

UNIVERSITE DE REIMS  
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

**MEMOIRE DE DES  
DE MEDECINE GENERALE**

PAR

Mikaël LORIOT

Née le 7 Mars 1982 à Reims

Présenté et soutenue le 16 septembre 2010

**Points importants de la prise en charge par le médecin généraliste d'un patient qui souffre d'une pathologie de surcharge psychologique liée au travail.**

Directeur de mémoire : Dr Jean-Pol FRITSCH

## **INTRODUCTION :**

Même si la quantité de travail au cours d'une vie à pratiquement été divisée par quatre en un siècle [1], la construction et la dynamique identitaire d'une personne, restent étroitement liée au travail [2]. L'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail engendre une dégradation du rapport entre les individus et leur travail. Cela aboutit souvent à de véritables situations potentiellement pathogènes.

Ces états symptomatiques sont regroupés dans une catégorie nosologique « la souffrance au travail » au sein de laquelle les pathologies de surcharge psychologique sont les plus fréquentes. Il s'agit aujourd'hui d'un problème important, 20% des travailleurs français se sentent stressés et 8% estiment être victime de harcèlement moral [3]. C'est un phénomène qui touche toutes les catégories socioprofessionnelles [4].

Le médecin généraliste est un acteur, sinon l'acteur fondamental, dans cette réalité quotidienne. Il est bien souvent, la personne, vers qui le patient en « souffrance » se tourne pour demander de l'aide [5]. Dans une récente étude nous remarquons que les médecins généralistes ont de nombreux atouts pour initier la prise en charge. Mais ils sont mis en difficulté pour beaucoup de raison et notamment par un manque de connaissance face à ces situations [6].

J'ai commencé à me pencher sur ce sujet, suite à des problèmes rencontrés en consultation au cours de mon stage chez le praticien. J'ai par la suite réalisé un stage dans l'unité de pathologie professionnelle du CHU pour perfectionner ma prise en charge.

J'ai ciblé mes recherches sur les pathologies de surcharges psychologiques liées au travail car ce sont elles que j'ai le plus souvent rencontrées. Cet exercice m'a permis de formaliser des points importants à respecter dans la prise en charge de ces patients.

Ce mémoire présente ma démarche et les résultats de mon questionnement sous forme de récit de situations cliniques authentiques.

## **PREMIER RECIT CLINIQUE AUTHENTIQUE :**

### ***I. Récit de la consultation***

#### Motif de la consultation :

Ce premier récit clinique authentique se déroule le mardi 10 novembre 2008 au cours de mon stage de 1<sup>er</sup> niveau chez le praticien. Je reçois en consultation au cabinet médical du Pr Carlier, Mme D., une femme de 35 ans accompagnée de son époux. Elle paraît très fatiguée. Elle m'explique que depuis plusieurs jours, elle ne dort pratiquement plus et qu'elle n'a plus d'appétit. Elle me raconte que la veille, elle a expliqué à son mari qu'elle pensait mettre fin à ses jours.

Son mari, très ému me raconte alors la situation. Sa femme est employée au sein du service administratif d'un établissement d'enseignement supérieur (rattaché à une université). Il m'explique que son travail est responsable de son état actuel et qu'il se dégrade progressivement. Après les récentes paroles de Mme D., ils viennent en consultation pour demander de l'aide.

#### Histoire de la maladie :

##### *- Situation professionnelle :*

Cette femme a une formation d'assistante de direction. Elle a effectué différents remplacements à des fonctions administratives dans des établissements du secondaire (collèges et lycées). Au cours de l'année 2007, elle a réussi son concours d'entrée dans la fonction publique et a ensuite été affectée à un poste administratif de l'université qu'elle occupe à l'heure actuelle. Dès le départ, ce poste ne correspondait pas à ses aspirations puisqu'elle voulait continuer à exercer dans le secondaire.

En septembre 2007, elle intègre donc le service administratif sans y avoir été formée. Au départ, elle tente de comprendre le fonctionnement du service, son rôle et ses missions. Elle demande alors conseil à sa supérieure et se rend compte qu'elle ne lui apporte aucun soutien et aucune aide. Elle m'explique que ses collègues sont également dans la même situation.

Elle se dit très stressée depuis son arrivé, parce que chaque jour, elle découvre de nouvelles missions attribuées à son poste. De plus, elle doit toujours revérifier son travail pour ne pas faire d'erreur, car personne ne vérifie ce qu'elle fait.

Au fil des mois, les remarques de sa supérieure et des étudiants concernant son « incompétence » et sa « lenteur » la blesse et la marque de plus en plus. Malgré ses efforts, elle peine à trouver sa place et se sent de plus en plus mal à ce poste. Elle a peur d'oublier des choses ou de faire des erreurs.

- *Caractéristiques de la maladie :*

A partir du mois de décembre 2007, elle note que cette situation commence à retentir sur sa vie personnelle. Elle pense à cette situation et à son travail le soir en rentrant chez elle. Elle refait la liste de ce qu'elle a fait au cours de la journée pour être sur de ne rien avoir oublié. Commence alors les troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement.

Elle m'explique, que depuis l'été elle perd progressivement l'appétit, et elle note au moment de la consultation, qu'elle a perdu 5 kg depuis la rentrée (en 3 mois). Des troubles de l'humeur sont également présents depuis le mois de janvier, avec des pleurs le soir, puis sur le lieu de travail. Par la suite, elle me décrit un ralentissement dans ses capacités à se concentrer et à réfléchir, avec des pleurs qui deviennent quotidiens depuis la rentrée. Il y a aussi un retentissement social puisqu'elle ne sort plus sur son temps libre.

Elle me décrit qu'auparavant, elle attendait le week-end et les vacances avec impatience. Depuis les vacances d'été où elle se sentait mieux, elle redoute surtout le retour à son travail et elle n'en dort plus.

La veille au soir au cours d'une nouvelle « crise de larme », elle raconte qu'elle a expliqué à son mari qu'elle préférerait « mourir, plutôt que de devoir retourner travailler ». C'est pourquoi, le jour de la consultation, elle n'est pas allée travailler.

Antécédents :

- *médicaux* : aucun
- *chirurgicaux* : amygdalectomie dans l'enfance
- *psychiatrique* : aucun

Traitement actuel :

- Aucun

Examen clinique :

*Taille* : 1m68

*Poids* : 62 kg (67kg il y a trois mois selon elle)

*TA* : 115/65 mmHg

*Pouls* : 85 /min

Tout au long de l'interrogatoire et de l'examen clinique, Mme D. pleure par intermittence et elle m'explique que si elle n'a pas fait de « bêtise », c'est parce qu'il y a son mari. L'examen clinique est sans particularité, en dehors d'un abdomen sensible dans son ensemble, mais qui reste souple. Je ne révèle pas de cause organique évidente pouvant expliquer la situation.

## ***II. Points importants de la consultation***

Sur le plan médical, la patiente présente un syndrome anxio-dépressif majeur avec risque suicidaire.

Sur le plan personnel, il existe une altération de ses relations sociales avec un isolement manifeste.

Sur le plan professionnel, le travail est la principale cause de son stress. Il existe un risque suicidaire élevé avec risque de passage à l'acte. Le retour sur le lieu de travail me paraît donc dangereux. Concernant son avenir professionnel, il est trop tôt pour se prononcer. Cependant une reprise sans changement semble comprise.

Le résultat de consultation (noté dans le dossier médical) est réalisé à l'aide du dictionnaire des résultats de consultation (DRC) de la SFMG (Société française de médecine générale). Il est le suivant :

*SFMG-DRC Le 10/11/2008 (Age : 35 ans, Sexe : Féminin)*

**DEPRESSION (C, N)      CODE CIM 10 : F32.9**

++++ *DOULEUR MORALE*

++2/ *tristesse*

++2/ *idée(s) suicidaire(s) ou idée(s) récurrente(s) de la mort*

++++ *INHIBITION (BAISSE OU DIMINUTION)*

++2/ *de l'activité physique (asthénie, sexe, appétit)*

++2/ *de l'activité psychique (parole, mémoire, concentration)*

++2/ *des fonctions de relations sociales*

++++ *TROUBLES DU SOMMEIL*

++1/ *insomnie*

++1/ *somnolence, hypersomnie*

++++ *ABSENCE DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ*

++++ *ÉVOLUANT DEPUIS 15 JOURS AU MOINS*

**PROBLEME PROFESSIONNEL (Z, P)      CODE CIM 10 : Z56**

++++ *PLAINTE SECONDAIRE À*

++1| *CONFLIT D'ENTREPRISE*

++1| *général*

++1| *CONDITIONS DE TRAVAIL*

++1| *autre (à préciser en commentaire)*

Prise en charge :

Sur le plan médical, je mets en place un traitement du syndrome anxio-dépressif avec un traitement antidépresseur et anxiolytique, afin de réguler la thymie et restaurer le sommeil. Je décide de la revoir rapidement, sous quinze jours, afin de réévaluer son état et de juger de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

Sur le plan personnel, Je lui conseille de se reposer et de voir ses amis proches ou sa famille afin de penser à autre chose. Ensuite, je lui explique qu'après la prochaine consultation par exemple, et si son état le permet, il serait intéressant d'envisager de changer d'air et d'aller voir du monde dans une autre région (en accord avec le médecin conseil).

Sur le plan professionnel, je mets un place un arrêt de travail de quinze jours avec coché sur le certificat d'arrêt de travail, l'autorisation d'effectuer des sorties. Le motif notifié sur l'arrêt de travail est : « F32.9 » (code CIM 10 « Episode dépressif, sans précision). Je lui explique que pour l'instant, l'arrêt de travail est nécessaire pour sa santé.

***III. Les problèmes posés par cette consultation :***

Au cours de cette consultation de plus de trente minutes, j'ai éprouvé de nombreuses difficultés par manque de connaissance et d'expérience sur ce sujet. Ces problèmes ont soulevé plusieurs questions auxquelles je vais tenter de répondre.

Problèmes posés par cette consultation :

- Définir clairement les concepts recouvrant la « souffrance au travail ».
- Décrire un cadre nosologique claire des souffrances au travail.
- Identifier l'étiologie de ces souffrances et repérer un harcèlement moral.
- Connaitre le rôle du stress dans cette situation.
- Reconnaître les situations professionnelles à risques de souffrance et plus spécifiquement de harcèlement moral.

Questions posés par cette consultation :

- 1- Quelles sont les notions importantes à connaître pour le médecin généraliste sur la « souffrance au travail » ?
- 2- Quel est le cadre nosologique des pathologies dues à une « souffrance au travail »?
- 3- Quelles sont les étiologies de la « souffrance au travail » à connaître pour le médecin généraliste et comment se définit le harcèlement moral ?
- 4- Quel est le rôle du stress dans ces états ? (notions importantes à connaître pour le médecin généraliste)
- 5- Quelles sont les situations professionnelles à risques de souffrance, et surtout à risques de harcèlement moral, à connaître pour le médecin généraliste ?

***IV. Démarche de résolution des questions posées par cette consultation :***

Pour répondre aux questions posées par cette consultation, j'ai réalisé une recherche bibliographique sur le sujet. Celle-ci a été réalisée via :

- Une recherche internet :
  - o Sur le DReFC (Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale), réalisé par la SFMG qui met à disposition sur internet (<http://drefc.sfmng.org/>) des données actualisées de la science pour chacun des 272 résultats de consultation du DRC.
  - o Sur les sites officiels
- Une revue de la littérature

J'ai également sollicité des avis spécialisés auprès :

- d'un médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie de la marne. (Dr PRUDENT)
- d'un spécialiste en pathologie professionnelle. (Pr DESCHAMPS)



1- Quelles sont les notions importantes à connaître pour le médecin généraliste sur la « souffrance au travail » ?

Parmi les notions importantes à connaître pour le médecin généraliste, il est primordial d'appréhender les notions de « souffrance au travail » et de « risques psychosociaux ».

C'est C. DEJOUR qui a développé la notion de « souffrance au travail ». Puis, elle a été développée par les psychomotriciens du travail et est actuellement utilisée par les médecins du travail. C'est un synonyme de « souffrance morale liée au travail », de « souffrance mentale liée au travail », ou encore de « souffrance psychique liée au travail » [7].

Cette notion décrite au sens large, le mal-être ressenti par les travailleurs à cause de leur travail. Il s'agit d'une plainte psychique qui se manifeste avant tout au travers du discours. En tout cas dans les premiers stades de cette souffrance. Cette notion désigne un grand nombre de pathologies aux causes multiples qui seront décrites par la suite.

Il est important de la différencier du concept de « risques psychosociaux » également utilisé dans le monde du travail. Les risques psychosociaux recouvrent, d'après le ministère du travail, des risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés (stress, harcèlement, épuisement professionnel, violence au travail). Ils peuvent entraîner des pathologies professionnelles telles que des dépressions, des maladies psychosomatiques, des problèmes de sommeil, mais aussi générer des troubles musculo-squelettiques, des maladies cardio-vasculaires voire entraîner des accidents du travail. La souffrance au travail est une des conséquences liées à ces risques psycho-sociaux.

D'après l'INSERM, les facteurs psychosociaux au travail désignent un vaste ensemble de variables, à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle, d'où leur complexité et leur caractère souvent composite. Les trois grands groupes de facteurs de risques décrits sont le stress au travail, les violences externes (subies sur le lieu de travail et causées par des personnes extérieures à l'entreprise) et les violences internes (subies sur le lieu de travail et causées par les personnes de l'entreprise)

Cependant, le mal être des travailleurs est parfois décrit par les termes de stress au travail ou de harcèlement, mais ce sont des termes impropres qui définissent des notions différentes.

2- Quel est le cadre nosologique des pathologies dues à une « souffrance au travail »?

Le cadre nosologique qui semble le plus clair est celui décrit et utilisé par les psychomotriciens du travail et les médecins du travail Parisiens [8], [9].

Ils décrivent des formes cliniques débutante avec : anxiété larvée, sentiment d'ennuis chronique, lassitude, replis sur soi, insatisfaction souvent lié à une augmentation de la consommation de psychotropes légaux ou illégaux.

Les états pathologiques liés aux nouvelles formes d'organisation du travail sont eux classés comme « pathologies de surcharges »:

1. Par surcharge du fonctionnement psychologique, mental et cognitif entraînant des décompensations psychiques :
  - Dépression
  - « Burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel
  - Crises psychiques aiguës : états de stress post traumatique
  - Confusion mentale et bouffées délirantes aiguës
  - Etat de persécution, paranoïa situationnelle
2. Par surcharges du fonctionnement pulsionnel, entraînant des décompensations comportementales :
  - Physiques : Violences contre autrui (agressions, viols, homicides), contre soi (suicide sur le lieu de travail) ou encore contre l'outil de travail (sabotage)
  - Psychologiques avec dérives éthiques : comportements tyranniques, adhésion aux pratiques de harcèlement moral
3. Par surcharge du fonctionnement organique entraînant des pathologies physiques précises :
  - Troubles musculo-squelettiques
  - « Karoshi » : mort subite sur le lieu de travail par accident vasculaire cérébrale ou accident cardiaque

Dans ce cadre, les pathologies les plus fréquemment rencontrées en médecine générale et posant le plus de problèmes de prise en charge, sont les pathologies liées à une surcharge psychologique.

3- Quelles sont les étiologies de la « souffrance au travail » à connaître pour le médecin généraliste et comment se définit le harcèlement moral ?

Selon les psychomotriciens du travail [8], pour se protéger de la maladie, les travailleurs déploient des systèmes de défense individuels ou collectifs, plus ou moins couteux psychiquement ou physiquement. Lorsque le sujet se heurte à des obstacles insurmontables et qu'il a épuisé toutes les ressources pour se défendre, il se trouve en souffrance au travail. De plus, le type de décompensation, ne dépend pas seulement du travail, mais également de la structure de la personnalité des individus. Ainsi les étiologies décrites peuvent engendrer des pathologies différentes. C'est pourquoi elles ne sont pas spécifiques des pathologies de surcharge psychologique. Pour eux, les étiologies les plus fréquemment rencontrées, correspondent à celles évoquées comme à risques dans le cadre des risques psycho-sociaux. Ils sont :

1. *Le « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel* : Il a initialement été décrit chez les professionnels médicaux et les enseignants. Nous savons aujourd'hui que toutes les professions sont touchées. Il est consécutif à un stress professionnel chronique lié aux conditions de travail. En 1981, Maslach met en avant les 3 dimensions du burnout :
  - l'épuisement émotionnel (sentiment de fatigue)
  - La dépersonnalisation : (insensibilité et réactions impersonnelles vis-à-vis des usagers)
  - La réduction de l'accomplissement personnel : (faible sentiment de compétence et de reconnaissance de l'effort accompli dans le travail)

Pour le dépister, il réalise une échelle standardisée, validée, nommée le MBI.

2. *La violence sur le lieu de travail.* Elle est définie par le rapport de la CEE de 1995 sur la prévention de la violence au travail : « Situations où des personnes sont maltraitées, menacées ou agressées dans des situations qui mettent explicitement ou implicitement à l'épreuve leur sécurité, leur bien-être, leur santé ». Ces violences touchent particulièrement certains secteurs d'activités (transports en commun, urgences médicales, services sociaux, enseignement ...) et sont bien souvent secondaire à des dysfonctionnements de l'organisation du travail (queue interminables, réponse non adaptée à la demande, erreur de facturation ...). Ces situations cliniques engendrent un tableau spécifique, la névrose traumatique.
  
3. *Le harcèlement moral :* C'est un concept qui apparait avec l'ouvrage de la psychiatre MF HIRIGOYEN [5]. Cependant cette notion est consacrée par la loi de modernisation sociale du travail en 2002 avec l'article L.122-49 du code du travail : « Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits, à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ». Il est différent du conflit [10] par sa fréquence, par sa durée et par l'inégalité des rapports entre l'agresseur et l'agressé. Dans le conflit, les reproches sont directs et concernent le travail. Dans le harcèlement la victime ne sait pas ce qui lui est reproché et les attaques vont au-delà du cadre professionnel. Il existe plusieurs types de harcèlements [8] :
  - *Le harcèlement individuel :* Il est pratiqué par une personnalité obsessionnelle, perverse narcissique, ou porteuse d'une pathologie du caractère. Il est intentionnel, vise à humilier, détruire l'autre et à valoriser son pouvoir social ou personnel. L'instrumentalisation des individus et des instances par ces personnalités, retarde ou rend impossible la reconnaissance des agissements délictueux, tant leurs procédés peuvent être hostiles, subtiles et redoutablement efficaces, surtout face à des individus fortement investis dans leur métier.

- *Le harcèlement institutionnel*, il peut prendre 3 formes :
  - *Pratiques managériales délibérés* : Elles impliquent la désorganisation du lien social touchant l'ensemble du personnel, portant atteinte à la dignité des personnes et qui ont pour effet de dégrader les conditions de travail (management par le stress, par la peur).
  - *Stratégiques* : Il vise à exclure les personnels dont l'âge, l'état de santé, le niveau de formation, ne correspondent plus aux nécessités de service et à leurs missions d'intérêt générale.
  - *Pratique de management sans intentionnalité* : Elle favorise parfois les conflits et le harcèlement moral. Sur la base des travaux de la Direction des relations du travail du ministère (DRT), la commission consultative des droits de l'homme estime qu'il y a harcèlement institutionnel non seulement lorsque le management est volontairement impliqué dans le processus de harcèlement. Cette position rejoint la définition légale qui qualifie de harcèlement moral les agissements qui ont pour objet une atteinte à la dignité de la personne et une dégradation des conditions de travail, et aussi ceux qui ont pour effet une atteinte à la dignité de la personne et une dégradation des conditions de travaux.
  - *Le harcèlement transversal ou horizontal* : Il s'exerce entre personnels, sans rapport hiérarchique. Il relève d'une dynamique collective où se déploient des comportements contraires aux droits fondamentaux de la personne humaine dans une relation de travail. Dans cette situation, l'individu ou le groupe harcelé devient le bouc émissaire. Ces personnes vont alors porter la responsabilité des situations de souffrance au travail ou des dysfonctionnements organisationnels.

4- Quel est le rôle du stress dans ces états ? (notions importantes à connaître pour le médecin généraliste)

Toutes ces étiologies ont pour mécanisme de créer un stress sauf dans le cas du harcèlement. Le stress est dangereux quand son intensité est trop grande (dystress), mais c'est la nature même du harcèlement qui est destructrice (il y a intention de nuire).

La notion de stress est importante à appréhender. Ce n'est pas une maladie. Il s'agit d'un ressenti. Un facteur permettant d'évaluer le risque de décompensation. Il existe de nombreuses études tentant de décrire le stress.

En 1936, Hans Selye [11] décrit le « syndrome général d'adaptation » : C'est une réaction stéréotypée du système hormonal en réponse à un agent stressant (menace d'agression extérieure). Il distingue 3 phases (alarme, résistance et épuisement). Il décrit également une réaction inadéquate ou inadaptée au stress dépassé (appelé dystress par Selye).

Richard Lazarus (psychologue américain) [12], en 1984, redonne au stress sa composante émotionnelle en identifiant deux processus de la réponse au stress l'évaluation et le coping (stratégie d'adaptation) :

- l'évaluation : L'évaluation primaire (automatique et instantanée) et l'évaluation secondaire (inventaire des ressources que possède le sujet pour faire face) vont générer une émotion qui peut influencer à son tour les évaluations.
- le coping : Le coping centré sur le problème consiste à rechercher la meilleure solution au problème, à faire des efforts de diplomatie, à rechercher du soutien social.

Ces deux processus peuvent également être évalués par le médecin généraliste.

En 1979, Karasek [13], propose un modèle pour montrer comment les éléments de l'environnement de travail interagissent et peuvent induire un stress. Il décrit deux dimensions qui interagissent **les exigences professionnelles** et **la latitude décisionnelle**. Cette théorie sera développée par Johnson en 1989 qui introduit la notion selon laquelle **la qualité du soutien social** (de la hiérarchie, des collègues) sur le lieu de travail, peut servir de tampon et avoir une influence protectrice contre les effets nuisibles sur la santé. Enfin, il existe le modèle du déséquilibre efforts/récompenses développé par Siegrist [14] en 1986 sur les bases

de ce modèle de Karasek. Ici, l'état de stress survient lorsqu'il y a **déséquilibre entre les efforts au travail et les récompenses** que le travailleur reçoit en retour.

Les quatre notions mises en avant ci-dessus, constituent ce que M.Habert [7], nomme « l'approche à quatre dimension du stress dans le milieu du travail ».

Deux autres aspects sont avancés. Il y a **l'évolution du contexte organisationnel** des dernières décennies qui engendre de nouvelles formes d'organisation du travail basées sur la performance qui modifient les cadences et la définition des professions. Il y a également **l'accroissement du sentiment d'insécurité**, dans un contexte économique qui oblige les travailleurs à se soumettre aux exigences de leur employeur et à accepter plus de contraintes et d'efforts pour exécuter des tâches de plus en plus compliquées afin de garder leur emploi.

Tous ces facteurs peuvent donc être pourvoyeur de dystress pour une personne donnée et constituent donc un facteur de risque de décompensation vers une pathologie de surcharge.

Actuellement, il existe des échelles validées permettant d'évaluer le stress et surtout le stress ressenti en milieu de travail. Ces échelles ont pratiquement toutes été développées par et pour les médecins du travail. L'une d'entre elles ressort pourtant par sa simplicité et ses qualités en matière de prévention : l'EVA stress [15]. C'est un outil qui pourrait d'ailleurs être utilisé en médecine générale.

#### 5- Quelles sont les situations professionnelles à risques de souffrance, et surtout à risques de harcèlement moral, à connaître pour le médecin généraliste ?

Les situations professionnelles à risques sont multiples. Le risque lui-même est la résultante d'éléments liés aux conditions de travail, aux patients et aux facteurs humains ou relationnels au sein de l'entreprise. Il est également important pour le médecin généraliste de repérer les pratiques organisationnelles pourvoyeuses de harcèlement morale encore appelée « techniques de harcèlement » par certains auteurs [16].

##### 1. Les situations à risques liés aux conditions de travail :

Ces situations sont bien souvent pourvoyeuses de dystress :

- Surcharge ou « sous-charge » de travail (en rythme ou en quantité)

- Sur-qualification ou sous-qualification
- Tâches répétitives ou monotones
- Locaux ou mobilier mal adaptés (promiscuité, bruit, ... )
- Manque de reconnaissance (d'une manière générale)
- Mutations ou changements de poste
- Critique constructive du travail ou évaluation de travail fourni (ex. : l'Administration où le système de notation est un sujet très sensible)
- Clauses d'objectifs à atteindre dans le contrat de travail

Mais attention, il est important de ne pas assimiler de mauvaises conditions de travail avec un harcèlement moral. La différence va se faire sur la notion d'intentionnalité. Par exemple, un bureau étroit ou un siège inadapté n'est pas un acte de harcèlement moral sauf si un seul salarié est traité spécifiquement ainsi, ou si cela est destiné à le décourager. De même, pour la surcharge de travail qui ne devient harcèlement moral que s'il y a dérapage et si le but, conscient ou inconscient, est de faire « craquer » le salarié.

## 2. Les situations à risques liées au patient :

*a. Certains sujets sont plus à risques pour divers motifs qui les caractérisent :*

- Ils sont atypiques, différents des autres (motifs raciaux, religieux ou sexuels)
- Ils prennent trop de place, ils sont trop compétents
- Ils résistent au « formatage » : on supporte mal celui qui nomme les problèmes. Bien souvent il est tenu pour responsable de ce qu'il essaie de dénoncer
- Ils ont fait la mauvaise alliance et se retrouvent seuls
- Ils sont protégés (handicapés, délégués du personnel ou délégués syndicaux)
- Ils sont moins performants



- Ils sont temporairement fragilisés
- Parfois ils deviennent des boucs émissaires (un collectif humain fait retomber les torts sur un individu qui n'y est pour rien. c'est une véritable entreprise de pacification par l'intermédiaire de la personne qui, lorsqu'elle réunit contre elle tout le groupe, produits de façon mimétique un apaisement, voire une réconciliation)

*b. D'autres sont à risques du fait de moins bonnes défenses face au stress (que l'on peut dépister en consultation) :*

Ils peuvent être sujets à une mauvaise « estime de soi » : Dans une société narcissique, les individus deviennent de plus en plus fragiles et ont besoin de se rassurer dans le regard de l'autre. L'insécurité distillée dans le monde du travail vient faire écho à une insécurité plus profonde et peut les amener à basculer. Plus la personne doute d'elle-même, plus un travail de sape sera facilité.

Ils peuvent ressentir un besoin exacerbé de reconnaissance : ce sont souvent des personnes trop scrupuleuses ou trop investies dans leur travail. Quand on s'identifie à sa fonction, on est plus vulnérable aux critiques professionnelles. Quand il existe un surinvestissement affectif dans le travail, une mise à l'écart peut provoquer un écroulement narcissique.

Ils peuvent être caractérisés d'une hyper-sensibilité : Ce sont des sujets timides, hyper-émotifs, souvent anxieux et très sensibles aux contacts sociaux.

### 3. Les situations à risques liés aux facteurs humains ou relationnels :

*a. On retrouve bien sûr le **risque d'agressions ponctuelles** (« violences ») :*

Externes : agressivité d'un client, attaque à main armée dans une banque, ...

Internes : physique ou autre (sexuelle, ... )

*b. Il existe également les situations de **conflits** :*

Dans un conflit révélé, les reproches sont nommés et ils sont source de réorganisation. Les protagonistes sont à égalité.

La mésentente personnelle est différente de la mésentente professionnelle; certes, il est plus agréable de travailler avec quelqu'un qu'on apprécie, mais, si la manière de diriger est saine et si on se met d'accord sur un objectif commun, les éventuelles inimitiés personnelles peuvent être laissées de côté.

La mésentente professionnelle, hors rivalité pour un poste, vient souvent d'un désaccord portant sur la façon de mener à bien une tâche avec une différence de point de vue par rapport au travail (conflits de valeurs).

Dans les situations de mésentente, il est rare de pouvoir en énoncer les causes ouvertement. On fait savoir à l'autre qu'on ne l'aime pas par des non-dits, des sous-entendus, des petites mesquineries. on agit au lieu de parler. Or, ce qui nous repousse chez l'autre est toujours éminemment subjectif et ces situations pourraient s'améliorer si les personnes avaient l'occasion de se parler, de se rencontrer au sens propre du terme ou si quelqu'un les aidait à le faire. C'est le rôle des cadres.

Au contraire, si la mésentente est exploitée par un groupe manipulateur ou un individu pervers, celle-ci peut très bien dégénérer en harcèlement moral car les protagonistes rigidifient leurs positions.

*c. Autre situation à risque, celle liée à la **maladresse managériale** :*

Cette maladresse peut se faire ressentir dans le comportement : Autoritaire, sur la défensive, « stressé » ... (Un certain nombre de chefs ne font que répercuter sur leurs subordonnés la pression qui leur est imposée. Elle se transmet en cascade du haut de la hiérarchie vers le bas. Comme chacun se retranche derrière la pression qu'il subit, personne ne se sent vraiment responsable.

Dans l'action : manque d'information, mauvaise définition des tâches, non reconnaissance du travail fait ...

*d. Nous pouvons parfois observer de véritables **maltraitements managériaux** liées :*

A des troubles psychiatriques transitoires : Certains troubles psychiatriques, dans des moments de crise, peuvent se manifester par des comportements destructeurs. (Par exemple, dans la « psychose maniaco-dépressive », lors d'accès maniaque, apparaît une augmentation

de l'estime de soi, un état d'agitation avec euphorie ou irritabilité, une augmentation de l'activité orientée vers un but. Pendant ces accès de toute-puissance. La personne peut en venir à maltraiter les autres sans en avoir conscience et l'entourage ne comprend pas l'origine de ces sautes d'humeur particulièrement difficiles à vivre).

L'anxiété névrotique : L'angoisse ou les pathologies névrotiques peuvent induire des comportements difficiles à supporter pour les autres. Un névrosé est souvent d'humeur instable, intolérant, contradictoire. L'agressivité névrotique demeure le plus souvent inconsciente et se manifeste volontiers dans des conduites indirectes d'ironie, des taquineries, de rejet ou dans des conduites d'actes manqués, d'indifférence, d'asthénie, d'indécision.

Les dirigeants caractériels : Ils se comportent en tyran en invectivant leurs salariés, en se moquant d'eux, en les humiliant. Alors que les procédés de harcèlement sont occultes, ces tyrans caractériels sont reconnus comme tel par leur entourage qui n'ose pas réagir.

Les chefs paranoïaques : Il existe des managers méfiants qui voient des espions partout, qui ne font confiance à personne, qui regardent tout, qui agressent les autres avec l'idée que l'autre a forcément quelque chose à se reprocher et qu'il est suspect. Comme les paranoïaques sont souvent également tyranniques, les salariés ne font pas toujours la distinction avec les caractériels. Seul le médecin du travail peut faire le diagnostic, mais cela ne suffit pas à résoudre la situation car on ne peut obliger quelqu'un à se soigner.

Les personnalités obsessionnelles : À côté des idées fixes, les personnalités obsessionnelles présentent un fond dépressif particulier appelé « psychasthénie », cela les maintient à distance des préoccupations des autres. Elles manifestent une certaine froideur dans les gestes ou les paroles, ainsi qu'une absence manifeste d'émotivité. Elles ont un « sentiment d'incomplétude » qui les laisse toujours mécontentes d'elles et des autres ; de plus, elles ont un immense besoin de maîtrise et cherchent à maîtriser la vie en la figeant ; il leur faut ranger, organiser, dominer, contrôler. Elles s'attachent exagérément aux détails et ont un caractère têtu, obstiné et un autoritarisme rigide.

*e. Enfin, on retrouve les **agresseurs malveillants** (quelques soit leur rang hiérarchique) :*

Ils ont souvent des personnalités narcissiques : Etant donné leur fragilité, elles supportent mal les critiques et encore moins les échecs, il leur faut toujours avoir le dessus sur

l'autre, d'où le risque de harcèlement moral.

Parfois, ce sont même des pervers narcissiques : Ils établissent avec autrui des relations fondées uniquement sur les rapports de force avec méfiance et manipulation, l'autre est à priori comme un rival à combattre. Il leur faut donc dominer ou détruire tous ceux qu'ils considèrent comme une menace pour leur pouvoir. C'est parmi ces personnalités-là que l'on trouve la plupart des harceleurs.

#### 4. Les « techniques » de harcèlement :

Leur utilisation isolée peut faire partie des rapports de force dans la vie sociale mais ne constitue pas un système répétitif visant ou aboutissant à l'effondrement émotionnel du sujet :

##### a. *Les techniques relationnelles (elles assoient la relation de pouvoir) :*

Tutoyer sans réciprocité, couper la parole, utiliser un niveau verbal élevé et menaçant, faire disparaître les savoir-faire sociaux (ni bonjour, ni au revoir, ni merci), critiquer systématiquement le travail ou le physique du salarié, utiliser des injures publiques, sexistes, racistes, cesser toute communication verbale (post-it, note de service), siffler le salarié, le bousculer, le frapper...

##### b. *Les techniques d'isolement (elles visent à séparer le travailleur de son collectif de travail ou à diviser le collectif en clan) :*

Changements d'horaires de repas pour le séparer de ses collègues habituels, l'omission d'information sur les réunions, l'injonction faite aux autres salariés de ne plus communiquer avec la personne désignée, complaisance pour les uns, rigueur pour les autres, répartition inégalitaire de la charge de travail en quantité et qualité, management de concurrence stratégique, stigmatisation publique d'un salarié devant les autres.

##### c. *Les techniques persécutives (elles passent par la surveillance des faits et gestes) :*

Contrôle des communications téléphoniques par ampli ou écoute, vérification des tiroirs, casiers, poubelles, sacs à mains du salarié, contrôle de la durée des pauses, des absences, contrôle des conversations et relations avec les collègues, obligation de laisser la porte du bureau ouverte «pour que je vous voie », enregistrement, notations sur un cahier.

*d. Les techniques d'attaques du geste de travail (elles visent la perte du sens su travail) :*

- Les injonctions paradoxales :

Faire refaire une tâche déjà faite, faire corriger des fautes inexistantes, déchirer un rapport qui vient d'être tapé car « jugé » inutile, faire coller les timbres à 4 mm du bord de l'enveloppe, donner une « mission impossible », fixer des objectifs sans donner les moyens, fixer des prescriptions rigides, loin du réel, donner des consignes contradictoires rendant le travail infaisable et poussant à la faute, faire venir le salarié et ne pas lui donner de travail.

- La mise en scène de la disparition :

Supprimer des tâches ou le poste de travail pour les confier à un autre, sans prévenir le salarié, priver de bureau, de téléphone, d'ordinateur, vider les armoires, effacer le salarié de l'organigramme, des papiers à en-tête, donner du travail ne correspondant pas à la qualification.

- La reddition émotionnelle par hyperactivité :

Fixer des objectifs irréalistes et irréalisables entretenant une situation d'échec, un épuisement professionnel et des critiques systématiques, intensifier la charge de travail dans un temps imparti, déposer de manière répétitive des dossiers urgents à la dernière minute.

*e. Les pratiques punitives (elles mettent le travailleur en situation de justification constant) :*

Notes de service systématiques hors dialogue pour tout événement, utilisation répétitive de lettres recommandées avec accusé/réception, avertissements montés de toutes pièces, heures supplémentaires non payées, vacances non accordées au dernier moment, refus réitérés des demandes de formation, affectation autoritaire dans un service, incitation forte à la mutation, incohérence des procédures de notation et d'évaluation.

## **DEUXIEME RECIT CLINIQUE AUTHENTIQUE :**

### ***I- Récit de la consultation***

#### Motif de la consultation :

Nous sommes le mardi 9 mars 2010, je suis interne dans le service de pathologie professionnelle du Pr DESCHAMPS au CHU de Reims et je reçois Mme L., 51 ans, en consultation. Elle est adressée par son médecin traitant pour faire le point sur la situation et initier un soutien psychologique, celui-ci ne sachant plus comment l'aider. Elle présente un syndrome dépressif suite à des problèmes professionnels qu'elle gère de moins en moins bien.

Mme L. est en arrêt maladie depuis le mois de juillet 2009 suite à une tentative de suicide le 12 juillet 2009 par intoxication médicamenteuse au Nordaz<sup>®</sup>. Depuis, malgré une prise en charge médicamenteuse et une tentative de prise en charge psychothérapeutique, son état clinique ne s'améliore pas. Pour appréhender l'origine de son problème je réalise un interrogatoire complet.

#### Description de son poste de travail :

Mme L. est chargée de contrôle et d'audit dans un établissement bancaire. Cela consiste à réaliser des contrôles au niveau des personnes (respect des règles de sécurités, respect de la confidentialité), contrôle du niveau de sécurités des agences, vérification des caisses (gestions des caisses, recherche de détournements et/ou de falsifications), contrôle de la relation client et vérifications des machines (soldes ...). Elle se déplace dans les différentes agences de cette banque sur une grande zone géographique (Marne, Ardenne, Aisne) pour effectuer ces contrôles. Cette activité de contrôle représente 60% de son temps de travail et les 30% restant sont consacrés à la rédaction des rapports. Elle est à ce poste depuis 2005.

#### Histoire de la maladie :

*En 2005*, suite à un remaniement de la succursale où elle travaille, une affectation à un nouveau poste lui est proposée par son DRH. Elle sait à cette époque que ce nouveau travail ne lui plaira pas mais on lui propose de faire un essai d'un mois et elle accepte.

Au bout d'un mois, tout ce passe plutôt bien mais on ne lui a pas fait faire de contrôle. La période d'essais est donc prolongée. Dès lors, on lui demande de réaliser des contrôles. Plusieurs problèmes se posent alors :

- Elle se rend compte que les éléments qu'on lui demande de contrôler, sont des points sur lesquels les objectifs ne sont pas à la portée du personnel personnels des agences. Ainsi elle constate forcément des anomalies, voire parfois les mêmes erreurs qu'au cours des précédents contrôles puisque aucune mesure n'a été prise.
- Elle rencontre d'anciens collègues de travail qu'elle va contrôler, ce qui la met dans des situations embarrassantes.
- Elle est quotidiennement face à la souffrance de ses collègues en agence à cause de leur travail et des contrôles. Elle va même conseiller et consoler ces personnes même si ce n'est pas dans ses attributions.
- Enfin il y a le contrôle « mécanique » et « froid » des automates des agences qu'elle considère comme particulièrement inintéressant.

Elle dit qu'à l'époque elle va en parler à son DRH qui va lui répondre que « ça va finir par aller », « ça va finir par lui plaire » et que « de toute façon, il n'y a pas de raison que ça n'aille pas ». Celui-ci aura fini par lui dire qu'il ne voulait plus l'entendre dire que « ça ne va pas ».

*En 2006*, elle me dit qu'elle n'est pas la seule à se sentir mal. Sa collègue est également affectée par ce poste et d'ailleurs il leur arrive régulièrement de « pleurer toutes les deux ».

A cette époque, apparaissent des troubles du sommeil, quelques crises de larmes mais pas d'idées noires.

Par la suite, un nouveau DRH va arriver en poste mais elle explique qu'elle ne lui a pas dit que ce poste ne lui convenait pas parce que qu'elle avait appris à ne plus se plaindre à son travail. Elle m'explique aussi que de toute façon, il n'y avait pas d'autre travail pour elle dans la ville où elle travaille et qu'en plus elle n'est pas mutable puisque son mari possède un commerce et qu'il ne peut pas partir.

En 2007, les crises de larmes deviennent quasi-quotidiennes, et les insomnies de plus en plus présentes avec une irritabilité, une diminution de l'appétit et parfois des idées noires.

Elle consulte alors son médecin traitant qui dépiste un syndrome dépressif et instaure un traitement par :

- NORDAZ<sup>®</sup> 15mg, 1 comprimé le soir (Nordazépam = Benzodiazépine)
- DIVARIUS<sup>®</sup> 20mg, 1 comprimé par jour (Paroxétine = Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine)
- LYSANXIA<sup>®</sup> 40mg, ½ comprimé matin et soir (Prazépam = Benzodiazépine).

À l'époque, elle refuse l'arrêt maladie en disant :

- « si je m'arrête, je ne pourrais plus revenir ».

Les mois passent et son état se dégrade avec des idées noires de plus en plus fréquentes. Elle m'explique qu'elle en parle régulièrement avec son mari, qui ne comprend pas pourquoi elle se met dans un tel état et qu'« il ne s'agit que d'un travail ». A bout de force au début de l'été 2009, elle décide de prendre des congés du 10 juillet au 10 août 2009.

Le 12 août, seule à son domicile, en grande détresse, elle décide de mettre fin à ses jours et prend la totalité d'une boîte de Nordazépam. Retrouvée inconsciente par un ami, celui-ci l'emmène aux urgences du CHU où elle est hospitalisée 2 jours, pour intoxication médicamenteuse volontaire. Après accord du psychiatre, elle rentre à son domicile et avec son médecin traitant, elle décide d'initier une psychothérapie en septembre 2009.

Parallèlement, elle en discute avec sa famille. Son mari ne comprend pas son geste mais va la soutenir quoi qu'il arrive. Concernant ses fils, l'un va très bien comprendre la situation et l'autre va lui en vouloir d'avoir fait ça. C'est d'ailleurs, les reproches de son fils cadet qui va le plus la blesser, dans les suites de cet événement. Les consultations chez le psychothérapeute au nombre de 3 vont se répéter au cours du mois de septembre, mais elle va rapidement interrompre les consultations parce qu'elle dit « qu'elles ne lui apportaient rien ». Par la suite, elle note des traits d'agoraphobie (peur de la foule, du trafic sur la route). Depuis octobre 2009, elle ne sait plus quoi faire.



### Curriculum laboris et diplômes :

Pour comprendre, je reprends alors son parcours professionnel. Elle a un niveau bac (1970) et elle commence à travailler dans une agence de crédit en Belgique (1971) avant de suivre son mari gendarme qui est muté en France. Elle postule alors dans un établissement bancaire qui va la former et l'embaucher (1973/1974). Depuis 37 ans, elle travaille dans cette entreprise où elle va occuper différents postes (hôtesse d'accueil, encaissement, gestion de portefeuille, service de compensation, secrétaire de direction), c'est-à-dire des postes nécessitant du relationnel où elle va s'épanouir pleinement.

Puis, cette entreprise va être rachetée par un autre établissement bancaire. Il va y avoir alors des relations conflictuelles avec une responsable de la nouvelle entreprise, mais son poste d'accueil au contact des clients va lui suffire pour tenir.

Au début des années 2000, les compétences du site sur lequel elle se trouve vont commencer à être rapatriées sur un site plus important. Avec la réduction des compétences de son site, les différents DRH vont l'affecter à de nouveaux postes comportant de moins en moins de relationnel jusqu'à sa mutation au poste actuel où elle doit contrôler le travail des autres employés sans relations directes et avec des contrôles de machines.

Elle m'explique alors que le contact avec les autres lui manque depuis plusieurs années et que ses nouvelles fonctions sont en inadéquation avec son éthique et sa conception du travail.

### A l'examen clinique :

Elle me rapporte une perte de poids de 7kg, avec diminution de l'appétit, des pleures quotidiennes, un sommeil très altéré. Elle me décrit des idées noires quotidiennes et des angoisses en pensant à son travail. Elle me dit qu'elle a peur de se retrouver en public, dans la foule ou dans le trafic. L'EVA Stress est à 4/10 au moment de la consultation et s'élève à 10/10 si on évoque une reprise de travail.

Son traitement comprend : DIVARIUS et LYSANXIA

Elle me dit avoir trouvé des passe-temps où elle se sent plutôt bien :

- En faisant de la marche à pied avec ses chiens
- En faisant de la peinture sur bois

## **II- Points importants de la consultation**

### Identification des problèmes :

Sur le plan médical, Mme L. présente un syndrome dépressif majeur avec un risque suicidaire important lié à son travail.

Sur le plan personnel, Elle est complètement désocialisée, isolée et focalisée sur sa peur de retravailler. Il existe des liens familiaux fragilisés qu'il est nécessaire de renforcer.

Sur le plan professionnel, la patiente totalise 37 annuités de travail dans cette entreprise et elle nous indique ne pas pouvoir envisager de reprendre son activité, ni même un autre travail. Pour moi, il semble effectivement difficile à cet instant de concevoir une future reprise professionnelle.

Le résultat de consultation (noté dans le dossier médical) est réalisé à l'aide du dictionnaire des résultats de consultation (DRC) de la SFMG (Société française de médecine générale). Il est le suivant :

*SFMG-DRC Le 09/03/2010 (Age : 51 ans, Sexe : Féminin)*

**DEPRESSION (C, P)      CODE CIM 10 : F32.9**

++++ *DOULEUR MORALE*  
 ++2/ *auto dévaluation*  
 ++2/ *tristesse*  
 ++2/ *idée(s) suicidaire(s) ou idée(s) récurrente(s) de la mort*  
 ++++ *INHIBITION (BAISSE OU DIMINUTION)*  
 ++2/ *de l'activité physique (asthénie, sexe, appétit)*  
 ++2/ *de l'activité psychique (parole, mémoire, concentration)*  
 ++2/ *des fonctions de relations sociales*  
 ++++ *TROUBLES DU SOMMEIL*  
 ++1/ *insomnie*  
 ++1/ *somnolence, hypersomnie*  
 ++++ *ABSENCE DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ*

++++ *ÉVOLUANT DEPUIS 15 JOURS AU MOINS*

+ - *anxiété*

**PROBLEME PROFESSIONNEL (Z, P) CODE CIM 10 : Z56**

++++ *PLAINTE SECONDAIRE À*

++1/ *CONFLIT D'ENTREPRISE*

++1/ *général*

++1/ *CONDITIONS DE TRAVAIL*

++1/ *autre (à préciser en commentaire)*

**SUICIDE (TENTATIVE) (D, P) CODE CIM 10 : X84**

++++ *TENTATIVE DE METTRE FIN À SES JOURS*

++++ *PAR DIVERS MOYENS*

++1/ *médicament à préciser*

++1/ *RAPPORTÉE PAR LE MALADE*

Prise en charge :

Les solutions proposées pour la prise en charge sont celles émises avec le médecin présent en fin de consultation, le Pr DESCHAMPS.

Sur le plan médical, nous lui proposons d'assister à la consultation spécifique de souffrance au travail du service de pathologie professionnelle. Ce à quoi elle répond positivement.

Sur le plan personnel, compte tenu de sa situation et de son incapacité actuelle à une reprise professionnelle, nous lui proposons de rencontrer le médecin conseil afin de discuter de la mise en place d'une invalidité première, voire deuxième catégorie en raison d'une diminution évaluée à plus de 2/3 de ses capacités de travail.

Sur le plan professionnel, nous lui proposons également de prendre contact avec son médecin du travail dans le cadre d'une visite de pré-reprise, afin de l'informer de sa situation actuelle. Celui-ci pourra ainsi évaluer son avenir dans la société bancaire. Il pourra également, s'il le juge nécessaire, étayer la demande d'invalidité de la Sécurité sociale. Enfin, cela lui permettra préparer la mise en place éventuelle d'un avis d'inaptitude médicale au poste de travail.

### ***III- Les problèmes posés par cette consultation***

Au cours de cette consultation de plus d'1heure, j'ai éprouvé de nombreuses difficultés à gérer la détresse de cette patiente et de son mari. J'ai eu à plusieurs reprises des problèmes de concentration et des difficultés à rester dans l'empathie. Cette consultation m'a également montré que j'avais des lacunes sur la prise en charge d'une souffrance au travail et sur les conseils à donner au patient. Elle a ainsi soulevé plusieurs questions auxquelles je vais tenter de répondre.

#### Problèmes posés par cette consultation :

- Dépister une pathologie de surcharge psychologique liée au travail
- Organiser une prise en charge en interdisciplinarité et exposer les différentes modalités de l'arrêt de travail.
- Informer le patient sur les ressources et les recours possibles
- Respecter le cadre médico-légal de la prise en charge surtout en cas de harcèlement moral
- Savoir envisager et évoquer l'avenir avec son patient

#### Questions posées par cette consultation :

- 1- Comment dépister une « souffrance au travail » (quels éléments recueillir au cours de l'entretien en médecine générale) et comment évaluer l'état psychologique de son patient ?
- 2- Qui sont les acteurs d'une prise en charge multidisciplinaire autour du médecin généraliste et quels sont leur rôle ?
- 3- Quelles sont les modalités de l'arrêt de travail pour le médecin généraliste dans ces situations ?
- 4- Quelles sont les règles médico-légales à respecter par le médecin généraliste notamment en cas de suspicion de harcèlement morale ?
- 5- Comment le médecin généraliste peut-il envisager la reprise du travail avec son patient ?

#### ***IV. Démarche de résolution des questions posées par cette consultation***

Pour répondre aux questions posées par cette consultation j'ai réalisé une recherche bibliographique sur le sujet.

Celle-ci a été réalisée via :

- Internet grâce au DReFC et sur les sites officiels
- Revue de la littérature

J'ai également sollicité des avis spécialisés auprès :

- d'un médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie. (Dr PRUDEN)
- d'un spécialiste en pathologie professionnelle. (Pr DESCHAMPS)

#### *1- Comment dépister une « souffrance au travail » (quels éléments recueillir au cours de l'entretien en médecine générale) et comment évaluer l'état psychologique de son patient ?*

Le meilleur outil de dépistage d'une souffrance au travail est l'entretien réalisé au cours de la consultation. Il existe des éléments importants à recueillir. Ils ont été regroupés en quatre grands axes par les médecins du travail [17] :

- L'historique dans l'entreprise :

Taille de l'entreprise, dates de fusion-rachat, réorganisation du service, réorganisation du travail, modification des organigrammes, augmentation, diminution d'effectifs...

- Le parcours professionnel dans l'entreprise :

État-civil, sexe, formation professionnelle, niveau de diplômes, postes occupés (cohérence, motifs de changement), activité exercée avant le poste actuel (chômage, mutation..), ancienneté dans le service, type de contrat de travail, qualification par rapport au poste, ergonomie du poste, modifications récentes du poste de travail ...

- La chronologie de la dégradation :

- o Modifications organisationnelles :

Départ ou arrivée d'un nouveau directeur, collègue, introduction d'une nouvelle technique de travail, accroissement des performances exigées, introduction de techniques d'évaluation.

- o La restitution subjective de l'activité de travail :

Restitutions précises et détaillées de situations de travail ayant un rapport avec la souffrance du patient et permettant de repérer des pratiques organisationnelles pathogènes (l'objectif de cette partie de l'entretien est de dépister situations professionnelle à risques et surtout les techniques de harcèlement) (cf. réponse à la question 5 du premier récit de situation clinique authentique).

- o Analyse de la qualité de l'équipe

Taille du service, nombre de salariés, ancienneté des membres de l'équipe, existence de réunions formelles, existence de temps de transmission, existence de réunions informelles, pause-café, Type de relation dans le collectif : convivialité de surface, stratégique, réelle, coopération véritable, partage des tours de mains, partage des fraudes, disparition des temps de pause, formation de clans, vécu de solitude

- Les évènements de vie responsables de la décompensation en lieu et place du travail :

La prise en compte des difficultés personnelles du salarié ne doit pas faire oublier que les effets de la souffrance psychique due au travail se répercutent sur la vie sociale et familiale de toute personne atteinte.

Ces quatre axes peuvent être explorés par des questions simples [18] :

- Et au travail comment ça va ?(quantité, qualité, moyens, exigences, autonomie...)
- Et avec vos collègues ? (confiance, isolement, agressivité, violences...)
- Et avec les responsables ? (reconnaissance, conflit...)
- Y a-t-il eu des changements dans l'entreprise ? (de métier, de chef, financier...)

- Dans quel esprit allez-vous au travail ?
- Quel est votre statut professionnel ? (type de contrat, salarié protégé...)

Tous ces éléments pourront être recueillis en une ou plusieurs consultations en fonction de la situation et du temps à disposition. Par ailleurs, la consultation doit permettre d'évaluer l'état psychique de son patient. A nouveau, quatre axes importants doivent être explorés :

- Le degré de souffrance psychique (troubles anxiodépressifs)
- L'état réactif ou non, conservation ou non des ressources qui conditionneront la conduite à tenir
- La sévérité des symptômes et les répercussions sociales et professionnelles au travail
- Le risque suicidaire.

Pour cela, il existe un outil d'évaluation et de suivi de l'état psychique du patient développé par des médecins de travaux de la région PACA appelé : Dossier d'Aide à la Décision face aux Souffrances Morales alléguées d'Origine Professionnelle (DADSMOP) pour le médecin traitant (ANNEXE 1).

Sur l'évaluation du risque suicidaire, il est possible de s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS concernant la crise suicidaire [19] et les modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux [20].

## 2- Qui sont les acteurs d'une prise en charge multidisciplinaire autour du médecin généraliste et quel est leur rôle ?

Les acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient en souffrance sont nombreux [21]. Seulement, ils ne peuvent interagir que si le patient y consent.

Il y a tout d'abord les interlocuteurs médicaux qui sont les premiers à constater l'altération de la santé physique et mentale du salarié. L'objectif est de développer des

pratiques de coopérations, une pluridisciplinarité qui ne soit pas une compilation de spécialistes mais la mise en commun des savoir-faire de chacun. Parmi ces acteurs médicaux on retrouve :

- Le médecin du service de santé au travail : rôle de clinicien préventeur, dépiste les formes d'organisation du travail génératrices d'isolement, étudie le poste, demande un changement d'affectation ou une adaptation de poste (article L.241-10-1 du code du travail), utilise l'inaptitude temporaire, associée à l'orientation vers le médecin généraliste pour un arrêt-maladie. Alerte auprès du CHSCT, Alerte par la fiche d'entreprise, Alerte par le rapport annuel.
- Les consultations de pathologies professionnelles ou les consultations spécialisées peuvent renforcer l'action des acteurs du réseau. Elles ont un rôle de conseil et permettent l'apport d'un regard extérieur
- Le psychiatre et/ou le psychologue : doivent être sollicités précocement. Ils permettent d'éviter une aggravation de la décompensation par des traitements adaptés et des techniques psychothérapeutiques adaptées. De plus, un accompagnement psychologique, est bien souvent nécessaire pour accompagner les patients dans les démarches administratives et juridiques. Cela permet de ne pas dessaisir la personne harcelée de son histoire.
- Le médecin conseil : C'est le partenaire de choix pour la gestion de l'arrêt de travail, surtout pour des longs arrêts de travail (reclassement, invalidité...). On peut lui demander conseil dans le cadre d'une déclaration en accident du travail ou d'une déclaration en maladie à caractère professionnel (tous médecins peut / doit faire des certificats médicaux en vue de déclaration pour les pathologies en lien avec le travail)
- Le médecin inspecteur du travail : Il est en position d'appui et de conseil auprès du médecin généraliste, du patient et de l'inspecteur du travail [22].
- Les médecins agréés et la commission de réforme : ce sont des médecins généralistes ou spécialistes. Ils donnent un avis médical sur l'aptitude des fonctionnaires, préalablement à la décision d'octroi des congés statutaires. Ils siègent dans le comité médical et la commission de réforme. La commission de



réforme est une instance consultative paritaire [23], elle émet un avis sur l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie à caractère professionnel. Elle émet également un avis sur l'appréciation de l'invalidité, le mi-temps thérapeutique après un accident ou une maladie professionnelle, le reclassement et la mise à la retraite pour invalidité.

On doit également connaître les interlocuteurs ayant un rôle à jouer autour de l'entreprise. Il y a tout d'abord les acteurs de prévention au sein de l'entreprise avec :

- Le médecin du service de santé au travail (cf supra)
- L'employeur qui doit respecter le code du travail (Art. L. 230-2 : « Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé «physique et mentale» des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires »)
- Le directeur des ressources humaines (qui suit les instructions générales du chef d'établissement) responsable en cas de dysfonctionnement dans l'entreprise de la mise en place d'une enquête administrative aboutissant ou non à une réponse structurée adaptée.
- Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Composé, notamment d'une délégation du personnel, son rôle est d'assurer des missions de protection de la santé et d'amélioration de la sécurité et des conditions de travail des personnels exerçant leur activité dans l'établissement. (il existe également les représentants du personnel pour les entreprises de moins de 50 salariés).
- Les organisations syndicales : dont le rôle est l'étude et la défense des droits et des intérêts matériels et moraux, collectifs et individuels des personnels.
- Le service social du personnel dans les grandes entreprises.

Nous retrouvons ensuite les interlocuteurs et les acteurs présents hors de l'entreprise important à connaître :

- Les inspecteurs du travail chargé de veiller à la bonne application du droit du travail au sein des entreprises. Contrôler, informer, conseiller, concilier, décider :

les missions de l'inspection du travail sont étendues tout comme ses moyens d'actions (droit d'entrée dans l'entreprise, de constater les infractions...) [24].

- La Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT) [25] : La loi HPST (Hôpitaux, santé, patient et territoire) du 21 juillet 2009 a créé les Agences Régionales de Santé avec la disparition des Caisses Régionales d'Assurance Maladie. Ainsi le service prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles est intégré à la nouvelle CARSAT. Leur rôle devrait rester celui de l'expertise en matière d'analyse des risques professionnels et de leurs préventions.
- L'agence régionale d'amélioration des conditions de travail (ARACT), dont le rôle est de faciliter les changements envisagés dans les entreprises pour améliorer les conditions de travaux.
- Les juges et les avocats des différentes juridictions concernées (Prud'homme, pénale ...)
- Les associations

### 3- Quelles sont les modalités de l'arrêt de travail pour le médecin généraliste dans ces situations ?

L'arrêt de travail peut avoir un rôle thérapeutique. Sa prescription permet de supprimer temporairement la cause de la souffrance. De plus, créer une rupture avec la situation à l'origine de la souffrance peut permettre au patient d'initier une réflexion, une prise de distance, une reconstitution des ressources psychologiques.

Par contre, l'arrêt de travail risque de figer la situation sans la résoudre avec des prolongations « indéfinie » de l'arrêt. De plus, il peut être considéré comme « injustifié » par l'entreprise avec un risque de dévalorisation professionnelle du salarié. Enfin, l'arrêt de travail aboutit à une éviction de l'entreprise, ce qui est parfois le but recherché par les auteurs de la souffrance.

### Maladie professionnelle/ maladie non professionnelle :

La souffrance morale se traduit souvent par des arrêts maladie du salarié, cependant pour protéger son absence les codes du travail et de la protection sociale ne comprennent pas de dispositions spécifiques. C'est donc par le biais de règles générales en matière de santé au travail que sont régies toutes les formes de cette pathologie particulière.

Lorsqu'un travailleur victime de souffrance au travail est arrêté par le médecin généraliste, cet arrêt maladie entraîne la suspension du contrat de travail. Ainsi le salarié est dispensé de fournir sa prestation de travail, mais il est tenu d'une obligation de loyauté. Les obligations principales du contrat de travail sont momentanément suspendues entraînant une perte de salaire et, pour compenser cette perte, l'assurance maladie verse des indemnités journalières. Dans ce contexte la qualification entre maladie professionnelle et non professionnelle est importante car elle détermine le régime des indemnités journalières. Cependant, il existe deux difficultés majeures pour que les pathologies de surcharges psychologiques liées au travail soient admises comme étant une maladie professionnelle.

Tout d'abord, il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle car pour être présumée professionnelle, une maladie doit être désignée dans un des 98 tableaux fixés par décret. Chacun de ces tableaux précise de façon limitative la nature des travaux susceptibles de provoquer la maladie et énumère les affections provoquées. Ainsi, ils instituent une présomption d'imputabilité entre la maladie et les travaux mentionnés, ce qui fait que si la maladie d'un salarié figure dans un tableau, il n'aura pas à prouver le lien de causalité entre son affection et son travail.

La seconde difficulté est de faire reconnaître la maladie par le comité régionale de reconnaissance de maladies professionnelles (CRRMP). Celui-ci composé d'un médecin inspecteur, d'un médecin conseil et d'un hospitalier dispose de 3 mois pour se prononcer à compter de la date de demande de reconnaissance. Pour réaliser une demande selon le code de sécurité sociale (art. L 461-1), il existe deux situations : soit il existe un tableau correspondant à la maladie, mais il manque une ou plusieurs conditions administratives, soit la maladie ne figure pas dans un tableau mais elle a entraîné le décès ou une incapacité permanente partielle de 25% au minimum.

Dans le cas d'un arrêt pour maladie non professionnelle, il existe une certaine précarité pour le salarié. D'une part, le régime des prestations sociales est moins avantageux. Pour les

prestations en nature, en maladie professionnelle, les soins sont gratuits avec exonération du ticket modérateur et droit à rééducation contre un remboursement des soins avec application du ticket en maladie non professionnelle. Pour les prestations en espèce, il n'y a pas de délais de carence et le montant des indemnités est plus généreux (100% du gain journalier le premier jour, 60% pour les 28 jours suivants puis 80%) contre un délai de carence de 3 jours avec versement des indemnités au 4<sup>ème</sup> jour et un montant des indemnités égal à 50% des gains journaliers. D'autre part, il y a une absence de protection spécifique de l'emploi. En maladie professionnelle, selon le code du travail (art L. 122-32-2), les possibilités de licenciement sont restreintes aux situations de faute grave ou d'impossibilité à maintenir le contrat pour motif non lié à la maladie. Dans le cas de la maladie non professionnelle, il n'y a pas de texte spécifique pour protéger l'emploi du salarié malade. Seul est applicable l'article L. 122-45 du code du travail qui prohibe toute forme de discrimination et notamment le licenciement fondé sur la maladie. Autrement dit, la maladie n'est pas une cause de licenciement, mais les conséquences de la maladie peuvent justifier un licenciement si le fonctionnement de l'entreprise est perturbé par les absences répétées ou prolongées du salarié et que l'employeur justifie d'une nouvelle embauche.

#### L'accident de travail :

Il y a également la procédure de l'accident de travail [26]. Pour cela il existe des critères précis. En effet, "Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise."

En résumé, il est nécessaire et suffisant qu'il s'agisse d'un accident, c'est-à-dire d'un événement d'apparition brutale et soudaine imputable au travail et il suffit qu'il soit apparu au temps et au lieu du travail : c'est la présomption d'imputabilité. Ainsi, toute lésion survenant au temps et au lieu de travail doit être considérée comme résultant d'un accident du travail, sauf s'il est rapporté la preuve que cette lésion a une origine totalement étrangère au travail ou que celui-ci n'a joué aucun rôle dans son apparition (notamment n'a pas aggravé un état antérieur). La présomption d'imputabilité peut donc être renversée et c'est à la caisse ou à l'employeur d'établir que le préjudice n'est pas imputable au travail parce qu'il a une cause étrangère à celui-ci.

Par ailleurs, il existe le cas particulier du trouble psychique post-traumatique (circulaire CNAMTS-ENSM du 10/12/99) [27].

Premier cas : l'agression à début brutal, imputabilité sous réserve de déclaration rapide des conséquences psychiques :

- Les victimes d'agression qui développent des pathologies dues au stress post-traumatique peuvent bénéficier de la législation des accidents du travail si l'enquête administrative réalisée par la caisse confirme que les *"faits sont survenus au temps et au lieu du travail"* et que *"les troubles physiologiques sont apparus dans un temps voisin des faits"* permettant de faire jouer la présomption d'imputabilité au travail.
- en cas de manifestation tardive des troubles à distance de l'agression, la présomption d'imputabilité ne peut jouer et c'est alors à la victime d'apporter la preuve que l'état pathologique est en rapport avec le fait accidentel ; c'est dire l'importance de la rédaction du certificat médical initial et de la déclaration d'accident du travail.

Deuxième cas : les agressions répétées à type d'incivilités, de harcèlement, pas de prise en charge en AT, le fait générateur de l'état de la victime ne pouvant être déterminé :

- Elle pourra néanmoins demander la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie qui ne figure dans aucun tableau des maladies professionnelles
- La reconnaissance de la maladie professionnelle hors tableaux nécessite que l'affection soit stabilisée et qu'elle soit responsable (après avis du médecin conseil) d'une incapacité au moins égale à 66%.

4- Quelles sont les règles médico-légales à connaître et à respecter par le médecin généraliste notamment en cas de suspicion de harcèlement morale ?

La notion de harcèlement a fait une entrée tardive dans le système juridique français suite à l'ouvrage médiatique de Mme Hirogoyen. Avant 2002, en l'absence de texte, la jurisprudence tentait de sanctionner ces comportements en requalifiant notamment la rupture du contrat et en octroyant à la victime démissionnaire des indemnités de rupture. La loi de

modernisation sociale de 2002 a consacré la notion. Reprenant les préconisations du Conseil économique et social en ce domaine, les dispositions relatives au harcèlement moral visent : à définir le concept; à organiser le principe et les conditions de mise en place d'une politique de prévention; à réparer et à sanctionner les comportements prohibés.

L'article L.122-49 du Code du travail, donne une définition imprécise. Il ne s'agit pas réellement d'une définition dans la mesure où le texte reprend la notion même de harcèlement moral sans véritablement la définir. Le législateur n'a pas listé les comportements incriminés mais a donné des critères.

Si on reprend les quatre critères :

- aucun salarié = limité aux relations régies par le droit du travail, il n'y a pas d'exigence de lien de subordination entre victime et harceleur
- ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral : le mot agissement peut être interprété largement ou strictement en excluant les omissions, l'adjectif « répétés » suppose plusieurs fois, mais alors combien ?
- qui ont pour objet ou pour effet : ces deux termes ne sont pas synonymes : objet = c'est le faire exprès et effet = vise les situations où on ne pensait pas forcément que le comportement adopté aurait de pareilles conséquences
- une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel : il faut une dégradation objective, il faut que la dégradation soit fautive

Concernant l'appréciation judiciaire : c'est au juge du fond par une appréciation souveraine de décider si le comportement incriminé est constitutif d'un harcèlement. Sa mission est délicate : interpréter largement le texte risque de faire voir du harcèlement partout ce qui rendrait les relations de travail ingérables et interpréter restrictivement le texte risque de faire passer à côté de cas réels.

La loi définit également un régime favorable pour le harcèlement professionnel. Le législateur a voulu favoriser l'administration de la preuve et lorsque le harcèlement est ensuite prouvé, la loi instaure une double protection des victimes.

En matière de preuve, deux questions doivent être posées : Qui doit prouver ? (= déterminer la charge de la preuve) et comment prouver (= préciser le mode de la preuve).

En principe la charge de la preuve incombe au demandeur mais pour faciliter le rôle de la victime, la loi a aménagé les règles : « dès lors que le salarié concerné établit des faits qui permettent de présumer l'existence d'un harcèlement », ainsi si le salarié établit des faits, c'est alors au défendeur de prouver par des éléments objectifs qu'il n'y a pas harcèlement.

Le mode de la preuve, s'agissant de faits, la preuve est libre, c'est-à-dire par tout moyen. Les témoignages sont difficiles à obtenir bien que la loi protège les témoins, *les attestations et certificats des médecins doivent contenir uniquement des données médicales sinon risque de recours pour diffamation* (!!! Les termes de souffrance morale et de harcèlement ne sont pas des termes médicaux utilisables par les médecins, cette qualification est du domaine du droit !!!) et le carnet de bord rédigé par la victime n'a aucune valeur probante.

Cette remarque est importante d'autant qu'une étude de 2004 [28] a montré que près de deux tiers des médecins acceptent la rédaction d'un certificat médical et, dans un cas sur deux, de mentionner le terme « harcèlement moral » sur le certificat.

La protection des victimes, à l'image des dispositions existant en matière de harcèlement sexuel, est assurée par le Code du travail et le Code pénal. La victime a le droit d'agir soit devant les juridictions répressives (tribunal correctionnel) pour faire condamner pénalement l'auteur, soit devant les juridictions civiles pour obtenir réparation, soit elle peut également mêler les deux actions en se constituant partie civile devant les juridictions pénales.

La protection offerte par le code du travail prévoit *des mesures sur l'emploi de la victime*. Le code établit que le salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire. Cette protection introduit également *des mesures de prévention* (insertion dans le règlement intérieur, prendre toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements, l'employeur peut prendre des sanctions à l'égard du salarié harceleur, procédure de médiation)

La protection offerte par le code pénal, la loi a créé un nouveau délit, sous l'article 221-33- 1 du Code pénal, qui punit d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende la personne qui est reconnue coupable du délit de harcèlement moral.

Enfin le médecin généraliste peut prodiguer les conseils de MF HIRIGOYEN (ANNEXE 2).

5- Comment le médecin généraliste peut-il envisager la reprise du travail avec son patient ?

Sur le plan professionnel :

A l'expiration de l'arrêt maladie, il faut envisager le retour du salarié. En l'absence de procédure spécifique, les règles habituelles s'appliquent.

La visite de reprise chez le médecin du travail fait partie des différentes visites obligatoires à la charge de l'employeur prévues par le code du travail : Visite au moment de l'embauche, visite périodique et visite après un arrêt de travail. Par ailleurs, en dehors de ces visites obligatoires, le salarié à tout moment peut prendre un rendez-vous.

A l'issue de la période de suspension, le salarié doit passer dans les 8 jours de la reprise une visite de reprise uniquement dans les cas suivants : s'il s'agit d'une maladie non professionnelle, la visite doit avoir lieu si l'arrêt a une durée supérieure à 21 jours. S'il s'agit d'une maladie professionnelle, elle doit avoir lieu si l'arrêt est supérieur à 8 jour. Cette visite a lieu à la demande de l'employeur ; à ne pas confondre avec la visite de pré-reprise au cours de la suspension du contrat.

A l'issue de la visite, le médecin du travail peut déclarer le salarié apte au travail, il reprend alors son poste. Il peut également faire des propositions d'aménagement de poste ou déclarer inapte le salarié selon une procédure particulière. Il existe une exigence d'un double examen pour l'inaptitude. En principe, l'Art. R. 241-51-1 stipule que l'inaptitude du salarié à son poste ne peut être constatée qu'à l'issue de deux examens médicaux espacés de 15 jours durant lesquels il ne doit pas y avoir de suspension du contrat. Exceptionnellement, il peut y avoir déclaration d'inaptitude en 1 seul examen en cas de danger immédiat.

La période de suspension prend fin après le 1<sup>er</sup> examen mais l'obligation de reclassement ne commence à courir qu'à l'issue du 2<sup>nd</sup> examen car ce n'est qu'à l'issue de ce second examen que l'inaptitude est acquise. Le licenciement intervenu entre les deux examens relève de l'art. L. 122-45, donc il est nul.

La situation de la victime de souffrance morale est très différente selon, son statut (salarié ou fonctionnaire), la taille de l'entreprise (inférieure à 10 salarié ou supérieure à 50, car les institutions représentatives du personnel varient CHSCT...), son type de contrat (CDI, CDD, période d'essai). Les solutions juridiques pour le salarié en souffrance morale dont l'arrêt maladie se termine sont assez limitées.



Il existe des difficultés à faire des propositions adaptées. En effet, l'employeur est tenu de tenter de sauvegarder l'emploi du salarié. Il doit faire des recherches de reclassement compatibles avec les conclusions du médecin faites au cours de la visite de reprise. C'est une obligation très lourde, en particulier dans les petites structures où il n'est pas facile de proposer d'autres postes.

Par ailleurs, pour le salarié, le choix est cornélien. Si l'employeur est dans l'impossibilité de reclasser, il y a licenciement pour impossibilité de reclassement. Si le salarié accepte le reclassement, il y a modification du contrat de travail. Si le salarié refuse, il appartient à l'employeur de tirer les conséquences du refus du reclassement. Soit, il formule de nouvelles propositions, soit il procède au licenciement mais il ne doit pas motiver le licenciement par le seul refus car s'agissant d'une modification du contrat, le salarié a le droit de refuser. Le refus n'est pas abusif. Il doit reposer sur l'inaptitude et l'impossibilité de reclasser. Enfin dans l'hypothèse où le salarié n'est ni reclassé, ni licencié, l'employeur a l'obligation de reverser les salaires.

#### Sur le plan médical :

Tout d'abord si l'état de santé du patient se stabilise avec impossibilité de reprise professionnelle s'il persiste un état avec des séquelles en fin d'arrêt maladie, il est possible de soumettre au médecin conseil une demande d'invalidité [29].

En effet si, à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle ou encore d'une usure prématurée de l'organisme, un patient a perdu une partie (ou la totalité) de sa capacité de travail, il peut sous certaines conditions être reconnu invalide. Pour cela, il doit remplir : les conditions d'ouverture de droits (disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr)), les conditions d'âge (moins de 60 ans), les conditions médicales (capacité de travail ou de revenus réduite d'au moins 2/3).

Dans la plupart des cas, la mise en invalidité peut être proposée à un patient par sa caisse d'Assurance Maladie. Il est également possible pour le médecin généraliste de demander la mise en invalidité de son patient : il doit établir un certificat médical et faire compléter à son patient le formulaire « Assurance invalidité - demande de pension ». Le patient peut également solliciter le médecin généraliste pour faire sa demande de mise en invalidité. Dans ce cas, il doit lui fournir un certificat médical, il devra également remplir et

adresser à sa caisse d'Assurance Maladie le formulaire « Assurance invalidité - demande de pension ».

Il est à noter que l'état d'invalidité est constaté trois ans maximum après avoir perçu des indemnités journalières maladie sans interruption, à condition que votre état soit stabilisé. Ou dès la constatation de la stabilisation de votre état avant l'expiration de ces trois ans. Ou au moment de la constatation médicale de l'invalidité lorsqu'elle résulte de l'usure prématurée de l'organisme. C'est le service médical de la caisse d'Assurance Maladie qui effectuera un examen médical pour évaluer le degré d'invalidité

Le montant de la pension d'invalidité varie selon la catégorie d'invalidité dans laquelle est classé l'assuré par le service du contrôle médical. Il en sera informé par sa caisse d'Assurance Maladie. Il existe trois catégories de pension d'invalidité :

- 1<sup>re</sup> catégorie : le patient peut exercer une activité professionnelle rémunérée. La pension est égale à 30 % de son salaire annuel moyen.
- 2<sup>e</sup> catégorie : le patient ne peut plus exercer d'activité. La pension est égale à 50 % de son salaire annuel moyen.
- 3<sup>e</sup> catégorie : le patient a besoin d'une personne pour l'assister dans les gestes essentiels de la vie courante. Le montant de la pension équivaut à celui d'une pension de 2<sup>e</sup> catégorie augmenté d'un montant forfaitaire, appelé « majoration pour tierce personne ».

Si le patient est en invalidité, en principe, il n'y a aucune obligation d'informer l'employeur de la mise en invalidité, de quelque catégorie qu'elle soit, car l'invalidité prononcée par le médecin conseil de la sécurité sociale n'a pas d'incidence sur le contrat de travail. S'il informe l'employeur de sa mise en invalidité, il ne pourra en tirer aucune conséquence telle qu'engager, pour ce motif, une procédure de licenciement.

#### Sur le plan médico-professionnel :

Une demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé peut être proposée [30]. En effet, est considérée comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychique ».

Demander la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), c'est faire reconnaître officiellement par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) son aptitude au travail, suivant ses capacités liées au handicap.

Cette reconnaissance s'accompagne d'une orientation vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers le marché du travail ou vers un centre de rééducation professionnelle. L'orientation vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers le marché du travail ou vers un centre de rééducation professionnelle vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Une personne handicapée ayant une RQTH bénéficie de mesures telles que :

- l'orientation par la CDAPH vers une entreprise adaptée, un établissement ou service d'aide par le travail ou une formation (stage en centre de formation ordinaire ou spécialisé, contrat d'apprentissage...),
- le soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi (équipe de préparation et de suite de reclassement - EPSR - ou organisme d'insertion et de placement - OIP),
- être bénéficiaire de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés auxquelles sont soumis les établissements de 20 salariés et plus,
- l'accès à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique,
- les aides de l'Agefiph pour l'insertion en milieu ordinaire de travail,
- la priorité d'accès à diverses mesures d'aides à l'emploi et à la formation

Il appartient aux personnes intéressées de faire une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé auprès de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de leur département, en remplissant le formulaire de demande unique. Tous les renseignements sur ce point peuvent être obtenus auprès des « Maisons départementales des personnes handicapées » constituées dans chaque département et qui exercent, notamment, une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs familles. Les coordonnées de ces maisons départementales peuvent être obtenues auprès des services du Conseil général

Cette demande s'accompagne d'ailleurs d'un certificat médical réalisé par le médecin généraliste, d'où la nécessité de connaître l'intérêt de cette reconnaissance et ses critères d'attribution. D'autant plus si une demande de procédure simplifiée est faite.

## **DISCUSSION/SYTHESE :**

Finalement, ce travail m'a permis d'établir des points importants à respecter dans la prise en charge des patients souffrant d'une pathologie de surcharge liée au travail. Avant tout, j'ai développé les points spécifiques de ces prises en charge.

C'est pourquoi, je n'ai pas développé la description clinique de ces pathologies qui ne sont pas spécifiques au monde du travail (sauf peut-être pour le burn out, puisque même l'état pathologique dans les harcèlements moraux s'apparentent au syndrome de stress post-traumatique) et sont généralement bien connus par le médecin généraliste puisque classable au sein du DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4ème édition).

Il en est de même pour la prise en charge médicale, médicamenteuse ou non, qui n'est pas non plus spécifique à ces pathologies. Il faut néanmoins insister sur l'importance de la prise en charge psychologique qui peut être spécifique. En effet, pour ces patients, le temps de consultation dédié à la parole est très important pour permettre au patient d'évoluer, de décortiquer les causes de ses états et de se reconstruire. Cependant les professionnels formés à ce type de consultation son peu nombreux, tout comme les consultations spécifiques de souffrance au travail. De plus, les quelques structures existantes sont pour la plupart victimes de leurs succès et les délais de consultations son relativement long.

En définitif, ce sont surtout les points médico-administratifs et juridiques que j'ai développés. Ils sont, en effet, spécifiques de la prise en charge des pathologies de surcharge psychologique liées au travail. Les points importants que j'ai répertoriés grâce à mon questionnement m'ont permis d'établir une trame pour une prise en charge la plus adaptée possible. Mais elle doit être adaptée au cas par cas, car comme mes résultats le montrent, il existe pratiquement autant de situations que de patients.

Ces points importants au cours de la consultation de médecine générale sont :

### ***1. Dépister les situations à risque de souffrance au travail***

- a. Identifier les principales causes de souffrance au travail
- b. Identifier les pratiques évoquant un harcèlement moral

### ***2. Evaluer l'état psychologique de son patient et son niveau de stress dès les stades précoces***

- a. DADSMOP
- b. EVA Stress

**3. *Evoquer les différentes modalités de l'arrêt de travail***

- a. Maladie non professionnelle
- b. Accident de travail/maladie professionnel

**4. *Réaliser la mise en place d'une prise en charge médico-psychologique***

- a. Mise en place du traitement médicamenteux si nécessaire
- b. Toujours proposer le soutien psychologique et/ou psychiatrique

**5. *Ne pas « victimiser » le patient pour favoriser son retour à l'emploi***

**6. *Initier une prise en charge interdisciplinaire (information et conseiller le patient sur les différents acteurs de sa prise en charge)***

- a. Avec les acteurs au sein de l'entreprise (médecin du travail...)
- b. Avec les acteurs autour de l'entreprise

**7. *Informier et conseiller son patient en cas de harcèlement moral***

- a. Sur le caractère répréhensible de cette pratique
- b. Prévenir l'inspection du travail
- c. Prévenir les représentants du personnel
- d. Utiliser les conseils de MF HRIGOYEN
- e. Déclaration en maladie professionnel et si refus en maladie à caractère professionnelle

**8. *Eviter les pièges de ces situations***

- a. Dans la rédaction des certificats médicaux
- b. Attention aux fausses déclarations de harcèlement (recherche de bénéfice secondaire)

**9. *Réaliser un suivi fréquent et consulter régulièrement les différents partenaires de la prise en charge pour éviter de figer la situation***

**10. *Envisager dès que possible le futur***

- a. Sur le plan professionnel
- b. Sur le plan médical
- c. Proposer si besoin la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé

## **CONCLUSION :**

Ces situations cliniques m'ont permis de cibler de nombreuses lacunes concernant la prise en charge de certaines pathologies en contexte de travail.

Tout d'abord, grâce à cette recherche, j'ai pu faire les mises au point nécessaires en termes de « savoir » pour bien appréhender la question complexe de la souffrance professionnelle.

Cela m'a permis d'établir une classification claire des pathologies recouvrant la « souffrance au travail ». Ainsi les pathologies de surcharges du fonctionnement psychologique sont apparues comme étant celles qui posaient problèmes. J'ai ainsi pu appréhender les spécificités de la prise en charge de ces pathologies dans le cadre d'une prise en charge globale. En effet, ces affections et leurs prises en charge médicales n'est pas spécifique au monde du travail. Ce qui l'est, c'est le contexte, l'environnement professionnel. Ainsi, mieux connaître, le monde du travail et de la santé au travail ouvre la possibilité d'avoir une attitude préventive. Ce qui fait partie des rôles primordiaux du médecin généraliste, en partenariat avec le médecin du travail. La connaissance des partenaires et des procédures est également très importante car elle s'intègre dans un autre grand rôle du médecin généraliste qui est celui de l'information et du conseil de son patient. Cela participe d'ailleurs à la prise en charge en interdisciplinarité.

Cette mise au point théorique m'a également servi à mettre à jour les erreurs à ne pas commettre dans ces prises en charges qui se jouent souvent aux limites du monde judiciaire. En effet, pour protéger notre patient, la tentation est parfois grande de s'engager dans des déclarations, qui sortent de notre domaine de compétence. Ceci est toujours risqué, tant pour le patient que pour nous-mêmes et n'apporte rien à la prise en charge.

Par ailleurs, mes « savoirs faire » ont également été perfectionnés tant sur l'utilisation d'outils pratiques de dépistages que sur la réalisation des procédures médico-administratives.

J'ai également, acquis de l'expérience en matière de « savoir être ». Cela m'a sensibilisé à un problème de société. Mon approche de ces situations a beaucoup changé et la qualité de la relation avec mes patients, les confrères et les partenaires s'en est trouvée grandement améliorée.

Enfin et surtout, cela m'a apporté de nouvelles solutions à proposer, car la pire des choses dans ces situations est leur pérennisation. L'objectif est d'éviter à tout prix la désinsertion professionnelle et sociale de ces patients. Et cela, en prolongeant, sans progresser, un arrêt de travail, qui à ce moment là, ne leur rend plus service.

Ces nouveaux acquis me permettent donc de mieux appréhender ces situations souvent « stressantes » pour un praticien non formé. Et par la même occasion, de faire un travail préventif sur une éventuelle « souffrance professionnelle » me concernant, dans ma futur carrière en médecine générale.

**ANNEXE 1 :**

*Dossier d'Aide à la Décision face aux Souffrances Morales alléguées d'Origine Professionnelle (DADSMOP) pour le médecin traitant [31]*

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

1/ Dans les 3 premières colonnes, cocher la case correspondant le mieux à l'état du patient

2/ Dans les 2 dernières colonnes, cocher le nombre de signes professionnels ou de fragilité observés chez le patient (les signes listés ne sont pas exhaustifs, d'autres signes pertinents au cas par cas peuvent être rajoutés puis comptabilisés).

3/ Relier les cases cochées pour construire une courbe correspondant au profil du patient à un temps donné.

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

Temps		Profil n°:		Date :		
Niveau fonctionnel	Etat clinique général	Etat neuro-psychologique	Signes professionnels		Facteurs de fragilité / vulnérabilité	
<b><u>Patient Réactif</u></b>  (Conservation de Ressources Psycho-socio-Physiologiques)	Bonne santé ou pb de santé peu grave équilibré	Tout va bien	1	<b><u>Signes liés à l'entreprise et au travail</u></b>  a. Statut (précarité) b. Responsabilité hiérarchique c. Responsabilité syndicale d. Salarié « captif » (contraint, pour des raisons financières ou sociales, à ne pas risquer de quitter l'entreprise) e. Changement d'outil, de méthode, de manager f. Crise financière g. Licenciements annoncés h. Menaces verbales i. Menaces écrites j. Sanction k. Surcharge de travail de toute cause l. Non reconnaissance de la qualité du travail m. Manque de moyens au travail n. Culpabilisation collective du fait arrêt maladie	1	<b><u>Signes liés à la personnalité</u></b> -Caliméro (né pour souffrir) -Manque d'assertivité (difficulté à s'affirmer, à dire non) -Etc...  <b><u>Signes liés à la personne</u></b> Age Sexe Caractéristiques physiques Etc....  <b><u>Signes sociaux</u></b> Isolement social Charges familiales, Problèmes de trajet etc....
	Bonne santé ou pb de santé grave équilibré (fin d'arrêt)	Fatigue le matin et malaise	2		2	
	Santé moyenne ou pb de santé grave en cours de traitement (fin d'arrêt)	Interrogations	3		3	
	Santé moyenne ou pb de santé grave en cours de diagnostic (arrêt)	Doute, anxiété	4		4	
	Fatigue générale avec symptomatologie clinique fonctionnelle (arrêt ?)	Insomnies Cauchemars	5		5	
<b><u>Zone de transition</u></b>	Fatigue intense avec nécessité de prise en charge médicale arrêt ?	Somatisation	6		6	
<b><u>Patient non Réactif</u></b>  (Perte de ressources)	Pathologie aigue	Dévalorisation	7		7	
	Pathologie chronique	Dépression	8		8	
	Pathologie chronique grave	Idées mortifères	9		9	



**ANNEXE 2 :***Que faire en cas de harcèlement moral ? [32]*

## Conseils pratiques :

1. Notez toute forme de provocation ou toute agression: traces, indices, injures, faire des photocopies de tout ce qui pourrait à un moment ou à un autre constituer sa défense.
2. La difficulté de se défendre réside dans le fait qu'il y a rarement des preuves flagrantes.
3. Assurez-vous le concours de témoins. Certes, les collègues se désolidarisent souvent de la personne harcelée par peur de représailles, mais il s'agit d'un témoignage pour donner foi aux allégations des victimes.
4. Trouvez de l'aide au sein de l'entreprise : délégué syndical, Direction des Ressources Humaines, médecins du travail, représentant du personnel, Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).
5. Gardez votre sang froid : jouez l'indifférence, gardez le sourire et répondez avec humour mais sans rajouter dans l'ironie. Bref, soyez imperturbable et n'entrez jamais dans le jeu de l'agressivité.
6. Soyez irréprochable. En effet, même si le harceleur n'est pas votre supérieur hiérarchique, vous vous trouverez sous les feux des projecteurs. Vous serez observé pour savoir ce qui se passe. Le moindre retard, la moindre faute seront tenus pour des preuves de votre responsabilité dans le processus.
7. Apprenez la méfiance en fermant vos tiroirs à clef, en emportant avec vous votre agenda personnel ou un dossier important sur lequel vous travaillez. Ce n'est le plus souvent que lorsque la situation n'est plus récupérable, que les salariés préparent un dossier pour les prud'hommes.
8. Prenez les messages au pied de la lettre, faites les préciser et refusez d'entendre les sous entendus. Apprenez à ne pas réagir aux provocations de votre agresseur. Il est important de garder au fond de vous la conviction que vous êtes dans votre bon droit et que tôt ou tard, vous réussirez à vous faire entendre.
9. Sollicitez un entretien pour avoir des explications si des doutes dans les consignes ou les ordres subsistent. En cas de refus, n'hésitez pas à exiger cet entretien par lettre recommandée. Ces courriers pourront servir de preuves du manque de dialogue en cas de conflit. Mieux vaut passer pour un paranoïaque que de se laisser mettre en faute.
10. Ne démissionnez pas, ce serait accorder une victoire trop facile à l'agresseur ? Si vous devez partir, battez vous pour que votre départ se fasse dans des conditions correctes.

**BIBLIOGRAPHIE :**

- [1]. CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
Les nouveaux visages du travail  
J du CNRS 2005 ; 184  
Disponible à l'URL :  
<http://www2.csnrs.fr/journal/2138.htm>
- [2]. PEZE M, SOULA MC, SANDRET N  
Le travail c'est la santé : à condition d'en reconnaître la qualité  
Concours Med 2008 ; 130 (4) : 204-207
- [3]. FONDATION EUROPEENNE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE  
VIE ET DE TRAVAIL  
4ème enquête européenne sur les conditions de travail – 2005  
Disponible à l'URL :  
<http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/252349.PDF>
- [4]. PEZE M  
Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés  
Paris : Pearson Education France ; 2008
- [5]. HIRIGOYEN MF  
Le harcèlement moral dans la vie professionnelle : démêler le vrai du faux  
Paris : La Découverte et Syros ; 2001
- [6]. HABERT M  
Aspects spécifiques de la souffrance morale liée aux conditions de travail : enquête en  
vue d'une réflexion sur une prise en charge par le médecin généraliste.  
Thèse : Med ; Paris VI : 2006 ;

- [7]. SALMAN S  
Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail  
Sociologie du travail 2008 ; 50 (1) : 31-37
- [8]. PEZE M, SOULA MC, SANDRET N  
Pathologies de « surcharges » : il n'y a pas que le harcèlement  
Concours Med 2008 ; 130 (4) : 208-212
- [9]. PEZE M  
Souffrance au travail, que faire ?  
Rev Prat Med Gen 2007 ; 21 (788/789) : 1037-1038
- [10]. HIRIGOYEN MF  
Harcèlement morale : une forme particulière de souffrance au travail  
Rev Prat Med Gen 2007 ; 21 (758/759) : 169-171
- [11]. SELYE H  
The stress of life  
New York : McGraw-Hill ; 1956
- [12]. LAZARUS RS, FOLKMAN S  
Stress, Appraisal and Coping,  
New York : Springer ; 1984
- [13]. KARASEK R  
« Job demands, job decision latitude, and mental strain : Implication for job redesign »  
Administrative Science Quarterly 1979 : 285-308

- [14]. SIEGRIST J  
« Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions »  
Journal of Occupational Health Psychology 1996 : 1 ; 27-41
- [15]. LESAGE FX, CHAMOIX A, BERJOT S  
Stabilité de l'échelle visuelle analogique dans l'évaluation du stress  
Arch Mal Prof et Environ 2009 ; 70 (6) : 619-622
- [16]. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES  
HANDICAPEES  
Harcèlement moral au travail : un guide pour les établissements sanitaires, sociaux et  
médico-sociaux – 2004  
Disponible à l'URL :  
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/harcelement/accueil.htm>
- [17]. PEZE M, SOULA MC, SANDRET N  
S'entretenir avec le salarié en souffrance : une épreuve cathartique  
Concours Med 2008 ; 130 (4) : 213-214
- [18]. DIRECTION REGIONALE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA  
FORMATION PROFESSIONNELLE DE PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR  
Prévenir ensemble les risques d'atteinte psychologique au travail  
Cah fact psycho-sociaux 2009 ; 12  
Disponible à l'URL :  
[http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_cahiersFPS\\_.pdf](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Les_cahiersFPS_.pdf)
- [19]. HAUTE AUTORITE DE SANTE  
La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge – 2000  
Disponible à l'URL :  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_271964/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge)

[20]. HAUTE AUTORITE DE SANTE

Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux - 2005

Disponible à l'URL :

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272435/modalites-de-prise-de-decision-concernant-lindication-en-urgence-dune-hospitalisation-sans-consentement-dune-personne-presentant-des-troubles-mentaux](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272435/modalites-de-prise-de-decision-concernant-lindication-en-urgence-dune-hospitalisation-sans-consentement-dune-personne-presentant-des-troubles-mentaux)

[21]. PEZE M, SOULA MC, SANDRET N

Les acteurs de la prise en charge : dans et à l'extérieur de l'entreprise

Concours Med 2008 ; 130 (4) : 215-218

[22]. SOCIETE DE MEDECINE DU TRAVAIL ET D'ERGONOMIE DE FRANCHE-COMTE

Fiche de poste MIRTMO (médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre) : les missions des médecins inspecteurs) – 2009

Disponible à l'URL :

[http://www.smtefc.org/docum/ANNEXE\\_Missions\\_MIRTMO.pdf](http://www.smtefc.org/docum/ANNEXE_Missions_MIRTMO.pdf)

[23]. MINISTERE DU BUDGET DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT

La commission de réforme – 2009

Disponible à l'URL :

[http://www.minefi.gouv.fr/pensions/guides\\_pratiques/pci/commisionReforme.htm](http://www.minefi.gouv.fr/pensions/guides_pratiques/pci/commisionReforme.htm)

- [24]. MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

L'inspection du travail

Disponible à l'URL :

[http://www.travail-solidarite.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/litiges-et-conflits-du-travail,124/l-inspection-du-travail,1123.html#sommaire\\_2](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/litiges-et-conflits-du-travail,124/l-inspection-du-travail,1123.html#sommaire_2)

- [25]. BONDEELLE A, VAUDOUX D

La « sécu » se réorganise : Carsat et ARS succèdent aux CRAM

Travail et Sécurité 2010 ; 708 : 14-15

Disponible à l'URL :

[http://www.travail-et-securite.fr/archivests/archivests.nsf/%28alldocparref%29/TS708page14\\_1/\\$file/TS708page14.pdf?openelement](http://www.travail-et-securite.fr/archivests/archivests.nsf/%28alldocparref%29/TS708page14_1/$file/TS708page14.pdf?openelement)

- [26]. HANDITEC-HANDROIT

Handicap et accidents du travail – 2004

Disponible à l'URL :

[http://www.handroit.com/accidents\\_du\\_travail.htm](http://www.handroit.com/accidents_du_travail.htm)

- [27]. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre du risque professionnel - 1999

Disponible à l'URL :

<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/AgressCirculaireCNAM.pdf>

- [28]. INSTITUT NATIONALE DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE  
Quels freins à la déclaration en maladie professionnelle : une enquête auprès des  
médecins généralistes, rhumatologues et pneumologues en PACA – 2004  
  
Disponible à l'URL :  
<http://www.lest.cnrs.fr/IMG/pdf/A.Viau.pdf>
- [29]. CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE  
L'invalidité – 2010  
  
Disponible à l'URL :  
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/formalites/1-8217-invalidite.php>
- [30]. MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION  
PUBLIQUE  
  
La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – 2010  
  
Disponible à l'URL :  
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/travailleurs-handicapes,126/la-reconnaissance-de-la-qualite-de,1140.html>
- [31]. BERTRAND S, CHOQUET A, ETIENNE S, GUFFOND D, HUBAUD MJ  
Dossier d'Aide à la Décision face aux Souffrances Morales alléguées d'Origine  
Professionnelle (DADSMOP) pour le médecin traitant  
  
Disponible à l'URL :  
<http://www.sistepaca.org/01c-souffrance.htm>
- [32]. HIGOYEN MF  
Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien.  
  
Paris : Editions La Découverte et Syros ; 1999

**TABLE DES MATIERES :**

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>1</b>
<b><u>PREMIER RECIT CLINIQUE AUTHENTIQUE</u></b> .....	<b>2</b>
I. <i>Récit de la consultation</i> .....	2
II. <i>Les points importants de la consultation</i> .....	4
III. <i>Les problèmes posés par la consultation</i> .....	6
IV. <i>Démarche de résolution des questions posées par cette consultation</i> .....	7
<b><u>DEUXIEME RECIT CLINIQUE AUTHENTIQUE</u></b> .....	<b>21</b>
I. <i>Récit de la consultation</i> .....	21
II. <i>Les points importants de la consultation</i> .....	25
III. <i>Les problèmes posés par la consultation</i> .....	27
IV. <i>Démarche de résolution des questions posées par cette consultation</i> .....	28
<b><u>DISCUSSION/SYNTHESE</u></b> .....	<b>43</b>
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>45</b>
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	<b>47</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	<b>49</b>
<b><u>TABLE DES MATIERES</u></b> .....	<b>55</b>