le licenciement. Les médecins du travail ont généralement une bonne connaissance des processus de l'entreprise, elles sont « connues » pour ces pratiques. Mais, là aussi, cela concerne des personnes fragiles.

Si l'entreprise ne veut rien comprendre, alors c'est très compliqué pour nous. On accompagne le patient longtemps. Après trois ans, il passe automatiquement en invalidité si la Sécurité sociale est d'accord. Mais parfois, il arrive que la sécurité sociale refuse et les oblige à reprendre. Dans ce cas, le patient retourne auprès du médecin du travail pour un avis d'inaptitude.

Il faudrait parler plus souvent de la souffrance au travail dans les médias, que les personnes soient mieux informées. Beaucoup de patients sont malheureux mais ne relient pas cet état à de la souffrance au travail. Ils ne connaissent pas leurs droits. Donc on passe beaucoup de temps à les conseiller sur leurs droits, parce que leur ignorance est vraiment importante.

Je vois de plus en plus de cas, et au moins un nouveau par mois. Avec souvent des patrons très sadiques, méchants, mauvais, surtout dans les TPE et les petits commerces. Les victimes sont souvent des femmes sans qualification qui ont vraiment besoin de travailler. Il y a beaucoup de problèmes dans le milieu du commerce, également par un manque de qualification du patron.

Nom du psychiatre	N°17
Date	30.09.2016
Entretien réalisé	Entretien téléphonique – Valérie Pont

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Mes patients viennent de la Défense. Je suis confronté à de la souffrance au travail pour tous les niveaux de management.

Le patient est généralement très affecté. La reprise du travail, c'est faire repartir le bon petit soldat au front, cela le ramène à une situation anxieuse. Pourtant c'est une démarche obligatoire à un moment, il n'y a pas de solutions. Le médecin psychiatre est alors contraint de donner des arrêts de travail. Sinon...

Cela concerne plus souvent des salariés qui travaillent dans des petites sociétés. On trouve le plus souvent soit un vécu de harcèlement, soit un rejet de la part des collègues ou de l'équipe, soit un surmenage dû à la charge de travail.

Une des solutions serait la réduction du chômage. Il y aurait alors moins de pression sur les salariés. A notre niveau, c'est plutôt la soustraction du milieu anxieux qui produit des effets, et puis travailler avec le patient pour qu'il puisse rebondir sur d'autres projets de vie, et un autre travail.

Il faudrait pouvoir travailler sur la reconnaissance de la souffrance au travail comme une pathologie du travail pour la sécurité sociale. Heureusement, la sécurité sociale aide les patients et accepte les arrêts de travail sans difficultés. Il y a un vrai besoin de collaboration avec la sécurité sociale de reconnaître que la souffrance au travail est quelque chose d'important. C'est très important.

La médecine du travail est un rouage important mais parfois très débordée. Je travaille en concertation avec elle, mais toujours à l'initiative du médecin du travail. On essaye de trouver ensemble une solution qui peut être soit l'invalidité, soit l'inaptitude à tous les postes de l'entreprise lorsqu'il n'y a pas de solutions de reclassement interne.

La souffrance au travail est en nette augmentation depuis 5 ans, à cause du contexte économique. Egalement, le refus des ruptures conventionnelles est un facteur.

Souvent le patient arrive trop tard, ou le médecin du travail l'envoie trop tard. Il faudrait que le médecin du travail décèle plus tôt les problèmes. J'ai peu de communication avec les médecins du travail, ou seulement avec quelques-uns. Il n'y a pas de communication directe bien sûr, c'est toujours par l'intermédiaire du patient. Il n'y a pas d'appels téléphoniques ni d'un côté, ni de l'autre. Je pense qu'ils pourraient être soulagés de savoir que des médecins psychiatres sont à leur disposition en cas de besoin.

Nom du psychiatre	N°18
Date	07/10/16 à 9h30
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés ou spécificités rencontrez-vous avec les patients dont la souffrance est directement liée au travail ?

Il y a un aspect médical et un aspect administratif.

Du point de vue médical, on a affaire à des dépressions, souvent sévères. Et la difficulté, contrairement aux autres dépressions, c'est qu'on ne peut pas les guérir complètement tant que le problème au travail n'est pas résolu. On peut juste apporter une amélioration.

La différence aussi, c'est qu'on met les patients en arrêt de travail, alors que dans d'autres cas de dépression, le travail, quand il se passe bien, peut aider les gens à aller mieux. Les arrêts de travail sont aussi plus longs : de 6 mois à deux ans. Le temps que les procédures aboutissent, c'est très long. On prolonge donc des personnes qui pourraient travailler dans un autre contexte professionnel.

Autre difficulté : on ne connaît pas bien les droits ni les procédures. Je conseille à mes patients de prendre un avocat, mais personnellement, je n'ai pas de réseau d'avocats. Et je ne peux pas conseiller mes patients.

Dans la fonction publique, les procédures sont encore plus compliquées.

D'une façon générale, les médecins du travail ne sont pas à l'écoute des patients. J'observe qu'ils ne sont pas très aidants pour les changements ou aménagements de poste. Peut-être ne le peuvent-ils pas, je ne sais pas. Leur intervention se résume souvent à déclarer l'incapacité définitive du salarié afin de permettre la rupture du contrat de travail.

Les RH, de leur côté, ne font rien. Sauf quelques-uns, très investis dans cette problématique, qui recherchent vraiment des solutions.

Ethiquement, en tant que psychiatre, on n'est pas là pour juger si les faits rapportés sont vrais ou faux. On ne peut que constater la dépression. Mais en attendant, la Sécu paye pour un problème d'entreprise. Je crois que l'entreprise pourrait payer.

Certains patients rencontrent aussi des problèmes avec leurs indemnités, qui peuvent prendre plusieurs mois avant d'être versées. Quand on a affaire à un véritable harcèlement, il arrive que l'employeur bloque les versements en prétendant ne pas avoir reçu l'arrêt maladie ou en ne retournant pas le formulaire à la Sécu. Je vois ça dans 20 % des cas. Cela ne fait qu'aggraver l'état du patient, placé en difficulté financière.

Tous vivent très mal d'être poussés à la démission : « C'est moi qui suis harcelé et c'est moi qui dois partir ! » Je ne peux évaluer la situation au travail, encore une fois, je ne vois que la dépression qui en résulte.

Même s'il y a parfois des « personnalités difficiles » dont on se dit que ça ne doit pas être facile de travailler avec, il n'en demeure pas moins qu'elles sont en souffrance et que cela ne justifie pas qu'on les harcèle. Elles pourraient tout à fait travailler dans un poste aménagé. Cela dit, ces cas sont rares, la plupart de mes patients sont des personnes qui ont travaillé 15 ou 20 ans dans la même entreprise sans aucune difficulté et qui voient leurs compétences remises en cause du jour au lendemain lors d'un changement de direction ou d'une restructuration ou du rachat de leur entreprise.

Il y a des situations particulièrement douloureuses pour la personne : je pense à une de mes patientes, employée à l'accueil, à qui on a supprimé le téléphone, l'obligeant à se déplacer sans cesse.

Les salariés subissent trop de pression et manquent de repos.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Dans ce type de situation, il faudrait qu'il y ait une enquête rapide des RH dès qu'un problème est signalé.

Il pourrait aussi y avoir une instance de médiation qui facilite les accords.

La loi interdit au salarié de voir le médecin du travail durant son arrêt maladie. Il ne peut le voir que lors de la consultation de pré-reprise, soit à la fin de son arrêt de travail.

L'employeur, de son côté, n'a pas le droit de contacter le salarié durant son congé maladie.

Le patient se trouve donc contraint de se débrouiller seul pour trouver une solution. Il y a là peut-être quelque chose à revoir...

Certaines entreprises cumulent les arrêts de travail. L'inspection du travail pourrait intervenir et pénaliser l'entreprise.

Et puis les RH devraient être mieux formés.

Je voudrais dire aussi que les psychologues sont très aidants pour établir des diagnostics. Mais je ne peux y envoyer mes patients car ils ne seront pas remboursés.

Certains psychologues travaillent à l'hôpital mais on ne peut avoir accès à leur service que si l'on est suivi par ailleurs à l'hôpital. Or leur contribution est très utile aux psychiatres, pas seulement pour les cas de souffrance au travail. On pourrait imaginer qu'on puisse leur reverser certains actes.

Nom du psychiatre	N°19
Date	07/10/16 à 13 h
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés ou spécificités rencontrez-vous avec les patients dont la souffrance est directement liée au travail ?

C'est un phénomène rarement totalement isolé, mais pris dans des déterminations personnelles.

La difficulté est de trouver des interlocuteurs, médecins du travail, services sociaux, qui puissent entendre cette souffrance.

Il s'agit aussi de faire la part des choses : est-ce la propre problématique du sujet qui a changé ou bien les conditions de travail qui ont évolué ?

Les patients que je reçois sont pour la plupart en butte à une hiérarchie exigeante. La pression qu'elle exerce sur eux se retrouve d'ailleurs à chaque échelon de cette hiérarchie.

Les conditions de travail sont plus difficiles qu'auparavant, il y a moins de tolérance face aux personnes qui ne sont pas tout à fait carrées dans leur emploi. Avant, on parvenait à aménager des postes pour des gens qui présentaient de légers troubles psychiatriques ; aujourd'hui, ce n'est plus possible. L'idéal de performance peut mettre les personnes en grande difficulté. Il y a chez les salariés un véritable désarroi face aux menaces qui pèsent sur eux.

Pour ma part, j'utilise tous les ressorts qui sont à ma disposition : arrêt de travail, temps partiel, je leur conseille une réorientation... Oui, ce n'est plus à proprement parler de la psychiatrie, mais les psychiatres ont toujours eu différentes casquettes. Il est difficile de s'occuper des gens uniquement sous l'angle de la qualité de leurs neurotransmetteurs !

Mon approche est plus psychanalytique que psychiatrique, et ce type de prise en charge ne peut se limiter à une thérapie médicale stricte. Tous les symptômes psychiatriques sont pris dans cette problématique.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Qu'on n'oublie pas que les hommes ne sont pas des machines... Il faudrait que les RH prêtent une attention particulière à ces risques, notamment à la question du suicide, même si elle a toujours d'autres racines.

Les relations avec le médecin du travail peuvent être déterminantes pour régler des cas lourds. Quand on trouve une compréhension dans l'entreprise, on peut s'appuyer sur des dispositifs comme la rupture conventionnelle pour sortir de la crise.

Nom du psychiatre	N°20
Date	03/10/2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Je ne rencontre pas de difficultés particulières. Ce sont des personnes en dépression, vous savez. La plupart arrivent après 4 voire 6 mois d'arrêt prescrits par des généralistes, qui les dirigent ensuite vers un psychiatre car ils ne savent plus quoi faire. Moi je les prolonge, car ces personnes sont dans l'incapacité de reprendre leur travail. Il s'agit de dépressions graves, d'états dépressifs sévères, associés parfois à des stress post-traumatiques. Les symptômes courants sont le ressassement, les troubles du sommeil, la prostration... ce qui relève en effet du champ de la psychiatrie.

J'ai été repérée par certains généralistes comme attentive à ces questions. Du coup, ils m'envoient ce type de patients.

Il m'est arrivé, sur un mois, que tous mes patients soient dans cette situation. Donc tous en arrêt. La Caisse n'aime pas ça, évidemment. Ils ont tous été convoqués par la Sécurité sociale, mais les médecins conseils n'ont pu que constater que leurs arrêts maladie étaient justifiés. Je ne fais pas d'arrêt de complaisance.

Ces arrêts répétés conduisent au bout d'un certain temps à l'invalidité. C'est à ce moment-là souvent que l'employeur propose une mutation ou que le salarié démissionne, à défaut de pouvoir conclure une rupture conventionnelle. Mais il arrive aussi que le temps permette de régler une situation. La souffrance au travail dépend souvent d'une personne en particulier dans le service du patient ou d'une situation de surmenage. En tant que psychiatre, je peux parler de burn-out, ces états d'épuisement liés à une overdose de stimuli négatifs, mais je ne parlerai pas de harcèlement, car cela relève de critères juridiques précis, comme des insultes répétées. Alors même si l'on peut considérer que le harcèlement téléphonique, par exemple, est une forme de harcèlement managérial, s'il n'y a pas d'insultes, les juristes ne l'entendent pas ainsi.

Dans les attestations que je fais parfois pour l'employeur, j'indique seulement que la personne « se sent harcelée ».

J'avais un patient menuisier ébéniste. Sa société s'est reconvertie dans les cuisines. Il a dû travailler du jour au lendemain sur du contreplaqué ! Et on lui en demandait toujours plus. Il a craqué !

Il y a aussi les personnes qui ont subi un accident du travail et dont je prolonge l'arrêt, car ils ne sont pas en état de retravailler. Ils présentent des conduites phobiques dès qu'on évoque leur travail ou qu'ils se trouvent à proximité de leur entreprise. Là encore, on retrouve les troubles obsessionnels, il s'agit bien de symptômes psychiatriques.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Il faudrait qu'une association de psychiatres rédige une charte qui sensibiliserait les employeurs et les cadres.

Dans les années 90, j'avais assisté à un colloque qui réunissait psychiatres et juristes autour de cette question. Cette idée de charte avait été évoquée dans la recherche de solutions et il me semblait que cela progressait au niveau des entreprises.

Après les suicides chez Renault et Orange, force est de constater qu'on assiste à un recul.

Nom du psychiatre	N°21
Date	28.09.16
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

De quelle enquête me parlez-vous ? Ça fait longtemps, je ne me souviens plus...

Bon, les problèmes que je vois, c'est que tout est magouillé, il y a vraiment une grande hypocrisie dans le monde du travail. Ça magouille sec ! Il y a des choses à faire bien sûr, mais c'est d'un ordre plus général. Souvent à la Direction, il y a beaucoup d'hypocrisie...pas de cohérence. Presque tout le temps mes patients (affectés par la souffrance au travail) ont des problèmes relationnels et/ou de hiérarchie. Il n'y a pas assez de cohérence dans la hiérarchie ni d'honnêteté ! Les gens sont broyés par ça. Ce n'est pas le cas dans les petites entreprises, mais dans les grandes : là il y a des problèmes de rapports sociaux et d'honnêteté. J'en ai plein des patients dans ce cas-là ! C'est une question d'organisation politique, des questions de rapport de pouvoir, plus que de réelle efficacité professionnelle. Il y a beaucoup de gens pour lesquels c'est difficile, bien sûr ce sont des personnes qui ne sont pas très haut placées dans la pyramide, en termes de hiérarchie. J'ai eu un cas éprouvant dans une entreprise pharmaceutique, un cas de conflit avec la Direction, et j'ai fait un arrêt maladie à la demande du Médecin du travail, qui a finalement abouti à une démission. Ça a été dur. Heureusement qu'il y a les arrêts de travail, ça rend service. Sinon la situation devient invivable. Légalement, on n'a pas le droit de faire un arrêt de travail pour un problème professionnel, mais cette femme était prête à se foutre en l'air, et pour que ça arrive aux prud'hommes, ça va prendre du temps. Si les gens sont déprimés, et pour protéger les patients, je fais quand même des arrêts, même si ce n'est pas légal. Parfois bien sûr les patients ont des problèmes plutôt de personnalité, mais quand ils sont super mal, on n'a pas le choix ! Ce n'est pas des feignants ! C'est un imbroglio infernal ! Il y a des gens bien sûr qui ont des problèmes personnels, et ça se reproduit dans le boulot, il y a une résonance...mais il y a aussi des choses inadmissibles. Des cas de harcèlement, où on oblige la personne à partir ailleurs. C'est beaucoup plus dur qu'autrefois.

Mes relations avec les médecins du travail sont bonnes. Je n'ai aucun problème avec eux, ni avec les médecins de la Sécu d'ailleurs. Je leur explique à tous la situation. Une fois, le médecin de la sécu a dit : « C'est le dernier arrêt, après quoi il faut trouver autre chose », et en fait nous étions d'accord lui et moi, nous disions la même chose finalement, parce que je disais aussi à mon patient qu'il fallait qu'il démissionne, qu'il ne pouvait pas rester comme ça. Ça avait duré un an.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Je ne sais pas comment les choses pourraient être autrement. Je ne sais pas ce qu'on peut faire. Les instances qui ont été mises en place, comme le CHSCT sont noyautées. C'est très difficile pour un salarié de se faire entendre de manière simple. Il y a de tels jeux politiques et institutionnels. Et les prud'hommes, ce n'est pas terrible, ça dépend vraiment de sur qui on tombe : 63% des cas sont rejugés en appel, c'est énorme, ça veut dire que plus de la moitié des cas sont mal jugés.

Des fois aussi il y a des médiations...ça reste très difficile... très judiciaire. La justice vous savez, ce n'est pas toujours juste, c'est juste l'application du droit ! Le monde s'est judiciaire, comme aux US : quand il y a violence, c'est tout judiciaire, les gens bougent seulement ce qu'ils veulent...c'est une grande machine juridique...le système ne protège pas les gens. Il y a des gens tordus partout !!!

Le CHSCT il ne faut pas compter dessus. Heureusement parfois il y a des choses qui marchent avec l'Inspection du Travail. Une fois celle-ci est intervenue pour aider une patiente, c'était une concierge argentine, une femme cultivée qui n'aurait pas été concierge si elle était restée dans son pays. Elle a été harcelée par le syndicat de copropriété. Des fois, les gens sont acculés, il y a de quoi débloquent !

J'ai très peu de contact avec les médecins généralistes (MG): vous savez je suis de formation analytique, les patients viennent chez moi par le bouche-à-oreille. Parfois, pour des cas précis, je contacte les MG...j'avais une patiente déstructurée...une allumée, tout le monde pensait qu'elle était folle, j'ai contacté son MG parce que je pensais vraiment qu'elle avait un problème au niveau rectal, et j'avais raison. En tout cas, je contacte les MG quand il y a du danger, et avec l'accord des patients. J'ai de bons rapports avec eux.

Je n'ai pas d'autres idées. Vous savez je connais peu le monde de l'entreprise. En médecine libérale, on est un peu isolé. C'est un métier où on est assez seul quand même...En tout cas on a un rôle de tampon : c'est illégal d'arrêter quelqu'un qui a des problèmes au travail, pourtant tout le monde le fait...il y a l'officiel et ce qu'il faut faire !

Je n'ai pas fait de formation sur le burn-out. Moi j'arrête mes patients aussi sec. Il n'y a pas de médocs à donner. Il faut souffler pendant 15 jours, être un peu tranquille. C'est ça qui soigne parfois. Il faut du temps pour soi.

Nom du psychiatre	N°22
Date	29 septembre 2016
Entretien réalisé	Entretien individuel en face à face – Valérie Pont

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Depuis 15 ans, il y a une nette accentuation de ce problème. C'est une pression considérable. Les employeurs n'hésitent plus à dire « tu fais ça, ou tu vas aller dehors ». D'ailleurs, il y a des centres spécialisés dans la souffrance au travail, l'un à Poissy, et un deuxième, je crois à Clamart ou par là. Ce sont des services spécialisés dans les hôpitaux. C'est presque les 2/3 de mes cas maintenant.

On donne des arrêts de travail pour des harcèlements, parce que les personnes sont incapables de retourner au travail, dans ce contexte. Mais s'il n'y a pas de volonté de l'employeur de régler la situation, on renouvelle, et on donne des arrêts de travail de plus en plus longs. Et si en plus, il y a des prud'hommes et un avocat, cela rallonge encore les arrêts de travail. Il faut que la personne voie le médecin du travail, qui va nous le renvoyer, puis la revoir. Ce sont encore des mois d'arrêt de travail avant une inaptitude ou une incapacité.

Si la personne est très mal, ces arrêts de travail sont justifiés. Mais parfois, l'arrêt de travail n'est plus justifiable par l'état de santé du salarié. Il s'agit juste de le préserver du contexte. C'est un problème éthique pour nous.

On fait porter à la sécurité sociale, un problème qui est d'un autre ordre, management, social, économique...

C'est une souffrance terrible pour les salariés. Il n'y a pas de choix. Soit il y a une incapacité qui oblige l'employeur à licencier, soit c'est la continuation des arrêts de travail.

Les salariés voudraient bien partir. Ce sont les employeurs qui ne veulent pas. On leur dit de démissionner. Mais à aujourd'hui, personne ne peut démissionner sans revenus. J'ai eu le cas d'un délégué syndical qui voulait faire un abandon de poste tellement il n'en pouvait plus. Mais comme il n'a pas de revenus.

C'est vraiment une souffrance terrible.

Cela est dû aux modifications des techniques de management depuis les 10 dernières années.

Je reçois essentiellement des cadres supérieurs, aux alentours de 50 ans et d'un haut niveau de compétence. C'est une population fragile parce que la donne est changée par rapport à leurs habitudes de travail. Maintenant, on leur dit « peu importe les moyens, il faut arriver à l'objectif rapidement ». Il ne leur est plus possible d'aller en profondeur dans les sujets. Il y a une discordance entre leur perfectionnisme et l'attente de résultat immédiat. D'où leur épuisement, et les Burns Out. Le rapport avec leur hiérarchie devient difficile. Il leur est impossible de survoler les sujets, de « mal faire » sinon cela entraîne de la mésestime de soi. Et il ne leur est plus possible de prendre le temps de bien faire les choses.

Lorsque j'ai travaillé chez XX, les médecins du travail m'envoyaient principalement des cadres

supérieurs. XXX m'avait embauché à la médecine du travail sur la volonté du médecin du travail coordinateur qui a eu un jour un problème avec un délirant dans l'entreprise. J'étais consultante de la médecine du travail.

Sur les services spécialisés en hôpital, ils ne font rien de plus que nous autres médecins psychiatres. Mais, ils connaissent beaucoup mieux l'entreprise que les autres médecins psychiatres. Moi, j'ai eu de la chance d'y travailler et donc de voir les problèmes. Mais certains de mes collègues n'ont aucune idée de ce qu'est une entreprise. Ces services sont donc plus spécialisés dans les démarches à suivre avec l'entreprise. Ce sont principalement les médecins du travail qui leur envoient des salariés.

L'employeur met des bâtons dans les roues ; par exemple en refusant d'octroyer des ruptures conventionnelles, en émettant des propositions « irrecevables » pour les salariés ayant de l'ancienneté par exemple, ou en faisant tout simplement trainer en espérant que les gens craquent....

Avant le service Ressources Humaines était vécu comme un lien de soutien pour les salariés. Maintenant, les RH sont à la solde du patronat. Ils sont là pour virer si besoin. C'est très difficile d'obtenir des changements de service.

En plus, il y a la pression du chômage : ou bien tu te conformes, ou bien tu pars.... Et de surcroît, une baisse inadmissible des propositions salariales.

Des solutions :

- Les mutuelles deviennent catastrophiques. On a autorisé les mutuelles privées à modifier les remboursements si la personne respecte le parcours de soin avec des médecins qu'elles choisissent. Du coup, les consultations de spécialistes hors de ce parcours sont plafonnées. En fonction des personnes, je suis obligée de baisser mes honoraires car leur mutuelle ne leur autorise qu'une somme forfaitaire à l'année en remboursement de spécialistes.

Ce système accentue les différences et les disparités sociales. Les mutuelles ont un effet catastrophique.

- La reconnaissance de ces problèmes de souffrance au travail en maladie professionnelle pourrait être avancée. Car on attaquerait l'entreprise à la bourse, cela aurait une influence sur le taux d'accident du travail et donc sur les cotisations. C'est le seul moyen pour que cela change.

Nom du psychiatre	N°23
Date	04/10/16 à 11h45
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés ou spécificités rencontrez-vous avec les patients dont la souffrance est directement liée au travail ?

Il y a pas mal de difficultés, que je n'ai pas hiérarchisées, mais disons qu'en général, l'entreprise a du mal à accepter, à reconnaître le principe du burn-out. La question qui se pose alors est : qui va le reconnaître ? Les médecins du travail sont souvent filandreux...

De mon côté, je suis confronté à une incertitude quand j'établis ce type de diagnostic: est-ce que ça va passer ?

Quant au patient, la difficulté concerne son identité professionnelle. Il a accepté tout et n'importe quoi, ne comprend plus ce qu'on lui demande, et ne sait pas comment sortir de cet état victimaire. Les nouvelles formes de management ne proposent comme réponse que des coachings qui créent une pression supplémentaire sur le salarié déjà sous pression. Certains de mes patients travaillent 7 jours sur 7, 15 heures par jour... Ils ont perdu leurs repères. Il y a comme une forme de pesanteur cryptée, que les salariés ne parviennent pas à décoder.

J'ai quarante ans de métier et j'observe une nette évolution de ce phénomène depuis cinq-six ans. Même si cela s'inscrit plus globalement dans une évolution des structures psychologiques.

On a de plus en plus affaire à des pathologies dissociées. Les gens ont de plus en plus de mal à communiquer, à trouver leurs repères, ils se laissent plus facilement déborder et soumettre par un discours manipulateur.

Même si le travail psychologique associé aux médicaments fonctionne, et qu'une fois le divorce avec l'entreprise consommé, les personnes peuvent rebondir, leur avenir reste dégradé, et ils sont touchés à vie : le burn-out a altéré leur capacité à occuper des postes similaires, ils acceptent donc des emplois généralement moins qualifiés, alors que ce sont pour la plupart des personnes qui ont un haut niveau d'études, et qui occupaient des postes à responsabilité. Il faut compter un an environ pour se remettre d'un burn-out, qui affecte néanmoins de façon durable l'estime de soi.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Je suis pour la culture de la prévention. Cela dit, il existe déjà des textes, mais il faudrait les mettre en place. Les RH devraient être plus attentifs aux risques psycho-sociaux. La plupart du temps, ils ignorent ces signes. Je ne sais pas si la Sécu, dans sa volonté actuelle de tout contrôler, peut intervenir à ce niveau-là... Il faudrait aussi revoir l'indépendance des médecins du travail...

Nom du psychiatre	N°24
Date	29 /09/2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Je ne peux rien pour vous, Madame, je ne vois pas ce que je pourrais vous dire. Je m'occupe des patients, pas de l'entreprise. Je veux dire que j'ai une posture plus psychanalytique que psychiatrique, je considère donc que la dépression est un phénomène endogène à l'individu et non exogène.

Pensez-vous que l'entreprise n'a aucune influence sur l'individu, notamment dans les situations dites de harcèlement ?

L'action extérieure peut être significative, mais elle n'est, pour moi, pas déterminante. J'essaie de voir avec mon patient ce qu'il peut changer en lui pour y faire face. Voilà pourquoi je ne peux rien pour vous, Madame.

Vous ne prescrivez donc jamais d'arrêt maladie ?

Non, d'ailleurs les patients ne m'aiment pas, car je leur dis que le problème est en eux et non à l'extérieur, ça leur déplaît mais tant pis, et ceux qui veulent des arrêts maladie vont voir ailleurs, car je n'en fais pas.

Je sais que ce n'est pas une position partagée par les psychiatres, mais moi je me considère davantage comme psychanalyste, c'est pourquoi je ne peux pas vous aider.

Nom du psychiatre	N°25
Date	05 /10 /16 à 15h30
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés ou spécificités rencontrez-vous avec les patients dont la souffrance est directement liée au travail ?

La spécificité de ce type de patients est qu'ils présentent des troubles cognitifs majeurs. Même lorsqu'ils sont arrêtés depuis plus de six mois, ils vous parlent de leur travail comme s'ils y étaient encore. Ils ressassent en permanence. Ce sont donc de vraies pathologies psychiatriques. Les neurones ont été atteints, il faut reconstruire le cerveau. Cela prend environ deux ans.

Ça touche principalement les personnes méticuleuses, perfectionnistes, travailleuses et dévouées, qui se retrouvent à travailler 60 à 70 heures par semaine. A ce rythme, ils ne tiennent pas plus de deux ans. Surviennent alors les pertes de mémoire, les difficultés à se concentrer, et l'incapacité de travailler. On peut aller travailler en étant triste, déprimé ou même avec des idées suicidaires. Bref, tant que le cerveau fonctionne. Mais les troubles cognitifs empêchent le cerveau de fonctionner correctement.

Je demande toujours à mes patients : "Est-ce que vous lisez ?" La plupart répondent non. Mais quand ils disent oui, je leur demande s'ils se souviennent de ce qu'ils ont lu. Et là, ils me répondent que non, qu'ils ont relu trois fois la même page et n'ont rien retenu. C'est un signe. Aujourd'hui, on est bombardé de mails et de textos toute la journée. Et on attend que vous répondiez immédiatement. Les entreprises veulent faire travailler les hommes à la vitesse des machines.

La spécificité des cadres est de ne pas être tenu à des horaires stricts. Ils se retrouvent du coup à faire un nombre d'heures incroyable. Certains de mes patients m'ont dit rentrer chez eux le soir à 23h30, alors qu'ils avaient quitté leur domicile le matin à 6h30.

Ils pensent que c'est normal, et certains refusent même d'être arrêtés.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Il faudrait réduire les horaires de travail. Qu'on arrête de faire travailler les gens 60 heures par semaine payées au lance-pierres en leur faisant croire que c'est normal. Car c'est l'excès de travail qui conduit à la pathologie. Il faut arrêter de penser que les hommes sont des machines.

Et puis démuseler les médecins du travail.

Enfin, reconnaître ces cas comme maladies professionnelles. Je le fais pour certains patients, et cette reconnaissance permet de doubler leur indemnité, ce qui est déjà ça.

Les RH devraient renforcer les mesures de prévention. Donner des missions sans donner les outils pour les réaliser conduit aussi les gens à craquer.

Nom du psychiatre	N°26
Date	06/10/16 à 13h30
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Le plus compliqué, souvent, est de comprendre le monde des services en entreprise. Beaucoup de patients rapportent des situations de harcèlement – sexuel ou moral – ou rencontrent des problèmes d'adaptation à leur poste. C'est difficile à mesurer quand on n'y est pas. Les médecins du travail ne prennent pas de risques. C'est donc aux libéraux, généralistes et psychiatres, de se positionner sur une situation en entreprise à laquelle ils n'ont pas accès. Je suis obligée de prescrire des arrêts de travail le temps de procès qui peuvent durer jusqu'à deux ans. Cela « sur-victimise » la personne, qui, après avoir subi une situation de souffrance au travail, se voit placée en position de « malade », ce qui renforce son sentiment d'exclusion.

Autre difficulté, les patients sont convoqués par la Sécurité sociale, et vivent mal d'être perçus comme des « profiteurs », ce qui leur laisse penser qu'il faut « surjouer ».

Ethiquement, je trouve aussi gênant que ce soit au salarié mis en difficulté de quitter l'entreprise, comme les femmes battues contraintes de quitter leur domicile.

Autre situation compliquée : j'ai une patiente intolérante aux ondes magnétiques. Le médecin généraliste ne peut pas l'arrêter, car ce n'est pas une pathologie reconnue. Il l'envoie donc chez le psychiatre. Mais que peut-on faire quand la souffrance au travail est liée à une pathologie qui n'est pas reconnue ?

Il manque un rouage entre nous et les entreprises. Alors que la pression au travail génère une souffrance permanente.

Dans les grandes entreprises, la difficulté tient au fait que tout est très hiérarchisé, les responsabilités sont diluées... La médecine du travail reste souvent assez lointaine du terrain. Les entreprises nous ouvrent rarement les portes. Elles n'ont pas envie que des psychiatres viennent voir ce qui s'y passe. Un psychiatre, ça fait peur ! Et puis, se pose pour nous la question du secret professionnel.

Alors j'aide mes patients à négocier eux-mêmes avec leur direction.

Oui, c'est du coaching, et cela déborde du champ d'action du psychiatre, mais vous savez, nous sommes souvent appelés à en sortir, dès que nous faisons de la neurologie, par exemple.

Heureusement, de plus en plus de RH et médecins du travail s'intéressent à la souffrance au travail et se forment.

Et quand on peut coopérer, ça arrive, on parvient à trouver des solutions d'adaptation ou bien à négocier une rupture.

Il y a de la part de certains RH et médecins du travail une vraie prise de conscience du problème et l'envie d'agir.

Je reçois, en tant que patients, des médecins du travail et des responsables des ressources humaines. Eux aussi subissent la pression.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

- On pourrait envisager, sur le modèle des synthèses hospitalières, de rassembler médecin généraliste, médecin du travail, psychiatre et RH pour évoquer les problèmes rencontrés par les salariés.
- La reconnaissance, depuis quelques mois, du burn-out comme maladie professionnelle a ouvert des portes. Pour éviter d'avoir à justifier les arrêts de travail, on pourrait imaginer, comme cela se pratique pour le cancer, de définir pour chaque personne un protocole de soins incluant tant de mois d'arrêt de travail, par exemple. Ces recommandations officielles pourraient être établies par des spécialistes de la souffrance au travail.
- Il faudrait aussi que davantage de personnes soient formées à ce sujet au sein des entreprises. Nous, psychiatres, intervenons déjà dans les écoles avec les médecins scolaires. Pourquoi pas en entreprise ?
- En amont, il pourrait y avoir au sein de l'entreprise un service qui accueille les personnes qui rencontrent un problème, quel qu'il soit, avant qu'elles craquent. Car quand les salariés souffrent d'une situation professionnelle, ils ne vont pas voir un psychiatre, ils ne se sentent pas malades, et ils ont raison. Et la médecine du travail est souvent la dernière roue du carrosse...

Nom du psychiatre	N°27
Date	05/10/16 à 10 h
Entretien réalisé	Par téléphone – Florence Chevalier

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Il faut savoir que les gens ne viennent pas directement me voir, ils me sont envoyés par leur généraliste. C'est le généraliste qui est en difficulté. Et c'est pour ça qu'il me les envoie ! Et quand ils arrivent chez moi, eh bien c'est moi qui ne sais pas quoi en faire ! Car ils sont déjà en fin de parcours, après des mois d'arrêt de travail. Leur situation est bloquée : s'ils retournent au travail, le risque est qu'ils soient placardisés. Quand une démarche auprès des prud'hommes a été engagée, ils gagnent généralement en première instance, puis l'employeur fait appel, ce qui prolonge encore la situation.

Ce que les salariés désirent, c'est quitter l'entreprise avec une compensation salariale. Mais les employeurs s'y refusent. Quel est le rôle du psychiatre dans ce contexte ?

Certes, les conflits au travail sont souvent la reproduction de conflits antérieurs au sein de la famille. Mais cela ne justifie pas l'attitude de certains petits chefs. C'est une explication, pas une justification.

Les implications sociales et financières sont telles que les patients ne peuvent se satisfaire d'une thérapie familiale.

Cette problématique ne relève pas de la psychiatrie, mais résulte d'une société sclérosée.

Les médecins du travail, pour la plupart vendus à l'employeur, sont incapables de remplir leur fonction.

La société française est une société culpabilisante, et ce depuis l'école. On impose aux gens des responsabilités qu'ils doivent assumer seuls, il n'y a pas de solidarité. Tout est fait pour leur faire perdre l'estime d'eux-mêmes. C'est un système pourri, qui génère une immense souffrance au travail. Et ça, ça ne relève pas de la psychiatrie !

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

C'est un problème social, pas psychiatrique ! Or on psychiatrise un problème social... Les psychiatres ne doivent pas accepter d'entrer dans ce jeu-là !

C'est le problème de l'individualisme, du « tout-pour-ma-gueule », il faudrait modifier les rapports sociaux, et, à mon niveau, je ne peux pas intervenir là-dessus... Bref, je suis pour la révolution ! (rires)

On peut aider les gens à dormir, leur prescrire des médicaments, mais ce sont des emplâtres sur des jambes de bois. J'en prescris à mes patients, mais ni eux ni moi ne sommes dupes. C'est le pot de terre contre le pot de fer...

Et même si leur conflit au travail porte les réminiscences de conflits familiaux avec leur père, leur sœur, leur frère, etc., ces personnes n'ont pas envie qu'on touche à leur passé, ils ne viennent pas me voir pour ça !

Il y a des hôpitaux avec des services spécialisés dans la souffrance au travail. J'y envoie mes patients.

Mais je pense que le problème doit être traité localement par les médecins du travail. Un simple changement de poste pourrait bien souvent régler le problème, mais ils n'ont pas ce pouvoir-là.

Les médecins généralistes ont aussi un rôle à jouer, ils devraient être formés pour ne pas laisser les patients s'enfoncer dans le déni d'eux-mêmes.

Peut-être que les psychologues... Ou les coachs... Je ne sais pas... En fait, c'est une question à cheval entre une problématique sociale et une problématique personnelle.

Le sociologue Alain Ehrenberg (l'auteur de « La Fatigue d'être soi »), dans son livre « La Société du malaise », oppose l'individualisme français délétère à l'individualisme américain, qui soutient la progression de l'individu. Je pense que c'est une bonne référence pour nourrir cette réflexion.

Nom du psychiatre	N°28
Date	28.09.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Depuis quelques années, on voit de plus en plus de gens qui sont en burn-out et en dépression liées au travail. Parfois pour nous aussi c'est un peu lourd, et on se demande si ça va nous arriver également !

La pression augmente comme dans toute la société, il faut du rendement ! Les ordinateurs et les téléphones portables finissent par annihiler les gens, qui ne sont plus tranquilles chez eux le soir. Il n'y a plus de coupure vie privée / vie pro, c'est aberrant, les gens se laissent entrer dans ce type de fonctionnement, et ils n'arrivent plus à dire non, à cause de la pression, parce qu'ils veulent garder leur place, et peut-être aussi un sens à leur vie. C'est difficile pour les gens de s'arrêter et de se remettre en cause, et il y a aussi des abus de la hiérarchie. J'ai une patiente, qui était secrétaire dans une petite boîte, elle s'est énormément investie, la boîte s'est agrandie, d'ailleurs bizarrement ça a abouti à la création d'une 2e entreprise, et finalement, son patron a abusé d'elle sexuellement ! Elle est en arrêt maladie maintenant, c'est son Médecin traitant qui me l'a envoyée pour une aide psychothérapeutique. Il l'a prise en charge au niveau médicamenteux, et il lui a fait son arrêt maladie.

Avec les MG, ça dépend. Je m'adapte. En gros il y a deux types de cas :

- Soit il n'y a pas de MG et je m'occupe du traitement, je prends les contacts avec les Médecins du Travail, et parfois ça va en justice. Parfois les patients reçoivent une lettre leur disant qu'ils n'auront plus d'indemnité journalière à partir de telle date, alors je contacte le Médecin Conseil. Certains MG ont peur des arrêts maladies, certains ont eu des ennuis avec la Sécu. Nous, pour l'instant, on est davantage épargné par la Sécu. Les MG ne savent pas trop prescrire les antidépresseurs, ils n'ont pas eu de formation par rapport à ça. C'est spécifique, il faut agir au niveau biologique, au niveau pratique, et faire un arrêt.
- Soit le MG assure, la prise en charge est bonne, et là je fais un travail de fond psychothérapeutique, de soutien, et je vois les gens fréquemment, pour les aider à se remettre en cause, pour voir comment leur comportement les a amenés là où ils en sont. C'est un travail de long-terme, de réflexion, c'est ce que je préfère.

Parfois j'envoie mes patients à des psychologues, mais le problème c'est qu'ils ne sont pas remboursés et tout le monde ne peut pas se le permettre. Je sais que certaines mairies ont mis en place des services de psy comme à Athis Mons ou à Orly, mais je ne connais pas la qualité de ces psychologues, ni comment ils sont payés, sans doute par les mairies, parce que les patients ne paient presque rien, entre 5 et 10 euros la séance... mais je doute de la qualité...

Je me suis formée seule sur ce thème de la souffrance au travail, j'ai beaucoup lu, notamment les livres de Marie France Hirigoyen sur le harcèlement, et en allant à des colloques. Et puis j'ai appris en pratiquant, les patients m'apprennent des trucs. On se forme sur le tas.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Il faudrait former davantage les MG. C'est un problème de société, et les Médecins du travail devraient être davantage formés également. Il faudrait faire de la prévention en entreprise pour que les gens soient traités. Il y a vraiment des erreurs de management, et des pervers partout. Il faut trouver les moyens d'empêcher cela.

Nom du psychiatre	N°29
Date	03.10.2016
Entretien réalisé	Sur place - Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous à dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

Il y a une forte demande des patients sur ce thème, en augmentation depuis 25-30 ans, à cause de l'évolution de la société, des 35 heures, du chômage, des ordinateurs, etc. C'est mon amie Marie France Hirigoyen qui m'a orienté sur tout ça, et mes patients également. Ça fait 20 ans. Au début j'ai commencé par le thème du harcèlement général, lié à la famille, puis au harcèlement professionnel qui est très répandu. Depuis un an, je fais partie du groupe

« Souffrance et travail » et pendant 2 ans j'ai formé une centaine de coach (pour la société Média Coaching) ainsi que des RH à l'identification des risques psycho-sociaux.

Il y a 3 aspects : le stress, le burn-out, et le harcèlement. Parfois ces 2 aspects se confondent, l'épuisement pouvant résulter d'un stress, ou de harcèlement moral ou sexuel avec un N-1. Le harcèlement managérial est assez fréquent, et mis en œuvre par des personnalités assez douées, qui relèvent, en termes de comportement psychopathologique, de perversion narcissique, dénuée d'affect. Avant on les appelait les paranoïaques. Ils ont des bons postes et n'ont aucune limite. Le fonctionnement managérial est comme ça. Pourtant toutes les lois existent...mais elles ne sont pas mises en œuvre ! Cette société est fascinante !

Parfois les employeurs vont faire cela pour mettre les personnes délibérément en situation d'échec, pour les pousser à partir. J'ai eu un cas d'une femme qui avait eu un poste à responsabilité, progressivement on lui a demandé de passer les commandes de papeterie, de faire des photocopies, puis de couper du papier toilette qui n'était pas à la bonne dimension... Il y a beaucoup de violence psychologique, depuis 25-30 ans, le contexte professionnel entraîne cela. Ça peut entraîner des hospitalisations quand il y a tentative de suicide. Il y a des conséquences terribles, notamment pour les mères célibataires. Il y a parfois des cas d'agression au travail, verbale et physique pour les personnes qui travaillent à l'hôpital ou dans les services publics. J'ai quelques cas comme ça. Il y a aussi des choses graves, choquantes, qui peuvent aller en justice. Une de mes patientes a accouché prématurément à cause d'une situation de harcèlement, et son bébé est mort. Le harcèlement managérial n'est jamais reconnu, même quand il y a un reporting H24 qui circonscrit les différentes étapes. Ça entraîne des décompensations sur un mode anxieux et des dépressions, qui sont tous les symptômes classiques de la psychiatrie. Dans le privé ou dans le public, c'est pareil. En fait tout le monde est touché par le harcèlement, parfois même des médecins du travail.

En cas de harcèlement, la personne doit se reconstruire, avoir un nouveau projet de vie. Ça prend du temps. J'ai des patients qui ont la cinquantaine, je sais qu'ils ne pourront pas retrouver de boulot. Ils sont fragilisés, c'est complexe. On arrive à des situations d'invalidité parfois. Il faut un accompagnement sur le long terme, et bien documenter de tels cas pour le médecin conseil... certains ont une très bonne écoute, et d'autres sont de vrais murs ! Et

quand vous avez été harcelés, tomber sur un mur, c'est difficile. Mais la plupart sont très efficaces.

Etant donné mon lieu d'exercice, mes patients sont des cadres dirigeants, des personnes à haut salaires, mis sous pression. Ils vivent beaucoup de stress et d'anxiété, qui étaient déjà là où qui sont accentués par la charge de travail. Je leur donne un traitement d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. Les symptômes physiques sont importants avec des conséquences médicales sérieuses (hyper-tension, troubles musculo-squelettiques), parfois psychosomatiques : dermato, gynéco, ce sont des choses à prendre au sérieux, tout y est...tous les symptômes, ce qui est encore plus vrai dans les cas de harcèlement ou d'épuisement professionnel. Il y a des dépressions, de la procrastination, du refus de travail, des situations d'échec, des addictions aussi parfois: de l'alcoolisme, ou dans ce quartier, de la cocaïne...j'ai un patient qui prend l'avion pour Los Angeles tous les 15 jours, il prend de la cocaïne pour tenir. Il y a des changements de comportements, de l'agressivité. et ça a des conséquences : violences verbales et physiques, avec des procédures en justice. Tout ça ce sont des conséquences directes du stress, de ce mode de vie. Dans ces cas-là, je travaille avec le médecin traitant, qui initialisent l'arrêt de travail, si ce n'est pas déjà fait quand le patient vient chez moi. Je demande aux médecins de faire ça, parce que si c'est moi qui fais l'arrêt, ça peut avoir des conséquences désastreuses si le patient a besoin de faire un emprunt par exemple. Souvent ça dure plusieurs mois, voire plusieurs années. 99% du temps, les cas de harcèlement sont avérés, cela se confirme avec les différents documents, il n'y a pas d'exagération tout est parfaitement circonstancié.

Il y a beaucoup d'interface, en externe et en interne pour les patients :

- En interne : le CHSCT, les délégués syndicaux, le médecin du travail, etc.
- En externe : les psys, les avocats, l'inspection du travail...les gens y vont.

Je dirais que je travaille vraiment en équipe, avec les médecins traitants, les psychologues, les avocats (nécessaires en situation d'abus), parfois avec le médecin du travail et les coaches, pour aider les patients à refaire leur CV. C'est assez exceptionnel, c'est dû au fait qu'ici, les gens sont bien entourés, ils s'en sortent mieux. Il m'arrive de faire des courriers pour les experts nommés par les banques ou les assurances, et de mettre les patients en mi-temps thérapeutiques sur plusieurs mois (bien sûr, pas pour les cas de harcèlement, mais plutôt pour les cas d'épuisement, après un certain temps.) Les médecins traitants se débrouillent de mieux en mieux, le nombre d'arrêts augmentent, ils sont de plus en plus sollicités sur ces questions. Il serait aussi important de les avertir et de les former, qu'on ne parle pas de « harcèlement moral » sur un arrêt...j'en vois trop qui font ça, qui se lâchent !

Je fais des TCC, parce que les gens ont besoin de s'exprimer, de dire ce qu'ils vivent. C'est pour ça que les médecins traitants me les envoient. J'essaie d'aider mes patients à sortir de leur statut de victime, qu'ils se reprennent afin d'arrêter ce processus infernal de la victimisation.

Je remarque aussi parfois, une apparition des symptômes du Stress Post Traumatique chez ces

patients...les problèmes de rêves de flash-backs, comme s'ils avaient été des victimes directes. C'est un constat récent que je fais, que je n'ai pas encore partagé avec mes confrères. C'est vrai que le contexte parisien joue un rôle : j'ai eu des pics de consultation en janvier et en novembre après les attentats.

Il y a très peu d'accidents de travail, on reste sur la terminologie d'arrêt de travail. Le reclassement maladie en « accident du travail », ça ne marche jamais. J'ai même arrêté de faire les démarches dans ce sens, ça ne sert à rien. Maintenant il faut se contenter de faire des arrêts et essayer de récupérer un gros chèque pour que la personne puisse partir. Il n'y a jamais de reconnaissance de l'entreprise, même quand on a utilisé tous les moyens en interne. Les RH sont rarement soutenant pour le salarié en question, et moi j'ai très peu de contacts avec eux. Pourtant, ce sont eux qui devraient être notre cible prioritaire. Eux sont susceptibles d'aider s'ils comprennent les enjeux.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Tout cela a un coût en santé publique très important, incalculable...Il faut mener des actions globales : de la psycho éducation en prévention de la dépression en milieu professionnel. Il faut cibler les RH des boîtes du CAC 40. Je ne veux pas citer de noms, vous pourriez les prendre toutes. Les grands groupes ne savent pas résoudre ce type de problèmes, ils ont besoin d'apprendre. Ça doit infuser en interne. Si ça n'est pas pris en compte au sommet, c'est difficile...il y a vraiment un décalage entre les principes éthiques et la réalité. Il faut parler aux RH de manière constructive, diplomate évidemment...ne pas les accuser de plein fouet, et leur montrer le gain à diminuer les risques psycho sociaux en termes de productivité professionnelle. Les RH que j'ai formés, ils étaient scotchés ! Aujourd'hui encore, plusieurs coachs me contactent et il m'arrive de conseiller des personnes en entreprise. Il y a des RH qui sont soutenant, il y a un mouvement de balancier qui va à l'opposé de la tendance générale, et on peut l'accentuer si on sait comment leur parler.

Il y a plusieurs ressources que je vous recommande :

- Le site de souffrance et travail : <http://www.souffrance-et-travail.com>
- Stress et risques psychosociaux au travail, comprendre, prévenir, intervenir, de Bruno Lefevre et Matthieu Poirot
- *Stress, burn out et harcèlement moral*, de Roland Coutanceau, Rachid Bennegadi, et Serge Bornstein
- Le médecin libéral face à la souffrance au travail, « c'est une ressource très complète, parfaite ! »

Il y a aussi un livre intéressant sur le bore-out : « De l'ennui au bore out. »

Nom du psychiatre	N°30
Date	03.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous à dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

Vous savez moi je suis en fin de carrière. Aujourd'hui on met les gens sur des voies de garage jusqu'à ce qu'ils soient mis en arrêt, puis dehors. C'est une porte de sortie facile pour régler un problème économique. On commence à poser des difficultés aux personnes, ensuite on les harcèle, petit à petit, jusqu'à la mise à pied, au placard. Et là c'est la déprime. C'est pervers. Ce sont les effets de la crise économique. On crée de la pathologie.

Le problème c'est le barrage total depuis quelques mois avec les médecins de la sécu. On ne peut plus échanger avec eux. Il n'y a plus d'espaces de discussion, c'est comme s'ils étaient « aux ordres. » Il n'y a plus aucun espace de discussion. Alors on est très isolé, on prend acte...Les patients sont en très mauvais état. Je fais des arrêts maladie jusqu'à 2 ou 3 ans, jusqu'à l'invalidité. Avec les médecins de la sécu, c'est encore plus criant, c'est un énorme problème : alors on envoie des courriers, on ne sait pas où ça arrive, ni si la confidentialité est vraiment respectée. Avec certains médecins du travail de la vieille école, on peut encore discuter. Dans certaines entreprises, je m'interroge sur la neutralité et l'impartialité des médecins du travail, qui sont plus au service de l'entreprise que du patient.

On est piégé, on n'a pas d'issue. La prise en charge psychiatrique se fait en principe avec un tiers qui nourrit un espace de réflexion : le patient, le psychiatre, et une 3^e personne qui propose des pistes : avant on pouvait échanger avec eux, pour des longs arrêts voire de l'invalidité. Maintenant c'est fini.

Je n'ai pas fait de formation spécifique sur le burnout par contre je suis en train de me former à la méditation, qui se développe. Les gens veulent moins de prescriptions, et davantage d'outils qui leur permettent d'être autonomes. Le burnout c'est un terme « fourre-tout », qui renvoie à un échec personnel, alors que ce sont les gens les plus sérieux / consciencieux

/impliqués, les plus sensibles qui sont impactés. Ils prennent au sérieux ce qu'on leur dit. C'est une perte de l'estime de soi terrible, c'est une perte d'une partie d'eux-mêmes, leur identité au travail, qu'ils croient perdue dans une telle situation. Ça demande un long travail de reconstruction de leur image, avec des conséquences économiques désastreuses.

Je n'ai pas de contacts avec les médecins traitants. Les patients ne recherchent pas ça, ce qu'ils me révèlent en consultation est trop personnel, trop intime, et ils préfèrent ne pas montrer ça à leur généraliste. Soit le MG prend tout en charge, soit les patients ne lui en parlent pas et ils viennent me voir d'eux-mêmes. Je préfère cela d'ailleurs, ça facilite le transfert qui est de meilleure

qualité. Et puis les médecins traitants n'ont pas le temps...ils sont dépassés avec seulement 15mn de consult. S'il est débordé, il peut m'en envoyer bien sûr, mais c'est rare.

Alors moi je signe des arrêts de travail, de 3 mois en 3 mois, jusqu'à la fin... Les patients sont blessés, on travaille sur des questions de honte, très profondes, qui prennent du temps.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

C'est terrible, quand on est en empathie avec un patient, et qu'on ne peut rien proposer. Alors dans ce cas-là, on travaille sur le deuil, mais **ce qu'il faudrait c'est que l'URPS travaille pour débloquer la situation avec les médecins du travail et de la sécu pour qu'ils puissent collaborer avec nous, ça serait fort utile.** Les médecins du travail jouent un rôle clef : ils ont un pied dans l'entreprise et peuvent déclarer la personne inapte, et lui permettre de se réorienter vers un autre poste ou une formation.

S'il y a des formations prévues avec l'URPS, je suis preneuse, et j'aimerais rester en contact. S'il y a des listes de confrères qui sont intéressés par ces problématiques, ça m'intéresse aussi de les avoir. Tenez moi au courant de ce que vous faites, de ce que donnera votre travail d'enquête parce qu'on est assez isolé nous !

Nom du psychiatre	N°31
Date	03.10.2016
Entretien réalisé	Sur place – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous à dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

De quelle enquête parlez-vous ? Je n'ai répondu à aucune enquête ! Et l'URPS, c'est quoi, un syndicat ? ...alors c'est sur la souffrance au travail de qui ? Ah ! Des patients, je croyais que c'était de nous....

Alors les patients...je n'ai pas une grosse activité vous savez. Il y a un MG qui m'a envoyé deux patients récemment, des gens extrêmement diplômés, qui s'ennuient au travail. On les traite comme des déprimés, ce qu'ils finissent par être. Je contacte les médecins du travail seulement s'ils me le demandent. Les gens savent le risque d'être en arrêt. Je fais des arrêts de travail longs si nécessaire, et je n'ai aucun complexe par rapport à ça. J'ai reçu une visite de la sécu l'année dernière, qui m'a dit : « On vous suit. Vos arrêts ont augmenté de 600%, mais compte tenu de votre activité, c'est ok. » Les MG ont beaucoup plus de problèmes avec la sécu que moi. Les MG, je leur écris, pour les informer du suivi des patients quand ils sont dépassés.

J'ai eu un flic, qui allait mal. Je lui ai demandé s'il n'y avait pas une prise en charge à la préfecture, il m'a dit qu'il ne voulait pas que ça se sache qu'il aille voir quelqu'un, donc il préférerait venir me voir en privé. Enfin il vient 2 fois par mois, donc on ne fait pas un gros travail. Je lui avais fait deux arrêts au bout desquels il a décidé de reprendre le travail, ça s'est très mal passé évidemment, mais là il a décidé de faire intervenir les syndicats.

J'ai aussi un cadre de chez Orange, qui ne comprenait pas qu'on accuse sa boîte de harcèlement. Il disait qu'il fallait être efficace au travail, et qu'il ne comprenait pas de quoi on parle quand on parle de harcèlement à Orange. Je vois aussi des gens qui ont fait HEC ou des hautes écoles d'ingénieurs, et qui voudraient en fait être boulanger ou menuisier... c'est étonnant, moi j'ai fait de longues études parce que j'étais lent, mais au moins j'avais l'impression que mon travail avait du sens. Eux, non.

Il y a 20 ans je me souviens d'un haut fonctionnaire que j'avais en consult, il me disait qu'il prenait du prozac parce que ça le boostait...Aujourd'hui je prescris des antidépresseurs si besoin, ça aide à se détacher...j'ai un de mes patients comme ça, qui a décidé de quitter sa boîte en se faisant recruter par des chasseurs de tête.

Vous savez moi, en terme de souffrance au travail, j'ai été mis à la porte au bout de 12 ans de service par la Direction... j'ai beaucoup souffert de l'entrée des économistes dans le monde de l'hôpital à cause de la loi HPST, et des contraintes de gestion. Beaucoup de confrères, comme moi, et même de grands chercheurs, ont été mis à la retraite du jour au lendemain comme ça...A l'hôpital j'avais été attaqué parce que je prescrivais des médicaments qui coûtaient chers parce qu'ils étaient peu connus à l'époque. Ah... on a souffert à l'hôpital avec l'informatisation obligatoire du médical...ils appelaient ça « la médicalisation de l'informatique », alors que c'était le contraire ! Récemment j'ai vu une de mes anciennes élèves, qui travaille dans un hôpital assez

chic dans le 17e, et elle m'a dit « Vous savez, on travaille moins bien qu'avant à l'hôpital »...j'étais choqué d'entendre ça !

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Je ne sais pas, ce n'est pas le gros de ma clientèle.

Nom du psychiatre	N° 32
Date	04.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Qu’aimeriez-vous à dire sur ce thème, et sur la manière dont s’effectue la PEC de vos patients ?

Il y a 10-15 ans, on n’entendait jamais parler de cette problématique, maintenant c’est extrêmement fréquent. Les gens décompensent, sont en grande souffrance, les arrêts durent très longtemps, plusieurs années. Ça se termine par de l’inaptitude, des licenciements, et des inscriptions à Pole Emploi. Parfois, il y a des recours aux prud’hommes. A plus de 60 ans, je diminue mon activité, je ne prends plus de nouveaux patients, sauf si un MG me le demande. Je fais des arrêts de travail sans souci, je n’ai pas de problème avec la Sécu, je leur explique la situation si besoin et ça se passe bien.

Récemment j’ai eu une patiente d’origine russe, de 40-45 ans, qui a quitté son pays, parle parfaitement français et qui travaille à Carrefour dans les bureaux. Je l’ai mise en arrêt pour 6 mois, mais je sais que ça va durer bien plus. La hiérarchie a modifié son poste, elle a demandé des explications parce qu’elle estimait qu’elle n’était pas traitée de la même manière que ses collègues. Ça s’est mal passé... Psychologiquement, les gens touchés par cette problématique sont « fragiles » au départ... enfin, dans leur histoire personnelle, il y a un souci masqué. Ils se surinvestissent au travail, ils veulent être parfaits, et dès qu’il y a un accrochage avec un supérieur hiérarchique, ils craquent. Pour cette femme, ce qui s’est passé professionnellement, elle l’a pris comme une attaque personnelle... Elle est divorcée d’un Français et a deux enfants assez grands, alors elle est un peu seule. Elle-même a eu un père alcoolique, violent, qui battait sa mère devant elle... alors dès qu’avec l’entourage professionnel ça se passe mal, les personnes prennent ça comme une atteinte à leur personnalité. Ça entraîne une dépression, ça peut aller jusqu’à des poussées suicidaires. Ça touche à des traumatismes anciens.

Pour ces états anxio-dépressifs, je prescris des antidépresseurs, et je leur dis que le traitement c’est au moins pour un an (et dans ma tête, je sais que ça durera plus longtemps). Quand les gens ont accepté l’idée qu’ils sont malades (parce que c’est vraiment de ça dont il s’agit, c’est une maladie sociale !), et qu’ils acceptent de prendre des médicaments (ce qui est difficile pour eux), il y a une étape de franchise. Après je travaille avec eux en psychothérapie une fois par semaine ou tous les 15 jours, pour leur apporter du soutien, et les aider à reconstruire leur personnalité, faire émerger ce qui les a fragilisés.

J’ai des contacts avec la médecine du travail quand on parle de reprise, après la visite auprès du médecin conseil. Ça se fait rarement par téléphone, plutôt par courrier, si c’est possible pour la personne de réintégrer son poste. A ce moment-là, les médecins du travail sont utiles. Sinon, l’inaptitude est déclarée, et l’employeur l’accepte. Avec les médecins conseil je n’ai pas de souci non plus, même si je fais des arrêts de travail longs. Je leur explique, et ça se passe bien.

J'ai eu une formation sur le burnout par internet, je crois que c'était par le biais de l'AFML (Association pour la formation des médecins libéraux). Je n'ai pas recours à des services d'hospitalisation spécialisés, j'envoie si nécessaire mes patients dans des cliniques privées de la région.

Souvent les patients refusent la rupture conventionnelle, parce que pour eux ça serait accepter d'être mal traité. Ils veulent une reconnaissance de « l'employeur bourreau »... Quand l'inaptitude est déclarée, à ce moment-là, ils estiment qu'il y a reconnaissance de leur position de victime... Moi, si j'étais en souffrance au travail, à leur place, je préférerais m'enfuir ! Eux, non. Ils veulent être reconnus comme « maltraités », pour être entendus dans ce qu'ils ont vécu, alors ils s'accrochent, au lieu de partir. C'est un besoin d'empathie, oui, c'est ça...

J'ai eu un patient qui est venu me voir pour me parler de son gestionnaire RG qui le « persécutait », et quelques temps plus tard, le même gestionnaire est également devenu mon patient ! La 2e personne n'a jamais eu conscience de ce qu'elle avait fait à la 1e, et moi je n'ai rien dit, évidemment, ce n'était pas mon rôle... Ils travaillaient tous les deux pour le groupe YYY. Finalement l'un est parti en retraite anticipée et l'autre a repris avec un mi-temps thérapeutique.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Je ne sais pas... il y a 10-15 ans, il y avait au niveau de la Direction des entreprises plus de flexibilité en terme de mobilité dans les postes à pourvoir, aujourd'hui ce n'est plus le cas. Il faudrait que les directeurs soient attentifs au bien-être du personnel, comme ils l'étaient avant... ça manque aujourd'hui, c'est plus raide ! Il y a une forme d'intransigeance. Sensibiliser les RH ça ne résout pas le problème parce que vous savez, j'en ai moi, des RH en consultation. Ils souffrent tout autant de la pression de la hiérarchie et de leurs difficultés personnelles.

Il y a aujourd'hui des formations, où on les met ensemble pour qu'ils se sentent « en équipe »... les gens n'y croient pas en y allant, et après il n'y a pas d'impact finalement, de toutes façons les gens font semblant, parce qu'ils sont obligés par leur patron d'y aller... c'est du temps perdu, c'est à la mode en ce moment.

Pour moi, stress, épuisement et harcèlement sont corrélés et liés à un surinvestissement au travail. Les gens se sentent mal considérés, et il y a des conflits qui démarrent avec la hiérarchie quand c'est comme ça (mais je ne sais pas qui a commencé, et ce n'est pas à moi de le dire). La plupart de ces personnes épuisées supposent qu'on veut les virer, ce qui n'est pas nécessairement le cas. L'épuisement vient d'une incapacité à fournir le travail attendu. La hiérarchie devrait leur dire : « C'est ok, tout va bien, on vous garde votre place, mais allez- vous reposer un peu, deux mois... » en les éloignant de l'environnement où ils se sentent incompetents. Ce qu'il faudrait, c'est une hiérarchie plus bienveillante.

Nom du psychiatre	N°33
Date	05.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

J'ai beaucoup d'expérience à ce sujet, c'est une grosse partie de ma patientèle. En même temps je ne sais pas quoi vous dire, ce ne sont que des cas particuliers ! Ca dépend de plein de choses, du statut de la personne par rapport à son travail, c'est très difficile de parler de cela en généralisant...Ca dépend des cas, c'est très difficile de répondre à votre question !

Avec les **médecins du travail**, parfois ça se passe très bien. Et parfois pas bien. Et parfois, il n'y en n'a pas. J'ai une patiente qui faisait de l'aide à domicile : son entreprise n'avait pas cotisé à la médecine du travail ! J'ai contacté l'ACMS (*service interentreprises de santé au travail*), et on s'est rendu compte que son entreprise ne s'était pas inscrite...Ca a été très très très compliqué... On a du contacter l'inspection du travail, et c'était très gênant pour ma patiente qui ne voulait pas nuire à son entreprise. Donc ça a été très compliqué pour elle de quitter son entreprise parce qu'il n'y avait pas de médecin du travail.

J'ai aussi eu une patiente qui s'est suicidée : elle travaillait dans un hôpital, et était harcelée par le médecin chef... Elle était très très très mal, elle demandait simplement une mutation, à changer d'hôpital. Mais pour les médecins c'est très compliqué, le DRH ne s'occupe pas des médecins à l'hôpital, mais uniquement des autres membres du personnel. Bref elle est allée voir l'instance qui s'occupe des médecins, où elle a reçu une fin de non-recevoir, où on lui a dit : « *Je ne veux pas entendre parler de ça.* » Elle s'est pendue et a laissé 3 jeunes enfants derrière elle. La police a interrogé le chef de service, qui a raconté qu'elle était bizarre, ce qui n'était absolument pas vrai. Elle était juste déprimée. On a dit à son mari qu'elle était un peu folle. C'était horrible. Moi j'étais complètement démunie face à ça. J'ai appelé la police, qui m'a dit « *L'affaire est classée, on n'a pas besoin de votre témoignage. Cette femme était un peu folle.* » La vérité c'est qu'il y avait du harcèlement professionnel, que je n'ai pas réussi à faire valoir, parce que c'était des médecins. Ça m'a très profondément affectée...ça me rendait malade. Je me suis demandée ce que je pouvais faire pour donner ma version. On m'a dit d'écrire une lettre au Procureur de la République, avec copie au Conseil de l'ordre des médecins. En 24h, j'ai été convoquée au Conseil de l'ordre, qui a essayé de m'intimider en me demandant : « *Que voulez-vous faire ? ce n'était pas du harcèlement ! C'était une difficulté professionnelle.* » Ils m'ont fait la morale... « *Vous prétendez qu'elle ne s'est pas suicidée ? A quoi ça vous sert de faire ça ?* » J'ai eu du mal à défendre mon truc, j'ai expliqué que je n'allais rien faire du tout, que j'avais simplement écrit cette lettre pour que les 3 petites filles, en grandissant, puissent savoir que leur mère n'était pas folle quand elles auront accès au dossier... Tout ça pour dire que quand il n'y a pas de médecin du travail, c'est très compliqué.

Autre cas complexe : le **Comité Médical**. Pour les gens qui travaillent à la poste par exemple. Les délais sont très compliqués. J'ai eu une patiente, qui a été longtemps arrêtée, en arrêt maladie donc. Puis elle a voulu reprendre en mi-temps thérapeutique (Catégorie C des impôts).

Entre le moment où elle a dit être prête et le moment de sa reprise, 6 mois se sont écoulés. Ça a été laborieux. On a tout fait pourtant avec le médecin traitant... et tout passait par le Comité... une vraie lenteur administrative !

Et puis il y a aussi les situations précaires. Une jeune femme qui travaillait comme contractuelle à la police, qui n'avait pas été titularisée. Elle ne pouvait plus aller au travail parce qu'elle y souffrait trop de harcèlement. Elle a perdu son poste comme contractuelle. Elle est restée enfermée chez elle en dépression, sans sortir, pendant 1,5 an. Elle avait une dépression très grave. C'était très lourd. Ça s'est dénoué quand elle a décidé de changer de région. Quand on est titulaire, c'est plus facile. Sauf les problèmes d'inertie administrative dans la fonction publique. Le harcèlement ne sera jamais reconnu en tant que tel.

La situation des médecins eux-mêmes est très compliquée. Eux aussi peuvent être en situation précaire: c'est le problème des gens en libéral : j'ai eu un médecin généraliste qui était en burn-out, très mal... la prise en charge pour incapacité dans ce cas-là est très difficile ! Il a repris pour des raisons financières, mais ça traîne, il n'est pas bien...Que faire dans ce type de cas ? Il y a un papier à remplir pour la Caisse, je l'ai rempli, mais ensuite ?

Quand quelqu'un est en dépression mais que ce n'est pas lié au travail, le travail aide la personne à retrouver un équilibre, et si le lieu de travail est bienveillant, ça peut aider. Mais généralement beaucoup ne veulent pas reprendre au même endroit. Ils veulent un changement de poste, qui est difficile à obtenir. Alors je leur fais des arrêts de travail, et je me sens coupable par rapport à la sécu, parce qu'il faut de longs arrêts de travail pour organiser une reprise ailleurs ! J'ai eu une patiente qui ne voulait pas reprendre...je l'ai secouée ! et ça a marché. Je lui ai dit : « *Jusqu'à quand ça va durer les arrêts ?* » Ca a eu l'effet d'un électrochoc sur elle. C'était au bout de 5 mois d'arrêt. Elle n'était pas prête mais la situation était figée. Elle ne voulait pas reprendre dans le même établissement. Elle a revu sa copie finalement. Elle y est retournée après avoir été en contact avec le médecin du travail. Elle a repris en mi-temps thérapeutique et s'est lancée dans un projet de reclassement, ce qui l'a aidée.

Ça dépend, parfois j'essaie d'aller faire aller la personne vers une pré-retraite. C'était le cas d'une autre femme qui se sentait en marge, n'arrivait pas à s'intégrer. Maintenant qu'elle est partie à la retraite, elle va beaucoup mieux. Ça peut se solutionner quand la personne peut arrêter de travailler.

Les **conditions de travail** sont de plus en plus difficiles. Dans le privé les gens ont peur de perdre leur travail, lors des rachats de boîtes ou des délocalisations, j'en ai une comme ça, qui est dépressive et qui a des rhumatismes, ça va être beaucoup pour elle de faire 2h de transport chaque jour pour continuer à aller travailler. Maintenant il y a aussi des entreprises qui proposent des cours de relaxation, de yoga, c'est très positif. Les personnes fragiles dont je m'occupe qui ont besoin de repos sont très susceptibles par rapport aux remarques et elles ont du mal à tenir. La sécu refuse de plus en plus les aménagements. Et les **pensions d'invalidité**, payées par la CRAMIF quand tous les droits ont été épuisés sont de moins en moins acceptées depuis deux ans. Ces pensions avaient permis de conserver dans l'emploi certaines personnes...plus fragiles, qui ne tiennent pas dans le système tel qu'il est aujourd'hui, des personnes pour qui

le médecin traitant et moi-même avons demandé une pension d'invalidité, parce que ces personnes ne se sentaient pas capables de reprendre un temps plein...

Dans le public, avec les réductions d'effectif, on demande aux gens d'effectuer la même charge de travail. J'ai un comptable qui bosse dans une mairie qui est dans cette situation, chaque fin de mois il est débordé, en surcharge de travail pour faire les facturations.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Faciliter la mobilité au sein des entreprises, et que les entreprises acceptent les ruptures conventionnelles, mes patients voudraient ça... l'entreprise en général freine et pousse les gens à bout pour qu'ils démissionnent.

Nom du psychiatre	N°34
Date	23 septembre 2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

- les burn-outs, dus aux problèmes relationnels avec l'entourage hiérarchique et/ou avec les collègues,
- les erreurs de management : il faut minimum 1 mois d'arrêt de travail, voire 3 ou 4 mois d'arrêt pour obtenir un changement de poste,
- les arrêts de travail à rallonge : c'est extrêmement budgétivore pour la Sécu, les employeurs ne sont pas foutus d'utiliser les ruptures conventionnelles, alors que tout le monde est ok pour se séparer ! Certains refusent, c'est ridicule !

Heureusement j'ai fait une formation sur le burnout, c'était très bien et ça m'a dégagé de mes obligations...il y a des km de réglementations, on est dans l'incantatoire avec le cadre du travail, mais sur le terrain c'est plus compliqué. Quand il y a maltraitance de la hiérarchie, ce n'est pas elle qui a raison. Depuis cette formation, maintenant je prends contact avec le Médecin du travail. Bon moi en tant que pédopsychiatre, évidemment je ne rencontre pas cette problématique avec les enfants, mais je vois que pour 95% des adultes concernés, la rupture conventionnelle ne se fait pas ! La mobilité interne en entreprise prend un temps fou. C'est diabolique, parce que dès que les gens changent de poste, ils s'épanouissent, c'est sidérants. Et en attendant, derrière, il faut médicaliser. C'est de l'énergie et du temps perdu. Ce qui coûte le plus cher, ce sont les arrêts maladies. C'est un gaspillage monstrueux...Un traitement, ça coûte 1500 euros par an. Pour avoir un arrêt en rupture conventionnelle, ça peut prendre minimum 6 mois d'arrêt, voire un an et demi, voire des années... évidemment il y a la limite des 3 ans d'invalidité, mais quand même... J'avais ça sur la patate, ça me fait du bien d'en parler à quelqu'un !

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Depuis 5 ans, il y a quand même une prise de conscience, que le management est mal foutu, et qu'il y a de la souffrance. Et quand ça remonte aux RH, ça bouge. Parfois il faut se taper du contentieux, et faire 12 mois en arrêt maladie, alors que c'est évident qu'il y a un problème de management. Il faut quand même une grande entreprise qui a la possibilité de recaser les gens bien sûr. Quand il y a une multitude de postes, les gens arrêtent de souffrir et redeviennent performants dès qu'on les change. Narcissiquement, c'est sympa de ne pas les maintenir dans un poste où ils souffrent, et le fait de les changer de poste, ça les revalorise.

Bien sûr c'est normal de « ritualiser » au sein de l'entreprise, on ne va pas changer quelqu'un de poste dès qu'il / elle verse quelques larmes, bien sûr que non. En même temps ça serait important que les gens puissent être vraiment entendus, dans un cadre, avec certains délais, qu'il y ait un

véritable échange, qu'on puisse s'inscrire dans un dialogue avec la direction. A la CPAM, on voulait prendre contact avec la représentation du MEDEF au niveau départemental pour échanger là-dessus, et puis finalement ça a traîné et ça ne s'est pas fait. Faire une démarche auprès du patronat, ça serait une bonne chose.

Il y a parfois une couverture complémentaire, ça dépend des entreprises. Il faut leur foutre les assurances au cul pour leur faire remarquer le ratio pertes/gains au niveau productivité. Il faudrait un contrôle médical systématique pour faire un état des lieux. Un contrat d'assurance avec une option « litige contentieux », et l'assurance pourrait fournir un juriste pour boucler le dossier si le comptable patauge, ou alors proposer une aide logistique pour raccourcir les délais de sortie de crise. Pour les accidents du travail, il y a bien une forme de mutualisation au patronat, ils ont pu faire ça, alors pourquoi pas dans le cas des arrêts maladie ?

Je peux vous dire que pour le bâtiment, le patronat a morflé ! Tout est hyper calé maintenant pour éviter les accidents du travail, parce qu'ils se sont collés la pression entre eux ! Du coup, si les complémentaires pouvaient mettre la pression aussi sur ce dossier là, ça les ferait bouger. On va payer ça combien de temps encore ? Ça ne bougera que si on fait bouger les lignes économiques. Les assurances bouffent leur marge dans ces dossiers. Ça a bougé pour les accidents du travail, ça peut bouger pour les arrêts maladies. Vu que nous les médecins on est là pour maintenir les gens en respiration artificielle, les gens tiennent, ils s'accrochent... Moi j'ai rajouté dans ma liste de contacts des avocats maintenant ! Quand mes patients ont un problème au travail, je les envoie à un avocat, c'est absurde ! (J'ai appris ça au cours de ma formation sur le burnout, que j'ai faite en ligne il y a deux ans grâce au Dr. S. . D'ailleurs dites-lui merci de ma part, c'était bien !)

Il faut un retour cybernétique dans les contrats d'assurance. Et il faudrait faire un point au bout de 3 mois d'indemnisation. Le médecin n'a pas à foutre son nez dans tout ça, car le médecin du travail est très respectable (certains sont vraiment neutres, et pas du côté du patronat). Moi je veux bien discuter avec eux.

De toute façon, le patron finit par craquer. Il vaut mieux envisager de faciliter les ruptures, au lieu de jouer la montre...moi je signe des arrêts parce que les ruptures ne sont pas signées. Alors que le patron va finir par se faire taper aux prud'hommes ... il n'y échappera pas, à la rupture ! Il faut que l'indemniseur demande à discuter avec les RH, et autour d'un « tableau de bord », pour que l'assureur puisse faire le point sur les indemnisations, en demandant au patron « Vous allez où là avec tel salarié ? Est-ce qu'on peut vous filer un coup de main sur le juridique ? » Il faut que ça soit simple, qu'il n'y ait pas trop de bureaucratie. C'est absurde les arrêts maladie... je n'ai pas fait 12 ans d'études et 40 ans d'expérience professionnelle pour faire des arrêts maladie ! Ça ne fait pas de sens ! Bien sûr je suis ok de faire ça pour la veuve et l'orphelin, quand c'est justifié, mais sinon c'est absurde.

Bien sûr parfois il y a un dialogue de sourd, un conflit entre le salarié et le patron et les deux pensent que l'autre est « une tête de cochon », et là il faut vraiment un tiers, quelqu'un d'extérieur, qui pourrait être l'assureur et qui dirait au patron « Respiiiire ! »... pour l'aider à comprendre...parce que les avocats eux pendant ce temps-là, ils font tourner le compteur... Ce

n'est pas dans leur intérêt que des délais se raccourcissent. Alors que l'assureur lui, peut coller un malus aux fesses du patron, qui lui veut payer moins... Oui, je crois que ça serait une bonne chose que l'URPS parle avec eux et avec le MEDEF pour débloquer tout ça.

Nom du psychiatre	N°35
Date	05.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème et sur la manière dont s'effectue la prise en charge de vos patients ?

La « souffrance au travail » c'est une entité qui n'existe pas en psychiatrie. Et pourtant, tous les jours nous y sommes confrontés. C'est un problème social...mais officiellement, il n'y a pas de « névrose de travail » ou de « burn-out »... alors que c'est pourtant au niveau du travail qu'a démarré le souci majeur. Ça représente un coût exorbitant pour l'assurance maladie.

Il y a énormément de stress pour les personnes en open space, où il y a une absence d'intimité et une grande promiscuité, notamment pour ces mamans qui ne peuvent même plus passer un coup de fil pour voir si les enfants sont bien rentrés de l'école... alors une antidote que la société a trouvé c'est le travail à la maison, mais ça c'est aussi une manière de ramener du stress à la maison !

J'ai un cas d'un enseignant qui est venu me voir, parce qu'il a un conflit très important avec la Direction de son établissement. Il est en stress. Et pourtant cette notion là non plus ne fait pas partie de la nosographie. Mais, pour ce qui est de l'anxiété ou des « troubles de l'adaptation », on sait faire. Les phobies, les dépressions on en voit tous les jours. La réponse classique, c'est de saupoudrer d'antidépresseurs et de tranquillisants, alors qu'on se répugne à faire cela ! Il ne faut pas médicaliser à outrance, pour ce type de problème, ce qu'il faut c'est de la psychothérapie. On a des méthodes très efficaces et rapides: les TCC, que j'affectionne particulièrement. Elles ont fait leur preuve, ce sont des méthodes établies et dont l'impact est démontré scientifiquement dans le monde entier. Alors bien sûr on pourrait inviter les gens à faire de la méditation, mais moi je ne suis pas bouddhiste, et je ne suis pas là pour faire de la religion. Pour le syndrome post traumatique par contre, alors là oui, on peut penser à d'autres méthodes, comme l'EMDR.

Pour les cas de harcèlement, on a besoin d'avoir quelques connaissances en droit, parce que si un patient se plaint qu'on lui a demandé de rester 15mn en plus au boulot, ça n'est pas du harcèlement. A l'inverse, dans d'autres situations, on aura besoin d'un conseil juridique pour défendre un patient. En tout cas nous avons toute une panoplie de de réponses thérapeutiques.

Une difficulté pour les fonctionnaires, c'est que leur arrêt maladie soit accepté par les «Comités Médicaux Départementaux ». En tout cas moi je n'ai aucun problème avec l'assurance maladie, qui ne contrôle rien. Je fais des arrêts de travail quand cela me paraît nécessaire. On peut faire ce qu'on veut. Et pourtant les arrêts de travail coûtent très cher. Bien sur la sécu s'attaque aux cas qui relèvent de la complaisance, mais en tant que psychiatre je n'ai pas de compte à rendre à la sécu : d'ailleurs il n'y a pas de contrôle ni sur le, ni sur la durée, ni sur les prescriptions. Comme certains, je pourrais me contenter de prescrire des médicaments... Alors qu'en fait, en 4 mois de traitement TCC, le patient s'en sort... il n'a pas besoin de prendre des médicaments pendant 30 ans ! Les psychologues coûtent encore moins cher à la sécu, vu qu'ils ne sont pas remboursés.

C'est important que les patients apprennent à gérer le stress. Le stress peut engendrer des réactions d'hypocondrie, notamment parmi les jeunes adultes qui font toute une batterie d'exams, alors que ce n'est pas du tout nécessaire. Quand le cerveau est malade, alors le corps l'exprime, c'est logique. L'anxiété fabrique des problèmes somatiques : palpitations, infarctus, sensation de mort imminente, comme cette femme qui me dit : « *je sens que je vais mourir* »...moi je lui dis que ça fait longtemps qu'elle dit ça...

Concernant les médecins du travail, c'est délicat. Il y a une coutume autour du secret professionnel, qu'ils ne peuvent pas parler des gens qui viennent les voir. Seulement quand ils disent « *y a un souci dans tel service* », ça oriente...Eux n'attendant pas grand-chose des médecins traitants. Et nous aussi nous sommes tenus par le secret professionnel. Eux aussi, mais ils sont obligés de rapporter les incidents, ou les sites ou les personnes qui en souffrent, et cela peut stigmatiser des patients déjà fragilisés. Bien sûr, quand on connaît certains médecins du travail, c'est différent, là on peut partager. En fait ils sont sous pression ! Eux aussi sont sous stress ! J'en connais un qui a dû démissionner car éthiquement il ne pouvait plus travailler selon ses principes...car l'entreprise, elle, ne veut pas d'accidents. A l'inverse, un employé absent coûte cher à la sécu, sans parler de son efficience professionnelle.

D'un autre côté, la plus grande société pharmaceutique en France offre à ses salariés une salle de relaxation, des cours de gym, des fauteuils de massage, de la méditation, et même le droit de faire la sieste... (ça c'est quand même le grand apport de la méditation bouddhiste et de Mao Zédong: le droit à la sieste.) Bref, ces directives de bien être sont inscrites noir sur blanc dans cette compagnie. Ce que j'en pense ? Je crois que tout ce qui est bon pour l'individu, pour diminuer le stress, l'absentéisme, la souffrance, le tourisme médical, la surconsommation de médicaments c'est positif. Pour moi toute initiative favorisant l'efficience des employés et favorisant la communication est bienvenue. Pourtant ces initiatives peuvent déplaire aux syndicats radicaux, qui veulent avoir des gens en colère et qui considèrent ces initiatives comme des manipulations de la direction. Alors qu'en fait il est prouvé par des études scientifiques internationales que ces approches sont efficaces, et que plus on exploite les gens, et plus c'est dur.

Et puis il faut garder en tête que dans les autres pays, ça ne se passe pas comme ça. En Allemagne, il y a des sanctions quand les arrêts de travail sont trop nombreux. En France, la sécu paie et ne contrôle rien. Et puis il y a aussi que les gens cachent, alors les chiffres que nous avons ne sont qu'une sous-estimation de la réalité, comme on ne peut pas parler ouvertement de « *souffrance au travail* » !

Je vous signale que l'Académie de médecine a fait en début d'année une présentation sur les différents aspects du « stress » (puisque ce terme là non plus ne fait pas partie de la nosographie et qu'on parle de « troubles anxieux »), donc maintenant il est légitime d'y faire allusion mais administrativement ça n'est toujours pas accepté. Et comme la sécu n'a pas changé sa nomenclature depuis 50 ans, ça ne risque pas de changer tout de suite, surtout que ce n'est pas l'époque où on va « élargir » la liste des thèmes acceptés ! Les caisses des maladies professionnelles ne sont pas déficitaires, il y aurait de l'argent à récupérer, mais le but politique

en ce moment c'est de montrer qu'on réduit les dépenses, pas qu'on améliore le soin...d'ailleurs ça se voit avec les consultations des MG à 23 euros...

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

- Nosographie : Se battre pour obtenir la reconnaissance nominative du stress au travail, le burn-out, le bore-out (ce qui est délicat puisqu'officiellement tout cela n'existe pas), et mieux traiter, parce que c'est facile de distribuer des médicaments, mais il y a des effets secondaires gênants associés aux tranquillisants (dépendance, perte de vigilance, problème de sécurité routière, etc.) Et le harcèlement c'est un terme juridique, pas un terme médical. Il faut aussi parler de la souffrance des chômeurs et des personnes qui partent à la retraite. Il y a vraiment de la souffrance là aussi. D'ailleurs l'assurance maladie commence à s'intéresser à la préparation du départ en retraite, pour éviter que les gens aillent trop mal.
- Former les médecins du travail et les étudiants en médecine, les initier aux TCC, parce que l'efficacité de ces dernières est reconnue, alors que la psychanalyse est connue pour être coûteuse et inefficace ! Et d'ailleurs je vous informe qu'il y a 13 mutuelles qui prennent cela en charge ! Depuis 30 ans, les médecins du travail sont formés à raison de 12 par an. Il faut que les médecins du travail puissent être initiés pour pouvoir reconnaître ce genre de troubles.
- Prévention au niveau des entreprises : elles sont intéressées. Il faut sensibiliser les patrons pour améliorer la qualité du climat. Ça fait avancer les choses.

=> L'URPS peut apporter son concours à travers des textes, des échanges et le résultat de cette enquête que vous êtes en train de faire.

D'ailleurs j'en profite pour remercier l'URPS grâce à laquelle j'ai pu rencontrer tous les partenaires utiles dans des conditions confortables dès ma nouvelle installation, et d'ailleurs j'ai deux collègues élus dans cette institution. Merci beaucoup.

Nom du psychiatre	N°36
Date	19.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

Dans ce type de situations, il y a 3 choses à considérer:

- le patron, ou la personne désignée par le consultant comme source de difficulté (peut-être il s'agit d'un pervers narcissique ou d'un manipulateur),
- l'organisation du travail de l'entreprise, de quel type de boîte il s'agit, comment elle fonctionne, quel est le rythme de travail, est ce qu'on demande beaucoup d'horaires ou pas, jusqu'à quelle heure les gens travaillent-ils ? la boîte est-elle « hors la loi » en termes d'horaires ?
- la question de la fragilité de l'employé : s'il a des assises solides, il tiendra le coup. En général, les situations à problème remontent à l'enfance...

J'ai plusieurs cas de patients dans ces situations. Les gens solides ne se laissent pas manipuler. Ils partent, ou ils trouvent d'autres solutions. Une de mes patientes est tombée sur une chef perverse. Appelons la « Anna » : elle n'avait pas de diplôme et sa chef lui faisait faire son travail. Au début elle a vu cela comme une opportunité fabuleuse. Et en même temps l'autre en a profité, et ça a « clashé ». C'était une personne relativement solide : elle a eu un arrêt, puis elle a négocié son départ, elle s'en est bien sortie, et elle a récupéré une estime d'elle-même. C'est un cas très positif.

J'ai un autre cas, d'un travailleur maghrébin : manipulé par des patrons-voyous. C'est allé aux prud'hommes. Il s'est laissé manipuler pendant des années avant de craquer. Il ne connaissait pas les lois, il n'avait pas d'appui. Je l'ai aidé à contacter la direction du travail. Je ne sais pas ce que ça a donné, s'il y a eu un licenciement ou une rupture conventionnelle.

Il y a des professions très angoissantes : comme les comptables. En période de bilan, j'en vois beaucoup qui craquent. Ils ont énormément de demandes : comme un travail à la chaîne, il y a une notion de rendement. Il y a aussi les professeurs des écoles, où les métiers de justice...Et les policiers, mais là c'est autre chose. On ne choisit pas ce type de professions par hasard...la police ou la justice...C'est souvent que dans le milieu familial, il s'est passé quelque chose...c'est un métier que l'on fait par « réparation ». Et les conducteurs de métro, de train, quand les gens se suicident sur les rails devant eux...ça fait des traumatismes.

J'ai eu un cas d'une femme qui a attaqué son employeur, qui faisait du REMBAL (viande périmée remise en vente). Cette femme était la passionaria de la Rembal !!! Elle était à la fois dans la souffrance mais aussi dans la jouissance...

J'ai eu une patiente qui avait fait une erreur de facturation. Elle a fait une dépression suite à cela, et elle est en arrêt depuis 2 ans. Au début il n'y avait aucune raison qu'elle fasse une dépression

pour cela...Et puis, au fur et à mesure, c'était comme un oignon...des couches. Des angoisses de mort, une forme d'immatunité, un sentiment de persécution.

Les médecins du travail ?

Je les connais assez mal. Sont-ils investis dans leur rôle ? Dans quelle mesure peut-on collaborer avec eux ? Ça m'arrive d'être en contact. Généralement, je fais des courriers. Si c'est plus compliqué, j'essaie de les rencontrer si c'est nécessaire... Je ne suis pas sûre de bien gérer ces cas, je me suis formée il y a longtemps avec MF Hirigoyen... et elle préconisait cela, de rentrer en contact avec les médecins du travail. En tout cas je le fais si le patient le demande. Il faut essayer d'organiser au mieux les choses.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

- Il faut une vraie réflexion au niveau de la société. L'affaiblissement des syndicats est un vrai problème. Avant, il y avait les délégués du personnel...tout est une question d'organisation.
- Il faut informer davantage les médecins (généralistes et psychiatres) afin qu'ils puissent informer mieux les patients. Ce n'est pas notre rôle au départ, mais nous avons besoin d'être mieux formés.

Nom du psychiatre	N°37
Date	17.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

Je suis beaucoup confrontée à cette problématique dans mon travail. Je suis médecin agréée par l'ARS, donc en tant qu'expert avec un profil secteur public, je fais partie de différents Comités Médicaux, ministériels, pour des collectivités territoriales, ou pour le rectorat de Versailles. Dans ce type de cas, la prise en charge est très codifiée, les traitements adaptés et le soutien psychologique fourni. Le travail est de restaurer le narcissisme de la personne qui se trouve en situation de harcèlement grave, et généralement ces situations font écho à quelque chose qui s'est passé dans l'enfance, une forme de maltraitance intra-familiale. Parfois il y a enfermement dans une forme de sinistrose, et généralement on est dans l'évitement du lieu de souffrance. Dans les grands corps de l'Etat, on arrive à réinsérer ces patients, grâce à un changement de lieu d'affectation, à une reprise à mi-temps thérapeutique. Dans les ministères ou dans l'éducation nationale il est possible d'avoir une mutation (quand les profs ont eu des classes difficiles, ils sont démolis pour longtemps). Je vois une augmentation des congés de longue maladie, ou de mise à la retraite pour invalidité, ça dépend de la capacité de résistance des gens, de leur fatigabilité. C'est une question de personnes, la hiérarchie peut être harcelante parfois, et dès qu'il y a départ du supérieur ou affectation sur un autre secteur, ça va mieux. Parfois c'est très dur de muter, dans certaines administrations notamment, plus que dans une Mairie.

C'est difficile de prouver des situations de harcèlement, en général les patients n'ont pas gardé des traces matérielles de preuve, et les collègues ne veulent pas témoigner. Parfois la souffrance au travail est aussi due à un changement d'environnement, à une délocalisation en banlieue éloignée par exemple, parce que les services administratifs s'agrandissent, alors passer de 3/4d'heure de trajet à 1h30 voire 3h, ça crée une souffrance réelle pour la personne qui a atteint un certain âge. On ne réagit pas pareil à 25 ans qu'à 40.

Je vois beaucoup de burn-out. Ce sont souvent des gens qui sont perfectionnistes, dévoués, qui vont tenter de pallier à l'absence d'un collègue à cause des réductions de poste, des gens qui vont prendre du travail à la maison le week-end. Et quand ils craquent, il faut minimum un an pour les récupérer à cause du trop-plein de fatigue. Alors j'octroie des congés maladie longue durée quand c'est comme ça.

La reconnaissance de la maladie pro, c'est plus rare, il y a des avantages liés, mais ça arrive. Je vois la même similitude entre privé et public : il suffit qu'un chef de service un peu « bonasse » parte à la retraite et qu'il soit remplacé par un jeune cadre dynamique, formaté pour faire travailler les autres : les employés ayant la cinquantaine sont jugés pas assez « créatifs » ou « performants », et cela suffit pour être un déclencheur. De jeunes employés peuvent être pris là-dedans également. On les pousse à partir parce qu'ils ne sont pas assez performants, et c'est douloureux. C'était un peu ce qui s'est passé à l'hôpital Pitié-Salpêtrière l'année dernière quand le professeur s'est suicidé. Les méthodes de travail avaient changé, et on avait même changé le verrou de son bureau, pour le pousser à partir...

Je vois aussi des réactions de syndrome post-traumatique chez ces patients (mécanismes de rumination, cauchemars), mais souvent c'est une répétition de situations anciennes, avec souvent un cumul de choses, un deuil des parents, une fragilisation... Et si le supérieur devient menaçant, ça les fait craquer.

Les médecins du travail ?

Ils sont très réceptifs, ils aident à protéger et parfois ils ne peuvent pas faire grand-chose. Il y a la possibilité de saisir le CHSCT mais je n'ai pas de vision là-dessus, sur l'impact. En même temps il ne faut pas trop faire traîner pour qu'ils reprennent une activité, sinon ils s'installent dans le statut de malade, avec une forme de phobie, et ils ne reprendront pas...donc après un an, c'est bien de pouvoir reprendre.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Je ne sais pas... Il faudrait être attentif à la prévention, à aider les gens à se réinsérer.

Nom du psychiatre	N°38
Date	20.10.2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Sophie Rougevin-Baville

Qu'aimeriez-vous dire sur ce thème, et sur la manière dont s'effectue la PEC de vos patients ?

J'ai pas mal de cas en ce moment, de burn-out (BO) ou de harcèlement. Le BO c'est ce qu'on appelait avant « la dépression d'épuisement » sauf qu'avant on ne prêtait pas attention aux symptômes physiques, notamment cardio-vasculaires, qui signalent un BO. Le harcèlement ça n'est pas un diagnostic médical...et aujourd'hui on hospitalise des gens qui n'en peuvent plus ! Nous, on a intérêt à poser un diagnostic de dépression, qui est supposé être lié aux conditions de travail Ce qu'on veut c'est protéger le patient et le mettre en arrêt.

Les médecins du travail ?

C'est compliqué. Que peut-on faire ? Parfois ils peuvent être compréhensifs et prononcer l'inaptitude au poste, ce qui légalement donne l'autorisation au patron de licencier.

En théorie, on n'est pas censé avoir de relations directes avec eux, sauf s'il y a accord du patient, et ce dernier en général considère que le médecin du travail est du côté du patronat. On ne peut pas être totalement transparent avec eux. Je me souviens notamment d'un patient, qui était harcelé, et qui n'a pas été du tout soutenu par son médecin du travail, qui a raconté tout ce qui lui avait confié en entretien à son patron. C'est remonté jusqu'au Conseil de l'ordre, et puis ça s'est arrêté là...

J'ai eu un autre cas, d'une femme médecin du travail, qui n'avait pas du tout pris en compte mes recommandations, et qui m'a appelée affolée quand mon patient a débarqué dans son bureau en lui disant qu'il allait se suicider. Elle est tombée sur mon répondeur (puisque je ne décroche pas !), et je ne l'ai jamais rappelée, parce que c'était bien trop tardif. Ce patient était suivi par l'hôpital intercommunal de (...) pour souffrance au travail justement. C'est allé jusqu'aux prud'hommes. C'est un exemple caricatural d'un médecin du travail pas soutenant !

Il y a deux ans j'ai fait une intervention auprès de généralistes : je leur ai dit de ne rien transmettre aux médecins du travail. C'est dangereux. Il y a des textes, des articles, et des lois sur ce point : le médecin du travail ne soigne pas le patient. En cela, je ne suis pas autorisé à trahir le secret médical. Si je le contacte, c'est par le biais du patient, parce que celui-ci le souhaite, mais c'est très compliqué.

C'est très difficile pour eux d'être impartial. Ils sont dans une position délicate, entre le marteau et l'enclume. J'ai fait un remplacement de 15 jours quand j'étais interne, dans une société d'assurances...c'était flagrant : le médecin du travail fait partie du patronat, des cadres : les directeurs vous considèrent comme faisant partie de LEUR monde, ils vous disent en parlant d'une salariée : « Celle-là, elle a de sacrés problèmes ! » Vous êtes clairement entre pairs avec eux, vous faites partie de l'encadrement !

Dans la fonction publique, c'est différent, la médecine de prévention est extérieure à l'administration.

J'ai été psychiatre en hôpital, je n'ai reçu aucun soutien, et il y a de la maltraitance....Je suis aujourd'hui retraité actif, j'ai commencé à l'hôpital de (...) en 19(...), où j'ai exercé pendant plus de trente ans. Quand je suis arrivé à la retraite, j'ai prolongé d'un an pour rester à l'hôpital. La 2e année, j'ai voulu prolonger encore et la Chef de Pôle a vu ça d'un mauvais œil, elle m'a imposé de faire mes consultations au CMP et non plus à l'hôpital. Elle voulait que je sois en retraite immédiate sans tenir compte de mes patients, de mon ancienneté, et du surcroît de travail que mon départ allait représenter pour mes confrères. C'est une question de sectorisation : Le CMP est en principe à (...) et en fait il est à (...). La Chef de Pôle ne voulait pas qu'on fasse de consultations externes. D'un seul coup, quelqu'un qui a 25 ans de moins que moi m'impose de travailler d'une certaine manière sans tenir compte de l'aménagement de mon travail, ni du surcroît pour les confrères...c'est absurde. Il y a des diktats qui tombent, de la direction des hôpitaux et qui répondent uniquement à des calculs foncièrement comptables. Tout ce qui compte, c'est de faire des économies, parce qu'ils reçoivent des primes...on leur demande de faire des économies sur le dos de leurs confrères, c'est une vraie mentalité de contremaître. La direction se fiche de ce qui se passe. A (...), il y a plusieurs postes de psychiatres qui ne sont actuellement pas pourvus : la direction s'en fiche, il faut faire des économies, et peu importe comment. Le côté médical, on ne va pas voir, on s'en fout. La Chef de Pôle se retrouve du côté de la Direction, ça reproduit le même système que dans le privé...il n'y a plus de confraternité, le Chef de Pôle considère ses confrères comme des subalternes. Et la Direction est très contente de se dégager de tout cela. Cela est dû à l'augmentation du pouvoir administratif sur les hôpitaux...

Avant nous avions un internat à l'hôpital, pour nous retrouver. Maintenant avec la réforme des études, il n'y en a plus. Il a été fermé, pour faire des économies. Ensuite le club des médecins a été fermé. On nous a dit : « il y a une salle de réunion, vous n'avez qu'à l'utiliser. » Mais pour cela il faut la réserver, elle n'est pas toujours disponible, parce que la Direction l'utilise. Progressivement, il n'y a plus eu de lieux pour que les médecins puissent se rencontrer... Il n'y a plus d'échanges, plus de possibilité d'harmoniser nos pratiques. A (...), il y a un nouvel hôpital qui s'est construit. Les psychologues doivent partager leur bureau. On leur a dit « il faut vous arranger entre vous, vous avez trois bureaux, arrangez-vous. » Vous vous rendez compte, un psychologue, sans bureau ? Ses consultations, il les fait où ?

Dans cet hôpital on a mis des psy pour prévenir la souffrance au travail, les professionnels ont été très sollicités par le personnel, alors la direction a décrété qu'on ne pouvait plus les consulter qu'en dehors des heures de travail, parce que ça gênait sinon...mais comme dans ces consultations, ce qui ressortait, c'était des critiques du mode de management, que c'était comme un exutoire, le poste a été supprimé...parce que la Direction n'a aucune envie d'entendre des critiques !

Il y a vraiment une baisse de la considération qui conduit au burn-out. On est de plus en plus déconsidérés. C'est déprimant. Je suis content d'en être parti, au moins, j'ai échappé à ça en partant en libéral, même si on a plein d'autres soucis aussi à ce niveau-là, toujours à cause de

l'administration, comme le fait de devoir faire des travaux d'accessibilité pour les handicapés immédiatement, sans tenir compte des ressources de chacun, de savoir si on a des problèmes ou pas. La SNCF a le droit d'attendre 9 ans avant de faire ces aménagements handicapés, et nous, nous devons le faire tout de suite...alors moi j'ai déménagé. Il y a vraiment un système bureaucratique et comptable stupide. Il faut donner aux gens les moyens de travailler pour être plus productifs...Les chiffres de l'UFML sur le nombre de médecins et d'anesthésistes suicidés est effrayant.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

L'hôpital et la clinique, c'est pareil. Il n'y a plus de pouvoir médical. Les décisions sont prises par les non-médecins. L'hôpital est géré comme une entreprise, alors que non, on n'a pas choisi ça, on a fait ce métier pour que l'hôpital soit un lieu où on SOIGNE. On demande aux gens de faire 35h d'affilée, de garde...Il faut redonner une valeur aux métiers difficiles, comme les infirmiers, les flics...toutes ces professions, ces gens, on les démolit sciemment. Ce qui compte aujourd'hui c'est la rentabilité. Il faudrait inverser cela, et je ne vois pas comment. Je suis pessimiste.

C'est la même chose dans le privé et dans le public. Il y a le poids des ARS, qui dirigent tout...ça me fait rigoler la création de la HAS (Haute Autorité de Santé), qui décrète comment on doit soigner...

Ce qui compte c'est le respect de l'autre, d'aborder les gens avec RESPECT. Et la dignité aussi. On voit les gens se faire vilipender dans les médias (les patrons, les médecins), des décisions sont prises contre eux, il y a de l'humiliation, tout cela est « dépressiogène ». La 1e cause du burn out c'est d'être déconsidéré. Tout le monde s'en fiche. Il y a vraiment une absence de reconnaissance. C'est ça qui compte : la reconnaissance de la valeur du travail des gens. Il faudrait redonner ces valeurs-là.

Au niveau structurel, il y a ces petits chefs, qui pressurent les autres, comme ces Chefs de Pole. Il faut vraiment modifier le système !

C'est bien qu'on en parle...

Tenez-moi au courant des résultats de l'enquête !

Nom du psychiatre	N°39
Date	03.10. 2016
Entretien réalisé	Entretien téléphonique -Valérie Pont

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Elle dit se sentir concernée, qu'elle aimerait influencer sur le confort des personnes dans l'entreprise. Il y a une augmentation du nombre de personnes touchées par la souffrance au travail, et une impuissance des médecins psychiatres.

Cette impuissance est partiellement due à l'absence de médecins du travail, ou à des médecins du travail qui sont eux aussi pieds et poings liés par l'entreprise. En effet, il y a des entreprises où il n'y a pas de médecins du travail.

Les arrêts de travail finissent par poser problèmes car les personnes sont au bout d'un moment aptes à reprendre le travail, mais les manières ou le contexte de la reprise ne leur conviennent pas. Ainsi, l'entreprise ne permet pas de reprendre le travail en douceur. Il n'est pas possible de reprendre sur un mi-temps ou un temps partiel au moins un mois avant une reprise effective à temps complet. On est obligé de passer par un mi-temps thérapeutique avec des délais d'arrêts de travail plus longs...

Pour les personnes ayant des syndromes d'épuisement, accompagnés éventuellement de troubles anxieux et/ou dépressifs, il n'y a pas de solutions autres que les arrêts de travail longs, surtout si la médecine du travail n'est pas adaptée.

Pour le harcèlement, les gens arrivent fréquemment en première consultation avec cette plainte. C'est très social, très à la mode. Au départ, il est difficile de savoir si c'est un vrai harcèlement ou un syndrome d'épuisement. Mais on se rend compte dans notre pratique que le « harcèlement » est assez rare statistiquement par rapport au nombre de personne arrivant avec cette plainte initiale. Les syndromes d'épuisement sont beaucoup plus fréquents.

Quelles recommandations ?

Il faudrait travailler sur une passerelle avec « après », après l'arrêt de travail, trouver des solutions autres.

Par exemple, on pourrait travailler avec les médecins de CPAM pour que celle-ci aide à la reprise du travail, notamment sur des mi-temps thérapeutiques. Aujourd'hui, il faut attendre 6 mois l'accès en longue maladie qui permet d'introduire un mi-temps thérapeutique. Pour les pathologies de souffrance au travail, il faudrait réduire ce délai à 3 mois. Ainsi, on éviterait les longs arrêts de travail pour les personnes souffrant de syndrome d'épuisement. L'URPS pourrait être un interlocuteur auprès de la CPAM.

Je n'ai pas de problèmes avec la sécurité sociale sur la longueur des arrêts de travail que je donne comme par exemple mes collègues généralistes. Mais cela pourrait arriver.

Une meilleure connaissance de l'entreprise pourrait parfois nous faciliter les choses.

La souffrance au travail représente 10 à 20% de mes consultations. C'est en nette augmentation depuis 3-4 ans soit parce que le climat social est de plus en plus difficile ou/et parce que les français sont aussi de plus en plus sensibilisés aux facteurs de stress. Enfin certaines méthodes de managements incluant des logiciels avec une pondération horaire sont tellement déshumanisées qu'elles entraînent obligatoirement de la souffrance au travail.

Nom du psychiatre	N°40
Date	03.10. 2016
Entretien réalisé	Entretien téléphonique – Valérie Pont

Depuis 3-4 ans, les demandes de patients pour des problématiques de conflits au travail embouteillent les consultations, et sont de grands pourvoyeurs d'arrêts de travail.

La situation est paradoxale. On arrête des personnes de longs mois pour des pathologies non classiques, celles liées à la souffrance au travail ; et on se pose des questions pour donner un arrêt de travail à une personne schizophrène. Parce que l'on fait attention au nombre total d'arrêt de travail que l'on donne.

Il y a un changement dans la manière dont les personnes arrivent en consultations psychiatriques. Il y a 30 ans, les personnes arrivaient toujours par le biais du médecin du travail. Alors que maintenant, elles viennent directement la plupart du temps, même si certaines sont envoyées par les médecins du travail ou les généralistes.

Nous autres psychiatres, nous n'avons pas eu de formation spécifique sur la vie en entreprise que nous ne connaissons pas. Nous la découvrons à travers le discours de nos patients au fur et à mesure de notre pratique. J'aimerais avoir une formation plus spécifique. Il y a à l'hôpital de Garches un service spécifique sur la souffrance au travail. Mais ce service est très encombré, il faut trois mois avant un premier RV. Je demande à mes patients de prendre contact avec eux. D'une part, ils ont une meilleure connaissance des entreprises, des types de conflits et de situations ainsi que des recours (ils ont plus de recul). Mais cela me permet aussi de tester la motivation de mes patients...

Le vrai problème, c'est également de repérer les fraudeurs des autres. Certaines personnes veulent juste un arrêt de travail.

Dans les personnes authentiquement en souffrance, il s'agit souvent de mise à l'écart (tendance à être isolé, placard..) ou des plans sociaux en entreprise...

Cela entraîne souffrance et dépression.

Quelles recommandations ?

La formation sur l'entreprise est une piste à suivre.

Enfin, il faut également créer plus de consultations spécialisées du type de l'hôpital de Garches pour « dé-saturer » les services spécialisés.

Nom du psychiatre	N°41
Date	28 septembre 2016
Entretien réalisé	Par téléphone – Valérie Pont

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Ce ne sont pas forcément des difficultés. Mais, je suis très sollicitée pour des arrêts de travail. D'abord, il y a le problème des ruptures conventionnelles que les employeurs refusent à leurs salariés, ensuite il y a une mauvaise gestion des RH.

Souvent, je donne des arrêts de travail pour de longues périodes, par exemple 9 mois, alors que ce n'est pas vraiment justifié par la pathologie au-delà de trois mois. On le fait pour épargner le salarié. Quand c'est une procédure prud'homale, alors là, les délais sont encore plus longs. Et il faut continuer à protéger le salarié. L'arrêt de travail protège le salarié. Sans arrêt de travail, celui-ci démissionne et n'a pas d'indemnités. Je ne comprends pas pourquoi les employeurs refusent les ruptures conventionnelles.

Je suis une ancienne psychiatre, j'ai travaillé trente ans en hôpital. Donc je connais bien. Je m'appuie parfois sur les médecins du travail, car certains sont très actifs. Mais là aussi, les délais sont longs pour avoir un certificat d'invalidité pas avant 6 mois. Le certificat d'invalidité permet d'obliger l'employeur à licencier.

Quand il y a un problème de management, l'employeur envoie le salarié chez son médecin traitant. Il gère donc de manière individuelle des problèmes collectifs. Parfois, un arrêt de travail d'un mois permet une prise de recul du salarié. Mais le plus souvent, l'employé est au placard, et la situation perdure. On est face à des personnes qui pourraient retravailler mais dans un contexte différent.

Le généraliste m'envoie les patients car il sait que je peux prendre le temps. Pas lui.

Et puis, il ne faut pas se leurrer, il y a une grande hostilité du salarié à la reprise du travail. Ce problème est accentué aujourd'hui par les refus de rupture conventionnelle. Je ne comprends pas pourquoi les employeurs refusent ces ruptures.

Il y a beaucoup de dépresses, de surmenages mais pas de grosses maladies, ni de pathologies qui nécessiteraient des arrêts de travail aussi long. Ce n'est que pour préserver les salariés. Je n'ai que très peu de personnes en burn out.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Je ne sais pas. Est-ce que ce que je dis rejoint ce qui est exprimé par mes collègues ? Ou est-ce uniquement moi ? Je n'ai pas d'idée. Il faut que les employeurs acceptent plus facilement les ruptures conventionnelles. On utilise les « psy » pour faire du contrôle social, pour gérer les gens qui sont dans des situations sociales difficiles...

Nom du psychiatre	N°42
Date	06.10.2016
Entretien réalisé	Entretien téléphonique – Valérie Pont

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

Un certain nombre de mes patients sont en souffrance au travail. La tendance «souffrance psychique », on la trouve partout... Le monde de l'entreprise va sur la tête. Les stratégies de management sont nulles. Et la plupart du temps, la souffrance causée par le n+1 est cautionnée par le n+2.

Je donne des arrêts de travail généreusement : il faut empêcher les salariés de subir ce qu'ils subissent, et donc prolonger les arrêts autant qu'il est possible de le faire.

La plupart du temps, la solution pour le salarié se trouve à l'extérieur de l'entreprise dans un nouveau boulot ; mais parfois il peut y avoir un poste aménagé ou un retour dans l'entreprise au poste de travail.

J'ai peu de contact avec les médecins du travail. Ceci n'est pas un problème médical, c'est un problème de société. Mais bien sûr, il faut un suivi de la personne et un traitement médicamenteux.

Recommandation ?

Je le répète, **c'est au niveau politico-social que l'on peut faire quelque chose, pas au niveau médical.**

De mon temps, après 30 ans dans l'entreprise, on vous donnait une médaille du travail ; on ne vous virait pas ! C'est la société qui change.

Les mises en invalidité (3 ans d'attente) ou incapacités sont exceptionnelles, mais une information spécifique sur ces deux aspects serait utile.

Je n'ai jamais eu d'inquiétude sur les arrêts de travail que je donne.

Nom du psychiatre	N°43
Date	14 /10/16 à 12h30
Entretien réalisé	Par téléphone - Florence Chevalier

Quelles difficultés ou spécificités rencontrez-vous avec les patients dont la souffrance est directement liée au travail ?

Le plus difficile est de faire entendre aux entreprises la nécessité d'aménager quelque chose pour ces personnes, ce qui est souvent mal compris, car il ne s'agit pas d'un aménagement physique, mais d'un aménagement du temps de travail, ce qui n'est pas toujours bien perçu par la hiérarchie. Il faut passer par le médecin du travail. On ne peut pas intervenir directement. Par ailleurs, on n'a pas tous les éléments pour juger. Un patient délirant me racontait qu'on lui volait ses affaires, alors que le médecin du travail me rapportait qu'il effrayait tout le monde dans son service.

Ensuite, ces personnes manifestent souvent une certaine lenteur au travail, qu'on ne leur pardonne pas. Et quand l'employeur se montre conciliant, ce sont les collègues qui vivent mal le report sur eux d'une partie de la charge de travail. Car, contrairement à d'autres postes aménagés, la difficulté de la personne à occuper son poste ne se voit pas : pas de fauteuil roulant, pas de bras en écharpe... La souffrance n'est pas visible...

C'est dans les PME que ce type de situation pose souvent le plus de problèmes, car la personne a rarement la possibilité de changer de poste. Cela conduit à des arrêts de travail plus longs. Le salarié n'a pas d'autre choix sinon que de démissionner.

Et durant l'arrêt maladie, il est impossible d'accéder à des formations comme celles de Pôle Emploi, par exemple, qui permettraient au patient de se reconverter.

Mais il y a aussi des souffrances bénignes qui se résolvent d'elles-mêmes dès qu'on en parle. En revanche, quand ce n'est pas négociable, ça finit souvent aux prud'hommes.

Quand la personne continue de travailler, néanmoins, on peut envisager des aménagements. Certaines associations, comme l'ARIM, peuvent être d'un grand soutien pour trouver des solutions.

Quelles seraient vos recommandations, ce que vous aimeriez voir se passer ?

Dans ces cas-là, les médecins du travail ne sont pas toujours chauds pour déclarer l'inaptitude. Il faudrait donc établir une mention spécifique : « inaptitude pour souffrance au travail ».

Par ailleurs, beaucoup d'employeurs ne comprennent pas que la lenteur puisse être durable. Il faudrait que les RH soient mieux informés à ce sujet.

Il n'existe aucune aide pour orienter les personnes durant leur arrêt maladie. Le patient se retrouve seul à chercher du travail comme un chômeur.

Certaines personnes se sentent harcelées et c'est compliqué à gérer sans soutien juridique. Personnellement, je ne sais pas quoi faire, car intervenir risque d'envenimer une situation déjà délicate.

Il faudrait adjoindre un psychologue – plutôt qu'un psychiatre – au médecin du travail.

Et que la médecine du travail soit indépendante. La plupart des médecins du travail sont frileux, et n'ont pas les coudées franches.

Nom du psychiatre	N°44
Date	06.10.2016
Entretien réalisé	Entretien téléphonique - Valérie Pont

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette problématique ?

J'ai le sentiment que les situations de souffrance au travail sont de plus en plus fréquentes. Certains patients arrivent par des avocats en droit du travail, et pas seulement des médecins généralistes.

Ce sont des cas de harcèlement, burn-out...

C'est préoccupant car la fréquence augmente. Quand les patients sont âgés de plus de 45-50 ans, il y a une remise en cause professionnelle. La projection sur l'avenir est plus complexe car les opportunités de rebondir sont différentes, surtout s'il recherche uniquement un poste salarié. Pour les autres cas, c'est plus facile. Un jeune peut retrouver une activité.

Parfois, il y a une vraie pathologie associée. Si le symptôme est clair, je donne des médicaments. Mais la stratégie thérapeutique la plus efficace est l'arrêt de travail. Cependant, le retour au travail peut alors être difficile, surtout si l'arrêt a été long.

Pour les médicaments, il s'agit soit d'une prescription ponctuelle, soit des traitements par exemple d'antidépresseur pour un an. L'arrêt de travail est la médecine la plus efficace, je n'ai aucun complexe à l'utiliser. C'est le plus efficace pour élaborer un projet ou pour gérer la rupture avec l'entreprise. 8 mois, ce n'est pas exceptionnel. Et oui, je suis un mauvais prescripteur pour la sécu.

Il y a des personnes qui n'ont jamais eu de difficultés « psy » et pour lesquelles la situation professionnelle déclenche la souffrance au travail. Et il y a aussi des personnes vulnérables où le travail aussi peut être un déclencheur !

Je suis très fréquemment en contact avec le médecin du travail, car il est membre du CHSCT et doit donc alerter les Ressources Humaines sur les risques psycho-sociaux, et c'est important qu'il puisse le faire (Je ne le contacte évidemment qu'avec l'accord du patient).

C'est important surtout s'il y a un médecin du travail dans la structure. L'impact n'est pas le même avec une structure inter-entreprises.

Quand les entreprises sont très délétères pour les patients, avec une absence de volonté, je donne un certificat médical qui précise que « le symptôme est en relation avec la souffrance au travail ». C'est un certificat détaillé qui reprend tout l'historique. Ce certificat est amené par le patient à la visite de reprise de la médecine du travail. Je précise que le patient est inapte dans cette entreprise à tous les postes de travail. Puis la médecine du travail valide. L'entreprise a alors l'obligation de démarrer une procédure de licenciement dans un délai d'un mois.

Recommandation ?

- Il faudrait des formations à destination des RH. Il y a une vraie absence de conscience des risques psycho-sociaux.
- Il faudrait développer les relations entre les médecins du travail et les généralistes et psychiatres.

- Je relève principalement trois situations :
 - Harcèlement, la plupart du temps par le supérieur hiérarchique,
 - Burn-out, provoqué par une surcharge de travail soit ponctuelle (changement de process), soit des fusions ou réorganisations de l'entreprise,
 - Surmenage par les personnes de l'encadrement, qui n'ont pas toujours conscience de trop travailler.

Annexe 2

COMPTE RENDU DES FOCUS GROUP

Focus Group N°1 du 20 octobre 2016

Définition de la souffrance au travail : de quoi parle-t-on ?

Il faut définir la souffrance au travail, sinon c'est un gadget de psychiatre, incompréhensible, et faire la différence avec « dépression », « harcèlement », etc. Tous ces mots n'appartiennent pas à la nosographie psychiatrique.

Dès qu'on nomme une chose : elle apparaît : dès qu'on a commencé à parler de « souffrance au travail », il y a eu des cas.

La souffrance au travail ce n'est pas pareil que la souffrance PAR le travail.

C'est un sujet fondamental : on y est confronté en tant que psychiatre, on cherche les causes. La souffrance viendrait du travail ? C'est difficile de faire la part entre les causes perso et le champ du travail...

Dès qu'il y a difficulté, on leur dit : « c'est un problème personnel ».

Pour nous, c'est important de définir ce qu'on entend par « souffrance au travail ».

Cela impacterait la reconnaissance des tiers : de la sécu, des médecins du travail parce qu'il peut y avoir une dérive, quand on dit : « Ce qui se passe au travail, ce n'est pas la cause ! »

Y a des gens fragiles, et c'est pour ça qu'il n'y a pas de définition : ce sont des arguments par rapport à la sécu... alors on fait du bricolage !

Souffrance = problème de harcèlement / marginalisation / humiliation / maltraitance : de plus en plus souvent.

Etat anxio-dépressif majeur : il y a quelque chose en amont. Chez tous les patients : il y a une histoire personnelle. On dit « Ce n'est pas étonnant que ça lui arrive à lui. »

On parle de pathologies « acquises au travail ».

La sécu parle de trouble anxio dépressif, mais le handicap n'est pas reconnu.

Ce n'est pas considéré comme une maladie, c'est risqué pour le patient, et ça peut invalider toutes les procédures qui vont suivre après pour lui. Notion qui n'est pas officiellement reconnue, il n'y a pas de justificatif : ça fait un coût énorme sans imputabilité.

Il faut la rendre officielle, parce que son coût est exorbitant, il faut la faire reconnaître. L'académie de médecine vient de faire une présentation sur le burn-out (anciennement : « dépression d'épuisement »).

Il faut une vraie reconnaissance administrative de ce problème pour pouvoir faire une recherche, c'est capital.

Syndrome post traumatique.

Stress ou somatisation sans « souffrance » : il y a des patients qui nous disent : « ah oui je fais de l'asthme, mais uniquement au travail ». Ce sont des manifestations somatiques sans souffrance.

Important de dire de quoi on parle, que ça apparaisse au tableau des maladies professionnelles.

Différence entre : maladie acquise au travail (souffrance suite à cela, et congé LD) : difficile à faire reconnaître et accident du travail.

Alors comment on fait nous avec tout ça? On triche ! On parle « d'épuisement réactionnel », « d'état anxio dépressif », on désigne sans nommer, on a à être du côté de la personne !

Qui en souffre et pourquoi ?

Certains disent : « Ce n'est pas n'importe qui qui est victime de souffrance au travail. »

D'autres disent : « Ça peut arriver à quiconque. »

Ce qui compte, c'est un thérapeute qui écoute vraiment, s'intéresse, est dans la relation, offre un espace d'accueil sur mesure, adapté à chaque cas.

La souffrance est liée aux conditions de travail (encadrement, systèmes méthodes, management, structure de l'entreprise, etc.) pas au travail en lui-même. Bien sûr il y a des personnes paranoïaques, et des jeunes qui veulent grimper, c'est normal. Il y a aussi des entreprises vraiment maltraitantes. Il y a les deux. On peut voir les personnes dont on estime que l'entreprise est maltraitante.

Parfois le patient accepte la maltraitance : il n'y a plus de limite, on est dans l'intoxication, avec 80h de travail/semaine. Quand il y a « décompensation » : on les voit à ce moment-là. Les gens qui souffrent en entreprise non maltraitante : ceux-là on peut les aider avec des « aménagements » (dans les cas de handicap par exemple).

Quand c'est maltraitant : c'est difficile pour nous les psychiatres.

C'est plurifactoriel, dû à la globalisation, la pression augmente sur les individus.

Pour les libéraux (avocats, médecins, et toute situation professionnelle où il y a un fort taux d'individualisation), il y a ce délai de 90 jours de carence et le fait que le travail soit individuel : ça fait peser sur le psychisme tout un poids, une course à la rentabilité, et cela dans tous les métiers.

A la banque, quand il y a relation personnalisée avec les clients = c'est risqué pour la banque... Un patient, employé de banque qui avait une éthique et de bons contacts avec les clients, ne pouvait pas les exploiter et leur faire signer des documents qui étaient clairement à leur désavantage. Il a explosé.

Salariés : robotisation, plus d'humanité...

Infirmière : tout est « protocolisé » : elles craquent !

Il y a une perte du rapport humain et du sens du travail. Ça n'a plus de SENS: quand on en est là, on est très avancé dans la destruction.

Karoshi : mort subite au Japon / USA (Accident cardio vasculaire), comme les lapins qui meurent si on leur fait peur...

Les relations avec les médecins du travail :

On peut contacter la médecine du travail, mais déontologiquement, c'est interdit. Beaucoup de choses se font par téléphone. On les contacte quand on a une demande à faire, de licenciement pour inaptitude, ce n'est PAS pour décrire le patient. On se méfie d'eux, parce qu'ils sont payés par l'employeur. C'est un viol du secret professionnel, et ça risque d'être défavorable au patient.

Ca dépend de si on les connaît ou pas, et de là où en est le patient.

« Depuis 30 ans, je forme les médecins : eux sont démunis, se sentent coupés, ils sont tenus au secret professionnel, mais on a l'impression de le trahir. »

Fiche de risque psycho sociaux, conseils : on suggère du télétravail, des aménagements de poste...

ARIM : association qui s'occupe du handicap.

Parfois certains médecins du travail ont peur des patients, ils se demandent s'ils sont dangereux, ils nous interrogent sur des points précis.

Parfois le médecin du travail zélé se fait virer parce qu'il est trop du côté des patients (dans les administrations régionales, dans les entreprises publiques).

Hôpital St Antoine : formation cognitive comportementale pour les risques psycho sociaux : Les médecins du travail sont très intéressés, ils ont à rendre compte de la souffrance psychologique alors qu'ils n'ont pas de connaissance théorique là-dessus ! Ils ne sont pas formés en psychiatrie, ils ne sont pas thérapeute, c'est juste pour faire de l'orientation. Ils font un diagnostic rapidement, ils veulent pouvoir orienter (psychiatrie = stigmatisant = toxicos, patients dangereux, etc.)

On parle de souffrance « acquise au travail »

Ce qu'ils veulent c'est comprendre les pathologies qu'ils rencontrent au premier chef.

Arrêt / Non arrêt :

Parfois les patients sont déjà arrêtés, les généralistes (MG) nous les réfèrent parfois.

L'arrêt est une « pièce maîtresse » pour protéger la personne, un abri contre la maltraitance, pour permettre un début de distanciation par rapport à ce qu'elle vit.

C'est aussi l'envoi d'un message à l'entreprise. Au bout d'un moment dans l'encadrement, on se pose des questions. On le voit car l'entreprise recherche alors le contact avec le salarié pour comprendre.

Ce sont beaucoup de cas particuliers, imprévisibles : c'est difficile d'en parler de manière globale.

Il y a un diagnostic contextuel, familial, beaucoup de paramètres, il faut voir tous les aspects sociaux, maltraitance...ce qui s'est passé, et on choisit un arrêt de travail + ou – long.

Important de voir le contexte, s'il y a complaisance ou pas, il y a une très grande variété.

Au début j'essayais de ne pas faire d'arrêt, mais ça ne marche pas ! Ca augmente la souffrance de laisser la personne sur place. Il faut qu'il/elle puisse être détaché de l'entreprise.

Ce n'est peut-être pas une solution, mais c'est un élément de solution.

Seuls les psychiatres peuvent en faire car les MG sont fliqués par la sécu...et puis il y a ce fameux « ROSPE » (=une forme de rémunération sur les objectifs de santé publique : quand il est dans la mauvaise catégorie, le MG perd des indices pour toucher son forfait à la fin de l'année !)

La sécu considère que si le patient ne consulte pas de psychiatre : il ne se soigne pas. Le patient doit se soigner : c'est une obligation légale.

Il n'y a pas de psychiatre à la sécu = ils ne peuvent pas apprécier le travail du psychiatre. Au bout d'un an, le patient est convoqué.

Dans l'encadrement : on lui pose des questions, il y a la tonalité des messages qui change. Quand il y a multiplicité des arrêts au sein de la même entreprise, parmi les fonctionnaires territoriaux, les médecins du travail (peu efficaces en entreprise) sont sollicités par un grand nombre de salariés.

Il y a aussi les services de santé inter-entreprises, et là c'est différent, ils ne connaissent pas la réalité du contexte... alors qu'un bon médecin du travail dans une grosse boîte connaît le salarié, sait certaines choses, il connaît la boîte, l'encadrement... mais ce n'est pas une garantie.

Comité Médical départemental : C'est pour examiner les arrêts de longue durée (6 mois), un contrôle.

L'arrêt doit être négocié : qu'il y ait une stratégie de soins, comment le patient va s'inscrire dedans... Il y a un calcul clinique négocié avec le patient.

Souvent il faut insister pour les arrêter. Ils ont peur de l'arrêt car ça les désigne par rapport à l'entreprise ou à la famille, qui a la croyance que « Quand on est en bonne santé, on travaille, il faut travailler ! » Or il y a un effondrement de la personnalité, et ça prend du temps à reconstruire.

La sortie d'entreprise pose question : que faire ?

Licenciement pour inaptitude ? Rupture conventionnelle ? une invalidité ? On est dépendant du médecin du travail en situation de maltraitance

La plupart du temps, les gens ne veulent pas reprendre leur poste. Inaptitude : c'est un mot fort !

On n'a pas accès à Pole emploi après, ni à des formations prises en charge, on peut rester comme ça jusqu'à l'invalidité, avec une pension à un taux très bas. C'est vécu comme une injustice flagrante

Le système se retourne contre eux.

Parfois il faut un avocat plus qu'un psychiatre ! En cas de symptôme post-traumatique ou de harcèlement, il faut évoquer la loi.

Parfois l'inégalité des traitements dans la même boîte rajoute une difficulté, c'est important que le traitement soit homogène entre les personnes.

Enfin, plus on est bas dans la hiérarchie, plus il y a d'arrêts. Les cadres sup ont des méthodes défensives que les autres n'ont pas.

Mais lorsqu'ils travaillent 70h/ semaine (émulation / compétition / surinvestissement), l'entreprise ne peut PAS ne pas être au courant de l'inflation du travail !

La nouvelle tendance serait que les encadrants viennent et disent aux salariés : «tu travailles trop».

Mais c'est risqué... et les médecins qui font 2x 35h, on leur dit de lever le pied peut-être ? Grâce à une obligation européenne transposée en France, on n'a plus le droit de travailler après une garde en hôpital, mais en pratique cela n'est pas respecté. Le « repos compensateur » ne se prend pas, et c'est de votre responsabilité s'il y a un problème après... Les médecins sont ceux qui font le plus de burn-out, et c'est aussi le taux de suicide le plus élevé.

En libéral, l'arrêt de travail chez les médecins est pris en charge après 90 jours de carence ! Il faut vraiment être très malade pour se mettre en arrêt.

Les petites boîtes aussi n'ont pas de marge de manœuvre, le patron ne voudra pas entendre parler d'inaptitude.

Ici, nous vivons dans le luxe : aux USA : on ne peut pas avoir d'arrêt !

Dans la fonction publique, il y a le Comité médical. Ça prend du temps, le Comité se réunit une fois par mois. Mais s'il y a un retard dans l'administration, c'est au bénéfice du patient. Pour l'éducation nationale, ça tourne bien. Dans les mairies, où vont les papiers que nous envoyons ? Ne pas se fier au « secret administratif », dans les mairies, ils ouvrent toutes les enveloppes !

Recommandations :

- Il faut une **vraie politique de prévention**, des formations préventives, et pas seulement «une heure de sensibilisation ». Il faut former les cadres, les toucher vraiment, dans leur humanité, toucher les gens...et faire des journées ou demi-journées avec des cas cliniques pour recontacter la sensibilité des dirigeants.
- Egalement une sensibilisation au niveau de l'enseignement, éduquer les jeunes, parce que les étudiants en école de commerce sont déjà formatés.
- **Des aménagements spécifiques sur les lieux de travail** : certaines (grosses) entreprises ont des salles spécifiques pour lutter contre le stress au travail : pour la gym, la relaxation, parce qu'ils savent qu'ils paient la moitié des arrêts de travail et aussi parce que ça fait « bien » quand les conditions de travail sont meilleures. Et parce que les RH eux-mêmes sont stressés de virer les gens.
- **Une recherche pour évaluer le coût de cette problématique et de la prise en charge actuelle** : La souffrance au travail est la 2^e cause d'arrêt après le mal de dos. Il faut de l'argent pour mener une réelle recherche, pour vérifier le coût de la prise en charge, pour démontrer que tel ou tel traitement peut agir dans tel ou tel cas. Ce type d'étude a été réalisé à l'étranger. En Allemagne, les recherches ont montré que si on traite bien le patient, cela coûte 6 fois moins cher à tout le monde. En France, on n'évalue pas ces frais. Alors que c'est l'argent de la sécurité sociale. Il s'agit de faire de la prévention sociale et de contacter les entreprises pour cela !
- **Formation aux méthodes thérapeutiques pour les médecins** : ces formations vont rapporter à la Sécu, l'URPS devrait demander à la Sécu de reconnaître ces formations qui aident les patients. Il faut des formations rémunérées, diplômantes et continues (DPC), concrètes, sur lesquelles les médecins peuvent s'appuyer.
- **Promouvoir la méditation** : c'est devenu une mode, et c'est bien d'en parler. L'état d'esprit de la société passe par le changement au niveau du grand public, et donc par la mode !
- **Les mécanismes internes** : Il faut que les gens entreprennent des actions collectives, comme dans cette entreprise où ils se sont regroupés pour dénoncer la femme du patron qui était folle. Parfois, c'est très long pour mettre ce type d'action en place. A BMW, je me souviens que le chef a fini par dégager après l'intervention du médecin du travail.
- Les CHSCT ont du mal à jouer leur rôle, à soutenir les personnes. Quant **aux syndicats**, ils ont un double rôle, à la fois présent pour protéger les travailleurs, mais aussi avec de plus en plus de discours pour aider les personnes à supporter, à s'adapter au travail ; et non pas à le dénoncer. Ils apportent parfois du soutien, mais ils aident surtout à supporter le stress, au lieu d'être force de proposition pour permettre d'adapter le travail aux personnes.

Le mot de la fin...

C'est une limite que les psychiatres rencontrent : c'est un problème d'organisation sociale, politique, hors du champ médical. Il s'agit de modifier les structures... Le médecin n'est pas là pour aider la personne à s'adapter mais pour remettre en cause le travail. S'il y a maltraitance, il faut le dénoncer.

C'est au patient s'il le veut de voir un avocat, mais il faut aussi les aider dans cette démarche.

Il faut connaître la loi, par exemple le harcèlement, pour faire avancer les choses. L'entreprise est dans l'obligation de faire cesser le harcèlement, et d'en donner la preuve. L'avocat met tout cela en langage juridique.

A l'opposé, le burn-out n'existe pas juridiquement. Il faudrait plus d'éléments pour le définir.

D'où l'importance d'une formation juridique.

Parce qu'il faut dénommer, et faire un diagnostic, et qu'à partir de cela on peut traiter en fonction de la pathologie. Il faut également demander à l'assurance maladie de reconnaître ces formations.

Parce qu'on sait ce qu'il faut pour que ça marche :

- Un bon thérapeute,
- Humain,
- Qui s'intéresse,
- Qui a l'expérience,
- L'accueil,
- La créativité.

Parce qu'on fait du « sur-mesure ».

Il faut impérativement des formations bien placées, intéressantes et rémunérées ; des formations sérieuses dans une structure pérenne. Pas seulement pour les psychiatres, mais également pour les médecins généralistes.

Il faudrait également contacter le MEDEF.

Il faudrait contacter les assurances privées pour que l'argument financier soit pris en compte.

Il faut aussi dégager de l'argent pour la recherche afin que les traitements soient plus efficaces, et que cela permette d'équilibrer les comptes. En Allemagne, les traitements sur la souffrance au travail ont fait diminuer les coûts de 1 à 6.

Focus Group N°2 du 20 octobre 2016

Dans ce groupe, l'option retenue a été de présenter aux participants une synthèse des réponses aux questionnaires, que nous n'avons pas reprise ici (cf. infra). Nous n'avons indiqué que les principales contributions des participants regroupées dans les chapitres concernés

Les psychiatres face à la souffrance au travail

- Question de la "blessure narcissique" et "estime de soi" - difficiles à remonter
- Grand sentiment d'injustice (le "harceleur" reste en poste et la "victime" part)
- Position du psychiatre : la fonction est de soigner le patient, comme on est « du côté » du patient, on est "soupçonné" de prendre position, (sous-entendu contre l'entreprise)
- Question de l'arrêt qui "dure" alors même que le patient va bien en raison du délai de procédure pour le licenciement. Ça peut durer longtemps, mais on ne peut pas le « renvoyer » au travail

« Devoir arrêter des personnes qui, dans un autre contexte, pourraient travailler »

Souvent l'arrêt de travail change beaucoup les choses, c'est un outil thérapeutique, mais cela ne suffit pas.

Les généralistes ne peuvent plus faire des arrêts de longue durée (c'est encore possible pour le psychiatre).

« Les médecins du travail ne prennent pas de risques, c'est aux libéraux, généralistes et psychiatres de se positionner sur une situation en entreprise à laquelle ils n'ont pas accès. »

Cela dépend beaucoup du médecin du travail. Le médecin du travail peut faire une déclaration d'inaptitude pour faciliter le départ de l'entreprise, mais il faut le convaincre

« Armer » le patient : « Si la pression marche autant en entreprise, c'est parce que les gens ont peur. J'apprends à mes patients à offrir moins de prise. »

- donner des informations sur leurs droits, les patients demandent des informations sur les avocats...
- Par exemple déconseiller de démissionner.
- « On est pris en otage » « la position est très inconfortable » « on ne s'oppose pas à l'entreprise, mais à la façon dont la personne est traitée ».
- Parfois le patient vit cela comme un deuil.

Ouvrages sur le sujet : « Je leur conseille des livres ou films sur le sujet qui leur permettent de voir un tas d'exemples et de s'y retrouver. »

ex : MF Hirigoyen, Marie Peze

« J'aide mes patients à négocier eux-mêmes avec leur direction. Oui, c'est du coaching, mais de toute façon, nous sommes sans cesse appelés à déborder de notre champ, ne serait-ce que lorsque nous faisons de la neurologie »

- La question est souvent plus de coacher le médecin du travail
- Cela dépend aussi beaucoup de l'âge du patient

La médecine du travail a peu de pouvoir d'action, excepté de déclarer l'inaptitude, mais certains médecins du travail refusent de le faire (« de peur de stigmatiser le salarié ? »)

- Question de la fonction publique : médecins du travail pour les cadres ?
- Question des enseignants : problème pour dialoguer avec l'administration, ont des règles propres.
- Question des personnels hospitaliers
- Question des services inter-entreprises (connaissent moins ? plus libres d'agir ?)
- Questions réglementaires (impacts de la loi El Khomri ?)

Les contacts avec les RH restent exceptionnels

- Très bonnes et très mauvaises expériences
- On les voit maintenant davantage faire quelque chose

« Les nouvelles formes de management qui ne proposent comme réponse que des coachings exercent une pression supplémentaire sur le salarié en difficulté »

- Les personnes sont ainsi désignées comme responsables de la situation

Il y a un impact des fusions et souvent une nette dégradation des conditions de travail suite à des restructurations.

« Que l'inspection du travail fasse son travail ! »

Transformer les entretiens d'évaluation annuels :

- « Il faudrait y inclure une personne neutre comme un psychologue ou un médecin du travail pour que les conditions de travail puissent y être évoquées. » +++
- Ce type d'entretien a amené un grand nombre de décompensations...

- Au lieu de gérer l'individu, peut-on envisager une approche collective
- Il serait utile de former les managers, tenir compte de ce qui existe en psycho, etc.
- Faire référence au fait qu'un environnement agréable est plus productif

Modifier la réglementation pour mieux responsabiliser les entreprises (au plan financier mais aussi responsabilité pénale des dirigeants)

- Nous aimerions nous occuper plus des questions médicales
- Rédiger une charte « bonne conduite » à remettre aux entreprises et qu'elles s'engageraient à respecter, qui serve aussi de référence...

Formation des médecins

- Il faudrait peut-être former les médecins aux réglementations. Par exemple sur les conséquences financières de nos décisions médicales, nous sommes utilisés... Il va nous arriver ce qui est arrivé aux médecins généralistes.

Mettre en place des supports pour le psychiatre

- Intérêt d'un support téléphonique, juridique, etc. : permettre l'accès à des experts, mais question du financement : le service doit être accessible gratuitement au psychiatre.
- Intérêt pour faire le point sur les pratiques : faire le point sur ce qui se passe dans l'entreprise

Information des patients sur les consultations hospitalières :

- Porter à la connaissance du public celles qui existent.

Améliorer la coordination des parcours de soins avec les autres professionnels concernés

- Questions posées par « non professionnels de santé » - Une expérimentation intéressante a été lancée par l'ARS IDF pour les enfants. Peut-on faire cela pour les adultes ?
- Attention à ne pas devenir uniquement « prescripteur » ou devenir uniquement « diagnostic » sans pouvoir soigner.
- Travailler en collaboration avec les psychologues, etc.

Conclusions du groupe N° 2 : sur toutes ces questions, le groupe « Santé Mentale » de l'URPS pourrait faire des préconisations et les faire connaître aux responsables et personnes concernées.