

## SOUFFRANCE AU TRAVAIL

# FICHE - ORIENTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE PAR LE MÉDECIN LIBÉRAL

*Cette fiche propose un guide,  
des orientations pour le diagnostic et la prise  
en charge des patients consultant un médecin  
libéral, généraliste ou psychiatre, pour une  
souffrance au travail(allégations du patient).*



### Auteurs :

- Groupe santé mentale : Coordonnateur, D<sup>r</sup> Marc Sylvestre, psychiatre
- Commission spécialistes de médecine générale :  
Coordonnateurs, D<sup>r</sup> François Bonnaud et D<sup>r</sup> Nathalie Leroy, médecins généralistes
- Sous-groupe de travail «Formation des intervenants autour du patient» :  
Rapporteur, D<sup>r</sup> Michel Aman  
FJN : François Noguès, Valérie Pont - Créer la vitalité : D<sup>r</sup> Véronique Chabernaud

### Remerciements à :

D<sup>r</sup> Pierre-Yves Devys, président du Conseil régional d'Ile-de-France de l'Ordre des médecins  
Sylvie Courboulay, responsable communication, URPS médecins libéraux Ile-de-France  
Nathalie Micolas, responsable des études, URPS médecins libéraux Ile-de-France

Devant un cas de souffrance au travail, le médecin a comme premier outil diagnostique et thérapeutique l'écoute de son patient. C'est souvent ce qui a le plus manqué à celui-ci dans sa situation professionnelle et ce qui apportera une grande partie des informations nécessaires au médecin. Cependant, un certain nombre d'outils et une démarche structurée peuvent aider le médecin et son patient, notamment pour des cas difficiles.

## 1-CRITÈRES DE GRAVITÉ

**Devant un cas de souffrance au travail rapportée par un patient, il convient d'abord d'évaluer les critères de gravité afin de déterminer une stratégie.**

- **Essentiellement cliniques.**
- **La clinique explore les champs psychiques, somatiques et contextuels.**
- **Au besoin il est possible d'utiliser des échelles d'évaluation que le patient peut remplir avant la consultation.**

### Clinique psychique\*

- ✓ Envahissement psychique
- ✓ Les éléments dépressifs
- ✓ Les éléments de burn-out
- ✓ Existence de troubles de la personnalité
- ✓ Existence d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD)

\*cf. annexe 1

### Clinique du contexte

- ✓ Raisons qui ont amené la décompensation : changement de hiérarchie, rachat de l'entreprise.
- ✓ Restructurations industrielles.
- ✓ Personne ayant toujours été bien évaluée à qui on annonce que son évaluation de cette année est déplorable. C'est habituellement un moyen détourné d'essayer de la faire démissionner, avec souvent des éléments de harcèlement moral qu'il conviendra de rechercher.
- ✓ Conflits de personnes.
- ✓ Cynisme managérial.

### Clinique physique

- ✓ Asthénie  
L'asthénie est au premier plan avec la notion de repos non récupérateur même après des congés.
- ✓ Hypertension artérielle (HTA)  
HTA fréquente, souvent résistante au traitement, disparaissant lors des arrêts de travail.
- ✓ Troubles musculo-squelettiques (TMS)
- ✓ Lombalgies rebelles
- ✓ Manifestations somatiques de l'anxiété
- ✓ Décompensation de maladies somatiques antérieures
- ✓ Troubles du cycle

### Les échelles\*

- ✓ Echelle de burn-out de Maslach.
- ✓ Echelle de dépression et d'anxiété de Hamilton ou MADRS. \*\*
- ✓ Echelle de PTSD\*\*\*.

Ces échelles ont surtout pour intérêt de pouvoir documenter de façon factuelle et incontestable la situation du patient lors de procédures ultérieures.

\*cf. annexe 2 \*\*cf. annexe 3 \*\*\* cf. annexe 4

En fonction des items précédents, **on peut classer les troubles** en :

- **Légers, transitoires**, ne nécessitant pas automatiquement un arrêt de travail mais plutôt un accompagnement.
- **Plus sérieux**, avec habituellement un arrêt de travail et un accompagnement.
- **Sévères**, avec d'emblée un arrêt de travail prolongé et la nécessité d'anticiper une ou des prolongations.



*Clinique psychique*



*Clinique physique*



*Clinique du contexte*

*Les échelles*



*légers*

*sérieux*

*sévères*

## 2- TEMPORALITÉ DES CAS SÉVÈRES

**Le schéma ci-contre** propose un cheminement de prise en charge des cas graves.

## 3- RÉCUPÉRATION

### Récupération physique

- Peut durer un ou deux mois.
- Ce temps de récupération physique n'est pas un moment favorable à un travail psychologique.
- Le but est que le patient atterrisse à son rythme.
- Les consultations peuvent être espacées.

### Récupération psychique

- Peut aussi prendre un à deux mois.
- Elle ne survient qu'après la récupération physique.
- Le patient reprend des activités simples.
- Retour des capacités à lire, à aller au cinéma.
- Il est plus à même de se pencher sur son histoire.
- Les consultations peuvent être plus rapprochées.

## 4- ANALYSE DU CONFLIT

**Après les phases de récupération physique et psychique, débute le travail essentiel.**

*Analyser le conflit, distinguer ce qui relève de la personne de ce qui relève de l'organisation du travail.*

- ✔ Arriver à déterminer si une reprise sera possible dans la même entreprise, d'un point de vue du patient mais aussi de la pathologie (un PTSD sévère rend impossible la reprise).
- ✔ Organiser la ou les visites de pré-reprise.

## 5- REPRISE

- ✔ Déterminer si un mi-temps thérapeutique est nécessaire.
- ✔ Un suivi est indispensable sur quelques mois, même si le patient n'en ressent pas le besoin.

### *Si la reprise est impossible*

**Les différentes voies pour sortir d'un contrat de travail :**

- ✔ La rupture conventionnelle. \*
- ✔ Le licenciement pour inaptitude totale à tout poste dans l'entreprise. \*\*
- ✔ L'invalidité. \*\*\*

\*cf. annexe 5 \*\*cf. annexe 6

\*\*\*cf. annexe 7

### *1<sup>er</sup> mois d'arrêt*

- Durant le premier mois d'arrêt, on observe en général une chute totale d'activité avec des durées de sommeil très augmentées, des siestes.
- C'est la période de récupération physique. Le travail psychologique est rarement possible.

### *2<sup>e</sup> mois d'arrêt*

- Durant le mois suivant, émergent des éléments de récupération psychique. Un intérêt pour les petits riens du quotidien revient : jardinage, courses, cuisine. Par la suite les capacités cognitives et affectives reprennent : lecture, musique, amis.
- **Vient ensuite la période la plus importante pour le suivi, analyser ce qui s'est passé, envisager les éventuelles modalités de retour au travail ou amener le patient à constater qu'une reprise dans son entreprise sera impossible (pour les cas sévères).**

### *Dernière étape*

La dernière étape est la mise en place de la sortie de la maladie : reprise, mi-temps thérapeutique, rupture conventionnelle, licenciement, invalidité.

**À partir de ces cas graves, il est possible de transposer la démarche aux cas plus légers en réduisant les temps d'arrêt maladie**

## 6- LES COLLABORATIONS

Les pathologies professionnelles sont à l'intersection de la médecine, de la sociologie, de l'économie et du droit. Nul ne peut gérer seul cet ensemble.

- ✔ Le **médecin du travail\*** est l'interlocuteur entre l'entreprise et le médecin traitant. C'est lui qui détermine l'aptitude au poste, l'aptitude temporaire voire définitive. Les mesures de reclassement et les mi-temps thérapeutiques passent par lui. La visite de pré-reprise est un élément essentiel.
  - ✔ Le **psychiatre\*\*** est nécessaire dans certains cas (notamment pour les cas sévères, voir fiche sections 1 à 4).
  - ✔ Le **médecin conseil de la CPAM\*\*\*** est aussi un interlocuteur essentiel du fait de la longueur des arrêts. Il vérifie qu'un vrai processus thérapeutique est en route et non une reconduction de mois en mois d'arrêt sans objectifs clairs.
  - ✔ L'**avocat en droit du travail** est très souvent nécessaire. Une fiche détaillera son rôle.
- ✔ Plus rarement
    - Inspection du travail
    - Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)
    - Syndicats.

[\\*cf. annexe 8](#) [\\*\\*cf. annexe 9](#)

[\\*\\*\\*cf. annexe 10](#) [\\*\\*\\*\\*cf. annexe 11](#)



## 7- MÉDICAMENTS

- >> Il n'y a **pas de médicaments de la souffrance au travail.**
- >> **Un syndrome dépressif** important peut nécessiter une **prescription d'antidépresseurs.**
- >> **Des médicaments symptomatiques** peuvent être utiles, de **façon ponctuelle**, pour l'anxiété ou les troubles du sommeil.
- >> Le meilleur traitement est **le temps.**



## 8- DÉCLARER EN MALADIE PROFESSIONNELLE ?\*

- ✔ Ce n'est **pas systématique** car ce n'est pas une maladie présente aux tableaux.
- ✔ Ce n'est **pas toujours le plus intéressant** pour le patient sur le plan financier et il convient qu'il en soit informé, surtout s'il a un salaire important.

[\\*cf. annexe 12](#)





## Annexe 1 - Clinique psychique : définitions

### »» Envahissement psychique

C'est le symptôme le plus fréquent. Ruminations autour du travail plus ou moins envahissantes, empêchant les autres activités. Sommeil altéré, difficultés d'endormissement, réveils, rêves et cauchemars professionnels.

### »» Les éléments dépressifs

Perte d'élan, aboulie, désintérêt pour les plaisirs antérieurs, sentiments d'impasse, idées noires voire idées suicidaires à évaluer, perte d'appétit et de poids, réveils au petit matin, troubles cognitifs.

### »» Les éléments de burn-out

Erosion affective, cynisme, hypomanie.

### »» Existence de troubles de la personnalité

### »» Existence d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD)

- On voit des PTSD après un événement unique, altercations, accidents du travail.
- On décrit depuis une dizaine d'années un tableau de PTSD après la répétition prolongée de facteurs de stress mineurs.
- Le tableau est toujours identique : au départ envahissement du champ de conscience, cauchemars et crises aiguës d'angoisse dès qu'il y a un élément rappelant le travail.
- Souvent l'état du patient s'est totalement normalisé avec le temps mais le simple fait de devoir passer devant les locaux de l'entreprise, de recevoir un appel d'un collègue, réveille un état de stress intense, des cauchemars.
- Ce tableau est très invalidant et compromet toute reprise dans la même entreprise.



**RETOUR DOSSIER**

page 1 : Clinique psychique

## Annexe 2 - Test d'Inventaire de Burnout de Maslach (MBI)

**Comment percevez-vous votre travail ?**  
**Etes-vous épuisé(e) ?**  
**Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?**  
**Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?**

<b>01</b> - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
<b>02</b> - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
<b>03</b> - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
<b>04</b> - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
<b>05</b> - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
<b>06</b> - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
<b>07</b> - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
<b>08</b> - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
<b>09</b> - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
<b>10</b> - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
<b>11</b> - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
<b>12</b> - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
<b>13</b> - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
<b>14</b> - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
<b>15</b> - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
<b>16</b> - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
<b>17</b> - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
<b>18</b> - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
<b>19</b> - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
<b>20</b> - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
<b>21</b> - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
<b>22</b> - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Source : Maslach, C et col. (2006) Burn-out : l'épuisement professionnel. Presses du Belvédère

**Degré de Burn Out :**  
**Attention si les scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge**

## Mode d'emploi

**Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes** en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

**Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire.**

Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé »

### Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions **01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20.**

SEP < 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
degré faible	degré modéré	degré élevé

*L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatigant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.*

### Total du Score de Dépersonnalisation / perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions **05. 10. 11. 15. 22.**

SD < 5	6 < SD < 11	12 < SEP
degré faible	degré modéré	degré élevé

*La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.*

### Total du Score d'Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions **04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.**

SD < 33	34 < SD < 39	40 < SEP
degré faible	degré modéré	degré élevé

*L'accomplissement personnel est un sentiment « soupe de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles*

← **RETOUR DOSSIER**  
page 1 : Les échelles



## Annexe 3 - Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression

(MADRS : Montgomery-Åsberg depression rating scale),

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

### 1. Tristesse apparente

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

0 = Pas de tristesse.

2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.

4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.

6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

### 2. Tristesse décrite

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.

2 = Triste ou morose mais la personne s'égaie sans difficulté.

4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité.

L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.

6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

### 3. Tension intérieure

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.

2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.

4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.

6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

### 4. Sommeil réduit

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

0 = Dort comme d'habitude.

2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.

4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.

6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

### 5. Appétit réduit

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

0 = Appétit normal ou augmenté.

2 = Appétit légèrement réduit.

4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.

6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

### 6. Difficultés de concentration

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0 = Pas de difficultés à se concentrer.
- 2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

### 7. Lassitude

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2 = Difficultés à commencer des activités.
- 4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

### 8. Incapacité à ressentir

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

### 9. Pensées pessimistes

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 = Pas de pensées pessimistes.
- 2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

### 10. Pensées suicidaires

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la cotation par elles-mêmes).

- 0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.
- 2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
- 4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
- 6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

### Total

Le diagnostic de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais **un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.**

**Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave** (Montgomery & Åsberg 1979).

<http://www.sommeil-mg.net>



RETOUR DOSSIER

page 1 : Les échelles

## Annexe 4 - Echelle de l'état post-traumatique

### »» Instructions

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le mois précédent.

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) :

.....  
.....  
.....

Date de l'événement : ...../...../.....

<b>01</b> - Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
<b>02</b> - Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
<b>03</b> - Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de revivre).	1	2	3	4	5
<b>04</b> - Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
<b>05</b> - Avoir des réactions physiques, par exemple battements de coeur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
<b>06</b> - Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
<b>07</b> - Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
<b>08</b> - Avoir des difficultés à se souvenir de parties importante de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
<b>09</b> - Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
<b>10</b> - Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
<b>11</b> - Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui vous sont proches.	1	2	3	4	5
<b>12</b> - Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
<b>13</b> - Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
<b>14</b> - Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
<b>15</b> - Avoir des difficultés à vous concentrer	1	2	3	4	5
<b>16</b> - Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
<b>17</b> - Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5



RETOUR DOSSIER

page 1 : Les échelles

## Annexe 5 - Rupture conventionnelle

» La rupture conventionnelle constitue le seul mode de rupture du contrat de travail à l'amiable.

Le salarié qui signe une rupture conventionnelle avec son employeur perçoit une indemnité de rupture. Il a également droit aux allocations de chômage (s'il en remplit les conditions d'attribution).

» La rupture conventionnelle est ouverte au salarié employé en CDI dans le secteur privé, qu'il soit protégé ou non.

» Le dispositif ne s'applique pas aux salariés en CDD ou en contrat temporaire, ni aux agents (titulaires et contractuels) de la fonction publique.

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F19030>

 RETOUR DOSSIER  
page 2 : Reprise

## Annexe 6 - Licenciement

» Aucun salarié ne peut être licencié en raison de son état de santé. Ainsi, par exemple, un employeur ne peut pas licencier un salarié au seul prétexte qu'il est régulièrement malade.

» S'il est établi que le licenciement a un lien avec l'état de santé du salarié, il est considéré comme discriminatoire. Ses conséquences sont celles prévues en cas de licenciement nul.

» Cependant, la maladie du salarié peut avoir des conséquences sur sa capacité à reprendre un emploi ou sur la bonne marche de l'entreprise, qui peuvent justifier un licenciement.

» Le licenciement d'un salarié déclaré inapte à reprendre son emploi est possible :

- Soit si l'employeur justifie de son impossibilité de proposer un emploi tenant compte de l'avis et des indications du médecin du travail,
- Soit si l'employeur en a proposé un et que le salarié l'a refusé,
- Soit si l'avis d'inaptitude rédigé par le médecin du travail mentionne explicitement que « tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé » ou que « l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi ».

» L'employeur doit respecter la procédure de licenciement pour motif personnel.

» La lettre de licenciement doit mentionner :

- L'inaptitude du salarié
- Et soit l'impossibilité de le reclasser, soit le fait que l'employeur n'est pas tenu de proposer un reclassement du fait que l'avis mentionne explicitement que « tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé » ou que « l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi »

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F133>

 RETOUR DOSSIER  
page 2 : Reprise

## Annexe 7 - Invalidité

- >> Un patient peut être considéré comme invalide si, après un accident ou une maladie d'origine non professionnelle, sa capacité de travail ou de gain est réduite d'au moins 2/3.
- >> Cela signifie que le patient n'est pas en mesure de se procurer un salaire supérieur au 1/3 de la rémunération normale perçue par des travailleurs de sa catégorie et travaillant dans sa région.

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F672>

### À SAVOIR :

- Si l'accident ou la maladie est d'origine professionnelle, il peut percevoir, sous conditions, une rente d'incapacité permanente.
- Révisée, suspendue ou supprimée selon l'évolution de sa situation.

 RETOUR DOSSIER  
page 2 : Reprise

## Annexe 8 - Médecin du travail

### A quel moment adresser le patient ?

- >> Dans les cas légers n'amenant pas d'arrêt de travail afin d'alerter le service de santé.
- >> Dès le début pour tous les autres cas pour que la médecine du travail soit dans la boucle.
- >> Pour une visite de « pré-reprise » lorsque le patient envisage une reprise ou une inaptitude.

 RETOUR DOSSIER  
page 3 : Collaboration

## Annexe 9 - Psychiatre

### Quand adresser au psychiatre ?

- >> En cas de psychopathologie préexistante.
- >> En cas de décompensation d'un trouble de personnalité à l'occasion de cet événement.
- >> Dans les cas sévères entraînant des AT longs (souvent exigé par le médecin conseil).

 RETOUR DOSSIER  
page 3 : Collaboration

## Annexe 10 - Médecin conseil - CPAM

- >> Habituellement les patients sont convoqués à partir de trois mois d'AT.
- >> Le médecin conseil a un rôle important. Il scande le temps et rappelle au patient et au médecin qu'il doit y avoir un processus thérapeutique en route.
- >> Il est le décideur de l'invalidité et il est bon d'avoir un échange avec lui si cette solution est envisagée

 RETOUR DOSSIER  
page 3 : Collaboration

## Annexe 11 - Avocat en droit du travail

- »» Quand il y a des éléments de harcèlement moral.
- »» Quand l'organisation du travail est délétère, ce qui permettra de constituer un dossier qui servira autant en cas de prudhommes ou que dans une éventuelle négociation de rupture conventionnelle.
- »» Quand le dialogue avec l'employeur est impossible.

## Annexe 12 - Maladie professionnelle

- »» Ce n'est pas systématique car ce n'est pas une maladie présente aux tableaux. Cela passe par une enquête de la CPAM et l'avis d'une commission. Il y a un grand aléa dans sa reconnaissance.
- »» Ce n'est pas toujours le plus intéressant pour le patient sur le plan financier et il convient qu'il en soit informé, surtout s'il a un salaire important.
- »» Les patients mettent en avant la reconnaissance symbolique du préjudice subi. Comme toujours, dans ce type de demande, le décalage entre la logique médico-juridique et la logique morale n'est pas toujours bien vécue.
- »» Cela a des conséquences sur les cotisations de l'entreprise au risque AT/MP. En cela donne un malus aux entreprises maltraitantes.

 **RETOUR DOSSIER**  
page 3 : Collaboration

 **RETOUR DOSSIER**  
page 3 : Déclarer en maladie