

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2015

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

Diplôme d'État

Par

MICHAUT-VACHER Hélène
Née le 24/01/1983 à Saint-Michel (16)

Présentée et soutenue publiquement le 12/02/2015

**SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL : QUEL TYPE DE COOPERATION EXISTE-T-IL ENTRE
MEDECIN DU TRAVAIL ET MEDECIN GENERALISTE ?**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur LEBEAU
Membres du jury : Madame le Professeur LEHR DRYLEWICZ
Monsieur le Professeur ALISON
Monsieur le Docteur LUSTMAN

RESUME

LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL : QUEL TYPE DE COOPERATION EXISTE-T-IL ENTRE MEDECIN DU TRAVAIL ET MEDECIN GENERALISTE ?

Contexte : la souffrance mentale au travail est devenue un enjeu de santé publique, tant par ses conséquences sur la santé des travailleurs, que par les coûts économiques engendrés. Le débat se focalise sur la reconnaissance du burnout au tableau des maladies professionnelles, et les pratiques de prise en charge sont peu étudiées. L'objectif de l'étude est d'analyser comment les médecins du travail appréhendent la souffrance mentale au travail, d'analyser leurs stratégies, leurs difficultés, leurs mode de coopération avec les médecins généralistes et de réfléchir au final au moyen d'améliorer la coordination entre professionnels.

Matériel et méthode : enquête qualitative, qui repose sur l'interview semi-dirigé de 13 médecins du travail. L'échantillon a été raisonné et diversifié. Le recueil des données et l'analyse reposent sur l'approche développée par J-C Kaufman (L'entretien compréhensif). Une analyse thématique a été réalisée par double codage en aveugle.

Résultats : les entretiens montrent le rôle complexe du médecin du travail, souvent peu connu. Ainsi si la souffrance mentale au travail relève évidemment d'une approche biopsychosociale, la principale difficulté est d'articuler toutes ces dimensions. En effet il est plus simple de se limiter aux approches somatiques voire psychologiques et difficile d'intégrer les enjeux sociaux. A l'opposé pour le salarié, l'imputation est claire : le travail est la cause de ses maux. Les médecins du travail ont alors comme enjeu essentiel de « savoir enquêter » sur les conditions de travail, ce qu'ils font de manière variable et que les généralistes ne peuvent pas faire. Cet enjeu, en partie marginalisé, donne « sens » à la coopération entre médecins, coopération qui reste encore peu élaborée et passe principalement par le patient. Ces logiques rendent la pratique complexe et obligent le médecin du travail à sortir de sa routine : longue consultation, gestion pluridisciplinaire des dossiers, construction difficile d'une relation de confiance avec des salariés souvent méfiants, gestion du risque suicidaire, repérage rapide et savoir comment départager enjeu de santé et enjeu de travail.

Conclusion : l'étude confirme que la prise en charge de la souffrance mentale au travail ne peut pas se faire sans une étroite collaboration. En effet seul le médecin généraliste peut réaliser la prise en charge effective mais seul le médecin du travail peut effectuer une enquête in situ, faire le lien avec les conditions de travail, amorcer une politique de prévention des risques psycho-sociaux. Il ne s'agit pas d'une simple « coopération » mais plutôt d'une prise en charge ou d'un accompagnement qui devrait être partagé, réfléchi et co-construit. L'enjeu serait de développer des outils communs (mode d'échange, réunion, formation ...) mais aussi de permettre une compréhension réciproque de la vision et de pratique de l'autre professionnel, ainsi que du vécu du patient en tant que salarié. Cette étude devrait être complétée par une enquête auprès des patients, pour connaître leurs attentes.

Mots clés : Médecin du travail, Médecin généraliste, Enquête qualitative, Santé publique, Souffrance mentale au travail, Coopération, Pratique.

ABSTRACT

MENTAL SUFFERING IN THE WORKPLACE: WHAT TYPE OF COOPERATION IS THERE BETWEEN OCCUPATIONAL DOCTORS AND GENERAL PRACTITIONERS?

Background: Mental suffering in the workplace has become a public health issue, both with consequences on workers' health and associated economic costs. The debate centers on the recognition of burnout as an occupational disease and there are few studies on its treatment methods. The aim of the study is to analyze how occupational doctors grasp mental suffering in the workplace, analyze their strategies, their problems, how they cooperate with general practitioners and ultimately reflect on how the coordination between professionals could be improved.

Methods: Qualitative research based on the semi-structured interview of 13 occupational doctors. Purposive and heterogeneous sampling was used. The gathering and analysis of data are founded on J-C- Kaufman approach (The comprehensive interview). A thematic analysis was performed through double blind coding.

Results: The interviews show the complicated and often ignored part played by the occupational doctor. And so, if mental suffering in the workplace is a matter for a biopsychosocial approach, the main problem is to put together all its aspects. It is indeed easier to make do with somatic or psychological approaches, and hard to include the social issues. On the contrary, it is clear for the worker as to whom or what is to blame, work is the cause of his troubles. The occupational doctor's essential goal then is to "be able to investigate" working conditions, which some of them do, whereas the general practitioners can't. This issue which is somewhat marginalized, gives "meaning" to the cooperation between doctors although it is not yet widespread and still mainly goes through the patient. These practices make the process complex and force the occupational doctor to go beyond his usual routine: lengthy consultations, multidisciplinary approach to management of medical records, difficult development of a relationship of trust with the often suspicious workers, management of suicide risk, quick assessment and ability to make a difference between health and work issues.

Conclusion: the study confirms that the treatment of mental suffering in the workplace cannot be achieved without a close collaboration. In fact, the general practitioner alone can be responsible for the actual treatment but it is up to the occupational doctor to investigate in situ, connect it to the working conditions, and initiate a psycho-social risks prevention policy. It is not only a basic "cooperation" anymore but the treatment and the support that should be shared, thought of together and co-designed. The issue would be to develop common tools (exchange modes, meetings, training ...) as well as allow a mutual understanding of the vision and methods of the other professional, and of the actual experience of the patient as an employee. This study ought to be completed with a survey of patients in order to know their expectations.

Key-words: Occupational doctor, general practitioner, qualitative research, public health, mental suffering in work, cooperation, practice

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogue*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations Internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (+) – 1962-1966
Directeur de l'École de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (+) – 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ – 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER - Ph. BAGROS - G. BALLON - P. BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER - J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER - A. GOUAZÉ - M. JAN - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LANSAC - J.
LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - J. MOLINE - Cl.
MORAINE - J.P. MUH - J. MURAT - Ph. RAYNAUD - J.C. ROLLAND - Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A.
SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian.....	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
	BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; Addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BERNARD Louis.....	Maladies Infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian.....	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles.....	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie Infantile
	BONNET Pierre.....	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck.....	Urologie
	BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
	CALAIS Gilles.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe.....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles.....	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne.....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
	DIOT Patrice.....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe.....	Psychiatrie d'Adultes
	GYAN Emmanuel.....	Hématologie ; thérapie cellulaire
	GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain.....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
	GRUEL Yves.....	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice.....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Régis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie ; transfusion
Mme	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et Imagerie médicale
MM.	HOMMET Caroline.....	Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert.....	Chirurgie Infantile
	LASFARGUES Gérard.....	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	REMERAND Francis	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Eric	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques

MM.	PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Maïtab.....	Dermatologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURICH Patrick.....	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ESNARD Annick.....	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël.....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline.....	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie.....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURICH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice.....	Pratiquien Hospitalier (éthique médicale)
M.	BOULAIN Thierry.....	Pratiquien Hospitalier (CSCT)
Mme	CRINIÈRE Lise.....	Pratiquien Hospitalier (endocrinologie)
M.	GAROT Denis.....	Pratiquien Hospitalier (séméiologie)
Mmes	MAGNIAN Julie.....	Pratiquien Hospitalier (séméiologie)
	MERCIER Emmanuelle.....	Pratiquien Hospitalier (CSCT)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire.....	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie.....	Pratiquien Hospitalier
	MONDON Karl.....	Pratiquien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle.....	Pratiquien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Pratiquien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

**En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un
salaire au-dessus de mon travail.**

**Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui
s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon
état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs
enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses.**

**Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y
manque.**

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur LEBEAU,

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour votre participation à ce jury et pour votre enseignement à la faculté

À Monsieur le Professeur ALISON,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect

À Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,

Vous me faites l'honneur et la gentillesse de participer à ce jury. Je vous remercie d'avoir toujours été disponible au cours de ce travail, et d'avoir répondu à toutes mes questions.

À Monsieur le Docteur LUSTMAN,

Pour avoir accepté de diriger ce travail.

Je vous remercie d'avoir partagé cette épreuve avec moi. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance pour les nombreuses lectures, et toutes les suggestions partagées.

Merci aux médecins et aux patients qui ont accepté de participer à cette étude ; sans eux rien n'aurait été possible.

À Pierre, mon mari,

Pour ton aide immense, ta patience, ton amour tout aussi grand et tout ce qui n'appartient qu'à nous ; et surtout à notre petit rayon de soleil et notre trésor précieux Roméo, qui nous a rejoints récemment. Que d'autres petites étoiles puissent venir lui tenir compagnie...

À mes parents,

Pour toutes ces innombrables choses, petites et grandes qui font ce que je suis aujourd'hui. Un grand merci pour ces quelques années d'études n'ont pas été pour vous de tout repos. Et personne ne peut dire si la prochaine étape sera moins fatigante.

À mes frères et sœur,

Sur qui je peux toujours compter et qui pourront toujours compter sur moi. Merci d'être là pour célébrer ça avec moi, et d'en être aussi heureux que moi.

Merci à mes amis pour leurs encouragements et leur présence toujours réconfortante.

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
ABSTRACT	3
SERMENT D'HIPPOCRATE	8
TABLE DES MATIERES	10
1. INTRODUCTION.....	14
2. GENERALITES	16
2.1. MOTIVATIONS ET QUESTION DE DEPART	16
2.2. NOTIONS ESSENTIELLES	17
2.2.1. <i>Le travail</i>	17
2.2.1.1. Définition	17
2.2.1.2. Évolution du travail et place des enjeux de reconnaissance	17
2.2.2. <i>La souffrance mentale au travail</i>	19
2.2.2.1. Définition	19
2.2.2.2. Regard ou aspect médicaux sur la souffrance mentale au travail	19
2.2.2.3. Regard ou Aspect juridique sur la souffrance mentale au travail.....	20
2.2.2.4. Regard ou Aspect économique sur la souffrance mentale au travail	20
2.2.2.5. Perspectives ou regard-des sciences humaines et sociales sur la souffrance mentale au travail.....	21
2.2.3. <i>Le médecin du travail (MT) : apparition, rôle et missions</i>	24
2.2.3.1. Débuts de la médecine du travail	24
2.2.3.2. Définition du rôle du MT	25
2.2.3.3. Les missions du MT.....	25
2.2.4. <i>Rappel du rôle du MG dans les consultations souffrance</i>	26
2.3. PROBLEMATIQUE	26
3. MATERIEL ET METHODES	29
3.1. TYPE D'ETUDE	29
3.2. METHODOLOGIE D'ENTRETIEN.....	29
3.2.1. <i>Définition de l'entretien semi-dirigé</i>	29
3.2.2. <i>Réalisation du guide d'entretien</i>	31
3.2.2.1. Élaboration du guide d'entretien : établissement d'une première grille lors de pré-entretiens.....	31
3.2.2.2. Guide d'entretien : La présentation	31
3.2.2.3. Cadre de l'entretien.....	32
3.3. CONSTRUCTION DE L'ECHANTILLON.....	33
3.3.1. <i>Recrutement des médecins</i>	33
3.3.2. <i>Date et lieu d'entretien</i>	33
3.4. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES DONNEES	34
3.4.1. <i>1ère phase : Transcription des entretiens</i>	34
3.4.2. <i>2^{ème} phase : Analyse de contenu ou thématique</i>	34
4. RESULTATS ET ANALYSE	35
4.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET DES ENTRETIENS.....	35
4.2. LE MEDECIN DU TRAVAIL, CET INCONNU : « C'EST QUOI UN MEDECIN DU TRAVAIL ? ».....	38
4.2.1. <i>Comment devient-on médecin du travail ?</i>	38
4.2.2. <i>Évolution du rôle du médecin du travail</i>	40
4.2.3. <i>Où travaille-t-on quand on est médecin du travail ?</i>	41
4.2.4. <i>Leurs regards sur leurs missions</i>	42
4.2.4.1. Mission "travailler au sein de l'entreprise"	42
4.2.4.2. Mission "Développer et faire perdurer la relation de confiance avec le salarié"	44
4.2.4.3. Des missions différentes selon les sensibilités	45

4.2.4.4.	La prévention du risque suicidaire.....	46
4.2.5.	<i>Leurs pratiques au quotidien, comment ils en parlent, comment ils investissent leur rôle.....</i>	47
4.2.5.1.	Les différents types d'emploi du temps	47
4.2.5.2.	Déroulement d'une consultation	49
4.3.	LA SPECIFICITE DU ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL, OPPOSITION MT/MG	50
4.3.1.	<i>Les points communs par rapport au médecin généraliste</i>	50
4.3.2.	<i>Les différences par rapport au médecin généraliste</i>	51
4.3.2.1.	Un salarié et non un patient	51
4.3.2.2.	Le médecin du travail et son statut de salarié	52
4.3.2.3.	La triple responsabilité du médecin du travail	52
4.3.2.4.	Le rapport des médecins du travail aux employeurs	53
4.3.3.	<i>"Idées reçues " sur la médecine du travail d'après les MT</i>	54
4.3.4.	<i>Ce que pensent les médecins du travail des médecins généralistes.....</i>	55
4.4.	UN VOCABULAIRE PARTICULIER, MECONNU EN MEDECINE GENERALE.....	56
4.4.1.	<i>La place du droit dans les différents interviews</i>	56
4.4.2.	<i>Droits, devoirs et craintes de l'employeur.....</i>	57
4.4.2.1.	Devoir de l'employeur d'assurer la sécurité de ses employés sur le lieu de travail, protection physique et mentale	57
4.4.2.2.	Visite médicale imposée dans certaines entreprises.....	57
4.4.2.3.	Peur de l'employeur par rapport au suicide en entreprise.....	57
4.4.3.	<i>Respect du secret médical par le Médecin du travail</i>	58
4.4.4.	<i>Le harcèlement.....</i>	59
4.4.5.	<i>Le "Burnout ".....</i>	59
4.4.6.	<i>L'inaptitude</i>	59
4.5.	LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL VUE PAR LES MT	60
4.5.1.	<i>Son apparition.....</i>	60
4.5.2.	<i>Les évolutions de la souffrance mentale au travail et les facteurs aggravants.</i>	61
4.5.3.	<i>Repérage de la souffrance au travail</i>	63
4.5.3.1.	Formations des différents acteurs/ les connaissances actuelles :	63
4.5.3.2.	Dépistage.....	64
4.5.4.	<i>Causes rapportées par les MT.....</i>	65
4.5.4.1.	Causes professionnelles	65
4.5.4.2.	Causes personnelles et inter salarié	66
4.5.4.3.	Des causes sociétales	66
4.6.	MODES DE PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL PAR LES MEDECINS DU TRAVAIL	67
4.6.1.	<i>La prise en charge du salarié.....</i>	67
4.6.1.1.	Rassurer et écouter	67
4.6.1.2.	Rappeler au salarié ses droits dans l'entreprise	68
4.6.1.3.	Sa mission de conseiller.....	68
4.6.2.	<i>Travailler avec l'entreprise, l'employeur</i>	68
4.6.3.	<i>Le suivi.....</i>	70
4.6.4.	<i>Les contacts existants avec les différents partenaires</i>	70
4.6.4.1.	Avec le médecin généraliste	71
4.6.4.2.	Avec le psychiatre ou le psychologue	71
4.6.4.3.	Avec le médecin conseil de la sécurité sociale	71
4.6.4.4.	Avec les avocats.....	71
4.6.5.	<i>L'après.....</i>	71
4.7.	TRAVAILLER EN COORDINATION : LES DIFFICULTES, LES AMELIORATIONS PROPOSEES	72
4.7.1.	<i>Les difficultés.....</i>	72
4.7.1.1.	Une surcharge de travail	72
4.7.1.2.	Difficultés au sein des entreprises.....	73
4.7.1.3.	Les difficultés de prise en charge pluridisciplinaires.....	73
4.7.2.	<i>Les certificats médicaux : valeurs, impacts</i>	75
4.7.2.1.	Difficultés liées à la relation salarié/médecin	76
4.7.2.2.	Le secret médical.....	77
4.7.3.	<i>Améliorations proposées par les médecins du travail.....</i>	78
5.	DISCUSSION	80
5.1.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	80

5.1.1.	Contexte général.....	80
5.1.2.	Méthode.....	81
5.1.2.1.	Choix de la méthode qualitative.....	81
5.1.2.2.	Recherche bibliographique interdisciplinaire	81
5.1.2.3.	Recueil des données	81
5.1.2.4.	Entretiens croisés	83
5.1.2.5.	Les biais	83
5.2.	UN MEDECIN PAS COMME LES AUTRES	83
5.2.1.	Une spécialité qu'il faut découvrir	83
5.2.2.	Une spécialité avec des missions complexes et multiples	84
5.2.3.	Une spécialité avec des rôles complexes et multiples	85
5.2.3.1.	Conseil, prévention, expertise,	86
5.2.3.2.	Au service de cette « grande famille » que forment l'entreprise et les salariés.....	86
5.2.3.3.	Médecin militant.....	86
5.2.3.4.	A l'opposé on trouve des médecins qui sont en retrait	86
5.2.4.	Les MT, un rôle charnière et difficile dans les souffrances mentales au travail.....	87
5.3.	LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL : UNE ENTITE COMPLEXE AUX MULTIPLES DIMENSIONS.....	88
5.3.1.	Un cadre complexe : les dimensions sociales et économiques.....	88
5.3.2.	Un tableau clinique par les acteurs de terrain flou et non homogène	90
5.3.2.1.	La souffrance mentale au travail : un cadre général, des symptômes ou une pathologie précise ?	91
5.3.2.2.	La question de l'imputabilité : un contexte ou une cause ?	91
5.3.3.	La souffrance mentale au travail un enjeu aussi juridique	92
5.4.	LA COMPLEXITE DU SALARIE FACE A LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL	93
5.4.1.	La dimension clinique.....	93
5.4.2.	La dimension psychologique	93
5.4.3.	Le travail pour les salariés.....	94
5.4.4.	Le parcours du salarié en cas de souffrance mentale au travail	95
5.4.5.	L'évolution psychologique.....	96
5.4.6.	La difficulté du médecin à gérer l'ensemble de ces dimensions.....	96
5.4.6.1.	Le médecin du travail	96
5.4.6.2.	Le médecin généraliste.....	96
5.4.7.	Seule preuve : la parole du patient	97
5.5.	LE POINT SUR LA DIFFICULTE DE PEC.....	98
5.6.	LES ENJEUX DE COOPERATION ET LES PISTES DE REFLEXIONS	98
5.6.1.	Mieux faire connaître.....	98
5.6.2.	Comment améliorer la coordination	99
5.6.3.	Les points pratiques qui peuvent améliorer la relation médecin Travail / médecin généraliste.....	101
5.6.3.1.	Le rôle des certificats comment les rédiger sous quelle forme ?	101
5.6.3.2.	Pourquoi prescrire un arrêt de travail ?	101
5.6.3.3.	Alors comment décider de la durée de l'arrêt de travail ?	102
5.6.3.4.	Et le motif ?	102
5.6.3.5.	La décision d'aptitude ou d'inaptitude comment en discuter ?	103
5.6.3.6.	Peut-on déclarer une souffrance liée au travail en accident du travail ?	104
5.6.3.7.	Peut-on passer de l'accident de travail à une déclaration en maladie professionnelle ?	104
5.6.3.8.	La PEC sociale ou globale du MG s'arrête-t-elle à l'arrêt de travail ?	104
6.	CONCLUSION	106
	TABLE DES REFERENCES.....	108
	GLOSSAIRE	113
	ANNEXES.....	114
	ANNEXE 1 : GLOSSAIRE DES TERMES UTILISES DANS LA RECHERCHE	114
	ANNEXE 2 : ÉLÉMENTS EN RAPPORT AVEC LA SOUFFRANCE DANS LES DIFFERENTS CODES	116
	ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE	117

« La souffrance psychique, cause et conséquence d'un environnement social très dégradé se manifeste par une série de dysfonctionnements au niveau de l'ensemble de la cité ; elle nécessite en cela une approche globale qui ne sera pas simplement un traitement des symptômes individuels les plus aigus. »

Antoine LAZARUS, professeur de santé publique.

1. INTRODUCTION

En France, selon les études, deux millions de salariés disent subir harcèlement mental et maltraitements (sources [DR1]), 53% des salariés éprouvent du stress au travail (sources [DR2]). Sur 5 ans, on a constaté plus de 1 000 tentatives de suicide sur les lieux de travail en France, dont 47 % ont été suivis de décès. Dans les années 2006-2008, suite au suicide chez France Télécom, on a même parlé d' « une vague de suicide au travail ». Dans les enquêtes, 1 salarié sur 3 déclare travailler dans l'urgence. Plus de 1 sur 3 déclarent être contraints d'appliquer des consignes ou recevoir des ordres contradictoires et 1 sur 3 déclare que les relations dans le travail s'accompagnent fréquemment de tensions.

Le coût du stress en France est estimé entre 1,2 et 2 milliards d'euros par an, dont 280 M€ pour le coût de l'absentéisme et 413M€ pour le coût médical. Il existe peu d'études en la matière, mais les coûts se calculent en absentéisme, en dépenses médicales pour une santé dégradée, en retraite anticipée pour problèmes de santé, en chômage à long terme, en perte de compétences et de talents des salariés, en baisse de la productivité, en taux de rotation des personnels plus important. Bref, le coût repose sur le salarié, sur l'entreprise, et la société. ([DR3])

La question de la souffrance au travail qui semble une évidence de nos jours, s'est imposée progressivement dans le débat public. Elle a d'abord été abordée par les psychiatres du travail, de l'après-guerre aux années 1960, selon une logique de psychopathologie. L'approche a été renouvelée dans les années 1980 par les travaux fondateurs de C. DEJOURS et des chercheurs de l'AOCIP (Association pour l'Ouverture du Champ d'Investigation Psychopathologique) (sources [DR4]). Ces travaux ont été poursuivis par de nombreux sociologues (M. LORIOU, TRUCHOT, V. DE GAULEGAC, A. EHRENBURG, Y. CLOT, ...). Ainsi peu à peu une nouvelle problématique a émergé : l'étude de la souffrance au travail. Le concept a même été précisément défini par l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) en 2005 comme « une dépression réactionnelle professionnelle en lien avec les contraintes organisationnelles et sociales de l'entreprise, souvent déclenchée en réaction à des comportements identifiables de collègues ou de supérieurs hiérarchiques ; la conviction que le niveau atteint de dégradation ne peut plus évoluer positivement marque l'entrée dans la souffrance. » ([DR5])

La place de plus en plus importante prise par cette problématique est en partie liée aux évolutions de la société qui cherche un équilibre fragile et complexe entre « l'individuel » et « le collectif » et qui oppose dans le monde du travail : logique « d'autonomie » et logique « de qualité ». Dans la modernité, l'individu doit être de plus en plus autonome, responsable et se construire par lui-même et cela dans toutes les situations auxquelles il est confronté. Le travail, entre autres, devient un des lieux de reconnaissance, d'épanouissement et d'investissement personnel. Il doit faire sens dans une carrière individuelle et non plus collective. Cependant, si l'individu, pour se réaliser et être créatif, a l'obligation d'être autonome, il doit aussi satisfaire à des logiques de qualité, d'efficacité, de performance, de rendement. Ces logiques impliquent des recommandations, des évaluations, des indicateurs ; on parle alors de logique gestionnaire. Ainsi se développent parallèlement des logiques qui semblent opposées : l'injonction à l'autonomie et le contrôle gestionnaire. (sources [DR5][DR6][DR7][DR8]).

Face à ces nouveaux enjeux, deux écoles s'affrontent actuellement. Celle menée par C.DEJOURS et la sociologie du travail, qui fait porter la responsabilité principale de la souffrance au travail au mode de management. Et en face une explication plus psychologisante centrée sur la responsabilité de l'individu. La cause principale de la souffrance est à chercher dans le parcours personnel du salarié, il faut alors développer sa capacité à s'adapter aux nouveaux enjeux du travail. C'est bien une explication collective qui s'oppose à une explication individuelle. Dans un cas c'est l'entreprise, la structure et ou le système qui doivent évoluer, dans l'autre c'est l'individu.

Ces analyses permettent de comprendre, d'un point de vue psychologique et social, l'émergence du concept de souffrance au travail puis de souffrance mentale au travail, mais laisse dans l'ombre les enjeux concrets de la pratique de la prise en charge de ce type de souffrance par les professionnels de la santé. De quelle manière peuvent-ils prendre en charge cette nouvelle problématique ? Comment l'appréhendent-ils ? Quelle est leur place ? Quel est leur rôle ? Quelles sont leurs difficultés ? Comment les acteurs de la santé s'adaptent-ils à ces évolutions ? La situation est d'autant plus complexe pour les acteurs de terrain que la problématique de la souffrance mentale au travail suscite encore de nombreux débats, que ses enjeux débordent largement le cadre de la clinique médicale et qu'elle est donc loin d'être formalisée sous forme de « recommandations ».

Certes des débats et des études sont menés, une législation se met en place, mais les savoirs scientifiques sur lesquels les acteurs de santé pourraient s'appuyer sont multidisciplinaires et demandent de réfléchir en dehors du champ habituel de sa pratique.

La souffrance mentale au travail est donc au centre d'enjeux complexes et concerne de nombreux professionnels qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble. Parmi ces derniers, deux acteurs sont en première ligne : les MG et les MT, qui se connaissent réciproquement très peu. Pour comprendre de quelle manière concrète, les patients, les salariés confrontés à une souffrance au travail sont pris en charge, il est alors essentiel d'analyser leurs pratiques, d'en saisir les enjeux et d'observer si et comment ils se coordonnent. Dans ce but nous proposons une thèse croisée. Une de mes collègues travaillera sur les médecins généralistes et je travaillerai sur les médecins du travail.

Comme il s'agit d'un champ d'étude peu connu, nous proposons une démarche exploratoire qualitative. L'objectif initial est d'analyser les pratiques, les stratégies, les difficultés, les références des MT, en matière de prise en charge, d'accompagnement de la souffrance mentale au travail.

L'objectif final est de mieux faire connaître les médecins du travail et leurs enjeux aux médecins généralistes et de faire apparaître des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge de la souffrance mentale au travail ainsi que la coordination entre ces deux types de professionnels.

2. GENERALITES

2.1. MOTIVATIONS ET QUESTION DE DEPART

Débutant mon activité professionnelle en 2011 en tant que remplaçante de médecine générale, j'ai été rapidement confrontée, dans les cabinets dans lesquels j'exerçais, au mal-être des patients face à leur travail. Une, deux, voire trois consultations par semaine, avaient pour finalité les problèmes déjà d'épuisement professionnel, de "burnout", de stress lié au travail... . Ce chiffre conséquent est de plus probablement sous-estimé. En effet les patients sont souvent réticents à aborder ce thème ou ne savent qu'il peut être abordé avec leur médecin généraliste, et ceux d'autant plus avec une "remplaçante". Lors de ces consultations, je me suis sentie démunie face à cette souffrance liée travail. Au cours de ma formation, je n'avais pas été préparée, ou pas suffisamment, à rencontrer ce genre de situation : je ne savais pas qu'elle devait être la réaction adéquate à avoir vis-à-vis du patient, ni qui joindre pour m'aider. Afin d'apporter les meilleures réponses à mes patients, j'avais besoin de cerner le problème et donc d'améliorer mes connaissances sur le contexte du travail (définition et récentes évolutions), sur la clinique spécifique, et sur la nature des liens entre travail et souffrance mentale.

La première question pratique à résoudre fut de trouver la signification du mot "travail", auquel je n'avais pas de définition claire à associer. De mes recherches, différentes explications sont ressorties, certaines liées à une vision économique du terme, d'autres à une vision sociologique. Ces premiers travaux m'ont permis de découvrir les différents codes qui régissent le monde du travail, dont je connaissais les noms, mais pas le contenu.

Mes études ne m'avaient pas vraiment préparée à appréhender des concepts comme "Travail", "santé au travail", "médecine du travail", qui restaient des notions assez vagues. De plus, je connaissais relativement mal les missions des médecins du travail. Je le voyais comme intervenants de santé en milieu du travail, un "confident privilégié" des salariés capable de proposer, une "écoute attentive". Je savais qu'il avait un rôle important mais sans connaître précisément ses missions. De là découle une première question : quelles conséquences peuvent avoir pour les patients, la relative méconnaissance par le MG, de la réalité du milieu du travail et du rôle et des missions du MT ?

Par la suite, en réfléchissant sur ma pratique, mes questions se sont orientées vers l'objet des consultations : au fond qu'est-ce que je savais de la souffrance mentale au travail ? Comment je la définissais plus ou moins consciemment ? Qu'est-ce que je proposais aux patients dans le cabinet pour sa prise en charge ? Un peu démunie lors de ces situations, j'avais besoin de faire le point et de mieux comprendre, d'aller chercher des définitions, de mieux cerner les enjeux des risques psychosociaux, autres concepts à découvrir. De là découle une seconde question : si le terme de souffrance mentale au travail apparaît encore un peu flou s'il n'y a pas vraiment de définition consensuelle, quelles conséquences pour la pratique des médecins généralistes et la prise en charge de la souffrance mentale au travail ?

2.2. NOTIONS ESSENTIELLES

Pour comprendre l'univers du médecin du travail, il faut préciser la définition de concepts complexes et aussi percevoir leurs évolutions socio-historiques.

2.2.1. Le travail

2.2.1.1. Définition

Le mot "travail" trouve ses origines dans le bas latin « TRIPALIUM », qui désignait soit un instrument de torture pour punir les esclaves soit un appareil formé de trois pieux, utilisé pour ferrer/soigner les animaux. À l'origine « le travail » est connoté négativement, le concept s'est transformé peu à peu.

Dans la plupart des dictionnaires, le travail désigne de nos jours l'effort physique ou intellectuel qui vise à la modification des éléments naturels, à la création et/ou à la production de nouvelles choses, de nouvelles idées. En économie, le travail est l'un des trois facteurs essentiels de la création de richesse, avec le capital (physique et humain) et la terre (ressources naturelles et propriété foncière).

Dans nos sociétés actuelles, le travail est fourni en échange d'une rémunération. Il est organisé et dirigé vers la production de biens ou la réalisation de services. Ainsi, le travail est l'un des éléments d'intégration d'un individu à la société. Il peut être perçu comme un devoir moral et social, une forme de réalisation de soi ou, à l'inverse, comme une exploitation et une aliénation.

2.2.1.2. Évolution du travail et place des enjeux de reconnaissance

Comme il est écrit dans le document [DR10], « travailler » est une norme. Le travail constitue un élément central pour l'Homme, sur lequel il va structurer sa personnalité. Cependant en fonction de l'évolution de la situation, le processus peut être à double facette : réalisation de soi ou source de souffrance.

Le travail, est donc devenu un des lieux possibles où l'individu peut chercher et trouver une forme d'épanouissement, les enjeux de reconnaissance y sont alors essentiels. Axel HONNETH rapporte dans l'ouvrage « *La lutte pour la reconnaissance* », l'importance des enjeux de reconnaissance. D'abord, la reconnaissance est affective et restreinte au cercle familial : l'individu, par l'amour qu'il reçoit, voit ses besoins concrets reconnus. Ensuite, la reconnaissance est juridique : la personne se voit dotée de droits et se trouve ainsi reconnue par la société civile. Enfin, l'État reconnaît la personne et celle-ci prend place dans les liens de solidarité qui constituent la vie éthique. L'amour, le droit et "l'éthicité" dessinent les étapes par lesquelles chacun se trouve reconnu comme une personne autonome et singulière ([DR11]).

On retrouve un tournant dans le monde du travail au moment des chocs pétroliers des années 80 qui entraînent une crise profonde. Les nouveaux enjeux économiques entraînent une évolution des modes de management. On passe du « taylorisme » au « toyotisme ». Le « taylorisme » est fondé sur une stricte distinction entre les tâches de conception et celles

d'exécution. On oppose les « cols blancs » aux « cols bleus » : les processus de productions sont décomposés en une multitude de petites tâches élémentaires de manière à optimiser la production. Le « toyotisme » quant à lui se fixe comme objectif de réduire au maximum le gaspillage, de maintenir une qualité optimale des produits tout au long de la chaîne de production, et d'éviter tout offre excédentaire. Pour cela, il faut réduire la taille des séries, éviter les stocks, et fabriquer à la demande c'est à dire en flux tendus. L'idée de qualité et « de cercle de qualité » implique qu'il y ait moins de séparation entre « concepteur » et « opérateur ». Tous les acteurs de la chaîne sont sollicités. On fait appel à l'implication, l'engagement, l'autonomie et la créativité de tous.

Ce tableau pourrait sembler idéal et répondre aux attentes des travailleurs. Cependant l'appel à l'autonomie, à la qualité, à la créativité se fait dans une logique strictement économique. Il en résulte dans la pratique, l'accélération des cadences, une financiarisation de l'économie, une appréciation individualisée de la performance, une omniprésence de l'univers gestionnaire au travail, des licenciements, et aussi une augmentation des troubles de santé tant physique que psychique.

Ces évolutions ont entraîné une modification des formes de contraintes et de pénibilités physiques surtout depuis les années 1990. Dans les sociétés « modernes », on observe une nette diminution du travail pénible physiquement, mais une augmentation du travail exigeant au plan mental, psychologique et émotionnel. La mise en place d'horaires atypiques a ainsi progressé suite à la réduction du temps de travail : la semaine est passée à 39h en 1998, puis 35,5h en 2002. Les nouvelles technologies ont fait apparaître de nouvelles contraintes. Cette évolution a été la conséquence d'un souci de productivité croissante, la charge de travail s'est modifiée : moins d'heure mais plus d'intensité, et plus d'implication personnelle. Ceci a été un générateur de stress. Les personnes doivent désormais faire preuve de toujours plus de capacités d'adaptation (temps de travail, nouvelles définitions des rapports humains au sein de l'entreprise, nouvelles responsabilités déléguées....). Ces changements structurels, ces modifications sociétales, conduisent maintenant les salariés à devoir s'adapter en permanence à un univers en perpétuel mouvement, plus incertain, et donc plus difficilement maîtrisable.

A. BEVORT et A. JOBERT montrent une vraie césure, qui fait sens dans une évolution de la construction identitaire : passage « du modèle de la qualification » à celui « de la compétence » (sources [DR12]). Le modèle de la qualification repose sur la stabilisation d'une relation - entre capacités individuelles, ancienneté et poste de travail - qui permet de déduire, quasi mécaniquement, les minima salariaux. Le management exige du salarié « Tayloriste » qu'il se plie à des exigences de conformité, qu'il accepte la subordination et se soumette au contrôle et à l'évaluation par les règles impersonnelles. Le tout compensé par une promesse de carrière inscrite dans les grilles de classification. Le modèle « toyotisme » de la compétence qui émerge dans les années 1980 valorise des traits opposés : mobilisation subjective, autonomie, confiance, organisation apprenante, personnalisation de l'évaluation. Il repose sur l'engagement et la mobilisation des salariés et valorise la coopération, l'autonomie et la responsabilité. La question de l'évaluation plus individuelle est au centre de ce second modèle.

Même s'il faut relativiser cette évolution - les qualifications étaient loin de structurer et d'unifier les carrières professionnelles de tous les salariés - et si le modèle de la compétence n'a pas fait disparaître la référence aux qualifications, c'est bien un changement des modes de reconnaissance de la valeur au travail qui est à l'œuvre et modifie aussi bien les formes de la négociation collective que celles de l'action collective. La transformation de la norme d'emploi en porte les marques les plus évidentes.

2.2.2. La souffrance mentale au travail

La souffrance mentale au travail ne peut se comprendre et s'appréhender qu'à travers une logique pluridisciplinaire.

2.2.2.1. Définition

Le stress est un trouble de l'adaptation, qui survient, lorsque la demande professionnelle rend l'adaptation de l'individu à son environnement impossible. Toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées, de l'ouvrier, en passant par le cadre, jusqu'au directeur d'entreprise et ce, quel que soit leur niveau de responsabilité, sans oublier les professions libérales, les fonctionnaires, les agriculteurs

Le stress devient un acte de gestion humaine et, dans une certaine mesure, peut avoir des effets positifs, dynamisants : le stress peut donc être stimulateur ou au contraire perturbateur.

2.2.2.2. Regard ou aspect médicaux sur la souffrance mentale au travail

En France, l'enquête SUMER 2009-2010 ([DR13]) portant sur près de 22 millions de salariés, précise que 22% des salariés déclarent être confrontés systématiquement à un ou plusieurs comportements hostiles dans le cadre de leur travail. De même, cette étude montre que 29% des salariés estiment ne pas bénéficier d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.

Le dispositif EVREST (Évolution et Relation en Santé au Travail), qui est un observatoire pluriannuel reposant sur l'utilisation d'un questionnaire construit par des MT, permet d'analyser et de suivre l'évolution de différents aspects du travail et de la santé des salariés : conditions de travail, formation, mode de vie et état de santé. Il contribue à rendre visibles, au niveau collectif, des informations élaborées au cours des entretiens médicaux ([DR14]). L'idée est de repérer les situations dans lesquelles une personne a le sentiment qu'on lui demande d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles, ce qui peut être source de "mal-être", voire de souffrance. Depuis 2011, le questionnaire EVREST aborde cette problématique avec une question sur le thème « devoir faire des choses que l'on désapprouve » dans le cadre de son travail. Introduite suite aux recommandations du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, cette interrogation reprend une formulation déjà présente dans l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP) de 2007, conjointement réalisée par la DREES et la DARES ([DR15]).

En élargissant le champ de vision à l'Europe entière, selon une étude de l'organisme français EUROGIP (sources [DR16]), 28% des travailleurs européens seraient en 2010 « exposés

à au moins un facteur susceptible d'affecter de manière défavorable leur bien-être mental », ce qui représente un total de 56 millions de travailleurs.

2.2.2.3. Regard ou Aspect juridique sur la souffrance mentale au travail

L'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 sur le stress au travail, doublé de l'accord du 26 mars 2010 sur la prévention du harcèlement et des violences au travail, a permis aux partenaires sociaux de prendre en compte la problématique des RPS. Le contenu de ces accords a pris une forme obligatoire par arrêtés d'extension du ministre du Travail, qui les rendent applicables dans toutes les entreprises des secteurs d'activités, qu'ils couvrent. La judiciarisation croissante des rapports sociaux et l'engagement devant les tribunaux de plus en plus fréquemment des responsabilités civiles et pénales en matière de santé au travail, ont déjà abouti à de nombreuses condamnations de dirigeants d'entreprises en tant que personnes morales (cf. ANNEXE 2 : Éléments en rapport avec la souffrance dans les différents codes).

2.2.2.4. Regard ou Aspect économique sur la souffrance mentale au travail

Les risques psychosociaux font, en France, l'objet d'une mobilisation forte de l'État, des partenaires sociaux, et des entreprises. L'état a ainsi positionné le stress au travail comme une priorité. Cela s'explique par le fait qu'en France, le coût pour les entreprises induit par trois maladies à caractère professionnel, reconnues et liées aux RPS, à savoir maladies cardiovasculaires, dépression et troubles musculo-squelettiques, a été estimé par l'INRS de 2 à 3 milliards d'euros par an.

Des statistiques européennes recensent le stress comme un problème de santé au travail pour 22% des travailleurs de l'Union, et chiffrent son coût à environ 20 milliards d'euros pour l'ensemble des états membres. Une étude de l'Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité (EU-OSHA), publiée fin septembre 2014, a démontré le fort rendement que pourraient avoir les entreprises si elles investissaient dans la prévention des risques professionnels : de 1,01€ à 4,81€ rapportés pour 1€ investi. Selon une étude de 2010 de l'association internationale de sécurité sociale (AISS), le surcoût induit par la mise en place de formations, par une perte de temps affectant la production et par les modifications organisationnelles, serait compensé ultérieurement par la diminution de l'absentéisme, du coût direct des accidents du travail et des maladies professionnelles, de l'amélioration de la productivité et de la qualité.

Le coût du stress au travail a été évalué sur une population active de 23,53 millions de personnes: 220 500 à 335 000 personnes (soit de 1% à 1,4%) sont ainsi touchées par une pathologie liée au stress professionnel. Selon les hypothèses posées (basses ou hautes), le coût social du stress au travail est compris entre 830 et 1656 millions d'euros, ce qui équivaut à 10 à 20 % des dépenses de la branche Accidents du travail / Maladies professionnelles de la Sécurité Sociale (sources [DR17])

2.2.2.5. Perspectives ou regard—des sciences humaines et sociales sur la souffrance mentale au travail

Il existe autant de point de vue sur la souffrance au travail que de modes d'approche théoriques et méthodologiques. Les deux courants d'analyse de la souffrance au travail les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont les théories du stress et l'analyse psychodynamique du travail. Les distinctions entre les deux approches sont nombreuses : elles touchent aussi bien leurs origines géographiques, que leurs fondements épistémologiques, théoriques et méthodologiques. La souffrance au travail va en effet varier selon que l'on se place d'un point de vue psychologique et sociologique lié aux réalités du travail et à ses enjeux, d'un point de vue juridique ou qu'on l'aborde en terme de psychodynamique du travail, c'est-à-dire l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité.

Les travaux des psychiatres, psychologues et psychanalystes :

Historiquement, selon la synthèse effectuée par Mélanie GENEST ([DR18]), *La prise en charge de personne en souffrance au travail*, sous la direction de Marie PEZE, [Université Paris Descartes], l'intérêt des psychiatres pour la question de la souffrance au travail par n'est pas si récente que cela, et trouve ses racines juste après la guerre. Elle a déjà connue de nombreux débats théoriques qui ont construit progressivement son objet. Initialement le problème se construit à partir de la psychiatrie du travail, qui s'est développée dès l'après-guerre. Deux écoles principales se sont affrontées celle de Louis LE GUILLANT et de Paul SIVADON et Claude VEIL. Dans la première, le travail est considéré comme pathogène en soi et les enjeux sont avant tout d'ordre sociaux et politiques avec pour enjeux l'évolution des conditions de travail. La seconde école fait émerger l'idée de prévention avec l'idée que le travail n'est pathogène que lorsque l'individu ne parvient plus à accomplir ses tâches. Cette approche reste centrée sur le salarié et sur les enjeux « d'adaptation/désadaptation ».

À la fin des années 1960, l'introduction par des psychiatres comme MISSENARD, R. GELLY de quelques concepts psychanalytiques vient renouveler la problématique, mais aboutissent à une impasse en raison des difficultés à importer des concepts d'une discipline à une autre.

Dans les années 1980 C. DEJOURS et les chercheurs de l'AOCIP (Association pour l'Ouverture du Champ d'Investigation Psychopathologique) ainsi, que MF. HIRIGOYEN et P. MOLINIER refondent la psychopathologie du travail en critiquant les théories précédentes et en abordant de façon nouvelle « la question du rapport subjectif au travail ». Il s'agit actuellement des auteurs de référence sur ce thème.

➤ **C.DEJOURS : Mécanismes de défense contre la souffrance**

D'après C. DEJOURS, des conditions de travail difficiles ne font pas forcément « craquer » les salariés. Ils tentent de s'en accommoder en développant des mécanismes de défense individuelle et en se résignant, voire en s'associant eux-mêmes à ce processus. Le salarié sous pression, qu'il soit employé ou cadre, transfère cette pression à ses collègues ou subordonnés, et se met à son tour à faire souffrir. Or, il arrive un moment où la chaîne se casse. Le rôle du MT lorsque le salarié se confie ou se plaint à lui, est d'apporter des preuves

à l'entreprise, que la course à l'évaluation permanente et à la performance, détruit les salariés, et à terme nuit à l'entreprise.

Le psychiatre et psychanalyste C. DEJOURS met ainsi en lumière le fait que le travail peut être :

- le médiateur irremplaçable de l'accomplissement de soi ;
- (à contrario) à l'origine de processus redoutables d'aliénation ;
- un moyen de connaissance de la solidarité et de la démocratie.

L'élément décisif de chaque action est la peur, qui est un vécu subjectif et une souffrance psychologique. La violence et l'injustice commencent toujours par engendrer un sentiment de peur. Elle implique la mise en place de stratégies défensives contre la souffrance. C. DEJOURS propose alors un modèle explicatif basé sur le fait qu'un tiers doit décider pour nous des choses à faire (quoi, quand et comment) et que nous devons nous adapter à cette contrainte sous peine de perdre notre emploi.

Les travaux de C. DEJOURS, à partir de son ouvrage Travail, usure mentale : essai de psychologie au travail (1980) aboutissent à passer de la logique de la « psychopathologie du travail » à celle de la « psychodynamique du travail », qui ne s'intéressent pas seulement à la souffrance mais aussi au plaisir dans le travail. C'est donc le champ qui se retrouve renouvelé et peu à peu, la psychodynamique du travail s'institue comme nouvelle discipline.

➤ **MF. HIRIGOYEN : harcèlement moral, violences perverses au quotidien**

D'après MF. HIRIGOYEN ([DR19]), docteur en psychiatrie, détruire quelqu'un juste avec des mots, des regards, des sous-entendus est possible. De pareilles situations se nomment « violence perverse » ou « harcèlement moral ». Cette psychiatre/psychothérapeute a analysé la spécificité de la relation perverse et a mis en garde contre toute tentative de banalisation. Elle a montré qu'un même processus mortifère est à l'œuvre, qu'il s'agisse d'un couple, d'une famille ou d'une entreprise, entraînant les victimes dans une spirale dépressive, voire suicidaire. Les travaux de MF. HIRIGOYEN ont conduit à une modification de la législation : un amendement a ainsi été voté en 2002 pour introduire la notion de harcèlement moral dans le code du travail et dans le code pénal. Ses actions ont ainsi contribué à libérer la parole des salariés (à rompre la loi du silence). Une prise de conscience collective est apparue. Les salariés ont commencé à s'exprimer, mettre des mots sur leurs souffrances, en laissant la peur de côté.

Cette psychiatre a cherché à détecter les signes précurseurs du glissement de l'autre côté de la ligne, en essayant de comprendre les comportements des gens. Ses travaux ont permis de mettre en évidence la mise à l'écart des personnes qui n'ont pas le "bon réseau" avec eux, la perte du sens, qui est une des conséquences du harcèlement moral, et la déstructuration provoquée par cette perte de sens. Elle a également démontré l'intentionnalité de la malveillance, la conscience de faire du mal et la difficulté pour mesurer cette intention de détruire ("L'intentionnalité qui vient des personnes qui dirigent ou qui profitent du système pervers" – p78). Elle a ainsi mis en lumière la cascade de manipulations dans les systèmes.

➤ **P. MOLINIER : psychodynamique du travail**

P MOLINIER, docteur en psychologie, responsable de l'équipe de recherche « psychodynamique et psychopathologie du travail » au CNAM, étudie le champ de la psychodynamique du travail, avec une analyse sexuée des processus impliqués dans les rapports entre travail et santé mentale. Son livre « *Les enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail* » ([DR20]) retrace l'histoire de cette nouvelle discipline qu'est « la psychodynamique » du travail, et en présente les principaux concepts : il s'agit en fait d'étudier la complexité des rapports qu'entretient l'homme au travail. Les questions principales formulées dans cet ouvrage sont :

- Quels sont les enjeux psychiques du travail ?
- Quels rapports souffrance et plaisir y entretiennent-ils ?
- Jusqu'à quel point sommes-nous les héritiers du rapport subjectif au travail de nos parents ?

Après ces lectures on peut se questionner sur différents plans : comment le travail peut-il être à la fois source de souffrance et nécessaire au développement de l'individu ? Comment le développement de notre société et sa répercussion sur le travail est-il devenu source de souffrance mentale au travail ?

Les travaux des sociologues

➤ **N. AUBERT & V. DE GAULEJAC : Le coût de l'excellence**

Deux sociologues, N. AUBERT et V. DE GAULEJAC ([DR21]), ont proposé d'aborder de nouveaux points de réflexion en décloisonnant le duel entre le profit de l'entreprise et le profit de l'individu, et en y ajoutant les thèmes du capitalisme, du profit financier et de la mission de l'entreprise. Ils ont intégré différents éléments d'analyse : psychologie, psychanalyse, sociologie, sciences humaines. Ces sociologues ont proposé comme solution, de privilégier la mise en place et le développement des entreprises qui concilient la performance économique, le respect de l'environnement, le développement social et culturel et l'équilibre psychique des individus. Les auteurs ont articulé leur réflexion autour de trois questions principales :

- dans une organisation en quête d'excellence, quels sont les coûts et les répercussions de cette course à l'excellence sur les agents de l'entreprise ?
- quelles sont les conséquences de trop de tensions entre les exigences de l'entreprise et les aspirations personnelles des individus ?
- pourquoi et comment certains des individus de l'entreprise en viennent à ne plus pouvoir satisfaire les exigences de l'entreprise, voire à développer des processus pathologiques manifestant des maladies de l'excellence ?

➤ **Y.CLOT : Pour en finir avec les risques psychosociaux**

Un autre sociologue, Y. CLOT, a démontré que le travail constituait en France un fort investissement affectif, avec, en contrepartie, une proportion plus importante qu'ailleurs de salariés soumis au stress. En effet, plusieurs enquêtes ont révélé dans ce pays une grande insatisfaction au travail, qui n'a cessé de s'aggraver ces dernières années. Les attitudes de repli et de retrait qui en résultent, doublées de relations sociales difficiles s'avèrent particulièrement délétères tant sur le plan sanitaire qu'économique. « D'un point de vue statistique, les relations sociales semblent expliquer la quasi-totalité des mauvaises

performances françaises ». À partir de ce « paradoxe français », ce sociologue a instruit, dans son ouvrage « Le travail à cœur » ([DR22]), le dossier des « risques psychosociaux ». À rebours d'une politique de l'urgence se focalisant sur la prise en charge individualisée des « fragiles », il a insisté sur la nécessité de mettre en discussion le travail afin de redonner aux salariés un « pouvoir d'agir » garant de leur bonne santé et de relations sociales apaisées. Y.CLOT a donc insisté sur le « pouvoir d'agir » des salariés et la fonction psychologique d'un travail, qui peut contribuer, dès lors qu'il n'est pas « empêché », à une meilleure santé.

Les entreprises, ou plutôt les employeurs, exigent donc toujours plus de leurs salariés. Tout ceci dans le but de satisfaire des exigences de rendement. Ce qui engendre des processus de défense de la part des salariés mais aussi une souffrance grandissante. Comment peuvent-ils se protéger ? Vers qui doivent-ils se tourner pour demander de l'aide ?

2.2.3. Le médecin du travail (MT) : apparition, rôle et missions

2.2.3.1. Débuts de la médecine du travail

Pour bien comprendre la médecine du travail, il est nécessaire de revenir sur ses origines. Cela permet de saisir les enjeux actuels du médecin du travail, ainsi que ses difficultés voire même ses ambiguïtés à travers la complexité de sa pratique.

➤ ***XIX^{ème} siècle : Les origines - Louis René VILLERME***

Même s'il est possible de trouver des éléments sur les pathologies professionnelles dans la Bible, sur des papyrus égyptiens ou dans des ouvrages du 16^{ème} siècle, le véritable pionnier de cette spécialité médicale est Louis René VILLERME (1782-1863). Ce médecin et sociologue français a enquêté sur les conditions de travail des ouvriers et a publié les résultats de ses études dès 1830 dans son ouvrage « État physique et moral des ouvriers ». Les prémices de la médecine du travail sont ensuite apparues à la fin du 19^{ème} siècle, avec l'obligation de déclarer les accidents du travail. L'employeur définit les objectifs de travail à exécuter par le salarié pour l'emploi auquel il a été recruté ainsi que les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs. En contrepartie, l'employé bénéficie d'une réparation automatique et rapide s'il est victime d'un accident de travail.

➤ ***Début XX^{ème} siècle : Fondements de la Médecine du travail***

Par la suite, la médecine du travail a progressé et les fondements de cette spécialité médicale ont été posés au début du 20^{ème} siècle, avec notamment les événements suivants :

- En juin 1906 : création de la commission permanente internationale de médecine du travail ;
- le 13 juillet 1906 : l'institution du repos hebdomadaire ;
- en 1910 : l'apparition du code du travail.

➤ ***[1929-1939] : Congés payés, conventions collectives, ...***

Une phase d'ébullition apparaît entre 1929-1939, avec l'apparition des congés payés et des conventions collectives, et le vote pour la semaine de quarante heures (auparavant 48h).

➤ ***[1939-1946] : Institutionnalisation de la médecine du travail, sécurité sociale, ...***

Le 28 juillet 1942 est abrogée une loi qui rend la médecine du travail obligatoire. Quelques années plus tard, à savoir, le 4 octobre 1945, la sécurité sociale voit le jour. Puis, le 11 octobre 1946, les services médicaux du travail sont créés et rendus obligatoires pour tous les salariés.

➤ **[1946-de nos jours] : De la médecine du travail à la santé au travail**

De 1946 à nos jours, vont s'élaborer les grands systèmes d'assistance sociale : maladie, vieillesse, allocations familiales. La médecine du travail va être un des éléments de l'intense chantier ouvert au lendemain de la libération. Le Décret du 20 mars 1979 officialise le tiers temps, en le rendant obligatoire. Le médecin du travail est tenu de consacrer un tiers de son temps de travail à ses activités en milieu du travail.

La Loi de Modernisation Sociale du 17 janvier 2002 ([DR24]) prévoit l'obligation de pluridisciplinarité pour les entreprises et les services de santé au travail « afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail ». Le service de médecine du travail cède la place au service de santé au travail. Le médecin du travail exerce souvent au sein d'un service de santé au travail, interne ou externe à l'entreprise (service d'entreprise ou interentreprises). Les missions des services de santé nécessitent de faire appel aux compétences de spécialistes non-médecins en ergonomie, en toxicologie, en organisation du travail.

Le Décret du 28 juillet 2004, ([DR25]) relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le Code du Travail, officialise le terme de « santé au travail ». Il concerne les missions, l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail et relève la périodicité des examens médicaux de un à deux ans.

Enfin, une loi toute récente du 20 juillet 2011 ([DR26]) vient de renforcer l'ensemble du dispositif de médecine du travail. Son principe fondateur et directeur est « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Ce principe renvoie au concept de prévention primaire (éviter l'apparition de maladies).

2.2.3.2. Définition du rôle du MT

Le rôle actuel du médecin du travail est défini comme tel (sources [DR27]) :

- c'est un conseiller du chef d'entreprise et des salariés notamment en ce qui concerne la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances liées au travail ;
- il doit savoir affirmer le caractère violent dégradant aliénant de certaines situations, savoir faire parler la personne sur son travail ;
- et enfin, depuis la loi de juillet 2011 ([DR26]), il doit établir un lien éventuel entre l'organisation du travail et ses effets sur la santé des salariés.

2.2.3.3. Les missions du MT

Telles que définies par la législation française, les missions du Médecin du Travail sont (sources [DR28]) :

- de consacrer un tiers de son temps de travail à ses activités en milieu du travail ;
- de participer à la veille sanitaire prévue par le code de la Santé publique ;
- de réaliser des visites médicales et des actions sur le milieu du travail comme participer aux réunions trimestrielles du CHSCT, rédiger les fiches d'entreprises, examiner les

fiches de données de sécurités, établir un plan d'activité annuel, et établir un rapport annuel d'activité.

2.2.4. Rappel du rôle du MG dans les consultations souffrance

À juste titre le rôle du médecin généraliste est rappelé aussi dans le cas de consultations souffrance. Dans ces situations, le MG doit :

- affirmer à son patient le caractère violent et dégradant ;
- faire une déclaration accident du travail (certificat factuel, qui décrit les plaintes du patient et les symptômes observés, sans mettre en cause de tiers et sans employer le terme « harcèlement »), conformément au code de déontologie art.76 et de santé publique R4127 ([DR29]);
- guider son patient vers la chaîne des acteurs dédiés à la prévention et à la prise en charge de la souffrance au travail.

En synthèse, nous pouvons dire que le médecin du travail exerce une médecine exclusivement préventive au sein de l'entreprise. Son activité ne peut être considérée ni comme une médecine de soins ni comme une médecine de contrôle. L'objet de cette prévention est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ou à l'occasion de celui-ci. ([DR23])

Le médecin du travail est, avant tout, le conseiller du chef d'entreprise et des salariés.

2.3. Problématique

L'INPES a publié l'étude « Médecin du Travail / médecin généraliste : Regards croisés » ([DR30]) qui rend compte de l'activité des médecins du travail et des médecins généralistes autour des problématiques de santé au travail, de l'impact des facteurs de risques professionnels sur la santé des patients, des enjeux et des difficultés qu'ils rencontrent ainsi que des coopérations entre ces deux disciplines de la médecine. Un chapitre intitulé « MT/MG : constats et perspectives » montre que les relations entre les deux spécialités sont de qualité inégale. Un nombre important de médecins généralistes manque de confiance vis-à-vis de leurs confrères qui, puisqu'ils travaillent aux seins de l'entreprise, seraient susceptibles de ne pas être neutres et ne de pas avoir en priorité les intérêts du salarié. Les MT quant à eux soulignent la méconnaissance par les médecins généralistes du monde de l'entreprise, des modes de management et donc la connaissance du vécu des salariés.

L'étude montre la multiplicité et la spécificité des enjeux de la santé au travail : le suivi des pathologies comme les troubles musculo-squelettiques ou les cancers d'origine professionnelle, les enjeux d'aptitude/inaptitude, la préservation de l'emploi, la place de la prévention, les logiques administratives, ainsi que les différents éléments où le médecin généraliste n'est pas à l'aise : le manque de formation initiale l'absence d'échanges directs entre professionnels (téléphone, courrier), la rédaction des certificats, la rédaction des déclarations de maladie professionnelle, l'écriture du libellé sur l'arrêt de travail, la durée des arrêts de travail, le retour à l'emploi, les enjeux d'orientation, la croyance ou non dans la parole du patient Ces constats conduisent à s'interroger sur les enjeux et l'intérêt pour le médecin généraliste de prendre le temps de réfléchir aux difficultés des MT à accomplir leurs

tâches et aux modalités spécifiques de la prise en charge et l'accompagnement de la souffrance mentale au travail ? Y aurait-il aussi un enjeu, un intérêt pour les MT à tenir compte des pratiques et éventuelles difficultés des médecins généralistes ?

En effet parmi les enjeux de santé au travail, la souffrance mentale est probablement une des plus complexes à appréhender. Les données scientifiques issues des enquêtes médicales et des analyses des sciences humaines et sociales montrent que la problématique de la souffrance au travail :

- est loin d'être totalement formalisée et la demande souvent mal identifiée par les médecins généralistes,
- la notion même de santé au travail est complexe, multidimensionnelle et relève d'une logique interdisciplinaire
- ne rentre pas dans le cadre précis et habituel des modes de prise en charge en médecine,
- la réflexion doit porter sur le travail en équipe.

Ainsi, l'objet de départ de ce travail est le constat de ma relative méconnaissance du rôle du médecin du travail et de l'importance de la place de la souffrance mentale au travail dans mes consultations, la revue de la littérature effectuée confirme la complexité du champ et la richesse d'une approche pluridisciplinaire et pose de nouvelles questions. De la même manière l'étude INPES confirme que la collaboration entre médecin généraliste et médecin du travail est difficile, que le travail du MT est peu connu et qu'il existe même une certaine méfiance. (cf. [DR32] et [DR33]). Ainsi Le MT est perçu au mieux comme intervenant de santé, dans le milieu du travail. Les médecins généralistes perçoivent l'importance de son rôle, mais sans précisément les grands axes de ses missions. De plus, les médecins généralistes se sentent souvent seuls et isolés dans la prise en charge de la souffrance mentale au travail. La complexité et le manque de formation et d'informations sur ces champs peuvent interroger sur les formes de prises en charges réelles et possibles de la souffrance mentale au travail. Au vu de la complexité de cette problématique, peut-on travailler avec des perceptions limitées de la démarche des autres professionnels ? Au-delà d'une simple découverte d'une autre discipline, une réelle appropriation et prise en compte réciproque aurait-elle alors du sens ?

Si l'impact des conditions du travail sur la santé des salariés semble en partie connu et décrit, les possibilités pour le médecin généraliste de tenir compte de cette complexité dans la pratique sont beaucoup moins étudiées. L'hypothèse faite ici est que le travail en coordination ne peut pas être purement instrumental centré sur des tâches précises et suppose au contraire une réelle connaissance réciproque et partagée des enjeux et difficultés de l'autre professionnel. Mieux les connaître devrait donc permettre d'améliorer la coordination en vue de mieux prendre en charge la souffrance mentale au travail.

L'objet de cette thèse est alors de mieux connaître les médecins du travail, d'analyser leur manière de travailler, de mieux comprendre leurs pratiques, leur rôle et leur place dans le milieu du travail.

Nous allons donc interviewer des médecins du travail et les écouter parler de leur univers, de l'évolution de leur métier. Nous avons besoin de comprendre leurs modes de prise en charge, les coopérations qu'ils peuvent avoir avec les autres professionnels de santé pour

des situations de souffrances mentales au travail, les difficultés rencontrées au quotidien. Au final, l'idée est de saisir comment le travail des MT et MG peut-être complémentaire et de proposer des pistes de réflexion et de solution afin d'aider au mieux les patients et ce dans le cadre particulier d'une consultation de médecin généraliste.

3. MATERIEL ET METHODES

3.1. Type d'étude

Comme les pratiques de coopération entre médecin du travail et médecin généraliste sont peu étudiées, nous avons besoin d'une démarche exploratoire. Ce travail est donc une enquête qualitative, qui repose sur des interviews intensives d'un petit nombre de MT.

La démarche qualitative est ici la plus adaptée, puisque nous ne cherchons pas à travers cette étude à quantifier ou à mesurer le nombre de consultations de souffrance vues par les médecins, mais plutôt à appréhender les pratiques et les perceptions des acteurs de soins. Il est donc prévu de leur laisser la parole pour qu'ils exposent leur vécu, leur logique, leurs stratégies, leur attentes. Il ne s'agit pas d'expliquer des attitudes mais de les comprendre de manière empathique, d'essayer de se mettre un peu à la place des MT dans une démarche compréhensive, afin de saisir la complexité de leur raisonnement. L'idée est de faire surgir les idées nouvelles à partir du terrain en donnant la parole aux acteurs : il s'agit de s'ancrer dans la réalité et de ne pas présupposer des idées.

Cette recherche qualitative repose sur des entretiens semi-dirigés, réalisés sur un échantillon non représentatif, mais diversifié et raisonné, selon les méthodes de la recherche qualitative. Nous avons interviewé en grande majorité des médecins du travail mais comme la prise en charge de la souffrance mentale au travail ou SMT fait intervenir de nombreux acteurs (médecin généraliste, médecin du travail, employeur, syndicats, médecins conseils, salariés-patients), nous avons aussi essayé de croiser un peu les regards et donc de réaliser quelques interviews de ces autres acteurs.

3.2. Méthodologie d'entretien

3.2.1. Définition de l'entretien semi-dirigé

Le recueil de données auprès des médecins participants à l'étude, a été effectué au moyen d'entretiens semi-dirigés, c'est-à-dire d'un échange ouvert sur la base d'un guide d'entretien. Contrairement à l'utilisation d'un questionnaire qui n'aurait fait ressortir que des opinions de « surface », les questions utilisées sont ouvertes et laisse libre champs à la réflexion. L'idée est de favoriser l'expression la plus libre des personnes interviewées, afin d'avoir accès à ce qu'elles pensent en profondeur. L'entretien reste tout de même structuré afin d'éviter les hors sujets. Cette méthode permet d'accéder plus facilement au sens donné par ces sujets à leurs pratiques, expériences, difficultés ou réussites...

Pour ces recherches, nous nous sommes appuyés sur un type d'entretien semi-directif particulier : l'entretien compréhensif développé par J.C KAUFMANN. Dans un entretien semi dirigé classique, l'idée est que l'intervieweur soit le plus neutre possible. L'hypothèse de J.C KAUFMANN est de dire que si nous sommes trop neutres, nous risquons d'induire une neutralité et les réponses perdent alors leur intérêt. Afin que la personne exprime ce qu'elle pense vraiment sur un thème précis, Il faut créer une atmosphère qui suscite la confiance, c'est-à-dire : réussir à être proche de la personne interviewée, mais garder en même temps la bonne distance pour la rigueur scientifique. L'idéal serait d'arriver à une discussion entre ami,

une conversation informelle, tout en restant dans un cadre précis. Il s'agit d'être empathique, de se mettre totalement à l'écoute, de laisser l'expression la plus libre possible tout en accompagnant la personne dans sa réflexion, en suscitant un récit, des interrogations voire un temps de réflexion. En gardant la maîtrise de l'entretien, c'est à dire guider, aider la personne à exprimer ses idées, à cheminer dans sa réflexion. Il faut rendre naturel, une situation artificielle.

Nous avons essayé de respecter, autant que possible, les six caractéristiques de l'entretien compréhensif selon J.C KAUFMANN, à savoir : la rupture avec la hiérarchie, l'enquête dans l'enquête, l'empathie, l'engagement, le jeu à 3 pôles et les tactiques :

➤ **Rupture avec la hiérarchie :**

L'objectif est que l'interviewé comprenne que sa parole a de la valeur, qu'il est écouté avec attention, qu'il tient le rôle principal. La grille qui sert de base à l'entretien, est cependant prise en compte de manière flexible. Il faut éviter de tomber dans le style séquence de questions/réponses rappelant en permanence qui interroge et qui répond.

➤ **L'enquête dans l'enquête :**

L'intervieweur doit se mettre de manière intense à l'écoute de ce qui est dit, analyser les propos de l'interlocuteur pendant l'entretien. L'objectif est de sans cesse stimuler la personne interrogée, afin qu'elle approfondisse sa pensée, tout en suivant le fil du discours proposé par l'interviewé.

➤ **L'empathie :**

L'intervieweur doit chercher à comprendre avec considération et intense soif de savoir ; ce qui exclut toute attitude de rejet ou d'hostilité.

➤ **L'engagement :**

L'entretien compréhensif requiert une présence en même temps discrète et personnalisée. Il ne faut pas émettre de jugement de valeur sur le discours de l'interviewé. Pour comprendre les individus, il faut tenter de se mettre à leur place, essayer, autant que possible, de penser comme eux.

➤ **Un jeu à 3 pôles :**

L'objet de la recherche est considérée à partir de deux points de vue différents : celui de l'interviewé et de l'interviewer. Entre les deux, débute le « jeu » de l'entretien.

➤ **Les tactiques :**

Toutes les tactiques susceptibles de favoriser la parole sont conseillées, comme rebondir sur certains mots, certaines idées, effectuer des relances des reformulations, des clarifications. Il est également autorisé d'utiliser l'humour et le charme.

La difficulté principale de la méthode a été de créer une «proximité» entre l'intervieweur et l'interviewé : les premières interviews ont été dures à mener, mais au fil du temps, j'ai eu l'impression de m'améliorer. La complexité de la tâche a été de laisser parler les acteurs, de laisser tomber les silences, de créer des relances. Mais l'expérience a été enrichissante, apportant des modifications dans l'écoute de certaines de mes consultations du quotidien.

3.2.2. Réalisation du guide d'entretien

Comme il a été précisé dans le chapitre précédent, l'entretien doit être structuré afin d'éviter les hors-sujets. Pour cela, un guide d'entretien (voir ANNEXE 3 : Questionnaire) a été élaboré à partir d'une pré-enquête avec une série réduite d'interviews interdisciplinaires. Ces premiers entretiens ont ainsi permis d'affiner les questions posées, et de nous exercer à interviewer les professionnels de santé. Le guide d'entretien, à la fois souple et construit avec rigueur, a ensuite été utilisé au cours de l'enquête principale. Ce guide est évolutif comme le préconise Kaufmann.

3.2.2.1. Élaboration du guide d'entretien : établissement d'une première grille lors de pré-entretiens

Conformément à la méthode, les premiers entretiens ont servi à construire la grille d'entretien. Cette grille, qui ne contient pas de questions précises, repose sur des consignes larges permettant ainsi de relancer les personnes et de leur laisser totalement la parole. En fonction des données récupérées lors de cette pré-enquête, la trame d'entretien a pu être enrichie ; au fur et à mesure du déroulement de l'étude, elle a ainsi évolué.

Les grands thèmes qu'il était prévu d'aborder au départ n'ont pas été modifiés, mais des relances, qui n'avaient pas été envisagées initialement, ont été rajoutées pour enrichir les résultats et de fait créer de nouvelles hypothèses. L'enjeu était de faire parler, décrire des situations, que la personne interrogée vit ou a vécues.

Chaque interviewé est unique, avec un parcours professionnel et personnel individuel, n'ayant pas vécu les mêmes situations que ses confrères. Mais, en même temps, cette personne peut proposer un discours proche des autres, ce qui permet de recouper les propos et de saisir l'influence du social. L'objectif est de déterminer les thèmes sur lesquels il est nécessaire de travailler, réfléchir et faire évoluer la pratique. Fort de cette diversité de point de vue, nous avons découvert, des nouveaux thèmes à explorer au fil des entretiens ; mais également, repéré des discours qui se recoupent parfois, faisant apparaître une logique collective.

La trame autorisait une certaine liberté en fonction du discours du participant. Toutes les questions n'étaient pas forcément posées si les thèmes étaient déjà abordés et l'ordre des questions pouvaient varier en fonction de l'orientation de la discussion. L'enquêteur trouve ainsi dans l'entretien semi-directif un dispositif adapté à son intention d'objectivité et de compréhension de la subjectivité. Le but étant de recueillir le vécu de l'interviewé, de comprendre son comportement, de recueillir ses impressions et de décrypter ses attitudes. Tout cela, en créant une relation de confiance pour favoriser les confidences, entendre l'autre sans interprétation.

3.2.2.2. Guide d'entretien : La présentation

Nous avons pris le temps de présenter notre démarche. Cette étape est nécessaire avant le démarrage de l'entretien proprement dit. La manière de présenter l'étude et d'en expliquer les objectifs est un élément décisif : l'enquêteur doit être clair sur ce point. Il doit exposer de manière générale le thème sans trop déflorer le sujet et préciser l'objectif de l'étude.

L'intervieweur doit également préciser qu'il s'agit d'un dialogue, d'un échange et non d'un interrogatoire ou d'un examen.

Les "présentations" d'introduction à l'entretien sont de 3 niveaux et font participer à la fois l'enquêteur et l'interviewé :

➤ **Présentation brève de l'enquêteur**

Avant de démarrer sur l'objet de l'enquête, l'intervieweur doit d'abord se présenter rapidement.

➤ **Présentation de l'enquête**

Ensuite, le cadre dans lequel s'inscrit le travail, doit être présenté, à savoir : la réalisation d'une thèse de Doctorat en Médecine Générale. Le grand thème de l'étude est juste évoqué : « la souffrance au travail ».

Le choix de ce thème est justifié par le sentiment personnel d'une forte augmentation de pathologies liées à la souffrance morale au travail, lors des consultations de médecine générale.

De même, lors de cette phase, sont précisés: la méthodologie mise en place (entretien semi-directif), ainsi que le fait que l'entretien est enregistré sur un support numérique, en insistant sur la garantie d'anonymat de l'enregistrement. Enfin, pour un aspect déontologique, il est rappelé au médecin, l'absence de jugement porté sur sa pratique.

• **Présentation de l'interviewé**

Lors de cette dernière phase, il est demandé au sujet de se présenter, de donner une description de son quotidien, d'explicitier le déroulement de ses consultations.

3.2.2.3. *Cadre de l'entretien*

L'entretien se déroule en plusieurs étapes:

➤ **1^{ère} phase : Question brise-glace**

Une question brise-glace est utilisée pour commencer l'entretien et inviter l'interviewé à nous raconter son histoire, ce qu'il vit au quotidien, de la manière la plus "naturelle" possible. Il s'agit de donner le ton de l'échange : amical et compréhensif et de mettre à l'aise l'interviewé en évitant surtout le style interrogatoire.

➤ **2nde phase : Représentation de la souffrance au travail**

Le but de cette partie est de recueillir les représentations de la notion de souffrance au travail, auprès de l'interviewé. Cette notion n'est pas définie au préalable, afin de chercher, chez la personne l'informateur, le caractère familier ou non de ce thème. L'interviewé est invité à confier ce que cette notion représente pour lui. En cas d'accroche insuffisante, plusieurs relances sont effectuées.

➤ **3^{ème} phase : Confrontations à sa pratique quotidienne**

L'interviewé est invité à raconter sa manière de prendre en charge "le patient" lors de ce type de consultation.

➤ **4^{ème} phase : Relations avec les autres professionnels de santé**

Ensuite l'enquêteur a cherché à recueillir des informations sur les modes de coopération avec les différents partenaires.

➤ **5^{ème} phase : Conclusion.**

À la fin de chaque entretien, une question ouverte est adressée à tous les interviewés, afin que le sujet rajoute un élément de son choix, ou fasse librement des commentaires.

L'entretien se clôt lorsque l'informateur a pu exprimer tout ce qu'il désirait dire sur le thème, ce jour-là.

3.3. CONSTRUCTION DE L'ECHANTILLON

3.3.1. Recrutement des médecins

Dans un premier temps, nous avons recherché des contacts au niveau des entreprises importantes de la Région Parisienne et de leurs services médicaux sur place. Puis au fil des différents entretiens, nous nous sommes servis des contacts fournis par les interviewés.

Pour mener cette étude, nous avons utilisé un échantillon non représentatif, raisonné (homme ou femme, classe d'âge variable, service inter-entreprises ou travaillant au sein de l'entreprise, ...) à variable maximale, construit à partir de la méthode boule de neige. Cette méthode n'autorise pas d'extrapoler les résultats, mais permet d'explorer un maximum de données et d'accès à un champ d'idée le plus diversifié possible.

La première prise de contact a été réalisée par contact téléphonique et/ou mail, puis après avoir exposé les grandes lignes de la recherche, une date de RDV a été convenue.

3.3.2. Date et lieu d'entretien

Avec chacun des informateurs, un RDV a été convenu, soit par échanges de courriers électroniques, soit par appels téléphoniques. Lors de ces contacts individuels, il a été demandé aux médecins de consacrer une plage horaire d'au moins 40 minutes pour l'entretien.

Pour chacun des RDV, nous avons systématiquement proposé à l'interviewé que l'enquêteur se déplace à son cabinet pour y réaliser l'entretien, ou à défaut, dans le lieu qui lui convenait le mieux. Les 20 entretiens, qui servent de base à cette étude, s'étalent de mai 2013 à septembre 2014.

3.4. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES DONNEES

3.4.1. 1ère phase : Transcription des entretiens

La transcription des entretiens a été effectuée peu de temps après leurs réalisations. Cette opération a été réalisée sans utilisation de logiciel de reconnaissance vocale, mais manuellement dans 20 fichiers WORD individuels. Les propos des médecins n'ont pas été reformulés et les fautes de langages n'ont pas été corrigées : les propos ont été transcrits "mot à mot", en ajoutant des brèves notes pour signifier des moments de silence, de pause, de rire, d'interruption de l'entretien par un événement, d'attitude du médecin interviewé ou pour préciser une impression sur un passage de la discussion. Le but est de retranscrire le plus fidèlement possible la parole de l'informateur afin de favoriser l'interprétation.

3.4.2. 2ème phase : Analyse de contenu ou thématique

Chaque entretien a été lu à l'aide d'une grille d'analyse, qui a été élaborée progressivement. Cette grille a été créée à partir de la revue de la littérature, de la problématisation et de la pré-enquête. Ces premiers éléments ont permis de poser les hypothèses de travail et de repérer certains concepts. Puis dans un deuxième temps, la lecture et l'analyse des premiers entretiens ont permis d'affiner progressivement la grille en repérant les thèmes les plus significatifs, les nouveaux concepts, les nouvelles hypothèses, les paradoxes, les oppositions, les profils, les impasses Chaque nouvelle idée qui apparaissait, contribuait à enrichir la grille.

Chaque entretien a été lu 3 fois : une première lecture flottante pour s'en imprégner, une seconde en notant chaque idée avec un bout de verbatim dans les différents éléments de la grille, afin de la compléter, et enfin une troisième lecture synthétique pour dégager une vision globale et également s'assurer d'avoir repéré toutes les idées pertinentes. Cette démarche a permis d'analyser toutes les idées émises par les acteurs et de les recouper par thème. Une fois toutes les idées mises à plat, le but est de décrire finement dans un premier temps toutes les thèmes, surtout ceux qu'on ne voit pas d'habitude, ce qui permet dans un second temps de relier certaines hypothèses les unes aux autres, et de donner du sens aux propos des acteurs.

L'analyse de contenu comporte une part de subjectivité, car il faut interpréter et comprendre le sens des propos des interviewés. Pour trouver le bon équilibre entre subjectivité et objectivité, un double codage a été effectué, à savoir une confrontation entre les analyses de l'auteur de ce document et de son directeur de thèse.

4. RESULTATS ET ANALYSE

4.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET DES ENTRETIENS

L'enquête est constituée de 20 entretiens, répartis ainsi : 1 médecin généraliste, 2 psychologues, 1 psychiatre, 3 patients et 13 médecins du travail. Ces derniers exercent en service interentreprises ou en milieu hospitalier, avec notamment un médecin conseil de la sécurité sociale et la directrice générale du service d'inspection du travail. Parmi les médecins du travail, deux d'entre eux sont à la retraite, les autres étant toujours en activité. Ils exercent pour la plupart en Région Parisienne, à l'exception de 4 d'entre eux : 2 dans la région de Toulouse et 2 dans la région de Tours. Parmi les interviewés, 11 sont des femmes, 9 sont des hommes, et leur âge varie de 30 à 65 ans.

Ces entretiens ont été réalisés de juin 2013 à septembre 2014, d'une durée de 26 minutes à plus d'une heure. Cette différence de temps s'explique par l'engouement des interviewés pour le sujet et leurs loquacités, de même que le temps accordé à l'entretien. Nous nous sommes déplacés sur le lieu d'exercice des interviewés, et pour l'un d'entre eux nous avons réalisé l'interview par téléphone. Un des interviews a été réalisé par Amélie SIMION, l'interne de TOURS qui a pris part au même projet en interrogeant les médecins généralistes sur la région de Tours.

Nom	Titre	Sexe	Activités	Lieu de pratique	MG/MT & Diplômes	Durée entretien
Dr. A	Médecin du travail	Masculin	Consultation en pathologie professionnelle à Créteil	À l'hôpital	Médecine du travail	29 min
Dr. B	Médecin du travail	Masculin	Consultation en entreprise	En entreprise	Médecine du travail	41 min
Dr. C	Médecin Généraliste	Masculin (57 ans)	Installation en cabinet depuis 14 ans avant remplacement	En cabinet de groupe	Médecine Générale	20 min
Dr. D	Médecin conseil Sécurité sociale	Féminin	Médecin du travail	En entreprise	Médecine du travail	34 min
Dr. E	Médecin du travail	Masculin	Médecine Générale en ville et en rural Industrie Pharmaceutique Puis Médecin du travail depuis 8 ans	En entreprise	Médecine Générale Médecine du travail	50 min

Nom	Titre	Sexe	Activités	Lieu de pratique	MG/MT & Diplômes	Durée entretien
Dr. F	Médecin inspecteur du travail	Féminin	Chef du service de l'inspection médicale du travail	Direction générale du travail	Médecine du travail	46 min
Dr. G	Médecin du travail	Féminin	Médecine du travail à l'hôpital (2x8 ans) Médecin coordinateur Médecine territoriale Médecine du travail en service inter-entreprises depuis 6 ans	En entreprise	DU pathologie au travail DU SIDA	47 min
Dr. H	Médecin du travail	Féminin	Médecin du travail	En entreprise	Maîtrise de science physique, mécanique quantique et physique atomique. Puis s'est tournée vers la médecine du travail	52 min
Dr. I	Médecin du travail	Féminin	Médecin du travail	En entreprise	DU pathologie au travail DES médecine du travail	34 min
Dr. J	Médecin du travail	Masculin	Médecine du travail	En entreprise	Médecine du travail	49 min
Dr. K	Médecin du travail	Masculin	Médecine du travail	En entreprise	Médecine du travail	63 min
Dr. L	Médecin du travail	Masculin	Médecine du travail	En entreprise	Médecine du travail	66 min

Nom	Titre	Sexe	Activités	Lieu de pratique	MG/MT & Diplômes	Durée entretien
Dr. M	Médecin du travail	Féminin	Médecine du travail	En Retraite	Médecine générale puis Médecine du travail CES médecine du travail	70 min
Dr. N	Médecin du travail	Masculin	Médecin du travail Tours	À la retraite	Formation médecin généraliste, internat, puis médecine du travail DU	55 min

Tableau 1 : Tableau des interviewés

Dans ce chapitre, nous avons synthétisé le résultat des interviews, que nous avons illustré de quelques extraits. Certains médecins voient leurs paroles plus représentées dans ce document que d'autres. Deux raisons à cela : d'une part, certains entretiens ont été plus riches que d'autres, et d'autre part, les éléments fournis sont souvent réapparus lors de différentes interviews.

Afin de garantir une confidentialité des propos tenus par chacun des interviewés, nous avons masqué les noms des médecins. Toutefois, afin de pouvoir relier les citations au profil des personnes interrogées, nous les avons codé (Dr. A à Dr. N), (voir le tableau ci-dessus).

Les consultations pour souffrance au travail sont de plus en plus fréquentes dans les cabinets de médecine générale : le médecin généraliste tente, avec ses connaissances, d'y faire face pour apporter une réponse et aider ses patients, mais il est souvent dépassé par la complexité des situations. En effet, il n'a pas été formé au monde du travail. Cependant, il peut s'appuyer sur le médecin du travail qui, lui, est au sein de l'entreprise et peut l'épauler. Encore faut-il que le MG connaisse le rôle du MT et perçoive en pratique et non en théorie l'intérêt qu'il a de travailler en coordination pour accompagner son patient, et vice et versa.

4.2. LE MEDECIN DU TRAVAIL, CET INCONNU : « C'EST QUOI UN MEDECIN DU TRAVAIL ? »

Ce paragraphe va s'attacher à donner les éléments nécessaires pour comprendre le rôle du MT, à partir du résultat des entretiens :

- Comment devient-on MT ?
- Où travaille le MT ?
- Quels sont leurs regards sur leurs missions ?
- Quelles sont leurs pratiques au quotidien ?
- Comment investissent-ils leur rôle ?

4.2.1. Comment devient-on médecin du travail ?

Comment devient-on médecin du travail ? Selon quelle logique et pour quelles raisons ? Une grande partie des médecins interviewés ont fait ce choix par hasard. D'autres parce qu'ils n'avaient pas le choix justement.

🗣️ « *Et je suis allée un peu par hasard dans cette spécialité.* » (Dr. N)

🗣️ « *Alors comment je suis venu à la médecine du travail, alors tout à fait par hasard* » (Dr. H)

Pour certains, la médecine du travail a été découverte lors d'un stage ou au gré de différentes rencontres réalisées lors de leurs études. Pour d'autres, il s'agit d'un changement de carrière professionnelle après une première expérience.

🗣️ « *Qu'en tant que médecin généraliste j'étais confronté à pas mal de problèmes liés spécifiquement à la médecine du travail, et après j'ai été amené à travailler fortuitement dans une collectivité territoriale comme médecin de prévention, dont la fonction est très proche du médecin du travail traditionnel, et ça m'a beaucoup intéressé, je pensais le faire provisoirement et tout compte fait je suis resté dans cette branche* » (Dr. E)

🗣️ « Ça m'a vraiment, vraiment beaucoup plu » (Dr. I)

Pourquoi la médecine du travail ? Parce que la formation était différente de celle proposée lors des études de médecine, ou pour la qualité de vie considérée meilleure que pour d'autres spécialités.

🗣️ « *y a plusieurs choses, y a le côté qualité de vie, puisque finalement, on est quand même très correctement payé et puis on a des horaires, des horaires qu'on pourrait qualifier de bureau, on travaille peu, moi j'ai arrêté la médecine générale, quand j'ai commencé à avoir des enfants. Donc c'est les deux choses, y a d'une part une qualité de vie, c'est très clair, mais le métier m'intéresse et puis on a beaucoup moins de soucis, puisque on n'est pas dans la gestion d'un cabinet libéral, on est salarié* » (Dr. K)

Les motivations pour devenir médecin du travail qui transparaissent à partir de ces propos sont pour certains la possibilité de voir autre chose que les pathologies médicales étudiées lors des 6 années de médecine classique, de sortir de la pure clinique biomédicale, d'autres mettent en avant des raisons pratiques : classement à l'internat, changement de ville, raison personnelle, vie de famille...

À partir de leurs verbatim, les médecins du travail nous expliquent que leur spécialité n'est pas bien définie lors du cursus médical. Elle n'a pas une bonne publicité, et cela dès les premières années. Elle ne répond pas aux critères de spécialité médicale comme on l'entend. Une grosse part d'inconnue existe pour la plupart de ces médecins.

Est-ce une vocation d'être Médecin du travail ? Non pour la plupart d'entre eux, l'entrée dans la profession se fait au hasard. L'engagement vis-à-vis du métier de médecin du travail dépend des rencontres faites au cours de la formation et de la personnalité du médecin.

Les raisons avancées pour s'engager dans cette spécialité relève pour certains d'un attrait pour la découverte d'une nouvelle spécialité.

🗣️ *« J'ai passé le concours d'internat la première fois, la première année où il y avait un changement de concours<....>c'était le concours C questions réponses et une multitude de DES, des études spécialisées, dont le nouveau DES de médecine du travail. Me voilà donc partie dans l'aventure du DES de médecine du travail....qui n'était pas du tout enseigné à la fac avec et j'ai découvert au moment de ma formation en 3^{ème} cycle. » (Dr F)*

🗣️ *« Et puis on m'a proposé, mais tout à fait par hasard, au cours d'une soirée, je rencontre un médecin du travail (...) on parle un petit peu de nos parcours, de nos expériences et il me dit : « mais moi, je veux préparer ma spécialité de gynéco si vous voulez me remplacer », bon je n'avais pas pensé à ça et puis ma fois en remplaçant pourquoi pas. Et c'est comme ça que j'ai mis le pied dans la médecine du travail et j'ai trouvé que c'était un métier passionnant » (Dr M)*

On voit donc que devenir médecin du travail ne constitue ni une vocation, ni une démarche spontanée et que cela ne ressemble pas au même type d'engagement qu'en médecine générale. En effet, par ses modes d'actions différents, elle est une autre manière possible de s'engager dans le soin où la prévention prédomine. La médecine du travail représente ainsi un univers encore plus important à découvrir et beaucoup plus « étrange » que celui de la médecine générale. Il est donc possible que son éloignement de la logique médicale classique ne permette pas une logique de vocation : la médecine du travail est en grande partie une découverte qui peut être vécue sur le mode de l'aventure et de la passion.

Quelles sont les conséquences d'exercer un métier pour lequel on n'a pas été vraiment préparé et qui représente un monde très différent de ce qu'on a pu voir dans sa formation initiale ? Quel impact cela peut avoir sur la pratique ? Certains des médecins se centrent sur la clinique, préfèrent-ils ainsi mobiliser des compétences acquises au cours de leur formation, jusqu'où est-ce difficile de partir en terrain peu connu pour lequel on n'a pas été formé ? D'autres s'ouvrent sur des champs d'action nouveaux et militent pour des causes qui leur tiennent à cœur. Ils mettent tout en œuvre pour faire valoir les droits des salariés. Le concept à retenir ici est "militer", il y a un enjeu qui dépasse largement le cabinet médical. On voit ici se dessiner deux types de MT.

🗣️ *« Donc j'ai pris l'habitude quand j'avais un salarié en face à face avec moi de parler de son travail et j'ai trouvé que c'était très intéressant que de faire parler les gens de leur*

travail et de là je me suis fortement orienté vers une pratique ergonomique de la santé au travail et de la médecine au travail » (Dr L »

🔊 « C'est vraiment très intéressant de bien s'occuper des salariés, de la prévention et d'éviter les maladies professionnelles, le travail avec les employeurs(...) on dépiste, on oriente, on réoriente (...) c'est très varié et très intéressant. » (Dr K)

4.2.2. Évolution du rôle du médecin du travail

Le métier de médecin du travail a évolué lui aussi, au fil des années les missions se sont diversifiées, les attentes se sont modifiées. De plus les médecins du travail sont en sous-effectif, cette pénurie engendre alors des difficultés à assumer l'importante masse de travail et à assurer les missions qui leur sont dévolues.

🔊 « C'est vrai ça a beaucoup évolué en 30 ans, ça devient un peu compliqué, du fait de la pénurie de médecin du travail, de manière organisée et on arrive plus trop à assumer nos missions, quoi. On a une masse de travail pléthorique et puis bon c'est un petit peu politique, la santé au travail, c'est souvent, souvent un petit ajustement dans les négociations entre les patrons et les organisations syndicales donc ils lâchent beaucoup de chose sur la santé au travail et beaucoup de mission et puis après tout ça moins de médecins, alors ça met un petit peu en difficulté. C'est le tableau actuel. » (Dr. H)

🔊 « C'est lié au système de formation qui a changé et qui fait que très peu d'étudiants connaissent la santé au travail, en 3, 4ème année on n'a pas forcément cette vocation de se dire : "je vais être médecin du travail", c'est plus tard que cela vient, après en étant médecin généraliste, on rencontre des gens et on se dit : "tient cela peut être intéressant" mais après c'est fini, c'est trop tard » (Dr. F)

L'évolution dans le monde du travail bouscule le quotidien du MT. Non seulement il y a la crise économique, mais la prise de conscience de plus en plus importante de l'enjeu des risques psycho-sociaux contribue aussi à augmenter charge de travail, demande et à diversifier les exigences alors que les MT sont de moins en moins nombreux. Ils expriment donc de plus en plus de difficultés à d'assumer leurs missions au quotidien, et ce malgré leur engagement personnel qui peut aller dans certains cas assez loin.

De plus, depuis le début de leur carrière, leur propre métier est aussi en constante évolution, avec notamment un nombre croissant de demandes et d'attentes vis-à-vis de leurs différentes missions qu'ils ont à mener. La pénurie de médecins qui commence à se faire sentir et un emploi du temps non extensible, sont des éléments qui viennent aggraver la situation. Une des principales difficultés ressenties au quotidien est le fait de devoir mener tout de front.

🔊 « C'est vrai ça a beaucoup évolué en 30 ans, ça devient un peu compliqué, du fait de la pénurie de médecin du travail, de manière organisée et on arrive plus trop à assumer nos missions, quoi. On a une masse de travail pléthorique et puis bon c'est un petit peu politique, la santé au travail, c'est souvent, souvent un petit ajustement dans les négociations entre les patrons et les organisations syndicales donc ils lâchent beaucoup de choses sur la santé au travail et beaucoup de missions et puis après tout ça moins de médecins, alors ça met un petit peu en difficulté. C'est le tableau actuel. » (Dr. H)

Certains MT avouent que, s'ils devaient recommencer actuellement leur carrière, et, bien qu'ils aiment leur métier, ils ne choisiraient pas cette spécialité. Le côté militant des "vieux" médecins passionnés par leur métier ressort de l'enquête.

🗨️ « *Maintenant c'est vrai, ce n'est plus une spécialité attractive du tout, et je ne la conseillerais JAMAIS!* » (Dr. H)

Le MT, tout comme le médecin généraliste d'ailleurs, peut se retrouver confronter aux enjeux de la souffrance mentale au travail d'autant plus que prendre en charge la souffrance de l'autre peut demander une forte implication. Ainsi le MT, comme tout homme passionné par son travail, peut exercer sans avoir le sentiment de travailler. Il a trouvé sa voie, c'est-à-dire le moyen de son épanouissement personnel. Il fait ce qu'il aime sans se forcer ni se raisonner à aimer ce qu'il fait. Celui qui travaille sans passion accomplit son labeur par obligation. Le médecin du travail, jadis attiré par son travail, est lui-même victime des restructurations au sein de son travail, des nouvelles attentes qu'on a de lui. D'où l'épuisement de certains, qui, lorsqu'ils regardent leurs carrières passées, regrettent l'ancien temps et ne seraient pas capables aujourd'hui, au vu que ce qu'ils savent, de recommencer leur formation.

4.2.3. Où travaille-t-on quand on est médecin du travail ?

Les missions et les enjeux des médecins du travail sont bien définis d'un point de vue théorique. Cependant les discours des acteurs montrent la diversité de la pratique et donc l'écart avec la théorie. Dans le secteur privé, 2 types de médecins du travail se dessinent : les médecins de services interentreprises de santé au travail, dans lesquels les médecins sont salariés, et ceux des services autonomes de santé au travail propres aux grandes entreprises. Dans la fonction publique, on parle plutôt de centres de prévention médicale et de médecin de prévention.

🗨️ « *J'ai été embauché dans un service inter-entreprises* » (Dr. I),

🗨️ « *J'ai une consultation de pathologie professionnelle* » (Dr. A)

🗨️ « *Une année de remplacement dans des services autonomes, dans des entreprises de 300 personnes, pendant 1 an et puis après j'ai fait tout le reste dans le même service interentreprises donc il y a à la fois de la ville et du rural, et c'est pour ne pas sombrer dans la monotonie, j'ai changé plusieurs fois de secteurs d'entreprises, voilà* » (Dr. N)

Comment ont-ils choisi leurs postes ? Petites/ grandes entreprises ? Postes fixes, ou changement fréquent ?

Les entretiens montrent que certains ont préféré s'installer dans des services médicaux au sein de grosses entreprises et d'y faire carrière.

🗨️ « *Donc ça fait 30 ans que je m'occupe d'entreprises du Val de Marne pour des tailles d'entreprises entre 1 salarié et on va dire 1000 salariés, c'est la fourchette.* » (Dr. K)

🗨️ « *Donc je travaille dans un service interentreprises donc ça veut dire que je travaille pour plusieurs dizaines voire plusieurs centaines d'entreprises, souvent des PME.* » (Dr. I)

On retrouve là une sorte d'équilibre entre employeur/salarié/MT qui s'est installé avec le temps, ce qui peut faciliter la manière de se faire entendre par la direction lors de conflits. Cela montre aussi que le MT doit tenir compte de nombreuses logiques et doit savoir

s'intégrer dans des contextes très différents les uns des autres ; nous sommes loin du simple cabinet médical. Le MT se retrouve confronté à toute une série de petits enjeux pratiques et donc à de multiples questions formulées ou non : avoir toujours le même interlocuteur médical, faciliter les échanges, est-ce un objectif sur lequel il faut travailler et comment ? Et ce malgré les changements parfois incessants de direction ? Une relation de confiance peut-elle se créer ? Le médecin du travail a deux interlocuteurs essentiels (la direction, le salarié) et il doit savoir tenir compte de l'un et de l'autre, il ne peut dérouler une pure logique d'action, il est forcément dans la complexité.

D'autres ont choisi leur poste en service interentreprises, favorisant certains types de salariés, quand cela est possible. En choisissant le secteur du bâtiment, de l'hôtellerie ou des petites PME, chaque médecin travaille différemment. Certains choix peuvent s'expliquer par un désir d'être présent sur le terrain plutôt que d'être dans les bureaux :

🗨️ « Je trouve ça bien d'aller uniquement dans le bâtiment parce que je trouve ça plus intéressant que dans les bureaux. Parce qu'en général les gens y sont "sur-suivis" et méprisent un peu cette médecine de prévention. Alors que les gens du bâtiment c'est des gens qui ne font que bosser, qui ne se plaignent jamais. Il y a un lien qui se crée que j'apprécie » (Dr. I)

🗨️ « Alors moi j'ai une particularité, je me suis spécialisée si on peut dire vers l'hôtellerie restauration de luxe (...) moi je travaille en mixte, au cabinet de médecine du travail et dans les infirmeries des entreprises pour les entreprises de taille plus importantes (...) je travaille avec une infirmière, et on ne gère pas tout à fait de la même façon on est plus aidé, avec l'infirmière qui est sur le terrain. » (Dr H)

4.2.4. Leurs regards sur leurs missions

Des points communs se profilent, et semblent converger vers une vision partagée du rôle principal du MT, à savoir : éviter toute altération de la santé des salariés, du fait de leur travail et donc d'observer ce qui se passe exactement dans le travail. Il ne s'agit pas de se limiter juste à surveiller leur état de santé, mais de savoir faire les bons liens en rendant visible l'invisible, et d'aider les personnes à comprendre ce qu'elles vivent.

🗨️ « Moi d'une part je vois les gens, moi mon travail, c'est d'essayer de mettre en visibilité ce qui s'est fait dans le travail, ce qui s'est passé. Donc mon travail à moi c'est d'essayer d'aider les gens à mieux comprendre ce qui s'est passé » (Dr. A)

4.2.4.1. Mission "travailler au sein de l'entreprise"

Une de leur mission est de travailler au sein de l'entreprise, d'essayer de faire adhérer l'employeur aux projets de prévention collective et individuelle, pour respecter la santé du salarié.

🗨️ « Il y a eu avec quelques-uns des employeurs avec qui ça c'est un peu moins bien passé <...> une petite dizaine de négriers <...> on leur fait le service minimum, tout en essayant de mettre en sécurité les salariés. » (Dr. N)

Quelques médecins évoquent des difficultés pour faire adhérer aux projets certains responsables d'entreprises. Les explications données varient d'un interviewé à un autre. Pour certains, les difficultés sont dues aux changements incessants de directions. Les nouvelles équipes, en arrivant, remettent souvent à zéro tous les projets. Dans ces cas, les médecins ressentent ces situations comme des combats de longue haleine. D'autres expliquent que certains employeurs, encore aujourd'hui, ne se sentent pas du tout impliqués dans la santé au travail et donc ne font aucun effort. Enfin, certains MT rapportent aussi de mauvaises relations humaines avec les employeurs.

🗣️ « *Y a aussi un problème d'éducation des employeurs puisque, puisque si l'employeur n'a pas la notion du risque, et la plupart du temps ils ne l'ont pas, ils font travailler des salariés et sans se préoccuper des conséquences que cela aura sur leur état de santé* » (Dr. K).

Il est assez amusant de voir que ce MT utilise aussi le terme « d'éducation ». Ainsi il n'y a pas que les patients qui doivent se confronter à l'éducation thérapeutique, mais aussi ceux qui participent aux conditions de santé des salariés. Il serait intéressant de pouvoir reprendre l'interview et de comprendre ce qu'il met derrière la notion d'« éducation », est-ce un simple rappel à l'ordre moral ou a-t-il en tête un projet plus élaboré pour mieux sensibiliser les employeurs aux risques psycho-sociaux ? En tout cas il souligne ici un enjeu qui d'habitude est plutôt observé à partir de l'angle du droit et qui, probablement, est fortement sous-estimé et l'objet de très peu d'étude.

Les efforts des MT pour mener à bout leur mission de prévention collective et individuelle au sein de l'entreprise, ne seraient donc pas les mêmes en fonction des directions et dépendent donc des directions avec lesquelles ils doivent travailler. Cette logique ne facilite pas la tâche de ces professionnels de santé dans la plupart des situations.

🗣️ « *Il faut qu'on essaye d'avoir les meilleures relations possibles avec les employeurs pour, c'est là qu'on arrive le mieux quand arrive à avoir leur adhésion par rapport à une politique de prévention et donc effectivement cela demande beaucoup d'échange avec les employeurs cela prend du temps, du temps* » (Dr. K)

Le rapport avec la direction semble un sujet un peu tabou, très peu abordé dans les interviews. On en apprend très peu sur le sujet. Quelques-uns osent aborder le sujet, en soulignant que certains de leurs collègues ont des conduites non respectables vis-à-vis de leurs missions : non-respect du secret professionnel, non-respect du secret médical, ... Certains disent même qu'ils ne raconteraient personnellement rien à certains de leur confrère.

🗣️ « *Après ça dépend des médecins du travail, parce que moi il y a des médecins du travail, je ne leur confierai pas mon âme... c'est claire, mais il y a des médecins du travail, j'aurai parfaitement confiance en eux.* » (Dr. A)

Certains MT peuvent ainsi se retrouver pris en étau entre la direction et les salariés, comment peuvent-ils alors remplir leurs missions ? Jouer leur rôle de lanceur d'alerte ? Écouter et accompagner ceux qui les consultent si l'équilibre, qui permet une bonne prévention, n'est pas maintenu entre l'intérêt des uns et ceux des autres ? Il serait intéressant de voir comment la profession prend le temps de réfléchir aux difficultés des MT et comment elle s'interroge sur les MT qui seraient trop proches de la direction ou des syndicats ? Comment s'interroger sur les enjeux politiques du rôle du MT ?

4.2.4.2. Mission "Développer et faire perdurer la relation de confiance avec le salarié"

Une autre de leur compétence est de savoir créer une relation de confiance avec le salarié. Celle-ci est ressentie très différemment selon les MT. Pour certains c'est simple, pour d'autres difficile. Comment expliquer ces différences ? Certains MT esquissent des hypothèses dans leurs interviews, hypothèses qui restent assez générales et ne sont pas très approfondies. D'autres restent juste sur le mode du constat, voire de la plainte, la confiance devrait être là. Ils sont médecins avant tout, et cela leur semble absurde que cette évidence ne soient pas perçue. Comme il s'agit d'un enjeu essentiel sans lequel rien n'est possible, ce thème pourrait être l'objet d'une étude plus complète et demanderait de reprendre des interviews, il nous faut donc avec ces premiers éléments essayer de comprendre la manière dont peut se construire ou non la confiance.

Certains MT, installés depuis longtemps au sein même des entreprises n'ont pas rapporté de difficultés particulières pour établir cette relation : les salariés leur font confiance, vu qu'ils ont affaire au même médecin depuis le départ.

🗣️ « *Moi je n'ai pas de problèmes mais moi c'est un peu particulier parce que les gens savent qui je suis, ils savent que je suis là depuis longtemps, et j'espère qu'ils ont confiance* » (Dr. H)

Ainsi la confiance se fait via la "notoriété" et cette dernière via le bouche à oreille des salariés et ne se construit pas seulement dans le cabinet. Susciter la confiance qui conduit les employés à s'ouvrir rapidement face à eux, repose donc sur des liens qui se tissent au cours du temps. Il faut savoir s'intégrer dans l'entreprise sous de multiples formes et ne pas rester derrière son bureau. Savoir, par exemple, partager un temps la vie des salariés comme manger au même restaurant. L'enjeu est de savoir montrer son implication, sa connaissance de l'entreprise et aussi ses capacités d'écoute, sa disponibilité.

Un autre élément à prendre en compte pour les MT qui ressentent des difficultés à créer une relation de confiance avec le salarié, serait une crainte manifestée par le salarié. Crainte qui serait liée aux doutes sur la nature de la relation que le MT entretient avec la direction : est-il vraiment neutre ? Va-t-il rapporter les propos qu'on lui confie ? Pour certains MT cette manière de penser est une erreur.

🗣️ « *Ils ont aussi une idée parfois que le médecin du travail est lié à l'employeur et va tout lui raconter. Ce qui est absurde* » (Dr. A)

🗣️ « *C'est encore dans les idées, alors je leur explique vous voyez quand c'est un service inter entreprise, l'employeur c'est son patron* » (Dr. I)

D'autres médecins supposent que cette relation ne se crée pas, à cause d'un manque d'échanges entre le salarié et son MT. En absence de souci, arrêt ou demande de consultation, la rencontre MT/salarié n'est effectuée que tous les 2 ans dans le cadre de la visite médicale professionnelle, avec un créneau de consultation de seulement 15-20min. Les médecins estiment que cette "consultation" n'est pas suffisante pour créer une relation de confiance. Lors de cette visite médicale biennale, certains salariés font même ressentir au MT qu'ils n'ont pas choisi de venir les voir : cette visite qui n'est ni à l'initiative de l'employé, ni à l'initiative du médecin, est ressentie comme une obligation légale et non comme un choix. Certains salariés ont du mal à se projeter dans une relation de confiance avec leur MT ; et par conséquent, face à ce genre de mépris, certains médecins n'ont pas forcément envie de s'investir et se contentent de faire le minimum lors de ces consultations épisodiques, à savoir

s'assurer du maintien de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail qu'il occupe. Ces MT ne poussent alors pas le salarié à se confier, et passent probablement à côté de cas de souffrance au travail.

Cette confiance plus compliquée à mettre en place, moins « naturelle » que dans un cabinet de médecine générale, constitue aussi une des particularités du rôle de médecin du travail. D'une certaine manière, ce dernier est presque obligé de se confronter à cette question : comment construire la confiance avec ces « patients » pas comme les autres, bien loin de l'image qu'il s'est faite lors de la formation initiale ? Ne pas s'y confronter serait prendre le risque d'une consultation artificielle, une routine où il ne se passe pas grand-chose.

4.2.4.3. Des missions différentes selon les sensibilités

À travers les discours des MT, nous observons qu'ils n'attachent pas les mêmes intérêts aux différentes missions. Cela dépend en effet de leur sensibilité face à un sujet donné.

🗨️ « Donc si je peux dire comment je suis venu à la souffrance au travail, ça m'a toujours intéressé comme sujet, tout ce qui touché à la psychologie du travail. » (Dr. M)

🗨️ « Sachant que mon principal intérêt dans la médecine du travail, était tout ce qui est psychologie du travail ; risques psychosociaux et tout ce qui tourne autour de ça, voilà beaucoup plus que tout ce qui est l'aspect chimique, l'aspect économique, enfin les autres aspects du rôle du médecin du travail. » (Dr. N)

🗨️ « Donc j'ai pris l'habitude quand j'avais un salarié en face à face avec moi de parler de son travail et j'ai trouvé que c'était très intéressant que de faire parler les gens de leur travail et de là je me suis fortement orienté vers une pratique ergonomique de la santé au travail et de la médecine au travail » (Dr L »

🗨️ « C'est vraiment très intéressant de bien s'occuper des salariés, de la prévention et d'éviter les maladies professionnelles, le travail avec les employeurs(...) on dépiste, on oriente, on réoriente (...) c'est très varié et très intéressant. » (Dr K)

Certains vont beaucoup s'impliquer dans la prévention des risques psychosociaux, tandis que d'autres vont être plus intéressés par les risques physiques/chimiques, liés aux activités des différentes entreprises. Nous avons dans les interviews des degrés d'engagement très différents avec certains médecins très engagés et prêt à aller jusqu'au procès et d'autres qui bien qu'ils ont conscience de l'importance de cette mission s'investissent beaucoup moins et restent dans un rôle de médecin plus traditionnel.

De plus si tous les médecins interviewés ont précisé être intéressés par la prévention des risques psycho-sociaux, certains rapportent que d'autres collègues n'y apportent aucune attention. Ce type de témoignages, indirects sur « d'autres collègues » posent plus de questions, qu'ils n'apportent de réponses. Au final quelle est la réalité ? Jusqu'où et de quelle manière les médecins du travail s'engagent dans la prévention des risques psycho-sociaux ? Quelles sont les conséquences de ces niveaux d'engagement ?

De fait le médecin du travail joue en partie un rôle « de lanceur d'alerte » donc la reconnaissance n'est pas évidente. Comment d'ailleurs jouer ce rôle alors qu'il n'est pas si simple que cela de savoir se confronter à l'autre, de savoir négocier et analyser l'ensemble des enjeux ? Il est plus facile et donc peut être tentant de se limiter à la clinique, aux champs de compétences pour lequel on a été formé initialement.

Les prises en charge des différents risques au travail sont-elles toutes égales en fonction du médecin du travail? Quel impact ces enjeux peuvent-ils avoir sur la prise en charge de souffrance mentale au travail pour les salariés et surtout faut-il en faire un objet de recherche ?

4.2.4.4. La prévention du risque suicidaire

La mission de prévention du risque de suicide sur le lieu de travail revient dans plusieurs entretiens : la plupart des médecins redoutent cette tragédie, il s'agit d'une épreuve redoutable qui, d'un coup de tonnerre, montre les limites des démarches de prise en charge et de prévention. Là encore, chacun réagit différemment, suivant sa formation, son vécu, son expérience, et sa façon de se protéger et de faire face à des situations d'urgence. Cependant le sentiment d'échec face à l'énoncé du mot "suicide" est celui qui ressort le plus dans les interviews. Certains mettent en avant les difficultés de prise en charge du suicide. Ils s'appuient sur le fait qu'ils ne peuvent pas prendre en charge le côté médical de cette pathologie, ils ont besoin d'avoir recours au médecin généraliste, au psychiatre, voir aux structures hospitalières. Par contre, leur action va se concentrer au sein de l'entreprise, leur lieu d'action. Et d'essayer d'améliorer les conditions de travail si celles-ci se révèlent être en cause du mal être. Dans ces situations d'urgence, les enjeux de complémentarité et de coordination deviennent encore plus cruciaux.

« C'est toujours la même chose pour nous, on essaye de voir, ben de voir comment la personne est prise en charge au niveau purement médical, son médecin traitant ou psychiatre, une écoute psychologique hospitalier et voir comment dans l'entreprise on peut mettre en place une meilleure, comment dire ? De meilleures conditions de travail pour cette personne-là. Ça se passe en fonction de chaque situation : y a le côté purement médical et puis y a le côté entreprise » (Dr. K)

Les MT esquissent une analyse sur les enjeux portés par le suicide, ils s'interrogent sur « les causes » que l'on attribue au risque suicidaire, cherchent à trouver des explications à ce geste.

« Je trouve que le suicide, on en parle depuis 10ans, enfin on en parle, bon on ose rechercher d'autres causes que les causes personnel (c'est ça une des vraies évolutions) parce qu'avant on n'en parlait pas » (Dr. G)

Si le sujet reste encore malgré tout tabou, certains interviewés notent une évolution, une volonté d'en parler et soulignent que la manière d'appréhender le suicide n'est plus tout à fait la même. En effet avant l'explication par les causes personnelles prédominaient. De nos jours, il est possible d'évoquer d'autres causes en particulier les conditions de travail, surtout depuis l'augmentation du nombre de suicides sur le lieu de travail. Ce changement d'attribution est peut-être lié à l'évolution de la perception de la souffrance mentale au travail. D'un autre côté, la place que les médias donnent au suicide au travail contribue à faire émerger la souffrance mentale au travail en tant que problématique de santé publique. Il est difficile de savoir dans quel sens il faut analyser la situation : les influences sont probablement réciproques.

« On n'osait pas dire le travail est en cause (...) c'était un peu tabou de parler de ça, (...) je trouve que cela a beaucoup évolué ces dernières années, la façon d'appréhender la tentative de suicide » (Dr M)

« Ce qui a été le grand changement dans l'information, c'est qu'il y a eu des suicides sur le lieu de travail, mais les suicides liés au travail, où les conditions de travail peuvent avoir un impact, mais je pense qu'il y en avait autant, je ne pense pas que le nombre des suicides liés au travail ait augmenté, on en parle davantage » (Dr. E)

Peu d'entre eux nous ont expliqué leurs démarches lorsqu'ils sont confrontés à ce geste. Ceux-ci nous rapportent la mise en œuvre de CHSCT exceptionnel pour réagir au plus vite, pour décider de la conduite à tenir dans le service dans lequel le suicide a eu lieu. Des procédures d'enquêtes internes pour faire le point sur les risques psychosociaux sont lancées. Ces démarches sont longues, elles prennent plusieurs mois, l'enjeu est d'essayer de modifier la structure du service afin d'éviter que la situation ne se reproduise.

« À partir de là, il y a eu déclenchement, ça c'est la procédure, d'un comité d'hygiène et de sécurité extraordinaire, exceptionnel, avec présence du médecin » (Dr E)

« Une enquête externe par un cabinet (...) un comité de pilotage (...) ça c'était intéressant, parce qu'on a fait tout un arbre des causes, modifié la structure du service pour éviter que ça ne se reproduise » (Dr E)

La véritable question serait : pourquoi a-t'il fallu attendre un suicide pour déclencher ce type de procédure ? Rien n'était-il vraiment prévisible avant ? Faut-il attendre un drame pour que la situation puisse évoluer ? Pourquoi ? Avec l'évolution du discours sur les risques psychosociaux, le geste suicidaire, ne devrait plus servir un rôle de révélateur de dysfonctionnement. Il y aurait ici une véritable enquête à réaliser pour comprendre comment se passe la prévention dans la pratique.

4.2.5. Leurs pratiques au quotidien, comment ils en parlent, comment ils investissent leur rôle

4.2.5.1. Les différents types d'emploi du temps

À travers les interviews, nous retrouvons une base commune dans l'organisation de l'emploi du temps des MT. Tous rapportent que leur emploi du temps doit se découper de la manière suivante : 2/3 du temps est consacré aux consultations ou vacation et un 1/3 est réservé pour l'entreprise afin de réaliser des activités connexes.

« Globalement on a deux tiers de notre temps en examens médicaux et un tiers de notre temps dans les entreprises. Mais ce tiers de temps dans les entreprises ça se répartit bien souvent dans plusieurs centaines d'entreprises donc avoir un rapport régulier avec les employeurs et les rencontrer régulièrement c'est pratiquement impossible » (Dr. G)

« Alors l'activité se répartit en consultation individuelle de médecine du travail qu'on appelle des vacations et une activité de tiers temps qu'on appelle maintenant activité en milieu de travail, ou qu'on appelle maintenant activité connexe c'est-à-dire ça peut être des visites de poste, des visites d'entreprises, ça peut être des réunions d'information professionnelle, soit organisées par le service, soit à travers de colloques organisées par l'inspection du travail notamment » (Dr. D)

Dans l'organisation des MT, le temps de consultation (2/3 temps) devrait être partagé de telle sorte que toutes ces missions puissent être remplies :

- visite des salariés ;
- visite d'embauche ;

- consultation périodique, qui va passer de tous les 2 ans, à tous les 4 ans d'ici peu ;
- visite de reprise pour un arrêt supérieur ou égal à 30 jours, suite à un accident du travail ou à une maladie ;
- visite de pré-reprise, qui est encore trop peu fréquente, demandée par le salarié, le médecin généraliste ou le médecin conseil de la Sécurité Sociale ;
- visite à la demande du salarié, souvent pour des problèmes de conflits, d'organisation du travail, ou pour des problèmes physiques ;
- visite à la demande de l'employeur, souvent lors de problèmes d'absentéisme ;
- visite à la demande du médecin du travail lui-même, s'il veut surveiller un patient pour une pathologie particulière.

🗣️ « On doit voir 13 consultants par vacation donc il faut speeder, avant on avait plus de temps ... mais bon, on a des quotas à remplir, donc voilà, donc je vais vous dire, il faut bien savoir synthétiser je pense pour savoir faire le tour du problème » (Dr. H)

De même, pour l'activité en entreprise (1/3 temps), l'organisation du MT devrait se partager entre toutes ces missions :

- visite de postes de travail ;
- visites des entreprises ;
- participation aux réunions d'informations professionnelles et aux réunions de sensibilisation sur les risques psychosociaux auprès des cadres ;
- participation au comité CHSCT.

🗣️ « Parce qu'on doit faire le tiers de notre activité en visite en entreprise, réunion en entreprise, les CHSCT, les visites de reprises, normalement je vous dis, normalement. » (Dr. I)

Dans les 2 précédents paragraphes, nous avons employé le conditionnel pour décrire les différentes tâches dévolues au MT, parce que presque tous les médecins interviewés sont d'accord sur le fait qu'ils manquent de temps pour mener à bien toutes les responsabilités qui leurs sont données. Pourquoi? Certains avancent justement une diversification trop importante de leur travail et des demandes de plus en plus complexes, avec un temps imparti qui pourtant ne change pas.

🗣️ « Donc la différence : heu, pas de soin, et heu, quand même une pratique très orientée vers les pathologies professionnelles , ça c'est le côté médical (...) Après y a tout le côté action en entreprise qui y a pas chez le médecin généraliste (...)maintenant s'ajoute un autre volet, c'est le volet coordination et animation d'équipe puisque étant donné qu'il y a de moins en moins de médecin du travail, la législation a introduit des équipes pluridisciplinaires »

Le MT n'est pas, contrairement au médecin généraliste, un médecin de soins. Il est amené à décider de l'aptitude ou de l'inaptitude, à analyser des situations complexes, à donner des conseils pour améliorer le poste de travail, à orienter les salariés pour toutes les autres pathologies vers leurs médecins généralistes ou un autre spécialiste et maintenant ils doivent même savoir gérer des équipes multidisciplinaires. Le problème majeur reste que les MT ne sont pas formés au rôle de chef de projet, ni à la gestion de cette tâche et qu'il est difficile de jouer des rôles assez différents les uns des autres. Sans compter, que comme la plupart des spécialités médicales, leurs effectifs fondent au cours des années, une surcharge de travail s'accumule. Ils ne peuvent plus travailler de la même façon, il faudrait voir dans plusieurs années comment les choses ont pu évoluer.

4.2.5.2. Déroulement d'une consultation

L'analyse de la plupart des entretiens montre des différences dans le déroulement de la consultation.

🔊 « Et moi je les récupère après en slip tee-shirt, (...) et je les examine, je revois l'interrogatoire qui a été fait et je complète, et je fais un examen complet » (Dr. I)

🔊 « Je fais un examen clinique complet, les gens sont déshabillés, et les gens ont un examen clinique complet, je fais les yeux aussi puis voilà.. » (Dr. H)

🔊 « La première chose, c'est un interrogatoire professionnel sur les différents aspects de sa vie professionnelle : C'est d'analyser au mieux ses conditions de travail, ensuite on passe au côté médical, une fois qu'on connaît ce qu'il fait exactement, c'est chercher éventuellement des complications » (Dr. K)

🔊 « D'abord la première chose, c'est un interrogatoire professionnel sur les différents aspect de sa vie professionnelle : qu'est-ce qu'il fait exactement, c'est important de savoir exactement ce qu'il fait, ses horaires, si ce sont des horaires fixes, variables, les relations du travail avec ses collègues, sa hiérarchie, les clients, après les contraintes de son travail (...), ensuite on passe au côté médical et puis on l'interroge aussi sur les moyens de prévention qu'il y a dans l'entreprise (...). Ensuite y a tout ce qui est hygiène de vie, (...) ensuite ça se termine sur des conseils soit sur son activité professionnel, on l'informe des risques » (Dr. M)

Pour la plupart des MT, la consultation démarre par un examen clinique complet. Ils ne cherchent pas tous les mêmes signes cliniques. L'examen est souvent orienté en fonction des pathologies qu'on peut retrouver en fonction du travail. Le maçon ne va pas avoir les mêmes problèmes de santé liés au travail qu'une secrétaire dactylographe. Cet examen est amélioré par certains, en fonction des équipements dont ils disposent : examen de la vue, analyse d'urine, électrocardiogramme, ... Certains MT prescrivent des examens complémentaires, en fonction du type de salariés qu'ils reçoivent, comme par exemple un examen de la fonction respiratoire ou une radio pulmonaire pour les professionnels du bâtiment, une surveillance dermatologique pour les salariés manipulant les produits dangereux, ... Ces médecins découpent majoritairement leur temps de consultation en 4 phases, à savoir : un interrogatoire professionnel, une analyse des conditions de travail, un questionnement sur les moyens de prévention dans l'entreprise, et enfin des conseils de prévention.

Une minorité de médecins rapporte une certaine gêne vis-à-vis de la systématisation du suivi médical chez les salariés, notamment chez ceux qui sont pourtant en bonne santé.

🔊 « Un côté systématisation du suivi de santé. Visite médicale chez les gens en bonne santé, qui n'ont pas de problème. » (Dr. F)

Quel but donner à ce genre de consultation ? Lorsque le salarié est en pleine forme sans aucuns soucis de santé ? Pourquoi faire un examen clinique complet ? Plutôt que prodiguer des conseils de prévention liés au travail.

Il peut être légitime de se demander pourquoi imposer une visite médicale obligatoire, à un salarié en bonne santé qui ne se plaint de rien ? En effet, si ce genre de visite peut être assez efficace pour les pathologies où le somatique prédomine, qu'en est-il pour les souffrances psychiques, surtout chez un salarié peu concerné qui vit ce genre de visite comme un passage obligé ? Il semble donc assez difficile de faire passer le côté dépistage/prévention

des maladies liées au travail, à travers ces visites obligatoires, chez les salariés réticents à rencontrer leur MT. Il est peut-être curieux que tous les MT ne se demandent pas si cette démarche de prévention est la plus adéquate. Il serait intéressant de comprendre pourquoi et d'en observer les incidences sur la pratique.

Outre les examens pratiqués de façon systématique lors des visites médicales, le MT peut prescrire les examens complémentaires nécessaires pour :

- déterminer l'aptitude médicale au poste de travail, notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail ;
- dépister des maladies à caractère professionnel et des maladies professionnelles ;
- dépister des maladies dangereuses pour l'entourage du salarié.

Les examens complémentaires sont à la charge soit de l'employeur, soit du service de santé au travail interentreprises, lesquels donnent au MT le moyen d'assurer le respect de l'anonymat de ces examens. Le MT choisit l'organisme chargé de pratiquer les examens.

Le temps nécessaire pour les examens médicaux, y compris les examens complémentaires, est soit pris sur les heures de travail des salariés sans qu'aucune retenue de salaire ne puisse être opérée, soit rémunéré comme temps de travail normal lorsque ces examens ne peuvent avoir lieu pendant les heures de travail. Le temps et les frais de transport sont eux aussi pris en charge par l'employeur.

4.3. LA SPECIFICITE DU ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL, OPPOSITION MT/MG

L'objet de ce chapitre est de découvrir les spécificités du rôle du MT afin de fin mieux comprendre ses particularités par rapport à celle du médecin généraliste. En quoi le MT est proche du médecin généraliste ? En quoi est-il différent ?

4.3.1. Les points communs par rapport au médecin généraliste

 « Y a l'accueil des salariés dans un cabinet médical ou là ça s'apparente à une consultation médicale » (Dr. K)

Beaucoup de médecins décrivent leurs consultations, lors des visites périodiques, de manière sensiblement identique à celle qu'effectue le médecin généraliste. Il y a ici une base commune pour tous les professionnels. Elle est fondée sur la même formation : il s'agit la partie biomédicale de la médecine. A une différence près c'est que souvent le MT exerce davantage en coopération. En effet certains médecins sont aidés, par des secrétaires, qui effectuent avant la consultation un début d'interrogatoire, la pesée, la réalisation de la bandelette urinaire... Toutefois, nous ne trouvons pas de consensus entre les différentes structures d'accueil : il existe de nombreuses différences. Lors d'un accueil en cabinet, la plupart des médecins mènent un interrogatoire, prennent les constantes, effectuent un examen général, et complètent avec un examen de la vue lorsqu'ils sont suffisamment équipés.

4.3.2. Les différences par rapport au médecin généraliste

4.3.2.1. Un salarié et non un patient

Lors de sa consultation, le MT voit un "SALARIE" et non pas un "PATIENT". Cette « nuance » est souvent ressortie au cours des entretiens, car les personnes interrogées ont souvent repris l'enquêteur, quand il employait le terme "patient" pour parler des salariés. Cette « nuance » fait totalement sens et symbolise une différence d'approche essentielle entre les deux types de praticien.

🗨️ « Les patients prennent RDV avec vous comment ? »

« C'est pas des patients »

« Oui les salariés... » (Dr. E)

Pourquoi cette différence entre patient et salarié? Un des médecins précise sa définition :

🗨️ « Ce dernier terme implique, outre un aspect de santé individuelle, une relation contractuelle avec un employeur. C'est à travers cette relation que la position du médecin du travail est définie dans le Code du Travail et qu'est ainsi justifiée notre activité et notre mission. » (Dr. N)

Par ailleurs, le mot "salarié" implique un environnement de travail, une organisation, des contraintes mais aussi des satisfactions professionnelles pour la personne. Tout ceci n'apparaît pas dans le simple terme "patient".

Enfin, "patient" vient du mot latin *PASSIO* (souffrance, maladie), ce qui, du moins a priori, ne correspond pas à l'état de la personne qui travaille, rencontrée le plus souvent dans un cadre réglementaire systématique, et réputée en bonne santé.

Il existe aussi une logique de droit, les enjeux sont :

- la décision de l'inaptitude ou de l'aptitude
 - 🗨️ « Il y a d'authentiques souffrances (...) j'en n'ai vraiment que très, très peu, l'année dernière (...) j'ai fini par une inaptitude mais c'était la première fois » (Dr H)
 - 🗨️ « Voir la personne tout de suite, parce que c'est important, (...) pour voir ce qu'on va faire pour l'entreprise, et pour l'aptitude » (Dr H)
- la prise en compte la parole du salarié
 - 🗨️ « Voir la personne tout de suite, parce que c'est important, (...) ils ont été écoutés à peu près pendant une heure, ce sont des consultations qui sont longues, ils ont raconté leur vie, et je vous assure que ça a bien dénoué des problèmes »
- la vérification de l'adéquation de la prévention.

La logique est tout à fait différente lorsque dans la consultation à côté de la santé se rajoute d'autres objectifs. En conséquence dans le cabinet du MT la clinique ne joue pas tout à fait le même rôle, elle est autant un moyen qu'une fin pour améliorer la prévention générale. Le but du MT est que la personne aille bien et que l'entreprise continue à fonctionner, il doit savoir tenir compte de l'un et de l'autre. Il doit donc vérifier que les conditions de travail sont correctes ou essayer de les améliorer, mais aussi préserver l'emploi tout en sachant quand poser une décision d'inaptitude.

Si l'enquête se focalise sur les MT, il ne faut pas oublier que dans la pratique, il s'agit d'une interaction et que pour l'analyse soit complète, il faudrait aussi cerner les stratégies des salariés. Les MT s'interrogent d'ailleurs sur leurs salariés : En quoi leurs attentes vis-à-vis de la médecine du travail diffèrent ? Pourquoi une telle différence de comportement entre salariés ? Comment peuvent-ils jongler entre enjeu de santé et de travail ? Qu'est ce qui fait qu'ils privilégient tel ou tel aspect ? Pourquoi certains acceptent de subir de grosses contraintes et d'autre ne supportent pas ? Pourquoi certains sont-ils capable de se confier au MT et d'autre non ? Quel est la limite de ce que peut faire le MT face à des salariés complexes et qui ont leurs propres stratégies ?

Par rapport à ces questions l'idée principale qui ressort des propos des MT, est que le salarié **ne choisit pas** son MT, comme il peut le faire avec son médecin généraliste. Son médecin du travail est **imposé**, ce qui ne facilite pas dans certaines situations les liens avec les salariés et ne permet pas forcément de comprendre les logiques des salariés, puisque l'échange est souvent distant. Quelles sont alors les conséquences d'une relation imposée ? Et de quelle manière est-il possible de tisser un lien salarié/médecin suffisant pour créer une relation de confiance ?

4.3.2.2. Le médecin du travail et son statut de salarié

Le MT est la plupart du temps un salarié d'une entreprise ou d'une structure : ses horaires de consultations sont donc fixés à l'avance et son emploi du temps est superposable à un salarié de bureau.

🗨️ « Donc on est pas directement salarié des employeurs, on est salarié d'une association d'employeurs. » (Dr. I)

🗨️ « Puisque on n'est pas dans la gestion d'un cabinet libéral, on est salarié. » (Dr. I)

Leurs propos montrent que le statut de salarié apporte une qualité de vie pour certains : pas de gestion de cabinet personnel, pas comptabilité à faire en fin de mois, ... donc au final moins de souci qu'un généraliste. Ce statut est donc recherché et considéré comme un avantage, on pourrait se demander s'il a une influence sur la pratique du médecin et laquelle ?

4.3.2.3. La triple responsabilité du médecin du travail

Le MT a un rôle de conseil à la fois auprès du salarié, mais aussi de l'entreprise. Il ne prescrit pas et ne dispense aucun soin lors de ses consultations.

🗨️ « Évidemment la grande différence, c'est que nous on ne fait pas de soin, on fait soit des préconisations pour améliorer le poste de travail, (...) une pratique très orientée vers les pathologies professionnelles, ça c'est le côté médical. Après y a tout le côté action en entreprise qui y a pas chez le généraliste, c'est qu'on se déplace en entreprise, on étudie les conditions de travail, on rencontre les employeurs, on va à des réunions ou on parle d'hygiène et de sécurité, y a tout un volet très différent. Maintenant s'ajoute un autre volet, c'est le volet coordination et animation d'équipe puisque étant donné qu'il y a de moins en moins de médecin du travail, la législation a introduit des équipes pluridisciplinaires. Le médecin est un animateur et le coordinateur d'une équipe avec d'autre. » (Dr. N)

Les verbatim montrent dans la plupart des entretiens, que le rôle principal du MT est de savoir articuler la santé du salarié avec l'organisation de l'entreprise. Cela signifie que le médecin doit assurer la protection de la santé du salarié, avec une triple responsabilité, qui s'exprime par des actions de préventions individuelles, des actions de prévention des maladies professionnelles et des actions de dépistage.

Ainsi, ses missions dans l'entreprise sont nombreuses : il doit se déplacer dans les entreprises, étudier les conditions de travail, rencontrer les employeurs, participer aux réunions du CHSCT, coordonner l'animation d'équipes pluridisciplinaires. Tout cela sans oublier que le concept « d'articulation » est complexe, peut-être à prendre avec des pincettes et que chaque MT donne un sens particulier à cet enjeu. L'articulation s'effectue dans quel sens ? Au profit de qui ? Comment trouver le bon équilibre ? Comment définir ce qui serait un bon équilibre ? Comment le médecin du travail peut-il savoir qu'il atteint un bon équilibre ? Comment analyse-t-il ce type d'enjeu ?

4.3.2.4. Le rapport des médecins du travail aux employeurs

Plusieurs entretiens laissent transparaître l'idée que le MT n'aurait pas beaucoup de pouvoir dans l'entreprise. Il donne des avis, des conseils, essaye de mettre en place des études et/ou des suivis pour améliorer la santé des salariés sur leur lieu de travail, mais une question subsiste : " est-il toujours entendu par l'employeur ? "

« Les limites du rôle du médecin du travail : il n'a qu'un pouvoir de conseil. Il a un rôle de conseiller auprès de l'employeur, et de faire part de ses réflexions sur la loi et ses limites. » (Dr. H)

« Alors en fait il y avait tous les cas de figures moi j'ai vu des employeurs tout à fait désagréables et le fait de devoir remplir la fiche d'entreprise et faire la visite de l'entreprise c'était à peine poli, et inversement, et je dois dire qu'après des années, le monde du travail est très, très varié. J'ai vu des employeurs intéressés par la démarche, je leur expliquais bien que ce n'était pas pour contrôler mais pour les aider à la prévention ETC, et j'en ai vu aussi intéressés par la démarche et participer de manière active à la démarche, encore une fois dans les petites et moyennes entreprises, c'était très varié vraiment très varié. Au point de vue relationnelle, le meilleur et le pire » (Dr. N)

« C'est ça la grande difficulté, on arrive à mener des plans de prévention correct quand les employeurs sont, sont partis prenantes, qu'ils ont compris que, qu'ils ont compris que c'est de leur responsabilité, parce qu'ils ont une responsabilité très forte. » (Dr. K)

Les médecins interviewés disent ne pas avoir de pouvoir décisionnel par rapport aux employeurs : ils ne font que transmettre leurs idées sur la santé des salariés, d'autant plus si celle-ci est menacée dans le cadre du travail ; mais l'employeur l'entend ou pas, et agit ou pas en fonction. Pour l'employeur, il est préférable de penser que son employé est lui aussi acteur de sa propre santé au sein de l'entreprise. Il est alors responsable de l'application des consignes de sécurité au sein de l'entreprise. Et si l'employeur ne respecte pas la politique de prévention au sein de son entreprise, l'employé dispose d'un droit d'alerte et de retrait, à lui de jouer son rôle.

Ces propos posent plein de questions et permettent de cerner les limites du rôle du MT. Il ne faut pas oublier cependant qu'il peut s'agir d'une « explication facile ». En effet, nous n'avons qu'une version des faits, il faudrait pouvoir croiser ces discours avec celui des employeurs afin de les accréditer, de les nuancer voire de les critiquer. En effet il faudrait éviter de caricaturer les employeurs et pouvoir montrer la complexité des enjeux. À partir de là nous pourrions mieux cerner le rôle réel des MT et observer le type d'influence qu'ils exercent, ce qui pourrait aboutir à des propositions pratiques pour améliorer la prévention des risques psychosociaux.

4.3.3. "Idées reçues" sur la médecine du travail d'après les MT

Les verbatim montrent que les MT souffrent du regard que les autres spécialistes portent sur eux. En effet, la médecine du travail est souvent considérée comme une spécialité "tiroir", que l'on choisit pour se "planquer". Certains interviewés ont l'impression d'avoir à se justifier d'être médecin avant de se faire respecter :

« Je suis médecin du travail » « ah bon ! Ah oui ça pour une femme c'est bien » (ton ironique) « et où vous êtes médecin du travail ? » je dis « à la mairie de Toulouse » « oh oui alors là c'est la planque ! » et ça c'était presque systématique » (Dr. M)

« Le plus gênant c'est presque le regard des autres médecins vis-à-vis de cette spécialité que comme on ne soigne pas quand on est en exercice de la médecine du travail » (Dr. I)

Beaucoup de médecins rapportent qu'il existe une méconnaissance complète de la spécialité "médecine du travail" et aussi une méconnaissance totale du monde de l'entreprise. Cela engendre, pour certains, des difficultés dans les relations avec les autres spécialités :

« Le nombre de poste ouvert à l'internat est très faible et ce qui se passait avant avec le système du CES, on faisait une formation de CES en + et on l'a gardait dans un coin, puis on commençait la médecine générale tout en sachant qu'on avait le CES et maintenant avec les spécialités séparées, y a plus de passerelle. » (Dr. F)

« On rencontre des gens et on se dit : « tient cela peut être intéressant » mais après c'est fini, c'est trop tard. » (Dr. F)

Les entretiens montrent que pour les MT, les autres spécialistes et surtout les médecins généralistes ont du mal à percevoir et à comprendre les problèmes de santé liés au travail et qu'ils ont un travail pédagogique difficile à effectuer :

« Si vous mettez un médecin généraliste qui n'a jamais entendu parler du travail avec un médecin du travail, qui n'arrive pas, parce que c'est compliqué, à expliquer les enjeux du travail, et bien ça veut dire qu'ils n'ont rien à se dire, c.-à-d. si l'un et l'autre ne savent absolument pas ce qu'ils font ça veut dire que ...ils ne peuvent rien faireplus qu'un problème de secret c'est un problème de compréhension. » (Dr. A)

Certains MT avancent aussi le fait, que les salariés ont un point de vue erroné vis-à-vis de leurs missions. Selon eux, du fait d'une méconnaissance de leur rôle, les salariés doutent parfois de leur fiabilité et peuvent penser qu'ils sont directement reliés à l'employeur. Beaucoup de médecins ont affirmé, qu'il était nécessaire de faire reculer de façon significative cette idée reçue, en incitant le salarié à mieux les connaître. Seulement que signifie mieux connaître ? En effet l'explication proposée semble relativement simple : le patient serait un profane irrationnel, qu'il faudrait éduquer, informer pour que le MT puisse jouer pleinement

son rôle. Les patients ont peut-être de bonnes raisons de penser ce qu'ils pensent et seul des interviews croisées pourraient nuancer et complexifier ces propos. Peut-être que les MT pourraient prendre le temps de s'interroger sur la manière dont ils construisent la relation MT/salarié ?

Enfin il existe aussi « des idées reçues » sur le degré d'implication et de neutralité de certains MT. Certains interviewés précisent que tous leurs confrères ne travaillent pas de la même façon, et certains avouent même qu'ils ne se confieraient pas à ces derniers si ces derniers étaient leurs médecins du travail.

« : *Après ça dépend des MT, parce que moi il y a des MT, je ne leur confierai pas mon âme C'est claire, mais il y a des MT, j'aurai parfaitement confiance en eux, mais pareil pour les MG* » (Dr. A)

Selon les propos de certains autres médecins interviewés ces gens-là ne représentent selon qu'une minorité. Alors faut-il prendre le verbatim ci-dessus au pied de la lettre ? Comment analyser ce type de discours ? Que signifie ce type de jugement ? Quel sens a-t-il ? Quelle réalité recouvre-t-il ? Est-ce une idée reçue ? Est-ce un problème éthique ou plutôt une façon différente de vivre le rôle de MT ? En effet tous les médecins de l'étude ne partagent pas ce discours. Il y a ici un débat de fond qui devrait être creusé, et il faudrait ici une étude quantitative pour avoir une idée d'ensemble de la pratique des MT.

4.3.4. Ce que pensent les médecins du travail des médecins généralistes

La majorité des MT de l'enquête ont un jugement précis sur le travail des MG en matière de prise en charge la souffrance au travail. Ils estiment que les MG comprennent cette pathologie, mais ne CONNAISSENT pas l'organisation des entreprises. Certains MT vont mêmes jusqu'à penser que les MG sont déconnectés de la réalité, qu'ils ont des difficultés à se placer dans le monde du travail. Toutefois, cela n'est pas forcément considéré comme une tare, mais comme une complémentarité dans le travail des MT et MG. Ils tirent de ce constat, l'idée que cela entraîne un retard de prise en charge du salarié lors de souffrance. Ils vont jusqu'à penser que certaines situations pourraient être réglées plus vite, plutôt que de s'enliser et perdurer plusieurs mois voire des années.

Pour les MT le lien entre souffrance mentale et travail devrait ressortir le plus rapidement possible des consultations de médecine générale et le MG devrait prévenir ensuite très vite le MT car ils ont des rôles complémentaires :

« *Il y a des choses que le médecin du travail, peut dire au salarié que le MG ne peut pas dire et vice versa, véritablement un rôle complémentaire. Le rôle du médecin généraliste est d'avoir un diagnostic et un traitement sur le corps. Le médecin du travail apporte une connaissance sur l'environnement travail, d'abord, et peut être un complément sur la relation entre cet environnement de travail et sur les effets sur la santé.* » (Dr. M)

« *Il y a un ré-accès des médecins du travail, les médecins traitants pardon, qui ont leur patient, qui travaillent dans leur cabinet, et c'est vrai qu'ils n'ont pas toujours le réflexe d'envoyer leur patient, dans ce qu'on appelle une visite de pré-reprise.* » (Dr. N)

« *Par contre ce qu'ils ne connaissent pas, c'est l'organisation des entreprises, mais je dirais que ce n'est pas si mal en réalité. C'est que chacun restant à sa place,* » (Dr. B)

Les MT jugent les MG rédigent mal les certificats pour les salariés, qu'ils sont souvent irréalisables par le médecin du travail voire qu'ils peuvent mettre le salarié en "danger" par rapport à son travail, même et surtout s'ils soulignent en même temps qu'un certificat mal rédigé peut malgré tout leur être utile :

« Nous aimons bien avoir des certificats des médecins traitants, même s'ils sont complètement déconnectés de la réalité de l'entreprise, parce que c'est leur rôle. Leur rôle, c'est la protection de leur patient, après c'est à nous de voir comment la protection du patient peut être compatible avec l'aptitude professionnelle et je dirais, et je dirais chacun sa place et c'est mieux comme ça. Le médecin traitant uniquement préoccupé dans la santé de son patient et nous, on essaye d'articuler cela avec l'organisation de l'entreprise. » (Dr. K)

Dans le discours des MT, nous voyons une différence de prise en charge entre les deux spécialités. En effet, le MG essaye de soigner son patient, c'est-à-dire de trouver des solutions aux manifestations cliniques et/ou psychiques de la souffrance morale au travail, voire aux complications que ça engendre. Ou quand la solution est complexe à trouver à accompagner et soutenir son patient. Pour se faire, le MG possède dans son arsenal thérapeutique la prescription de médicaments ou la délivrance d'arrêts de travail. Le MT ne dispose ni des mêmes armes, ni des mêmes techniques : il essaye de travailler sur la cause, qu'il pense, selon son diagnostic, être responsable de la souffrance. Ainsi si les deux professionnels de santé partagent sur certains points le même but, à savoir que le salarié/patient aille mieux, de fait, ils agissent différemment et de façon complémentaire :

« En médecine générale : c'est établir une relation avec le patient. En médecine du travail : c'est une relation avec l'entreprise c'est un petit peu plus compliqué puisque l'entreprise (...) c'est une personnalité morale » (Dr. L)

4.4. UN VOCABULAIRE PARTICULIER, MECONNU EN MEDECINE GENERALE

4.4.1. La place du droit dans les différents interviews

Les MT soulignent l'importance du droit dans les situations de souffrance mentale au travail au travail. Dans quelques-uns des entretiens, apparaissent des références au code du travail, au code pénal, au code civil, au code de la Sécurité Sociale :

« Y en a plein des textes, y en a plein, plein, plein, plein, plein! Tout est écrit de A à Z toutes les obligations de l'employeur, elles sont bien décrites, mais c'est tout! Il ne suffit pas que cela soit dans le code du travail pour que cela soit réalisé et bien souvent cela s'arrête, y a beaucoup de texte qui demande des documents, on veut un document où est écrit toute l'évaluation et ils le font, ils écrivent un document, ils écrivent un plan de prévention, ils écrivent un rapport annuel du CHST, donc écrire des documents ça ils le font mais derrière y a rien qui se passe. » (Dr. F)

« Plus nos complexités de codes, code du travail, code de la santé publique, code de ... de. La médecine du travail, on a plein de codes qui ne s'accordent pas forcément. Et des fois, un décret ne dit pas forcément la même chose que l'arrêté, ne dit pas la même chose que la loi, c'est-à-dire que le problème c'est la langue française qui est extrêmement complexe et qui est sujette à interprétation, je pense que les langues teutonnes sont beaucoup plus strictes au niveau du sens. » (Dr. D)

Ces interviews montrent la difficulté au quotidien de l'exercice du MT, qui doit faire respecter les très nombreux codes/lois, qui régissent le monde du travail tout en ayant comme priorité les enjeux de santé. De plus, ces différents codes sont en perpétuelle évolution, avec des formulations qui peuvent prêter à confusion, en fonction des termes utilisés. Le MT ne vit pas tout à fait dans le même univers que le MG, le droit qui est secondaire pour ce dernier constitue un outil essentiel pour lui.

Les rapports entre droit et santé posent aussi la question du rapport entre théorie et pratique. Il y aurait ici sur ce champ précis des rapports en droit au travail et santé au travail, un domaine à explorer, surtout que les MG ne sont pas à l'aise avec le juridique.

4.4.2. Droits, devoirs et craintes de l'employeur

4.4.2.1. *Devoir de l'employeur d'assurer la sécurité de ses employés sur le lieu de travail, protection physique et mentale*

D'après la législation française, l'employeur doit veiller à la sécurité et à la protection de la santé de ses salariés. Pour cela, il doit prendre les mesures de prévention des risques professionnels nécessaires, ainsi qu'informer et former ses salariés sur ces risques. Enfin, il doit aussi respecter certaines règles dans l'aménagement et l'utilisation des locaux de travail. Tout employeur négligent avec ces actions engage directement sa responsabilité.

4.4.2.2. *Visite médicale imposée dans certaines entreprises*

Certains MT encouragent la communication au sein de l'entreprise pour essayer de désamorcer les conflits, qui peuvent être préjudiciables pour l'employeur, qui légalement engage sa responsabilité en cas de problèmes majeurs :

« D'une manière générale, il y a une pression juridique de plus en plus importante sur l'employeur, avec l'obligation de la sécurité du résultat, donc avec tout ce qui se passe y compris au niveau des risques psycho-sociaux de l'entreprise est a priori de la responsabilité de l'employeur. » (Dr. L)

4.4.2.3. *Peur de l'employeur par rapport au suicide en entreprise*

Dans plusieurs entretiens, la crainte vis-à-vis du suicide en entreprise est une notion qui ressort pour l'employeur :

« Donc je pense que pour cette raison-là, il y a des employeurs qui ont peur du risque de ce qui se passe s'il y avait un suicide dans l'entreprise ou s'il y avait ... des choses comme ça si vous voulez, je pense que c'est ça la raison. » (Dr. N)

Le discours sur la problématiques des suicides en entreprises est un thème encore difficile à aborder. Il y a beaucoup de non-dit sur le sujet et beaucoup d'enjeu politique. Dans ces situations, il existe une part de souffrance liée à la vie privée mais aussi une part non négligeable liée aux conditions de travail. Pour les familles comme pour les employeurs l'enjeu est de savoir où se situe « la plus grande responsabilité » ? D'un point de vue strictement psychologique, la réponse est difficile voire impossible à trouver. Le médecin du travail quand

lui peut essayer d'estimer le rôle joué par les conditions de travail. Il doit se rendre sur le terrain pour connaître le regard des autres salariés et mener son enquête dans le service concerné.

Le suicide est redoutable et provoque un profond malaise, car l'enjeu est de savoir de quoi il est le révélateur : d'une souffrance principale personnelle ou d'un dysfonctionnement institutionnelle. Le MT doit savoir protéger le salarié du passage à l'acte. Les différents interviewés redoutent en partie que ces suicides se passent sur le lieu de travail. Lors des consultations, il est donc primordial que le MT fasse le point sur le suivi du salarié, c'est-à-dire lui demander ce qu'il prend comme traitement et prendre connaissance des consultations prévues avec différents intervenants (MG, psychiatre,...). Il doit donc à la fois faire le lien avec les autres acteurs du système de santé pour lancer l'alerte et mettre en route le suivi, et aussi effectuer une enquête in situ pour estimer le rôle du travail dans la crise suicidaire et engager un processus de réflexion au sein de l'entreprise si besoin.

4.4.3. Respect du secret médical par le Médecin du travail

Pour la plupart des médecins interviewés, la peur du non-respect du secret médical est une crainte non fondée. En effet, tout médecin est soumis au secret médical, quel que soit sa spécialité (et donc aussi la médecine du travail).

« Il y a déjà le secret médical, déjà c'est la première ... ils ne vous l'ont pas dit mes collègues (...) Et inversement le problème du secret médical du méd. Du travail envers les employeurs » (Dr. D)

« ... je l'envoie au médecin traitant... et pourquoi pas au médecin du travail ? Oh ben non parce qu'il a un secret médical mais pas comme les autres médecins... (Elle rit) Méconnaissance totale de qui on est ... ENCORE maintenant » (Dr. F)

« Donc ça aussi il faut bien que vous ayez ça à l'esprit, on travaille dans une entreprise mais on est soumis au secret évidemment, aucun employeur ne doit savoir le détail, enfin même pas le détail d'ailleurs, rien du tout des...de ce qu'on nous a déclaré ici. Comme quand vous faites une visite à domicile, ce que vous voyez, ce que vous entendez, rien ne doit être divulgué. » (Dr. A)

Les MT ne semblent pas tous comprendre cette crainte des salariés. Pourtant la plupart semble au courant de cette crainte même si pour eux elle n'est pas fondée. Et elle pose une question de fond qui permet ou non au MT de remplir son rôle. Alors plutôt que d'être sur le registre du constat, Il faudrait analyser pourquoi et comment ce doute s'est installé et surtout tenir compte de ces craintes, des besoins de réassurance des salariés et de la manière dont ils voient et veulent gérer leurs intérêts. En effet ce dernier peut préférer que sa maladie reste secrète de façon à ne pas risquer de compromettre son avenir socioprofessionnel, et comme le MT travaille au sein de l'entreprise, qu'il n'a aucun contrôle, le doute peut apparaître comme légitime. Il s'agit de situation complexe, et, comme pour le psychiatre, une des compétences des MG pourrait être d'expliquer le rôle du MT et permettre ainsi au salarié-patients d'y avoir recours ou non en fonction de la stratégie qu'il pense être la manière pour lui. Le MG a ici un rôle de conseil essentiel qui suppose de bien connaître les missions du MT.

4.4.4. Le harcèlement

Le recours au terme de "harcèlement" par les salariés est fréquent selon certains MT. En effet, certains salariés font appel à lui de manière assez systématique lors de leur plainte.

« C'était déjà par rapport au terme employé, parce que les termes employés par les salariés pour traduire leur souffrance n'étaient pas les bons, parce qu'à une époque on parlait de beaucoup, beaucoup de harcèlement » (Dr. H)

Les MT s'accordent sur le fait qu'il faut utiliser ce terme avec précaution pour éviter l'amalgame entre souffrance mentale et harcèlement. Les répercussions peuvent être très dangereuses pour tous.

« Ce terme juridique extrêmement... euh... faire un double tranchant, parce que le harcèlement si ce n'est pas vrai ça peut se retourner contre l'accusateur » (Dr. H)

Dans les entretiens, nous retrouvons une définition du harcèlement, qui n'est pas nécessairement la rencontre entre un pervers et une victime, mais plutôt une pression dans l'organisation du travail, qui est ressentie par un salarié souvent isolée en fonction de son propre vécu. Cette organisation du travail favorise alors la persécution et la montée du harcèlement. Les pathologies de solitude, le fractionnement des collectifs de travail et le mode de travail solitaire sont autant de raisons qui expliquent la montée du harcèlement. La notion de harcèlement moral est en expansion depuis la publication du livre de MF HIRIGOYEN.

4.4.5. Le "Burnout"

Le sujet du "Burnout" est abordé par certains médecins interviewés, avec cas comme clinique : une personne vide ne se rendant pas compte de la situation. Le MT a une action de prévention pour éviter cette pathologie, qui est très délicate à dépister.

4.4.6. L'inaptitude

Le recours à l'inaptitude temporaire de travail par le MT est variable selon les médecins interviewés. L'inaptitude temporaire est prévue pour un salarié qui a un problème de santé momentané, lorsque l'on suppose que la personne pourra reprendre son poste de travail antérieur, dès que le problème de santé sera résolu. Une majorité des médecins s'en sert afin de laisser le temps au salarié de réfléchir sur la situation et de trouver une solution au problème de manière assez systématique.

« On a la possibilité de mettre la personne inapte temporaire et de faire une lettre au Médecin tt » (Dr. E)

« Cette inaptitude temporaire, c'est ni plus ni moins qu'un arrêt de travail sécu traditionnel comme quand on a une entorse ou une grippe, puisque nous ne faisons pas évidemment d'arrêt de travail au sens sécurité sociale du terme, mais l'idée c'est de réfléchir sur la suite » (Dr. E)

Malheureusement dans certains cas, les solutions n'existent pas. À ce moment-là le MT pose « la sentence définitive » de l'inaptitude au poste, en accord avec le salarié.

« L'inaptitude c'est souvent la porte de sortie... on va dire malheureusement, mais ça dépend aussi des cas, ça dépend de quand dure le problème, ça dépend de l'état de la personne.. » (Dr. N)

« Alors parfois c'est l'inaptitude au poste de travail et il y a possibilité de reclassement dans un autre service, et donc ou bien la personne vous dit « je ne peux plus y retourner. » dans ce cas-là c'est l'inaptitude à tout poste. » (Dr. H)

Le sujet de l'inaptitude est complexe et évolutif. Il ne doit pas être regardé simplement d'un point de vue technique (juridique ou médical). La recherche de reclassement qui est au cœur du dispositif juridique lié à l'inaptitude nécessite d'appréhender les situations de travail dans leur globalité et, oblique à une approche pluridisciplinaire (employeur, DRH, médecin du travail, délégué du personnel, services sociaux)

4.5. LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL VUE PAR LES MT

Ce chapitre tente de répondre à de nombreuses questions sur la souffrance mentale au travail à partir de la manière dont les MT l'appréhendent. Est-ce un phénomène nouveau ou ancien? Comment les MT en parlent-ils? Quelles sont les causes attribuées par ces médecins à cette « pathologie »? Quelles sont leurs modes de prises en charge, leurs démarches?

4.5.1. Son apparition

À travers les différents entretiens, nous retenons que le travail est un élément central pour les français, sur lequel ils vont structurer en partie leur personnalité, et qui va leur permettre de se construire une identité. En quelque sorte, le travail est un lieu qui permet ou non une forme d'épanouissement, à travers les enjeux essentiels d'investissement, d'engagement et de reconnaissance. Et ceci était d'autant plus vrai, qu'il y a quelques années, certains des médecins ont dit avoir suivis des salariés exécutants des emplois durs, physiques, éprouvants, ..., mais qui étaient contents d'aller travailler et étaient fiers d'en parler. Avoir un travail difficile, se confronter à ses limites peut être une source essentielle de réalisation de soi, surtout pour les hommes et aussi de plus en plus pour les femmes.

La plupart des médecins interviewés s'appuient sur leurs propres constats, leurs vécus au sein des différentes entreprises dans lesquelles ils ont travaillé. A travers leur propos, il n'est pas possible de fixer un point de départ précis de la souffrance mentale au travail, mais juste de se reposer sur la constatation faite au quotidien par les MT. Les médecins sont d'accord sur le fait que les termes de "souffrance mentale au travail" ou « souffrance morale » au travail soient relativement nouveaux, mais ils pensent que les mêmes symptômes pourraient être rapportés au terme "stress", qui était auparavant employé. Le phénomène n'est donc pas récent, il s'est probablement intensifié ces dernières années et il est surtout appréhendé de manière différente suite en partie à la conceptualisation de la psychodynamique du travail.

Tous les médecins sont d'accord sur le fait que le monde du travail a beaucoup évolué, sans pour autant pouvoir préciser exactement quand cela a débuté. Certains citent un départ au moment des chocs pétroliers, c'est-à-dire dans les années 70-80. D'autres estiment que cela est apparu un peu plus tard, dans les années 90, voire les années 2000. Cette différence de ressenti peut s'expliquer par la différence d'âge des informateurs, par des profils de

carrière diverses, par une expérience variable ou encore par leur sensibilité vis-à-vis de cette problématique. Il est aussi possible de penser à disparités liées à leur lieu d'exercice, aux entreprises dont ils s'occupaient, car tous les secteurs n'ont pas été touchés en même temps, mais tous les médecins s'accordent à dire que ce type de souffrance a fini par toucher toutes les classes de salariés. D'ailleurs quelques médecins s'interrogent sur le fait que certains secteurs ou certaines qualifications au sein d'une entreprise aient longtemps été épargnés, avant d'être rattrapés. Depuis une dizaine d'année, aucun secteur, aucune entreprise ne semble protéger contre la souffrance au travail, qui est désormais la préoccupation professionnelle principale pour les MT :

🗨️ « *Actuellement la préoccupation essentielle des professionnelles de la santé au travail, c'est la souffrance au travail.* » (Dr. M)

Ce flou, cette variété de pensée en fonction de l'expérience individuel montrent bien que le savoir sur ce champs est en train de se constituer et que les choses restent encore à définir.

4.5.2. Les évolutions de la souffrance mentale au travail et les facteurs aggravants.

Dans le paragraphe précédent, nous avons noté une évolution relativement récente du monde du travail, qui a eu un impact négatif sur les cas de souffrance morale de travail, qui semblent désormais toucher tous les secteurs d'activités et tous les types de qualification. Il faut donc chercher à comprendre comment la situation a évolué et quels ont été les facteurs aggravants.

Le phénomène de SMT n'est pas récent, mais l'intensification du travail dans les années 80, a probablement contribué à accroître les facteurs de souffrance au travail, augmentant ainsi les pathologies qui en dépendent ainsi le ressenti d'un mal-être au travail. Une partie des MT interviewés sont un peu sur le mode « c'était mieux avant ». Pour eux avant il existait un système paternaliste dans les entreprises, avec un patron et des salariés considérés comme une seconde famille ; de même, il y avait disent-il une meilleure adaptation, des changements de poste plus faciles et rapides en cas de souci, un soutien des collègues, une organisation peu perverse, ... en oubliant un peu que l'univers du « taylorisme » si on s'en réfère entre autre à Charlie Chaplin n'était pas si rose que cela :

🗨️ « *La problématique de la souffrance au travail, alors ça ... je crois que quand même, heu La problématique de la souffrance au travail, on l'apercevait dans ce que disait les gens, c'est vrai, on le sentait, on avait peut-être des difficultés à le lier directement au travail.* » (Dr. M)

🗨️ « *je dirais qu'il y avait certainement beaucoup + de possibilités d'adaptation par exemple quand l'économie marche bien, si vous avez un chef infecte, vous quittez l'entreprise, vous avez 8 jours après un autre boulot donc vous êtes protégé et puis quand y a beaucoup de monde dans les entreprises, on se soutient entre, même quand il y a un chef qui ou une organisation du travail un peu perverse, quand on est soutenu par ses collègues cela se passe bien, c'est important d'être soutenu par ses collègues, c'est une deuxième famille donc quand on a la solidarité, une bonne entente entre collègue, bon ben finalement les petits désagréments qu'on peut avoir avec un chef, on le supporte beaucoup mieux. Donc moi je dirais que certainement il y avait des problèmes mais y avait des possibilités d'adaptations et de confrontations qui étaient beaucoup + importantes que maintenant, alors que maintenant y a plus de marge de manœuvre, y a une rigidité, y a Je vois les choses comme ça* » (Dr. H)

« Il y a une augmentation de la demande de visite de la part des salariés, ils viennent exprimer leur mal être et puis y a les reprise après, y a les arrêts maladie, les dépressions, les burnout, en permanence. (...) les inaptitudes, y a 30 ans, j'en faisais 2 par an, maintenant j'en fais 2 par semaine » (Dr. N)

« Il y aurait une réelle augmentation. (...) Donc moi je dirais que certainement il y avait des problèmes mais y avait des possibilités d'adaptations et de confrontations qui étaient beaucoup + importantes que maintenant, alors que maintenant y a plus de marge de manœuvre, y a une rigidité, y a (...) c'est + mon expérience personnelle, c'est ce que j'ai constaté dans les entreprises depuis le temps que je pratique » (Dr. K)

Le monde du travail a évolué : certains MT ont désormais cité l'entreprise comme une société financière avec des actionnaires. Les salariés peuvent être considérés comme des pions, qui sont déplacés en fonction du contexte industriel, sans se soucier de leurs désirs, contraintes :

« Les salariés sont des pions qu'on déplace. » (Dr. F)

« Le changement au bout d'un moment c'est générateur d'angoisse » (Dr. K)

Afin d'obtenir une meilleure productivité, les entreprises fonctionnent avec moins de salariés et moins de solidarité et les employés font face à une surcharge de travail. À cause d'un sentiment de sécurité appauvri, d'une augmentation de la pression, d'une demande plus importante de travail et/ou d'une absence de communication, quelques médecins ont évoqué assister à une progression de multiples facteurs d'agression au quotidien au sein de l'entreprise. Ceux-ci favorisent le développement de la souffrance psychique :

« Oui ! Il y a forcément plus de souffrance morale à cause de la contrainte de temps. » (Dr. K)

« La SMT ça évolue mais enfin je pense que c'est aussi une évolution de la société française, y a des problèmes économiques. Les entreprises se sont beaucoup transformées ces dernières années : gain de productivité » (Dr. K)

La publication en librairies des livres de M.F HIRIGOYEN, a permis de faire sauter certains tabous liés au sujet du harcèlement au travail et donc de la souffrance au travail. Cela a poussé certains salariés à en parler ouvertement. Le thème a alors fait l'objet de gros titres dans les journaux, des sites internet dédiés à ce problème ont vu le jour, des jugements ont été prononcés donnant aux problèmes une visibilité juridique. De plus la médiatisation de problèmes dans de grandes entreprises comme France Télécom ou Renault, a probablement contribué à informer les salariés sur ce symptôme. Ces événements ont entraîné, par la plupart des médecins interviewés une augmentation des demandes de leurs salariés :

« Oui on en parle beaucoup dans les médias, les gens passent plus facilement la barrière de la demande de consultation à leur propre initiative, ils ont moins peur peut être de l'employeur, et puis je pense qu'il y a beaucoup de pression dans les entreprises en général, plus qu'avant peut être, je vous donne un nombre, c'est mon ressenti, peut être deux, je ne sais pas, mais relativement depuis peu on a une augmentation » (Dr. L)

4.5.3. Repérage de la souffrance au travail

La souffrance au travail est un phénomène qui existe depuis toujours et n'est pas près de disparaître. Elle apparaît seulement sous des formes différentes liées aux nouvelles organisations de travail.

Selon C. DEJOURS, la souffrance mentale a toujours existé dans le milieu du travail, ce qui a changé c'est « la passivité et l'absence de solidarité de la part des collègues de la victime du harcèlement, et la profonde transformation du sens de la justice, dans le monde du travail ». On observe actuellement une transformation de liens entre les individus, et à travers une plus grande mise en concurrence des salariés l'accroissement d'une sensation de solitude de chacun. L'absence de soutien de la part des collègues est un facteur aggravant. A l'origine de la dégradation de la relation, on trouve presque toujours un conflit de travail. Dans bien des cas la situation est prise en charge à un stade trop avancé, la seule solution consistera alors à retirer « la victime » de son poste de travail.

Ce chapitre permettra de comprendre comment les MT se sont formés à la reconnaissance des cas de souffrance au travail, et quelles approches ils utilisent face aux salariés.

4.5.3.1. Formations des différents acteurs/ les connaissances actuelles :

Une majorité des interviewés a suivi des formations complémentaires, comme le DU sur la psychopathologie au travail de C.DEJOURS, le DU "stress et risques psycho-sociaux" ou des soirées de formation avec MF.HIRIGOYEN.

🗨️ « J'avais été formé j'ai fait le certificat de psychopathologie au travail au CNAM en 2011 / 2012 de C. DEJOURS » (Dr. I)

🗨️ « J'ai jamais été un adepte de la psycho dynamique au travail parce qu'à mon avis, il y a d'autres approches qui sont complémentaires » (Dr. N)

🗨️ « J'ai participé à des réunions mais vraiment une formation particulière non j'en ai pas fait. » (Dr. H)

Certains ont évoqué des lectures de M.PEUZE, P.MOLINIER, C.DEJOURS ou MF.HIRIGOYEN, sur l'approche psychologique du travail ou sur l'analyse de l'activité du travail.

🗨️ « Les médecins que je côtoie là-bas, du côté formation, ils sont TCC thérapie comportementale et cognitive on a un souci alors on essaye de le régler donc moins DEJOURS qui est de base psychanalyste donc ça s'oppose un peu, enfin voilà. On fait ce qu'on peut avec ce qu'on a, disons qu'en général, les salariés sont très contents de parler de leur travail, enfin j'ai eu des retours » (Dr. I)

À travers leurs propos, nous retenons que beaucoup de MT se sont formés sur le tas : avec les médecins qui étaient présents sur place pour ceux qui pratiquent en hospitaliers et pour les autres, au fur et à mesure des cas rencontrés lors des consultations. La question sur la formation semble gêner certains, qui esquissent un peu la réponse à la question. Il faudrait dans une autre étude analyser plus en avant la manière dont les MT ont constitué les connaissances sur lesquelles ils s'appuient pour agir et d'observer ainsi les liens les savoirs ainsi constitués et leur pratique.

4.5.3.2. Dépistage

Quand / comment ?

En ce qui concerne le parcours du patient, nous constatons que la consultation chez le MT n'est pas la première dans la prise en charge du patient/salarié. Ce dernier a souvent du mal à consulter pour un problème lié au travail. Pourquoi? Que fait-il avant de voir le MT ? Qui voit-il ? Il semblerait que le salarié préfère se confier à son médecin traitant, qui le suit souvent depuis de nombreuses années, plutôt qu'exposer ses problèmes à un MT qu'il ne connaît que très peu. Ce qui pose la question du rôle et la place que les salariés attribuent au MT.

Lors d'une consultation avec un MT, le dépistage de la souffrance mentale au travail se fait le plus fréquemment, suite à une évocation du sujet par le salarié lui-même ou par l'intermédiaire de l'interrogatoire. En effet, certains des MT disent poser rapidement et ouvertement la question "comment ça se passe au travail?". D'autres avouent utiliser une aide au diagnostic sous la forme d'un questionnaire (outils grille de l'entreprise), ou profitent d'une visite en entreprise sur le lieu de travail pour effectuer des observations.

Les médecins du travail ont un rôle de **prévention primaire** de l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé

Le salarié peut être adressé par l'infirmière du service de santé au travail, ou directement en activité dans l'entreprise :

« L'infirmière peut me dire, « bon alors là docteur, celui-là il est en arrêt depuis longtemps, bon est ce que vous croyez qu'il faut que je prenne des nouvelles ? » (Dr. H)

« Depuis 3/4 ans on a, les gens sont informés par le médecin conseil, qui voit que l'arrêt se prolonge, de prendre contact avec le médecin du travail, donc peut être que des situations en arrêt aussi longue, où l'on ne fait rien et que l'on obtient rien, n'existeront plus. » (Dr. D)

État clinique du patient/salarié

Les médecins disent détecter beaucoup d'émotions lors de ce type de consultations, un état de détresse, une personne qui craque facilement, une perte d'estime de soi, ... Dans ces situations, les MT recherchent alors des signes cliniques de dépressions et essayent de savoir s'il y a déjà eu des épisodes similaires. Parmi les symptômes recherchés, les MT désignent tous les troubles somatiques, comme les troubles du sommeil, les TMS, l'amaigrissement rapide, les céphalées psychogènes, les spasmophilies, les pleurs, les crises hypertensives, les crises d'angoisse, les destructions physiques progressives, les maux de ventre, les brûlures d'estomac :

« Il y a une certaine vérité, enfin bon l'état clinique il se ressent je dirais, enfin en gros c'est surtout des dépressions, des pertes d'estime de soi, après il y a des choses plus objectives comme le sommeil, l'amaigrissement mais c'est un tout » (Dr. A)

Les interviewés sont d'accord pour affirmer, que les salariés les plus touchés, sont souvent ceux qui se surinvestissent dans leur travail, qui ont une surestime de soi, qui recherchent la perfection, et/ou qui proscrivent le mot "échec" de leur vocabulaire.

Pour forger son opinion, le MT doit s'appuyer sur les données recueillies au cabinet médical. L'analyse et la compréhension de la situation passent par le repérage du tableau clinique spécifique des salariés en souffrance au travail ; par le repérage des techniques de management pathogènes répertoriées dans le récit du patient ; par le repérage de convergences entre les témoignages entendus et écrits d'autres salariés et celui du patient. Cette démarche de repérage ne semble pas spécifique à travers les discours.

Les MT ne semblent pas être les acteurs en première ligne quand il s'agit de souffrance mentale au travail. Certains précisent que des situations leur échappent parce que les salariés sont en arrêt et qu'ils ne sont pas tenus au courant. Certaines situations peuvent durer dans le temps (plusieurs mois voir pour certains des années)

4.5.4. Causes rapportées par les MT

Selon les médecins du travail interrogés, les causes de la souffrance mentale au travail peuvent être de trois natures : professionnelles, personnelles et/ou sociétal. Nous allons donc nous attacher à détailler les raisons de cette pathologie.

4.5.4.1. Causes professionnelles

Une part liée au travail lui-même

La plupart des informateurs mettent en avant à des facteurs organisationnels.

- intensification du travail ;
- charge de travail trop importante ou trop faible ;
- modification de l'organisation du travail ;
- allongement du temps de travail, à un départ à la retraite de plus en plus tard (les salariés travaillent de plus en plus longtemps)...

De plus, certains MT déclarent un changement dans la valeur "travail" : actuellement c'est le meilleur rendement qui est recherché, plutôt que la perfection dans le travail

« Y a une espèce d'intensification du travail, puisque dans les entreprises, y a de moins en moins de personnel, on demande des rythmes de travail extrêmement élevés, (...) l'allongement des carrières professionnelles, c'est un gros souci puisque les gens vont travailler de + en + longtemps donc ils vont avoir de + en + de pathologie, de + en + dure » (Dr. N)

« C'est-à-dire qu'on met les gens en difficulté parce qu'on leur donne trop de travail, on leur met une pression sur les résultats, une pression sur les rendus qu'ils doivent faire, sur les sollicitations. On les met en difficulté, cela peut être un problème d'organisation » (Dr. K)

Une part liée à la situation économique

Certains médecins parlent de précarité de l'emploi, avec notamment un changement incessant du cadre de travail, ce qui est déstabilisant et usant pour les salariés. Ces derniers ont des engagements financiers, ils contractent des crédits (immobilier, automobile, consommation) sans compter que le contexte actuel n'est pas favorable à un changement de travail. Tous ces éléments ne font qu'aggraver certaines situations en créant un sentiment d'INSECURITE, et en forçant indirectement les salariés à supporter des situations professionnelles qui ne leur conviennent pas. Les salariés ont peur de l'avenir, peur de perdre

leur emploi, peur de ne plus pouvoir tenir leurs engagements financiers, peur de ne plus subvenir au besoin de leur famille :

« Et puis la situation économique (...) maintenant les gens se sentent mal, mais ils sont engagés, ils ont des crédits, ils savent qu'ils ne vont pas trouver facilement ailleurs donc ils s'accrochent des fois à des situations de travail qui ne leur conviennent pas, ça ne fait qu'aggraver les choses. » (Dr. H)

Une part liée à des problèmes relationnels

Beaucoup de médecins de l'étude sont d'accord pour avancer des problèmes de management : il est souvent perçu comme agressif par les salariés, ce qui entraîne des souffrances et cause de l'absentéisme. Les MT rapportent un manque de formation des managers dans certaines entreprises, qui font donc preuve de maladresses lors des évaluations de leurs subordonnées, d'un manque de savoir vivre, d'une mauvaise perception à l'origine de nombreuses souffrances, ... Ces difficultés de management peuvent alors être source de souffrance pour les personnes qui les subissent. Ils citent aussi le rôle essentiel joué par les relations entre salariés qui sont souvent source de conflit difficilement gérables :

« Tout simplement parce que vous avez des managers qui n'ont pas suffisamment de formation en qualité humaine pour manager des personnes, qui s'y prennent très mal et donc les mette en souffrance. » (Dr. N)

4.5.4.2. Causes personnelles et inter salarié

Un nombre significatif de médecins interrogés raconte, qu'il existe un fractionnement des collectifs de travail, lorsque les sentiments prennent le dessus. Dans ces situations, il n'existe plus d'échanges entre les salariés sur le lieu de travail, ce qui est responsable de la montée du harcèlement :

« Oui les jeunes gens, les jeunes femmes, supportent moins ces contraintes (...) La tolérance voilà la tolérance est moins importante » (Dr. H)

D'autres interviewés évoquent un trouble de l'identité du salarié au sein de l'entreprise, principalement causé par une mode de travail solitaire, qui conduit à l'ANONYMAT.

Certains MT rapportent que les comportements évoluent en entreprise : les salariés ont de nouvelles attentes en terme de valorisation (gratification, récompense, prime, augmentation), d'autonomie, d'intérêt, ... Mais dans beaucoup de structures, le salarié ne peut plus défendre son point de vue, ce qui entraîne une grande souffrance.

Quelques médecins sont d'accord pour mettre en avant une interférence de la vie familiale sur la vie professionnelle : si le salarié ne va pas bien à la maison, son comportement peut être modifié au travail.

4.5.4.3. Des causes sociétales

Les médecins interviewés proposent comme explication une diminution du niveau d'éducation, avec moins de respect et moins de considération pour son prochain. Les causes proposées par les MT sont multiples : origine professionnelle ou personnelle, changement

constant de la société, ... Les salariés doivent pouvoir s'adapter le plus rapidement possible pour surmonter ces modifications et créer de nouvelles défenses pour se protéger. Hors le processus d'adaptation semble dépasser, d'où la montée de la souffrance au travail.

Ce type d'explication commune à toutes les époques (« c'était toujours mieux avant », le mythique âge d'or) montre la difficulté qu'il peut y avoir à en trouver une. Utiliser l'argument de la « vieille morale » peut être un mode d'explication, qui passe partout pour donner du sens à des phénomènes qui nous échappent. En effet comment comprendre le comportement apparemment inhumain de certains managers ou cadres supérieurs? Le manque d'éducation ou le manque d'humanité est une explication si simple, si évidente, qu'elle interroge par elle-même :

« Je me pose aussi une question par rapport à l'éducation de la population, on s'aperçoit que quand même, qu'il y avait quand même un niveau d'éducation à une époque et qu'il y avait du respect, de la considération et que, moi l'impression que le niveau d'éducation régresse. On voit arriver à des hautes responsabilités des gens qui visiblement n'ont pas beaucoup de qualité humaine. » (Dr. H)

4.6. MODES DE PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL PAR LES MEDECINS DU TRAVAIL

Il existe différentes structures d'accueil : en milieu hospitalier ou en cabinet individuel. Le plus souvent, pour la prise en charge de la SMT, les médecins du travail préfèrent accueillir les salariés dans leurs bureaux, à savoir ceux des services inter-entreprises, pour éviter d'être sur le lieu de travail.

4.6.1. La prise en charge du salarié

4.6.1.1. Rassurer et écouter

Presque de tous les médecins interviewés disent prendre le temps d'écouter le salarié pour le laisser s'exprimer, et ainsi être réceptif à son mal-être.

Certains MT ont détaillé leur mode de prise en charge, en précisant notamment qu'en premier lieu, ils essayaient de calmer l'angoisse, d'évaluer le risque suicidaire et de rassurer le salarié. Quand le salarié va très mal, la priorité est de le protéger du passage à l'acte (suicide) en le mettant à l'abri. Pour cela, les MT n'hésitent pas à avoir recours à l'inaptitude temporaire et conseillent aux salariés d'aller voir leur médecin généraliste, afin d'obtenir un arrêt de travail. Si la situation bascule trop rapidement, les médecins avouent effectuer les démarches pour HOSPITALISER le salarié en urgence :

« La première chose quand quelqu'un va très mal c'est une question de degré, quand quelqu'un va très mal, faut qu'il soit à l'abri, c'est-à-dire faut qu'il s'arrête et qu'il ait un traitement, parce que le passage à l'acte ça existe et qu'il n'est pas question que ça arrive » (Dr. E)

Certains médecins prennent le temps de mettre à jour ce qui se passe au travail, afin de découvrir le chemin qui a amené au changement, source de la souffrance. Dans certaines situations, les MT précisent jouer le rôle de médiateur pour désamorcer les conflits :

« Il y a aussi des actions de médiations, ça c'est souvent quand y a un problème interpersonnel entre deux personnes ou 3, on essaie de réunir ces personnes avec un médiateur du travail pour que chacun puisse s'exprimer sur les problèmes rencontrer et puis après éventuellement modifier leur façon de faire » (Dr. N)

4.6.1.2. Rappeler au salarié ses droits dans l'entreprise

Certains interviewés déclarent, qu'il est nécessaire de rappeler au salarié qu'il a des droits dans l'entreprise ; droits qu'il peut défendre. Ainsi, les MT conseillent souvent au salarié d'adresser une alerte du conflit au service "délégué du personnel", d'en informer la secrétaire ou le président du CHSCT. Si le besoin s'en fait sentir, les MT ont la possibilité de déclencher une enquête interservices.

4.6.1.3. Sa mission de conseiller

Certains médecins déclarent nécessaire de prodiguer des conseils sur la prévention de la souffrance au travail afin d'amener une réassurance. Les missions de prévention présentent de nombreux avantages : elles permettent une intervention très tôt en sensibilisant les salariés à cette pathologie, elles peuvent avoir un effet protecteur, elles peuvent faire stopper la labilité émotionnelle pour travailler, ...

Une des missions du MT, qui ressort également des interviews, est celle qui consiste à essayer de faire respecter le traitement du MG, pour une meilleure prise en charge de la souffrance au travail. Les MT conseillent/préconisent au salarié de retourner voir le MG, un psychiatre et/ou psychologue, soit pour garantir le suivi du traitement qui permet le contrôle émotionnel, soit pour renouveler l'arrêt de travail si ils le jugent nécessaire.

D'autres interviewés annoncent entreprendre un travail sur la gestion de l'engagement au travail. Ils essayent de prouver que dans certaines situations le désengagement peut être protecteur pour le salarié.

4.6.2. Travailler avec l'entreprise, l'employeur

Le médecin du travail a une mission de conseil auprès de l'employeur. Pour plusieurs d'entre eux, il est important de rappeler à l'employeur, qu'il est responsable du bien-être de ses employés au travail :

« J'ai écrit à l'employeur, je l'ai rencontré (...) on va faire des réunions de sensibilisation de l'encadrement par rapport aux risques psychosociaux ça c'est pour l'entreprise qui faisait les courriers. » (Dr. K)

Certains médecins de l'étude disent qu'ils peuvent travailler avec les employeurs afin d'organiser un réaménagement du poste de travail ou un changement de poste, avant de proposer une inaptitude au poste :

« Pour l'entreprise avec la pression sur le temps de travail, on a fait un grand CHS (...) alors on peut organiser des sensibilisations auprès de l'encadrement pour leur expliquer les principaux facteurs de souffrance au travail pour modifier leur façon de faire et essayer de les minimiser. » (Dr. K)

🗣️ « Voir si on peut changer de poste » (Dr. E)

🗣️ « Il y a aussi des actions de médiations, ça c'est souvent quand y a un problème interpersonnel entre deux personnes ou 3, on essaie de réunir ces personnes avec un médiateur du travail pour que chacun puisse s'exprimer sur les problèmes rencontrés et puis après éventuellement modifier leur façon de faire » (Dr. K)

Quelques interviewés ont souligné le fait de devoir organiser tous les ans une synthèse, afin de faire un point anonyme sur les différents arrêts de travail en lien avec les conditions de travail.

La plupart des MT disent mettre en place des études multiples, faire de la prévention dans l'entreprise, conseiller pour l'organisation dans l'entreprise et enfin demander aux entreprises d'évaluer les risques :

🗣️ « Quand quelqu'un souffrait au travail, on essayait de, bon on allait étudier son poste de travail et puis on essayait de voir ce qui pouvait, en plus c'était souvent pas le poste de travail, parce que la souffrance au travail venait souvent de mauvaise relation entre les gens » (Dr M)

🗣️ « Dans une grosse entreprise de la distribution, dans laquelle les employeurs ne sont pas tendres, je leur ai proposé d'étaler les visites médicales et en même temps je leur ai analysé toutes les déclarations d'accident de travail et je faisais réfléchir l'entreprise à partir de l'analyse des accidents du travail pour essayer que cela ne se reproduise plus »

🗣️ « L'employeur d'une manière très humoristique m'a dit quand je lui ai proposé ça, ce qui était innovant : « Docteur vous prenez un risque », et quand je lui ai demandé lequel « celui de devenir efficace » »

Certains médecins rapportent une collaboration compliquée avec les employeurs. Difficile de se faire entendre. Des employeurs méfiants lors des visites.

🗣️ « J'ai eu une position privilégiée puisque je mettais en place la médecine du travail, on m'a laissé vraiment le champ libre, j'ai eu beaucoup de chance. Mais j'ai connu des médecins du travail qui avaient d'énormes difficultés à aller sur le terrain » (Dr M)

🗣️ « Et quand on va sur le terrain, les entreprises sont contentes, y a quelques chagrins qui ne veulent pas qu'on mette trop notre nez, mais d'une manière générale quand on objective des faits, y avait aucun problème pour que j'aille sur le terrain ». (Dr L)

Lorsque certains conflits apparaissaient, les médecins sortaient leurs outils de défense :

« J'ai eu quelques conflits mais très limités, de toute manière dès qu'il y avait conflit, comme moi je n'avais pas les outils de répression, et sans jamais faire de délation, je laissais les affaires quand c'était trop compliqué à l'inspecteur du travail » (Dr L)

Des situations extrêmes de refus de visites avec sanctions envers le médecin du travail ont existés

« 2 médecins du travail des travaux publics à Toulouse qui ont été licenciés parce qu'ils avaient exigé d'aller sur un chantier pour voir les conditions de travail, parce qu'il y avait de gros problèmes, et cela a abouti à un licenciement » (Dr M)

4.6.3. Le suivi

La plupart des médecins soulignent qu'il est nécessaire de revoir les salariés afin de ne pas faire stagner les situations problématiques et de ne pas laisser les salariés s'enliser dans des arrêts de travail très longs :

« Je re-convoquais les personnes, et certains plusieurs fois, ça permettait des fois de repréciser les choses, de prendre un peu de distance, devant un problème de mieux le préciser de cette façon-là. » (Dr. N)

« que finalement l'arrêt de travail se pérennisant, l'appréhension était de plus en plus vive de sa part, et je pense pas que les très longs arrêts de travail ne sont pas forcément une bonne chose (...) parce que se retrouvait dans le même milieu 6 mois après, avec euh... la même situation et en plus avec une méconnaissance de ce qui s'est passée dans l'entreprise pendant ce temps-là, parce qu'il se passe toujours quelque chose dans une entreprise, une perte de formation » (Dr. K)

La majorité des MT proposent d'effectuer d'une part une surveillance pour suivre l'évolution des salariés, et d'autre part, dans les cas d'arrêt de travail, de faire un point en visite de pré-reprise, pour essayer de décider de l'évolution future. Il peut s'agir d'une éventuelle reprise, d'une inaptitude temporaire, d'une inaptitude totale et donc de la préparation d'un départ éventuel. Cependant, dans les interviews, nous ne retrouvons pas de suivi bien défini ; tout dépend de la pratique de chacun :

« Donc je les re-convoquais un mois après, deux mois après ... pour voir si la situation évoluait, pour voir si la santé psychologique de la personne s'est améliorée, ou dégradée, pour savoir si elle a eu des arrêts de travail... En un mot pour la suivre » (Dr. N)

« En la revoyant si besoin pendant son arrêt En pré reprise ou à la reprise si c'est quelque chose qui dure depuis longtemps, qui s'est cristallisé parce que là on n'est plus dans le stress aigu, mais dans le stress chronique donc il faut prendre une décision, parce que ça recommencera.. » (Dr. H)

4.6.4. Les contacts existants avec les différents partenaires

Selon certains médecins du travail, les contacts avec les différents partenaires santé sont encore trop rares.

4.6.4.1. Avec le médecin généraliste

Plusieurs MT ont déclaré qu'il fallait contacter le MG, afin donner son point de vue, son opinion sur la situation. Cet échange, à effectuer rapidement, est jugé essentiel pour discuter de nombreux sujets comme : la durée de l'arrêt de travail, la prise en charge médicamenteuse, la réalisation d'examen complémentaires pour explorer les pathologies différentielles, les actions pour arbitrer un retour rapide au travail :

« Leur rôle, c'est la protection de leur patient (....) Le médecin traitant uniquement préoccupé dans la santé de son patient. Tout ce que font les médecins traitants, tous les certificats qu'ils font ont beaucoup de poids. Alors évidemment il faut bien qu'ils ne fassent pas de certificat de complaisance, il faut bien qu'ils sachent qu'à chaque fois, qu'ils font un certificat, il faut que les choses soient bien justifiées, mais cela a du poids » (Dr. K)

4.6.4.2. Avec le psychiatre ou le psychologue

Un lien oral ou écrit est possible avec le psychiatre ou le psychologue, mais cela doit toujours se faire avec l'accord du patient. Des services de psychologues de travail se développent actuellement dans les services inter-entreprises de la santé au travail. L'accès aux soins va donc devenir plus simple et la coopération psy/MT va ainsi être facilitée :

« C'était dans des cas de souffrance avérée, persistante, résistante au long arrêt de maladie, aux antidépresseurs, enfin tout ce que vous voulez, quand on était à un deuxième niveau, quand ça était le cas, on a eu de bonnes relations avec le psychiatre, MOI j'ai eu de bonnes relations » (Dr. N)

4.6.4.3. Avec le médecin conseil de la sécurité sociale

Le médecin conseil peut être indirectement sollicité par la durée de l'arrêt de travail. Il peut servir de garde-fou dans le cas des arrêts prolongés, lorsque les médecins ont des difficultés à remettre les patients au travail. Il est, pour plusieurs médecins, perçu comme plutôt compréhensif dans ces problématiques de souffrance morale au travail. Les médecins du travail peuvent rentrer en contact avec eux, lors d'un doute pour déclarer un accident du travail ou une maladie professionnelle :

« J'ai eu la chance d'avoir un médecin conseil qui était très à l'écoute dans mon secteur » (Dr. N)

« Les gens sont informés par le médecin conseil, qui voit que l'arrêt se prolonge, de prendre contact avec le médecin du travail » (Dr. F)

4.6.4.4. Avec les avocats

Les contacts sont possibles avec les avocats, lorsque le salarié a transmis un courrier informel. Les MT peuvent conseiller les salariés d'aller les consulter, afin de défendre leurs droits.

4.6.5. L'après

Certains MT ont souligné le fait qu'il était nécessaire de mettre au point des scénarios de reprise d'activités, ou au contraire de bâtir des stratégies de départs si nécessaire. Plusieurs médecins interrogés ont également expliqué qu'il fallait parfois travailler sur un reclassement, sur une adaptation de poste avec ou sans limitation de certaines tâches, ou enfin sur un rapprochement de domicile :

« Quand le salarié est déclaré inapte à son poste, on fait des... soit on fait des propositions car on va essayer de le maintenir dans l'entreprise, on va faire des propositions pour trouver un poste qui, soit + en rapport avec son état de santé » (Dr. K)

D'autres interviewés ont déclaré qu'il fallait mettre le salarié en relation avec la MDPH, mais le problème qui remonte, est la méconnaissance des démarches à entreprendre pour faire reconnaître la situation du salarié :

« En réalité la MDPH, c'est ouvrir des droits à des aides au maintien à l'emploi, y a un certain nombre de fond public » (Dr. D)

« Nous on conseille au salarié de demander la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé » (Dr. D)

Plusieurs médecins nous parlent de l'utilisation ou non de l'inaptitude : le plus souvent, cela sert à protéger le salarié et à lui laisser le temps nécessaire pour faire le point sur sa situation :

« J'ai pas mal utilisé l'inaptitude temporaire, pour que les personnes soient mises en arrêt maladie par leurs médecins bien sûr, (...) mais à titre de protection » (Dr. N)

« Nous on sort des fois les gens de l'entreprise, on les met inapte à tout poste, ça les inaptitudes, y a 30 ans, j'en faisais 2 par an, maintenant j'en fais 2 par semaine » (Dr. K)

4.7. TRAVAILLER EN COORDINATION : LES DIFFICULTES, LES AMELIORATIONS PROPOSEES

4.7.1. Les difficultés

4.7.1.1. Une surcharge de travail

Le constat général est qu'il y a de moins en moins de médecin du travail : actuellement, on compte 1 médecin du travail pour 3000/4000 salariés, c'est-à-dire une population de 6000 médecins du travail pour 22 millions de travailleurs. D'ici 5 ans, 1 médecin sur 2 sera a priori parti à la retraite. Les médecins interviewés font donc ressortir la surcharge de travail, lié en partie à leur faible nombre, comme étant la difficulté principale qu'ils rencontrent actuellement. Cela a bien évidemment des conséquences sur leurs missions : le manque de temps constaté par la plupart des médecins entraîne selon eux un défaut d'action en entreprise. Ils ne peuvent plus aller au bout de leurs missions et s'impliquer à fond dans celles-ci :

« C'est vrai ça a beaucoup évolué en 30 ans, ça devient un peu compliqué, du fait de la pénurie de médecin du travail, de manière organisé et on arrive plus trop à assumer nos missions, quoi. On a une masse de travail pléthorique et puis bon c'est un petit peu politique, la santé au travail, c'est souvent, souvent un petit ajustement dans les négociations entre les patron et les organisations syndicales donc ils lâchent beaucoup de chose sur la santé au travail et beaucoup de mission et puis après tout ça moins de médecins, alors ça met un petit peu en difficulté. C'est le tableau actuel. » (Dr. N)

Certains des MT regrettent l'évolution de la médecine du travail, avec notamment des suivis qui vont être encore plus espacés. De quoi, selon la plupart, accentuer la difficulté à

tisser le lien entre le salarié et son MT ; et ainsi, perturber la relation de confiance qui peut s'instaurer. Pourtant le MT est l'appui médical principal dans le monde du travail :

« Avant on avait des visites qui étaient périodiques annuelles, on est passé depuis 2005, à tous les 2 ans, et maintenant ils parlent de les passer tous les 4 ans avec en inter visite tous les 2 ans un entretien infirmier » (Dr. H)

4.7.1.2. Difficultés au sein des entreprises

Certains médecins disent retrouver un problème d'éducation chez certains employeurs avec une non-préoccupation des conséquences du travail sur la santé de leurs salariés, ce qui perturbe leur action au sein de l'entreprise. Ils expriment des difficultés à rentrer dans le dur de la question de la souffrance au travail avec le chef d'entreprise et/ou la DRH :

« Un problème d'éducation des employeurs puisque, puisque si l'employeur n'a pas la notion du risque, et la plupart du temps ils ne l'ont pas, ils font travailler des salariés et sans se préoccuper des conséquences que cela aura sur leur état de santé » (Dr. L)

Les MT perdent également du temps lors des changements incessants de directions. Ils sont obligés de faire un travail de longue haleine pour reconstruire des relations pertinentes avec les hiérarchies. Dans ces situations, ils sont obligés de reprendre les travaux de réorganisation en cours, sachant que pour certaines entreprises il est parfois difficile de faire évoluer l'organisation.

4.7.1.3. Les difficultés de prise en charge pluridisciplinaires

Avec le MG

La majorité des MT pensent qu'il est nécessaire de corriger la mauvaise image que les uns ont envers les autres. Les personnes interviewées estiment que, lors de sa consultation, le médecin généraliste doit essayer de prendre contact avec le médecin du travail, si cela est nécessaire. Mais la communication entre les deux spécialités est souvent perçue comme compliquée, soit par un manque de temps pour les coups de téléphone, soit par une difficulté à se joindre lors des consultations. À l'opposé, un ou deux d'entre eux n'essayent que très rarement de prendre contact avec le MG :

« Avec les MG, c'est assez rare que je prenne contact avec eux, simplement quand les patients me le demandent, et en général c'est soit pour prolonger un arrêt de travail » (Dr. K)

« Si vous mettez un médecin généraliste qui n'a jamais entendu parler du travail avec un médecin du travail, qui n'arrive pas, parce que c'est compliqué, à expliquer les enjeux du travail, et bien ça veut dire qu'ils n'ont rien à se dire, c.-à-d. si l'un et l'autre ne savent absolument pas ce qu'ils font ça veut dire que ...ils ne peuvent rien faireplus qu'un problème de secret c'est un problème de compréhension. » (Dr. A)

Une majorité de médecins du travail interviewé affirme avoir besoin du médecin généraliste, mais ils ont en priorité beaucoup des demandes instrumentales, ils attendent des prescriptions, des traitements, des arrêts de travail, des certificats d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Quelques interviewés évoquent des différences de point de vue avec certains MG, vis-à-vis de l'intérêt de l'arrêt de travail, utilisé pour l'éviction du lieu de souffrance du salarié afin de faire le point et organiser une défense.

Pour les MT, le médecin généraliste représente un soutien psychologique évident pour le salarié en souffrance. Grâce à sa connaissance du patient, il est souvent le mieux placé pour voir la dégradation de son état de santé et observer le parallèle avec la dégradation des conditions de travail. Il met à l'abri son patient lorsqu'il lui prescrit un arrêt de travail. En plus des actes médicaux proprement dits (prescription médicale) et du suivi, il assume des actes administratifs (certificats) importants pour préserver les intérêts du patient. Ils pensent que le médecin généraliste a également « un devoir d'assistance morale » qui consiste à contacter le MT (avec l'accord du patient) pour évoquer les hypothèses de règlement de la situation. Dans l'intérêt du patient, la collaboration et la concertation avec le MT sont dans les discours indispensables. Il faudrait pourvoir effectuer, observer, participer et voir les pratiques.

Certains MT se considèrent comme les yeux du MG sur le lieu de travail.

🗨️ « *J'étais en quelque sorte le représentant des médecins généralistes au travail, il ne s'agissait pas pour moi de faire le boulot et ni eux le mien, mais d'être en relation avec eux, dans la mesure où eux ils n'ont pas la possibilité de connaître le poste de travail, et donc quelque part leurs yeux* ». (Dr L)

Certains interviewés regrettent le fait que leur demande d'arrêt de travail soit discutée par le médecin généraliste :

🗨️ « *Mais il y a 20 ans quand on demandait à un médecin généraliste d'arrêter les gens, il le faisait, maintenant c'est plus difficile...* » (Dr. H)

Un des points retrouvés dans les interviews concerne le fait que le MT doit faire respecter le traitement prescrit par le médecin généraliste et ainsi appuyer avec un second point de vue sur la nécessité d'un traitement qui a mauvaise réputation. En effet, il est constaté que les antidépresseurs sont prescrits de nombreuses fois mais rarement pris au quotidien.

Certains MT ressentent des difficultés à faire reprendre le travail au salarié, qui se fie souvent beaucoup plus au discours, parfois différent, de son médecin généraliste. La communication MT/MG permettrait dans ces situations d'échanger et de partager les éléments nécessaires à une bonne décision. Les pratiques des MT et le contexte du travail ne sont pas toujours connus par les MG. En effet, dans certaines situations, le poste du salarié peut être compatible de la maladie professionnelle qu'il a subie, et donc rien n'empêche une reprise d'activités :

🗨️ « *Si j'avais un message à faire au généraliste c'est de leur dire : quel que soit la pathologie de votre patient, il ne faut pas les décourager de reprendre le boulot qu'il faisait avant, c'est ça, parce que bien souvent les patients disent « mon médecin m'a dit qu'avec ça, je ne pourrais plus faire ça, je ne pourrais plus faire ci », des fois on peut quand même. Après une maladie professionnelle, on peut reprendre exactement le même boulot qu'on faisait avant* » (Dr. K)

🗨️ « *Nous, On conseille au salarié de demander la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et y a des médecins généralistes qui disent : « non, non ne le faites pas » parce qu'ils ne savent pas à quoi cela sert.* » (Dr. K)

🗨️ « *C'est vrai qu'ils n'ont pas toujours le réflexe d'envoyer leur patient, dans ce qu'on appelle une visite de pré reprise* » (Dr. L)

Plusieurs interviewés disent que les rôles des MT et les médecins généralistes doivent être complémentaires pour optimiser les prises en charge :

« Il y a des choses que le médecin du travail peut dire au salarié que le médecin généraliste ne peut pas dire, et vice versa, donc il y a véritablement un rôle complémentaire. Le rôle du MG est d'avoir un diagnostic et un traitement sur le corps, le médecin du travail apporte une connaissance sur l'environnement travail » (Dr L)

4.7.2. Les certificats médicaux : valeurs, impacts

Pour plusieurs MT, il est important que les MG remettent des certificats médicaux à leurs patients afin de décrire leur état de souffrance. Mais attention, selon eux, ces certificats sont à double tranchant et doivent rester assez vague sur l'origine de la souffrance, afin de ne pas mettre le MT dans l'embarras.

« Restez assez vague, par contre vous l'actez, vous gardez un double, vous mettez certificat remis en main propre » (Dr. K)

« Comment dire, les médecins généralistes, moi je vois, les médecins généralistes, qui sont assez sobres, parce qu'ils ne connaissent rien au travail. hein, c'est normal, ils n'ont pas eu de formation, donc ils disent « Mr ou Mme MACHIN est en souffrance psychologique, je traite avec ça », et il/elle me dit que c'est dû à des difficultés, enfin ça c'est soft, souvent ils disent il est harcelé par ...ce qui est pour eux, à mon avis est une grande erreur, ils devraient dire, qui ont une grande difficulté, qu'ils rapportent sa souffrance à ce qui se passe au travail après c'est au médecin du travail de poser son lot de questions » (Dr. A)

Les MT adressent plusieurs messages aux médecins généralistes. Ils souhaitent créer des liens pour créer un vrai jeu à 3 acteurs salariés/ médecin généraliste/ médecin du travail. Créer des échanges pour mieux se comprendre, pour mener des réflexions partagées en cas de dossiers complexes. Ils veulent faire évoluer les mentalités sur leur métier, que le médecin généraliste incite son patient à consulter son médecin du travail, qu'il ne soit pas laissé en dehors de la prise en charge lorsque ça concerne le travail. Quant est-il de l'intention en pratique ?

Avec le psychologue

Une grande partie des médecins interviewés soulignent le caractère pécuniaire des consultations avec un psychologue. Cette contrainte peut être problématique pour le salarié qui doit payer souvent une forte somme, et qui n'est pas toujours remboursé par la Sécurité Sociale et les mutuelles, afin essayer d'aller mieux :

« Ceux qui s'effondrent un peu comme ça, si en plus le Médecin leur dit il y a une consultation allez-y, et qu'il faut payer 50 euros à chaque fois c'est lourd » (Dr. H)

« Les gens ne veulent pas payer, et le problème des psychologues en ville, c'est que ça n'est pas remboursé ! » (Psycho.)

Avec le psychiatre, ou avec les CMP

Quelques-uns des médecins pensent que les psychiatres ont un emploi du temps si chargé, qu'ils n'ont pas suffisamment de temps à consacrer à leurs patients lors d'une consultation. De même, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, la notion du rapport à l'argent pour ce type de consultation spécialisée, ressort comme un point faible pour les salariés, surtout qu'il n'y a pas de prise en charge par la Sécurité Sociale :

« À aller consulter le psychiatre ils sont réticents » (Dr. E)

« J'ai eu un problème d'une dame qui ne voulait pas voir le psychiatre, qui ne voulait pas payer » (Dr. H)

Quelques MT ont également des réticences à envoyer le salarié chez le psychiatre, car ils doutent des compétences de ces spécialistes vis-à-vis des pathologies liées au monde du travail :

« Alors les psychiatres qui sont remarquables, ils ont une consultation qui sont hyper pleines et les autres, non, c'est compliqué !, et puis les psychiatres... malheureusement ils sont un peu déconnectés de la vie, de la vie de l'entreprise ! » (Dr. H)

À nouveau, comme pour les médecins généralistes, certains interviewés regrettent que les psychiatres soient déconnectés de la réalité du monde du travail. Que la vie de l'entreprise soit une inconnue pour le psychiatre qui doit aider le patient en souffrance. L'enjeu principal est comment aider un patient en souffrance au travail si le monde du travail est un inconnu ?

Avec les consultations spécialisées

Ceux qui ont l'habitude de travailler avec les centres de pathologie professionnelle rapportent une pénurie des consultations spécialisées "souffrance au travail" :

«... moi j'orientais, quand il y avait encore un peu de place, euh... il y a 5 / 6 ans, dans les consultations de souffrance au travail de l'AP, maintenant c'est impossible d'avoir un RDV » (Dr. H)

Beaucoup de MT, dans des situations compliquées, disent s'appuyer sur ces consultations pour adresser le salarié et avoir des avis complémentaires, ou même pour désamorcer certaines situations. Actuellement les délais pour accéder à ce type de consultation sont au minimum de 6 mois, hors, le salarié en souffrance ne peut pas attendre ce délai : il a besoin d'une prise en charge immédiate, surtout quand il fait lui-même la démarche de venir en parler.

Le travail en réseau est très difficile, puisqu'il n'est pratiquement pas développé. En région parisienne, dans le département de l'Essonne, un réseau "souffrance au travail", avec des psychologues qui se forment sur le sujet est en cours de développement. Mais les structures semblables sont encore peu nombreuses.

4.7.2.1. Difficultés liées à la relation salarié/médecin

Doute sur la relation

Plusieurs difficultés ont été évoquées vis-à-vis de la relation qui pourrait se créer entre le MT et son salarié, qui semble difficile à construire. Les raisons sont nombreuses : des visites périodiques qui s'espacent de plus en plus, des problèmes de confiance vis-à-vis du MT et surtout la peur d'un lien étroit entre médecin du travail et chef d'entreprise.

Méconnaissance du médecin du travail

Quelques médecins semblent étonnés que de nombreux salariés ne connaissent ni leur MT, ni les missions qui leur incombent. Un grand nombre salariés expose ainsi des difficultés à rentrer en contact avec le service de santé au travail :

🗣️ « *C'est à dire que dans la mesure où on les voit moins qu'avant, ou les retards des visites d'embauche sont énormes, je les comprends* » (Dr. I)

Difficultés à faire accepter un suivi psychologique au salarié

Plusieurs médecins évoquent également comme un frein, une résistance de la part des salariés, à se faire aider du côté psychologique. Ils refusent souvent l'aide proposée, parce qu'il pense pouvoir s'en sortir seul. Les salariés peuvent exprimer des difficultés à accepter un suivi psychologique : le travail le rend mal, le culpabilise parfois et en plus il faut payer des consultations chez des spécialistes pour se faire aider ? Une notion d'injustice jaillit ainsi des discours : pour pouvoir s'en sortir, le salarié doit dépenser « ses sous » :

🗣️ « *J'ai eu un problème d'une dame qui ne voulait pas voir le psychiatre* » (Dr. H)

On retrouve dans plusieurs interviews l'idée que pour les salariés l'accès aux différents partenaires de soin est difficile. Le salarié a besoin d'aide pour effectuer les démarches. C'est pourquoi, après son accord, le MT peut contacter son médecin généraliste, son psychologue par téléphone ou faire transiter un courrier par son intermédiaire.

Retard de la prise en charge du salarié

Plusieurs médecins ont insisté sur le fait qu'ils voyaient souvent les salariés/patients pour la première fois, alors que ces derniers étaient déjà à un stade avancé de la souffrance et même parfois en plein "Burnout". Les MT ont donc souligné le fait que pour améliorer le suivi et la prise en charge des souffrances mentales au travail, il faudrait que les MG leur adressent les patients plus tôt.

🗣️ « *Qu'on a de plus en plus de médecins généralistes qui reçoivent en premier intention des patients qui sont allés les consulter parce qu'ils n'allaient pas bien au travail, et qui nous sont adressés à notre tour* » (Dr. A)

🗣️ « *Il nous arrive encore d'en voir qui sont en arrêt depuis une éternité mais bien sûr, bien sûr, ils sont totalement déconnectés de l'entreprise* » (Dr. K)

4.7.2.2. Le secret médical

La plupart des interviewés se semblent obligés de rappeler que le secret médical est respecté : le MT, qui est tenu au secret médical, tient un dossier médical, qui par conséquent est non accessible à l'entreprise. De plus, le salarié peut récupérer ce dossier médical à chaque changement d'entreprise :

🗣️ « *Nous, à la réunion, on ECOUTE, mais on ne dit RIEN, parce qu'on est tenu au SECRET MEDICAL c'est important* » (Dr. E)

🗣️ « *Par contre sur son dossier j'ai tout marqué (...) oui qui est tenu au secret médical, comme à l'hôpital comme dans votre cabinet médical* » (Dr. E)

🗣️ « *Donc ça aussi il faut bien que vous ayez ça à l'esprit, on travaille dans une entreprise mais on est soumis au secret évidemment, aucun employeur ne doit savoir le détail* » (Dr. A)

Par contre, un des médecins estime qu'il n'existe pas de problème de secret médical, mais plutôt un problème de compréhension vis-à-vis du lien entre MT et employeur.

« *Donc problème de secret je ne sais pas* » (Dr. A)

« *Plus qu'un problème de secret c'est un problème de compréhension.* » (Dr. A)

Les médecins le soulignent : pas de médecine sans confidences, pas de confidences sans confiance, pas de confiance sans secret. Secret médical d'un côté, devoir d'alerte de l'autre. Entre ces deux contraintes qui pèsent sur le MT, il n'est pas toujours aisé de s'y retrouver. Travaillant dans l'entreprise, le MT doit respecter ces deux obligations : le secret professionnel et le secret médical.

4.7.3. Améliorations proposées par les médecins du travail

Dans bon nombre d'entretien, les MT émettent l'idée d'avoir accès à des formations médicales continues décloisonnées, ce qui serait préférable pour partager leurs pratiques et ainsi améliorer leur prise en charge :

« *Plutôt de la réflexion partagée* » (Dr. N)

« *Il faudrait peut-être multiplier un petit peu les rencontres, ce n'est pas toujours évident* » (Dr. K)

Les demandes sont de deux types : des formations sur la place du travail dans la construction psychique, mais également des FMC commune entre médecin du travail et médecin généraliste sur le sujet de la souffrance morale au travail. L'objectif de ces propositions est d'améliorer les prises en charge des patients/salariés via un partage des bonnes pratiques, d'initier les contacts et de tisser des liens entre les différents acteurs, et enfin de développer des réseaux de soins :

« *Il y a deux formations médicales continues de médecins généralistes qui m'ont demandées de faire des cours. Pour les MG. Voilà. Donc on sent bien que par rapport à cette difficulté les MG sont de plus en plus preneurs de compréhension, enfin certains du moins* » (Dr. A)

L'amélioration du dialogue entre tous les acteurs, et tout particulièrement avec le MG, a été abordée à de nombreuses reprises dans les interviews. Il est préférable de ne pas agir tout seul et d'avoir une gestion commune des cas complexes, avec la participation du MT, du MG et éventuellement psychologues/psychiatres :

« *Si on veut favoriser le maintien dans l'emploi c'est clair qu'il faut qu'il y ait une bonne communication entre le médecin traitant et le médecin du travail...* » (Dr. I)

Lors des interviews, il a été également été évoqué la nécessité d'améliorer les interrogatoires : il faut systématiquement questionner les patients/salariés sur le travail, surtout lors de pathologies somatiques qui persistent :

« *Continuez-vous à apprendre des choses au travail ?* » (Dr. A)

« *Toujours chercher un problème de travail chez quelqu'un qui travaille...* » (Dr. A)

« *parce que des fois il y a de la souffrance au travail qui s'exprime par des douleurs il y a un mal être général que les gens ont du mal...ou un alcoolisme, devant toutes addictions ... rechercher comment cela se passe au travail... voilà douleur, addictions, problème de sommeil...* » (Dr. M)

Quelques médecins ont émis l'idée que les MG prennent l'habitude de 2 types de pratique. La première concerne les salariés qui arrivent au terme de leur arrêt de travail : elle consiste à convaincre les MG de proposer une visite de pré-reprise à leur patient, ce qui permettrait au MT d'être mis au courant de la situation, et d'effectuer des adaptations du poste ou de prendre les mesures pour améliorer la situation. La seconde serait que les MG qui font face à un salarié exprimant le besoin de renouveler son arrêt de travail prennent contact avec le service de médecine de travail et que la décision soit co-construite.

Plusieurs médecins ont abordé de nouveau le souhait de préparer les salariés/patients au retour à l'emploi lors des arrêts de travail : il ne faut pas rester passif, mais proposer des soins, une rééducation, ... L'objectif est que le salarié retrouve la motivation nécessaire pour un retour au travail :

 « Ce que l'on aimerait dans certains cas, c'est que pendant l'arrêt maladie (...) qu'il y ait un moment de soin bien sûr et quand la personne est stabilisé, il faut déjà commencer à préparer pendant l'arrêt son retour à l'emploi, ça c'est important c'est-à-dire que les médecins généralistes puissent orienter leur patient vers des centres de rééducation, ou on ferait vraiment quelque chose d'actif » (Dr. K)

En conclusion, les entretiens laissent transparaître le fait que chaque médecin, MG ou MT, a quelque chose à apporter à son confrère. Les solutions proposées par les MT pour améliorer les pratiques sont nombreuses : rencontres, formations, explications croisées, partage du quotidien pour apprécier le travail de chacun, ... Le but est de favoriser l'échange autour du patient/salarié sur les problématiques particulières au médecin général ou au médecin du travail. À travers les entretiens, nous nous sommes rendu compte que le MT ne connaissait pas toutes les procédures de la Sécurité Sociale qui étaient imposées au médecin généraliste ; et inversement, que le médecin généraliste ne connaissait pas les procédures du code du travail. Le travail des deux spécialistes (MG/MT) est complémentaire, il faudrait voir en pratique, au-delà des intentions comment ce type d'échange de pratique pourraient se réaliser et faire attention de ne pas rester sur une pure logique instrumentale.

5. DISCUSSION

5.1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

5.1.1. Contexte général

Cette recherche auprès des médecins du travail, fait suite à un projet originel proposé au DUMG de Tours avec comme sujet « Rôle et pratique du médecin généraliste dans la prise en charge de la souffrance mentale liée au travail ». Le travail originel devait être découpé en quatre parties afin de croiser les visions des 4 acteurs : le MT, le MG, les autres spécialités (psychologue, psychiatre, ...) et le patient/salarié. En effet la complexité de cette problématique suppose une démarche interdisciplinaire, voir transdisciplinaire, un seul acteur ne peut pas gérer à lui seul la souffrance mentale au travail. Nous avons pris part au projet en étudiant le travail actuel des médecins du travail, mais finalement seuls les aspects MT et MG ont été regardés.

L'objectif de ce travail était de chercher à comprendre comment dans la pratique les MT gèrent la souffrance au travail ? Comment se passe la coordination avec les MG ? Ce questionnement a conduit à découvrir la médecine du travail dans toutes ses dimensions. Cette spécialité reste en effet encore peu connue, du fait de sa complexité et qu'elle ne s'exerce pas dans le cadre classique de la médecine. S'interroger ainsi permet de donner un sens concret à "l'injonction" de travailler en interdisciplinarité. En effet, chaque spécialité est encore enfermée dans sa tour d'ivoire, dans sa propre logique et à tendance à voir les problèmes presque uniquement à travers le prisme de ses propres enjeux. Pour ne pas rester sur le mode d'injonction et des vœux pieux, il faut donc prendre un vrai temps pour explorer la pratique.

Dans cette logique, l'idée est de réfléchir en miroir sur la pratique des médecins généralistes, c'est-à-dire de voir de quelle manière les modes de fonctionnements des MT interrogent les pratiques des MG, avec comme objectif final évidemment de voir comment il serait possible d'améliorer au quotidien la prise en charge de la souffrance mentale au travail. Cette démarche prend d'autant plus de sens pour la souffrance mentale au travail que le nombre de consultations en médecine générale pour ce problème semble être en nette augmentation et qu'il met en difficulté le MG. En effet de dernier se retrouve confronter à des demandes auxquelles il n'est toujours pas habitué, qu'il ne maîtrise pas toujours, qui sont complexes et chronophages. Et le travail en coordination avec les MT ne va pas de soi. On peut alors supposer que si la formation et l'information sont nécessaires, elles ne soient suffisantes. Améliorer la coordination peut-elle se faire sans une vraie connaissance du travail de l'autre et de ses enjeux ? Ne pas se s'interroger sur ces questions risque de limiter la prise en charge de la souffrance mentale au travail par le MG aux aspects purement cliniques et pratico-pratiques. Répondrait-on vraiment alors aux attentes des patients, alors que la logique ici ne peut reposer que sur une approche globale ?

5.1.2. Méthode

5.1.2.1. *Choix de la méthode qualitative*

Le choix de la méthode qualitative, a permis d'explorer la pratique des MT et de mieux comprendre les particularités de la spécialité "médecine du travail", de comprendre de quelle manière les MT prenaient en charge la souffrance mentale au travail, de saisir leur enjeux et leurs attentes et enfin de réfléchir aux axes d'amélioration dans la coopération entre les divers partenaires de soin.

5.1.2.2. *Recherche bibliographique interdisciplinaire*

Le peu d'études réalisées sur le travail en coordination entre MG et MT était une motivation pour réaliser cette recherche. Ces études ont d'ailleurs bien montré tout l'intérêt qu'il y a à explorer ce champ. Notre travail s'inscrit dans cette démarche, il faudrait cependant poursuivre en creusant les thèmes abordés. En effet il y a de nombreuses questions soulevées qui mériteraient d'autres interviews. Il faudrait aussi compléter avec le regard des autres acteurs.

Une grande partie des études menées se sont focalisées sur les aspects épidémiologiques, psychopathologiques et les dimensions socio-anthropologiques de la souffrance mentale au travail ou encore juridiques. Comprendre la souffrance mentale au travail suppose d'aller explorer d'autres disciplines qui apportent des éclairages forts riches. Ils permettent de ne pas voir juste la souffrance mentale au travail sous son aspect clinique : une dépression ou un stress auquel il suffirait de proposer des médicaments, une écoute attentive et prise en charge psychologique. Il faut savoir ici re-contextualiser, analyser et prendre le temps de réfléchir, d'enquêter sur le lien éventuel qui pourrait exister entre l'état de santé du patient et son milieu du travail.

Les ouvrages sur la souffrance mentale au travail sont nombreux et les publications des sociologues, des psychologues, de psychiatre et de juristes permettent d'apporter un éclairage précieux et passionnant pour appréhender ce problème dans sa globalité. Cependant sortir de son propre champ, lire les ouvrages de psychologues, de sociologues, de juristes, comprendre la logique des médecins du travail, de l'inspecteur du travail, du médecin conseil représentent une énorme tâche, les médecins lisent peu et nous n'avons bien conscience que nous n'avons pas pu tout lire. L'idée est d'exposer quelques théories, d'amorcer une logique interdisciplinaire et de voir comment les autres disciplines peuvent enrichir la pratique du MG sans se perdre dans des théories trop éloignées de leurs pratiques, il faudrait presque prendre le temps de jouer un rôle de "passeur".

5.1.2.3. *Recueil des données*

Le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés a eu pour but de favoriser la réflexion personnelle de chaque participant et le recueil approfondi de ses sentiments, de son expérience. Ainsi les entretiens ont été menés avec des questions ouvertes pour favoriser la spontanéité du discours, à la manière d'une conversation. Des relances ont permis de couvrir, si nécessaire, les thèmes qui devaient être abordés pour répondre aux questions posées. La

trame de l'entretien a été adaptée aux discours des différents interviewés, suivant la tournure de l'échange.

La taille de l'échantillon a été définie par le terrain, la faisabilité et par l'objectif de saturation des données. Le nombre limité de médecins interviewés représente un des biais, biais de toute étude qualitative. Et dans notre thèse, la mise en relation avec les différents protagonistes a été longue au début, et la pauvreté des contacts à notre disposition n'a pas favorisé l'avancement. Cependant il s'agissait d'une démarche exploratoire dont l'objet est de s'interroger, de tester de nouvelles hypothèses et non d'être exhaustif, d'autres études seront nécessaires.

Toutefois, après analyse des réponses, nous sommes arrivés à un premier degré de saturation des données. En effet, comme quasiment aucune nouvelle idée n'apparaissait dans les interviews, nous avons dans le cadre d'une thèse de médecine, estimé avoir suffisamment d'éléments pour un premier temps d'analyse. Bien sûr il est impossible d'affirmer que nous sommes arrivés à une vraie saturation des données, et que nous avons eu en entretien tous les types de MT. Ce type d'étude doit être poursuivi en particulier dans une logique de croisement des regards et d'analyse du regard d'autres acteurs sur les MT et MG, comme par exemple celui des psychologues, des syndicats, des juristes, des médecins conseils, des inspecteurs du travail et surtout des salariés-patients.

La réalisation des entretiens, vue la faible expérience du thésard en recherche qualitative, a pu être parfois un frein à l'émergence d'idées lors des entretiens. De plus, il y a pu y avoir une certaine réticence de la part de certains participants à parler de son expérience et donc un peu de soi dans le cadre d'une étude qui essaye d'analyser leurs pratiques et qui demande donc un regard réflexif.

Une des principales difficultés a été de trouver des participants pour cette étude : recherche difficile de contacts, barrage de la secrétaire, manque de temps / indisponibilité du MT, réticence à intervenir, ... Par contre, après un premier contact positif et une prise de RDV, les entretiens se sont tous très bien déroulés, à l'exception d'un seul. Les participants avaient beaucoup de choses à raconter sur le sujet, d'où certains entretiens, au cours desquels l'enquêteur n'a pratiquement pas eu besoin d'intervenir : nul besoin de faire repartir la discussion, les grandes idées s'enchaînaient les unes après les autres.

Se mettre à la place des MT sans connaître leur travail a été dur, mais le problème s'est estompé au cours des entretiens. Toutefois, un des entretiens a été un peu plus "mouvementé" : le médecin interviewé a peut-être pensé, qu'il était face à quelqu'un qui cherchait à défendre sa spécialité de médecine générale. Ce qui l'a poussé à "accuser" de ne rien connaître à la médecine du travail, ce qui était loin d'être tout à fait faux. Cet entretien a malgré tout été fort riche et a permis d'aborder de nouveaux thèmes dans les suivants. Les incompréhensions et les confrontations sont souvent sources de réflexion.

Au final ces entretiens nous ont apportés de nouvelles connaissances et nous ont aidé à découvrir la médecine du travail et nous interroger sur notre pratique de médecin généraliste.

5.1.2.4. *Entretiens croisés*

Le fait d'avoir inclus dans notre recherche, des psychologues, un psychiatre, un médecin conseil, un médecin généraliste et trois patients, a permis de recueillir une grande diversité d'idées autour du thème de la souffrance mentale au travail, et d'essayer de porter un regard distancié et complémentaire sur les discours tenus par le MT.

5.1.2.5. *Les biais*

Un des défauts de cette étude réside dans le biais de recrutement, qui entraîne des biais d'échantillonnage des médecins du travail interviewés. Notre sélection des médecins interviewés a ainsi été affectée par les difficultés suivantes :

- Refus direct de rencontre lors de la prise du premier contact ;
- Absence de réponse ;
- Pas de certitude d'avoir accès à toute la diversité des MT.

Les biais sont aussi dus à l'absence d'expérience en matière de recherche qualitative, à l'apprentissage des méthodes d'entretien et d'analyse. Enfin, les biais sont aussi dus au cadre limité de la thèse de médecine générale, qui ne permet pas d'explorer un sujet aussi vaste et de vraiment croiser les regards.

5.2. UN MEDECIN PAS COMME LES AUTRES

L'analyse des interviews nous permet de découvrir un type de médecin tout à fait particulier, d'une grande richesse, d'une grande complexité qui peut aider les MG à développer une approche globale. S'interroger sur notre image du MT et les conséquences de cette représentation sur la pratique, prendre le temps de réfléchir à ce que signifie exercer la médecine dans le milieu de travail sont des enjeux essentiels pour améliorer le travail en coordination.

5.2.1. Une spécialité qu'il faut découvrir

La médecine du travail peut constituer une sorte d'aventure. En effet parmi les médecins interviewés, aucun n'a indiqué qu'il avait eu au départ une vocation pour la médecine du travail. La mauvaise présentation de la spécialité dès la faculté de médecine explique peut-être en partie cette situation. N'avons-nous pas tous entendu : « si tu ne travailles pas tu finiras médecin du travail ! » Pourquoi cette spécialité est-elle dénigrée ? Dans nos esprits c'est quoi la médecine du travail ? Un médecin qui s'occupe du travail ? Mais que fait-il au quotidien ?

Pourquoi ont-ils choisi cette spécialité ? Choisir n'est d'ailleurs pas le verbe adéquat pour la majorité d'entre eux. Ils ont plutôt découvert cette spécialité. Certains guidés par des inconditionnels du métier qui ont su par leurs arguments, faire apprécier leur travail. La part d'inconnu a aiguisé la curiosité des autres qui se sont lancés à l'aventure. La plupart précise qu'ils ont découvert une spécialité très intéressante voir passionnante, ce qui se traduit pour certains par un engagement ultérieur très fort. Ils ont trouvé là une médecine aux diverses facettes qui leur ouvrait d'autres perspectives avec une vraie approche globale. D'autres ont

apprécié le côté « confortable ». La « qualité de vie » en tant que médecin salarié ressort dans plusieurs interviews. Beaucoup de MT ont eu un autre parcours professionnel avant d'arriver à la médecine du travail, avec des contraintes difficiles à associer à une vie de famille. Contraintes qui ne correspondaient pas au confort de vie souhaitée. En médecine du travail, ils ont trouvé un cadre d'exercice qui leur correspondait.

En découvrant cette spécialité, ils s'accordent tous à dire qu'ils ont dû développer de nouvelles compétences. Qu'il a été intéressant d'avoir en outre une approche globale de l'entreprise, faire de la prévention, d'éviter les maladies professionnelles mais aussi une vision individuelle du salarié avec des visites régulières.

5.2.2. Une spécialité avec des missions complexes et multiples

Le MT contrairement aux autres médecins dont l'activité s'effectue la plupart du temps dans l'espace étroit, restreint d'un cabinet ou d'un bloc opératoire avec quelques rares passages à domicile, est beaucoup plus ouvert sur le monde. De la même manière il a réellement une pratique transdisciplinaire qui l'oblige à se confronter à de nombreux champs, à de nombreux acteurs et ce dans une posture complexe où ils conseillent plus qu'ils ne gèrent.

En effet les MT en plus des visites médicales annuelles qu'ils font passer à tous les salariés d'une entreprise, ont un rôle de prévention primordial de la santé au travail. Cette prévention ne se centre pas uniquement sur l'individu mais implique l'étude et la surveillance des conditions d'hygiène et de sécurité au travail, des risques de contagion (article L. 4622-3 du Nouveau Code du travail). ([DR36]). Elle implique aussi de mener des enquêtes sur les risques et les conditions de travail et éventuellement de proposer des aménagements.

Ces enquêtes lui permettent d'avoir des arguments et non pas une simple impression pour conseiller chef d'entreprise, salariés, représentants du personnel et du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). L'enjeu est bien de fonder ses propositions sur une démarche, une méthode, une équipe. Il peut ainsi jouer un rôle pour améliorer les conditions de vie et de travail dans l'entreprise, d'adaptation des postes, techniques et rythmes de travail à la physiologie du corps humain et de protection des salariés contre les nuisances.

Ainsi dans la pratique comme le suggère C. DEJOURS, ([DR37]), lorsque le MT constate une altération de la santé mentale et/ou physique d'un salarié et qu'il suppose qu'il y a un lien éventuel avec les conditions de travail, le médecin du travail « doit réaliser » une étude du poste et alerter les employeurs sur les risques sanitaires professionnels. Ne pas oublier cependant comme le rappelle C. DEJOURS et le MT interviewé que « mener une enquête » est tout sauf simple, il peut y avoir de la méfiance voir de l'hostilité. Il faut savoir développer de nombreuses compétences : savoir observer, savoir construire la relation de confiance, savoir montrer qu'on n'est pas « le médecin du patron », ni le médecin « des syndicats ». Savoir donc négocier avec l'ensemble des partenaires, tenir compte de tous les enjeux, avoir une méthode bien élaborée, voir même en cas de suicide en entreprise construire une équipe.

Après avoir mené son enquête qui peut prendre différents niveaux, différentes ampleurs en fonction de l'importance du problème posé, il peut discerner les responsabilités

et savoir quelle logique priorisée, l'histoire personnelle, les conditions de travail ou bien articuler les deux. Il doit alors orienter le salarié en souffrance vers un spécialiste adéquat. Et si un lien apparaît avec les conditions de travail, réfléchir au moyen de faire évoluer la situation et protéger le salarié. Le MT doit donc savoir s'adapter et trouver la solution adéquate à la situation. Il dispose pour cela de plusieurs stratégies en fonction des circonstances : l'incapacité temporaire ou définitive au poste ou à tout poste de l'entreprise, l'adaptation de poste ou le changement de poste, la déclaration en maladie à caractère professionnel. Et aussi le versant sanitaire avec l'adressage au MG, au psychologue, au psychiatre, aux unités spécialisées au travail. Mais il peut aussi mobiliser les employeurs, les responsables de ressources humaines, les ergonomes, les inspecteurs du travail, le CHSCT, le médecin conseil, les syndicats, les avocatsLe MT est vraiment à l'interface non seulement de nombreuses disciplines, mais aussi de nombreux acteurs. S'il n'est pas décideur, il peut jouer un rôle essentiel de médiateur, surtout s'il trouve le bon équilibre entre l'aspect biomédical, l'aspect technique de la prévention et les sciences humaines et sociales de son rôle.

Enfin le MT doit aussi avoir une vision globale et ne pas se centrer que sur les cas particuliers. Ainsi il établit un rapport annuel d'activité qui sera transmis au CHSCT et dans lequel devra figurer l'éventuel accroissement des indicateurs de souffrance organisationnelle (augmentation de la fréquence et de la gravité des urgences sur les lieux de travail pour conflit aigu, violence, passage à l'acte, tentative de suicide, décompensation psychiatrique aiguë, augmentation des pathologies somatiques et psychiques). Il peut aussi établir un rapport sur les mesures à prendre pour faire de la prévention primaire et éviter les accidents du travail ou maladie professionnelle. Avec les médecins de santé publics, il fait partie des rares médecins qui ont la possibilité de prendre de la hauteur et qui peuvent remettre du collectif là où ne règne souvent que la responsabilité individuelle. Ce qui dans une société qui a tendance à tout focaliser sur les individus, représente un véritable atout. Il peut ainsi établir un lien entre l'individu et le collectif et permettre au salarié de sortir de son isolement. De ne plus porter seul le poids de sa souffrance, de ne pas s'imaginer seul responsable de ce qui lui arrive. Le MG, quant à lui, peut percevoir ce lien, mais il ne peut rester qu'au niveau de l'individu, il est limité dans ses capacités de compréhension de la situation et d'intervention.

Ainsi, si le MT ne prodigue pas de soins dans son cabinet à la différence du médecin généraliste, il maîtrise tout un champ d'action et de connaissances essentielles à la santé des salariés. En insistant beaucoup d'ailleurs sur leur connaissance du milieu travail du MT et leur volonté d'informer les MG, il montre une des particularités de leur rôle : ils sont des intermédiaires, des médiateurs entre plusieurs mondes. Ils peuvent donc connecter les MG au monde des sciences humaines et sociales à travers leurs connaissances théoriques et aussi pratiques. Ils peuvent leur donner ainsi des outils et moyens très concrets pour élargir leurs champs de vision et s'affranchir un peu plus de la logique biomédicale.

5.2.3. Une spécialité avec des rôles complexes et multiples

Les portraits des MT nous montrent des acteurs aux multiples visages et enjeux. Enjeux que chacun d'entre eux s'approprient à sa manière.

5.2.3.1. *Conseil, prévention, expertise, ...*

Outre son rôle de conseiller auprès de l'employeur, le MT se met dans un rôle d'expert (les vérifications d'aptitudes particulières liées à chaque entreprise) ainsi que de prévention sur l'hygiène et la sécurité des conditions de travail : différentes campagnes de mesure de nuisances au travail et de protection individuelle et collective... Il est aussi fortement impliqué dans la mise en œuvre des mesures d'hygiène dans l'entreprise.

Il peut prendre aussi très à cœur son devoir d'information des salariés au sein des entreprises. Les risques sanitaires spécifiques de tel ou tel travail sont souvent méconnus, et les rappeler permet souvent d'éviter des déconvenues, voire des drames.

Il est certes difficile d'enfermer un médecin dans une catégorie bien définie, mais cette facette nous renvoie au « médecin technique » décrit par N.DODIER ([DR39]). C'est-à-dire un médecin qui privilégie la prévention et la gestion des risques.

5.2.3.2. *Au service de cette « grande famille » que forment l'entreprise et les salariés*

Le MT partage son temps de travail de façon à effectuer un suivi individuel des salariés (visite d'embauche, de pré-reprise, de reprise, rédaction de fiches d'aptitude, d'inaptitude) et un suivi collectif en tiers temps (réunion dans l'entreprise, CHSCT, visites de postes , suivi d'enquêtes)

5.2.3.3. *Médecin militant...*

Les MT sont peut-être confrontés encore plus que les autres ; aux difficultés de ne se limiter qu'à la clinique et au somatique: « *C'est vrai que la santé ce n'est pas que le diagnostic et traitement* ». Quelques-uns semblent très investis dans leur travail, et participent à toute sorte de formations pour compléter leurs acquis. La médecine du travail ne peut pas se passer du lien entre le social et la santé, il faut creuser du côté de l'économie de la santé, de la psychologie. Ces médecins montent des groupes souvent très actifs, qui se réunissent, pour mettre en commun leur vécu et discuter des situations auxquelles ils sont confrontés pour trouver une solution. On retrouve dans son discours une proximité du droit et de l'inspection du travail. Un peu comme « le médecin civique » à N.DODIER. ([DR39]) C'est-à-dire un médecin proche des salariés, pouvant faire fonction de porte-parole au sein de l'entreprise, travaillant avec les délégués, qui considèrent les plaintes des salariés comme des protestations justifiées.

5.2.3.4. *A l'opposé on trouve des médecins qui sont en retrait*

Tous les MT ne sont pas sur le même registre d'action, et certains préfèrent privilégier l'aspect technique de la prévention qui fait plus consensus et entraîne moins de conflits potentiels qu'une enquête sur les conditions du travail. Ils ne provoquent pas alors les situations qui pourraient les mettre en difficulté. Il reste centré sur son cabinet médical et peu axé sur les entreprises.

5.2.3.5 « *Médecin des patrons* » ou « *médecin rouge* » ?

Chaque MT a aussi une vision des enjeux économiques, et aussi ses propres engagements politiques comme le souligne P. MARICHALAR ([DR38][DR37]). En sortant de son bureau, il entre directement dans l'univers de l'entreprise, il peut donc, s'il le souhaite, être un spectateur privilégié de dysfonctionnement, de beaucoup de souffrances, dont certaines sont souvent invisibles. Doit-il se centrer prioritairement sur les aspects collectifs ou sur la santé individuelle ? Doit-il, et/ou peut-il rester neutre ou devenir un lanceur d'alerte ? Doit-il développer un combat comme C. DEJOURS ? Se réfugier derrière la neutralité du scientifique, mais n'est-ce pas aussi une manière de prendre parti ? Comment effectue-t-il ce choix, selon quelle logique ? Comment le fait de se retrouver pris entre deux feux influence-t-il sa pratique ?

Il ne s'agit pas bien sûr dans le cadre de cette thèse de répondre à ces questions mais de montrer que le MT est au centre d'enjeux complexes, tiraillé entre des acteurs qui ont des logiques opposées, où il est parfois plus difficile de prendre la posture neutre et distanciée du scientifique. Il est pleinement un médecin qui travaille au cœur de la cité.

Au final les rôles du MT sont donc à l'image de leurs missions, multiples, variés, ambivalents et complexes. Ces rôles lui donnent la possibilité d'être un "passeur" de connaissance et de pratique, et aussi "un passeur" entre des acteurs différents qui ne se rencontreront jamais. Ils peuvent faire ouvrir des champs d'actions, des champs de réflexion et faire émerger des questionnements. Ce qui peut être très utile pour des MG un peu trop enfermés dans leur cabinet et qui peut les aider à proposer concrètement une approche globale à leurs patients.

Il ne faut pas oublier cependant, comme le montre les interviews, que chaque MT s'investit à sa manière dans ces différents rôles, ce qui peut expliquer des ressentis et des vécus de salariés très différents.

5.2.4. Les MT, un rôle charnière et difficile dans les souffrances mentales au travail

Le MT joue un rôle particulier dans la prise en charge de la souffrance mentale au travail, qu'il faut savoir bien identifier. En effet, il est un acteur clé dans ces situations. Seul le MT peut établir un lien entre l'état de santé d'un salarié et les conditions de travail dans l'entreprise. Il semble le mieux placé pour diagnostiquer une pathologie se rattachant au travail, grâce à ses connaissances médicales, ses connaissances sur les risques professionnels, sur les conditions de travail et sur la législation. Il est l'acteur principal lorsqu'il faut alerter l'inspection.

Hors, au travers de nos interviews, on se rend vite compte que le MT n'est pas souvent sur le devant de la scène pour ces situations. Ces dernières peuvent évoluer depuis des mois, sans que le MT n'en soit averti. Les patients/ les salariés vont consulter leur médecin généraliste en priorité. Pourquoi cette réticence à aller consulter le MT, pour un problème lié au travail ?

Une des principales causes semble être la difficulté des salariés à faire confiance à leur MT. Pourtant cette confiance est essentielle pour la relation salarié / médecin ? Pourquoi

cette crainte ? Nombreux sont les salariés qui n'osent pas parler au médecin du travail, convaincus que celui-ci est "du côté du patron".

Le MT a donc un rôle très difficile, et il doit trouver le bon équilibre. Il doit être crédible tant devant l'employeur que devant les salariés. ([DR40]) ([DR41]). En effet, la médecine du travail est une institution en crise, crise causée en partie par des doutes récurrents sur son indépendance vis-à-vis des employeurs. Il faut réaffirmer l'indépendance des services de santé au travail. Comprendre comment au-delà ils jonglent avec cet équilibre, est ce qu'ils y arrivent tous et de quelle manière ? Il y a encore ici un champ d'étude à explorer.

Ne pas en rester au stade du constat et analyser cette situation en profondeur semble essentiel car dans les faits, l'absence supposée d'indépendance est dénoncée très souvent par les salariés. En effet comment faire confiance à un médecin installé dans les locaux de l'entreprise ? N'est-il pas nécessairement du côté de l'employeur dès qu'un problème interviendra entre deux salariés, un présumé harceleur, un présumé harcelé, ou entre un salarié et la direction ?

La situation est d'autant plus difficile que, lorsqu'un salarié est en souffrance, la tendance est généralement à voir tout en noir. Il ressent le besoin d'une aide immédiate, de réponse simple, efficace, rapide. Il est dans l'urgence, surtout que l'entreprise dans laquelle il s'est investi est devenue un milieu qu'il perçoit comme hostile. Comment peut-il alors avoir le temps ou l'énergie de comprendre la complexité et la difficulté du rôle du médecin qu'il a en face de lui ?

5.3. LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL : UNE ENTITE COMPLEXE AUX MULTIPLES DIMENSIONS

5.3.1. Un cadre complexe : les dimensions sociales et économiques

Vouloir comprendre, voir même définir la souffrance mentale au travail suppose de sortir d'une logique de chapelle, ce qui n'est pas toujours fait. En effet si la plupart des acteurs de terrain ont probablement conscience qu'il existe derrière la souffrance mentale au travail, des enjeux sociaux, économiques et politiques très importants, que savent-ils réellement de ces enjeux et comment intègrent-ils ces dimensions dans leur pratique ?

A.BEVORT et A.JOBERT rappellent dans leurs ouvrages ([DR42]) l'importance des bouleversements récents qui ont traversé le monde du travail. Depuis la crise économique et sociales des années 1970, le salariat a subi de nombreuses mutations avec entre autres : le déclin de nombreuses activités industrielles à forte tradition ouvrière, la tertiarisation de l'économie, le développement du chômage de masse, le recours croissant à la sous-traitance, les délocalisations, la désyndicalisation, le développement de la mondialisation qui éloigne les centres de décision et décourage les revendications....

Ces évolutions se sont accompagnées, surtout à partir des années 1980 d'une transformation considérable de l'organisation du travail. Les modèles « tayloristes » et « fordistes » sont progressivement remplacés par un modèle venant du Japon, le « toyotisme

», qui vise les « cinq zéros » (zéro défaut, zéro délai, zéro panne, zéro stock, zéro papier). Dans ce modèle il s'agit de produire bien, du premier coup, en quantité et en qualité, la production nécessaire, et cela sans faire d'erreurs. Ce changement de modèle s'accompagne d'une gestion des personnes de moins en moins collective et de plus en plus individualisée avec le développement des bilans de compétences, l'individualisation des rémunérations, des horaires, des contrats avec pour conséquence selon U.BECK « la dé-standardisation du travail (du contrat, du lieu, de la durée) et l'affaiblissement de l'identité collectif au travail. De plus ce nouveau type d'organisation centre sur l'individu la mesure du travail au détriment de toute approche collective» ([DR43]).

De manière tout aussi logique, les attentes vis-à-vis du travail des salariés se sont transformées, nous passons progressivement du modèle de la qualification à celui de la compétence :

- le modèle de qualification :
Repose sur la stabilisation des relations entre capacité individuelle, ancienneté et poste de travail. Le management fordien implique : conformité, subordination stricte, séparation claire des rôles, évaluation par des règles impersonnelles, avec au bout la promesse d'une carrière inscrite dans les grilles de classification.
- le modèle de la compétence :
Émerge dans les années 1980 et repose sur une logique de mouvement, il valorise : engagement, subjectivité, autonomie, organisation apprenante, personnalisation de l'évaluation. Il s'appuie fortement sur l'implication des salariés et valorise autonomie, coopération, et responsabilité. La promesse est celle de la réalisation de soi, elle s'inscrit dans une logique libérale où le salarié est un entrepreneur en charge de son destin professionnel.

Aucun de ces deux modèles n'est en lui-même ni bon ni mauvais, protecteur ou générateur de souffrance. Ils sont adaptés à certains salariés et beaucoup moins à d'autres et reflètent le changement d'exigence que l'employeur a vis-à-vis de ses salariés. Ces modèles permettent de comprendre aussi l'évolution de la souffrance au travail. En effet alors que le travail devient de moins en moins dur physiquement, les motifs de malaise et de souffrance psychique se multiplient. L'évolution vers le modèle de la compétence permet de comprendre que la compréhension de la souffrance mentale au travail et du harcèlement moral est bien plus complexe, qu'une simple explication individuelle centrée sur l'histoire d'une personne, qui serait confrontée à des conditions particulièrement difficiles de travail à cause d'un "pervers". Comprendre la souffrance mentale au travail suppose de saisir l'évolution de l'organisation du travail, l'influence du contexte social sur l'individu pour savoir à quelle logique il est vraiment confronté. Re-contextualiser peut donc influencer la stratégie de prise en charge.

Puisque le salarié cherche à s'épanouir au travail et donc à y construire son identité, le schéma se complexifie encore car il y a moins de séparation entre travail et vie privée. Le travail peut s'inviter à la maison, la vie personnelle peut s'inviter au travail en particulier grâce aux nouvelles technologies. Comme les frontières sont un peu plus poreuses, comprendre la souffrance mentale au travail suppose de prendre en considération, d'intégrer les variables extraprofessionnelles telles que le rôle de la personnalité du salarié, (face à ces situations de souffrance, certains se résignent, d'autres se rebellent ou instrumentalisent l'entreprise,

d'autre s'investissent encore davantage et aimeraient en contrepartie davantage de reconnaissance), son histoire, ses problèmes sociaux et/ou familiaux... La souffrance mentale au travail repose sur des enjeux de construction identitaire. Comment hiérarchiser les différents enjeux ? Il s'agit encore une fois d'un enjeu essentiel, car pointer le projecteur sur le travail ou la famille, n'entraîne pas le même type de prise en charge. Faut-il d'ailleurs sélectionner une des situations ou savoir proposer des stratégies qui prennent en compte les deux enjeux ?

Nous voyons bien ici la complexité qui peut se cacher derrière le concept de risques psychosociaux. S'ils constituent une problématique incontournable de la santé au travail et si les médecins tant généralistes, MT, psychiatres que psychologues, ont un rôle à jouer pour prendre des mesures concrètes de vigilance et de prévention, il faut savoir intégrer les dimensions sociales et culturelles, ce qui ne contribue pas à simplifier la définition de la souffrance mentale au travail.

5.3.2. Un tableau clinique par les acteurs de terrain flou et non homogène

La douleur ou la souffrance est si familière à chacun, qu'une définition préalable paraîtrait inutile et superflue. Pourtant quand nous demandons aux médecins d'en donner une définition, la réponse reste floue.

Les termes employés pour parler de ces symptômes varient d'une interview à l'autre. Un coup ils nous parlent de souffrance au travail, un autre de souffrance mentale au travail, ou de souffrance morale au travail mais aussi de souffrance psychique au travail. Quoiqu'il en soit, attribuer au travail la responsabilité de la souffrance, est difficile. Les termes ne sont pas neutres, par exemple : utiliser la notion de « mentale » renvoie plus directement vers la pathologie, le trouble psychique. Utiliser la notion de « morale » ouvre davantage le champ et laisse une plus grande place au social, aux valeurs. L'utilisation même du mot « souffrance », qui est un terme vague au regard de la pratique des médecins et qui peut recouvrir de nombreux tableaux cliniques, n'aident pas donc pas forcément à éclaircir la situation. L'expression « au travail » est tout aussi vague. Que recouvre-t-elle ? Un contexte ou une cause ? Existe-il un intérêt à ne pas être plus précis ? Il faut toujours déconstruire les concepts pour comprendre pourquoi tel mot a été choisi et pas un autre ; et ce que cela implique.

Pourtant la souffrance au travail a été définie par l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) en 2005 comme « une dépression réactionnelle professionnelle en lien avec les contraintes organisationnelles et sociales de l'entreprise, souvent déclenchée en réaction à des comportements identifiables de collègues ou de supérieurs hiérarchiques ; la conviction que le niveau atteint de dégradation ne peut plus évoluer positivement marque l'entrée dans la souffrance », mais cette définition est-elle partagée ? Est-elle connue ? Pourquoi tant de termes et un terme vague pour une même problématique, alors que si on suit cette définition la souffrance mentale au travail est clairement assimilée à une dépression déclenchée par des conditions de travail dégradées.

L'analyse floue des termes et la manière dont ils peuvent être interprétés par les différents acteurs, fait sens. Car d'une part le fait de définir la souffrance mentale au travail soit comme un symptôme, soit comme une pathologie, et d'autre part la manière de relier cela avec le contexte, ont des conséquences importantes pour le type de prise en charge.

Il y a donc deux questions essentielles : celle du tableau clinique et celle de "l'étiologie".

5.3.2.1. La souffrance mentale au travail : un cadre général, des symptômes ou une pathologie précise ?

Comment les médecins peuvent-ils s'approprier dans leur pratique le terme vague de souffrance, surtout s'ils ne connaissent pas la définition de l'ANACT ? En effet, les études de médecine apprennent aux étudiants à traiter le symptôme comme un signe de dysfonctionnement ou d'un malaise, le signe « d'une pathologie » dont souffre la personne qui vient consulter. Elles apprennent avant tout au futur médecin à observer des signes, à construire des tableaux cliniques puis après éventuellement, si une étiologie est retrouvée, à poser un diagnostic.

Le rôle du médecin est donc d'écouter, de réaliser un examen et à partir de là, d'établir un constat à partir de ce qu'il a observé : une fatigue, un épuisement, des douleurs somatiques diffuses, une anxiété avec des degrés plus moins variés, un stress, un trouble de l'humeur, une dépression, mais aussi une bouffée délirante, un délire paranoïaque ou une addiction à l'alcool, au tabac, voire à la cocaïne. Ces symptômes peuvent être rassemblés, selon les MT interviewés comme pathologies de surcharge du fonctionnement psychologique, mental, cognitif, puis être classifiées dans des tableaux précis comme le burnout, la dépression mélancolique, la dépression réactionnelle la névrose traumatique, la paranoïa situationnelle.

Dans sa pratique le MG est beaucoup plus habitué à traiter des symptômes que des pathologies avec des causes bien identifiées ; cependant peut-il réellement intégrer dans sa démarche clinique un concept aussi large ? En effet comme la souffrance peut recouvrir des tableaux cliniques très variés et pas seulement une dépression réactionnelle, il n'est pas évident dans la clinique face au patient de s'approprier réellement le terme de souffrance mentale au travail.

La question est bien de savoir si pour la plupart des médecins, la souffrance mentale au travail est limitée à la définition de l'ANACT ou s'il s'agit d'un cadre général, générique qu'il doit expliciter. Il ne faut donc pas se limiter à poser une définition mais bien d'analyser de quelle manière les acteurs se l'approprient ou non, comment ils se servent de la notion de souffrance mentale au travail, du sens que cela peut avoir d'être sur le registre du symptôme ou d'un cadre nosographique précis, et comment cela influence sa pratique.

5.3.2.2. La question de l'imputabilité : un contexte ou une cause ?

L'expression « au travail » est elle aussi générale. Elle peut être interprétée de plusieurs façons. En effet « au travail » se rapporte-t-il à un contexte, une relation, un lien, une imputabilité, une cause, une étiologie ? Comme il y a un enjeu très fort à relier l'état de santé ou non aux conditions de travail, on a l'impression qu'il faut pouvoir presque dire sans dire. En effet, se contenter de mettre les conditions de travail en arrière-plan et se concentrer principalement sur les conséquences sur la santé, peut paraître insuffisant, car cela renvoie tout sur le patient. À l'opposé, indiquer une causalité, une étiologie, serait faire prendre au

médecin un risque juridique, voire entrer dans des conflits politiques. Comment trouver le bon équilibre ?

MT et MG se retrouvent chacun à leur manière confrontés à une injonction paradoxale : devoir aider le salarié, le patient, en tenant compte de l'ensemble de la situation, tout en étant eux-mêmes, dans un entre-deux, qui les somme de ne pas prendre parti. Il faudrait soigner, aider le patient sans bouleverser l'équilibre de l'entreprise. Le flou peut donc avoir ses bons côtés. Cependant avec l'expression « au travail », que chacun peut interpréter à sa manière, la souffrance mentale au travail sera prise en charge en fonction de la manière dont le soignant souhaite s'impliquer, ce qu'il pense être légitime dans son rôle.

Le choix des mots n'est donc pas anodin, il faudrait creuser par une autre étude afin d'analyser en détail comment les acteurs de soin s'approprient ou non de telle manière le concept « de souffrance mentale au travail »

5.3.3. La souffrance mentale au travail un enjeu aussi juridique

Une fois le contexte social et économique précisé et après avoir discuté des enjeux cliniques pour les praticiens, le véritable enjeu pour les salariés-patients et les employeurs est de savoir, si derrière la souffrance mentale au travail, il y a ou non un problème d'harcèlement. C'est donc la question des rapports entre la santé et le droit qui se trouve ainsi posée.

Dans plusieurs interviews, la place du droit a été rappelée. Ainsi l'Inspection du Travail est aussi un acteur clé, que le MT doit savoir interpeler. De plus à la vue des évolutions de la loi, l'inspecteur du travail doit se sentir autant impliqué par la souffrance mentale, que par la douleur physique des travailleurs. En effet, sous les textes de portée générale, au premier rang desquels figure l'article L.230-2 du Code du Travail modifié par la Loi de Modernisation Sociale du 17 janvier 2002 ([DR24]), on évoque désormais « la santé physique et mentale » au lieu d'une terminologie plus restrictive d'hygiène, sécurité et conditions de travail. Il n'y a donc pas lieu d'opérer, a priori, une différence de traitement dans les missions, entre ce qui relève de la santé physique ou de la santé mentale.

Mais c'est avec la Loi de Modernisation Sociale qu'intervient la législation sur le harcèlement moral au travail. Et le Dr MARGUET de compléter : *« le CHSCT est le seul à avoir la possibilité de faire appel à un expert agréé pour faire un diagnostic. Il y a eu des procès suite à un refus de l'employeur, mais les tribunaux ont dans l'ensemble donné raison aux salariés. C'est d'ailleurs comme ça que le terme "mental" est rentré dans la loi, suite à des jugements sur des demandes de diagnostics par des experts sur la souffrance. De son côté, le harcèlement est juridiquement défini, ce qui le rend distinct en droit de la SMT. La "souffrance mentale" est maintenant un concept tout à fait opérant, très distinct du "harcèlement", lui aussi juridiquement défini. ([DR44]).*

La jurisprudence fait évoluer nos regards et nos pratiques sur la souffrance mentale au travail, cela risque de modifier grandement les modes de prise en charge. Comment les métiers de MT et MG doivent-ils se profiler face à ces évolutions ? Comment tenir compte et intégrer les enjeux juridiques des patients ? Sans oublier que les employeurs se tiennent à

l'affût. La souffrance mentale au travail peut décidemment entrainer les médecins à sortir de leurs cabinets !

5.4. LA COMPLEXITE DU SALARIE FACE A LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL

Près de sept salariés sur dix interrogés considèrent que la qualité de vie au travail s'est dégradée au cours des cinq dernières années. 6% seulement jugent qu'elle s'est améliorée. Les salariés pointent du doigt le manque de temps et de moyens pour faire leur travail, alors que les exigences de leur employeur restent les mêmes, voire progressent. Cela « se répercute sur l'ambiance et le stress », souligne l'étude. Les salariés se plaignent aussi d'une moindre reconnaissance, notamment financière. (sources [DR45]).

5.4.1. La dimension clinique

Fatigue, épuisement physique, envie de pleurer, brulures d'estomac, mal au ventre, migraine incessante, douleur musculaire, mal de dos. Ce sont les plaintes les plus fréquentes des patients interviewés. Les patients ont du mal à rattacher leurs symptômes à leur situation de souffrance. Mais lorsque l'état de stress chronique se pérennise, les symptômes peuvent s'aggraver et des pathologies apparaître : hypertension artérielle, troubles métaboliques, pathologies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques et problèmes de santé mentale. Enfin, deux conséquences spécifiques de situations de travail pathogènes peuvent être observées : l'épuisement professionnel ("burnout") et l'état de stress post-traumatique. (Source INRS)

Certains d'entre eux ont vu leurs collègues changer de comportement. La peur s'est glissée peu à peu dans le quotidien. La moindre remarque aussi petite soit-elle, est mal interprétée. Les comportements ont évolué avec entre autres une surconsommation de médicaments psychoactifs et l'apparition de conduites addictives.

5.4.2. La dimension psychologique

Le regard croisé présenté ici est limité et repose sur trois interviews, en raison du cadre de la thèse de médecine. Trois interviews ne permettent en aucun cas une analyse précise, mais peuvent interroger le discours des MT en leur proposant un miroir. Le débat peut ainsi être amorcé et devra être poursuivi.

Les trois patients interviewés sont des personnes fragilisées par la situation qu'ils viennent de vivre. Pourtant ils se décrivent comme des caractères forts, rebelle dans l'âme, capable d'avoir des rapports de force lorsque la situation ne leur convient pas. Ils sont perfectionnistes jusqu'au bout des doigts (dossiers faits en temps et en heures, missions menées à bout) ; l'échec est impossible à concevoir. Mais en retournant ce miroir, on découvre une sensibilité à fleur de peau, très développée. Donc, quand ils réalisent que la situation les mène vers l'échec, ils ont du mal à l'accepter et surtout à "lâcher prise", ils veulent continuer à garder la maîtrise.

La situation vécue au travail les a poussé vers un épuisement moral. Un sentiment de peur est apparu, peur de tout et de rien, peur pour leur santé, peur de faire un malaise, mais aussi peur de mal faire, d'être poussé à la faute grave. Cette accumulation de faits provoque une situation où les gens craquent, poussés à bout jusqu'à un point de non-retour.

5.4.3. Le travail pour les salariés

Quand on demande une définition du travail aux salariés, ils disent que leur travail est leur lieu d'épanouissement, une manière de dire « j'ai réussi quelque chose ». Dans cette logique, les enjeux de reconnaissance sont essentiels. Les salariés interviewés sont tout à fait prêt à jouer le jeu et à intégrer le modèle de la compétence. Cependant, ils attendent en échange, semble-t-il, un monde du travail idéal, où aucun reproche ne serait fait ; un véritable lieu d'échange, de coopération et d'accompagnement, où leur engagement recevrait la reconnaissance qui se doit. Ce désir est tout sauf illogique et permet probablement de booster leur motivation au jour le jour. Il faut en effet savoir trouver l'énergie chaque jour pour aller travailler. Comment conserver cette motivation lorsque les situations provoquent du stress ? Stress qui est défini par Y.CLOT ([DR46]) « il y a stress lorsque l'organisation ne donne plus aux salariés les moyens de faire un travail de qualité ».

Le problème est peut-être que le travail ne ressemble pas tout à fait à la réalité vendue par le modèle des compétences, bien que les exigences vis-à-vis du salarié soient bien toujours là. En effet le travail n'est pas une entité à part entière et dans leurs interviews les salariés semblent le découper comme suit : des relations, une forme et une organisation. Ces enjeux constituent les éléments à partir desquels le salarié essaie de construire son identité au travail et qui sont mis à mal en cas de souffrance mentale au travail. Détaillons-les :

- les salariés attachent une importance aux relations de travail dans l'entreprise. Ils sont à la recherche d'une ambiance conviviale, un peu familiale, d'un respect de la personne, d'une écoute attentive, d'une forme de reconnaissance. Ils souhaitent pouvoir participer aux décisions qui les concernent quand cela est possible. Mais en situation de souffrance mentale au travail, c'est tout le contraire qu'ils décrivent. Ils sont confrontés alors à une mauvaise ambiance, une pression trop forte et trop pesante. Des conflits entre collègues peuvent créer des tensions extrêmes. Les employés sont capables de se jeter des "bâtons dans les roues", soit car ils ne supportent plus cette cohabitation imposée, soit parce qu'ils sont pris dans l'engrenage de la concurrence. Un système de défense individuel peut se mettre en place et les relations au travail deviennent un poison qui mine peu à peu.
- la forme du travail est un autre point important. Le salarié recherche un certain degré de responsabilité, une variété des tâches à effectuer, mais pas trop, et donc une forme d'autonomie. Cette logique s'intègre dans le modèle de la compétence. Si les salariés apprécient un certain degré d'individualisation, et un travail avec autonomie, responsabilité, participation à la réflexion avec une réelle implication personnelle dans la réussite du projet de l'entreprise, ils ont leurs limites. En effet, cette logique qui répond a priori à la demande des employeurs, fait courir le risque "d'imputer" au seul salarié la responsabilité de sa propre réussite, et de lui faire subir toute la pression. La question que soulève les salariés, n'est pas celui du modèle de la compétence auquel

ils semblent adhérer, mais plutôt celui de ses limites. Que faire lorsqu'il ne tient pas ses promesses, voire qu'il dérape et qu'au lieu de développer son autonomie, le salarié ne récolte que conflit et responsabilité usante, qui le mettent dans une impasse totale ?

- l'organisation du travail est aussi un point essentiel dans leurs discours. Les salariés ne critiquent pas l'organisation en elle-même sauf en situation de SMT. Le salarié voit sa charge de travail augmentée, avec un temps imparti pour le réaliser qui reste le même, sans compter l'augmentation des pénibilités. Il y a aussi des dysfonctionnements de l'organisation avec des objectifs infaisables ainsi que des changements incessants de stratégies au niveau de la direction, sans se poser la question des répercussions sur les employés. Enfin, les salariés perçoivent des problèmes de management avec "un management par le stress", qu'ils définissent ainsi : un management agressif, qui sélectionne par la peur. Une sélection non pas par la répression, mais par le burnout. Burnout qui guette tout le monde insidieusement, les suicides au travail n'en étant que l'écume. Il s'agit d'une technique de gouvernance, dont le but peut être parfois de pousser à la démission. Ce type de management est aussi une forme de contrôle comme l'explique C. DEJOURS, chacun est alors obligé de s'approprier ce contrôle, de faire sienne l'auto-évaluation et de s'autocensurer. Dans cette logique chaque salarié, inconsciemment, attend que son voisin craque le premier et parte avant lui.

5.4.4. Le parcours du salarié en cas de souffrance mentale au travail

Le médecin généraliste se retrouve en première ligne. Il s'agit souvent du premier soignant, voire de la première personne, auprès duquel les salariés arrivent à se confier. Ils présentent alors leurs plaintes avec divers symptômes : fatigue, épuisement, signes cliniques, mal de dos, amaigrissement...

D'autres, en premier ou après avoir consulté leur médecin généraliste, vont aller "se plaindre" auprès de la direction. Ils lancent ainsi un appel au secours auprès de la direction, pour essayer de traiter le problème à partir du point qu'ils considèrent être la source, pour tenter de les faire réagir. Des mesures peuvent alors être mises en place comme un suivi psychologique, un changement de poste, un essai de médiation. À noter que lorsqu'un suivi psychologique est proposé, une crainte persiste vis-à-vis de cette prise en charge psychologique. En effet puisqu'elle est proposée ou demandée par la direction, un doute plane dans les esprits, avec la peur d'être surveillé au sein même de l'entreprise. D'où un suivi mal vécu par les salariés.

Dans les interviews le MT semble avoir un rôle marginal et arrive après bien d'autres interlocuteurs. Certains ont trouvé que le MT pouvait donner de bons conseils, d'autres ont ressenti un intérêt très limité de la part de leur MT pour leur mal-être, avec une focalisation sur les troubles somatiques et une absence de prise en charge de leur souffrance psychique. Ils attendaient qu'on prenne leur dossier en main, d'être suivi, pour avoir un appui au sein de l'entreprise. Ils se retrouvent en partie déçus du peu d'action de leur MT.

Certains salariés ont fini par se plaindre auprès de l'entourage, mais cette démarche peut être faite quand la situation était déjà bien installée. Il existe une crainte première d'inquiéter l'entourage.

5.4.5. L'évolution psychologique

Le salarié passe par toute sorte d'état surtout au niveau psychologique. Le sentiment de culpabilité semble être le plus fort. Sentiment de ne pas être à la hauteur des demandes au travail. Dans un premier temps, il prend sur lui, essaye de créer des mécanismes de défense, quitte à gérer ce stress au détriment de sa santé et de se mettre en danger. Puis un sentiment de peur l'envahit, peur de s'arrêter. Il est dans ce contexte difficile d'accepter un arrêt de travail proposé par le MG, surtout si ce n'est pas le bon moment pour lui et qu'il craint d'avoir au retour des conditions de travail encore pire, avec une surcharge de travail et une peur de mettre les collègues dans la même situation.

La situation peut cependant évoluer très vite et d'un seul coup, face à une situation inacceptable, comme une tentative de suicide dans l'entreprise ou un échange qu'ils considèrent comme extrêmement agressif, ils prennent conscience de leurs limites et qu'ils ne sont pas les seuls à souffrir. Le mot d'ordre est alors de sortir du silence le plus vite possible, de sortir de cette situation de honte. Et pour cela une seule solution : raconter pour ne plus se cacher, et aussi pouvoir engager des poursuites quand les limites sont dépassées. La révolution consiste à dire STOP et de faire assumer à chacun ses responsabilités. À ce moment-là, le patient a besoin d'un MG très attentif, qui sait écouter, re-proposer un arrêt de travail et prendre le temps pour cet accompagnement particulièrement complexe.

5.4.6. La difficulté du médecin à gérer l'ensemble de ces dimensions

5.4.6.1. *Le médecin du travail*

L'entretien clinique du médecin avec ce type de salarié est une épreuve car il nécessite :

- **une écoute compréhensive, mais pas compassionnelle** : Il faut être aux côtés du salarié, mais pas de son côté ;
- **du temps**, pour comprendre, contextualiser, prendre en charge : Les informations recueillies se capitaliseront pour les salariés de la même entreprise et pour les cas identiques ;
- **un déroulé spécifique** qui doit permettre de reconstituer l'historique de l'entreprise, le parcours professionnel du salarié, la chronologie de la situation de travail avec la bascule entre vécu de conditions de travail "normales et vécu de conditions "anormales".

Une des difficultés pour le MT est de réussir à sortir de l'interprétation psychologique de la situation et du registre accusatif pour s'intéresser à tout ce qui passe au travail.

5.4.6.2. *Le médecin généraliste*

Le médecin généraliste doit faire attention de ne pas "victimiser" le patient afin d'éviter sa désinsertion professionnelle. Il s'agit d'avoir conscience que ces patients sont souvent très

investis dans leur travail. Ils auront du mal à accepter un arrêt de travail. Pourtant, celui-ci est essentiel, pour permettre au patient de prendre de la distance avec ce qui le fait souffrir.

Une des difficultés pour le MG est de présenter cet arrêt de travail, non pas comme un temps mort, mais plutôt comme une période de recul, pour lui permettre de se soigner, de comprendre et d'élaborer des solutions. Il faut savoir expliquer l'intérêt de l'arrêt de travail, et le re-proposer souvent et surtout au bon moment.

Une autre difficulté est qu'il fait face à des individus qui se disent harcelés. Certains peuvent même rechercher des bénéfices secondaires (ex. arrêt de travail...) ou espèrent s'exonérer de la responsabilité de déficiences ou de fautes professionnelles.

Ces situations cliniques chronophages et complexes nécessitent souvent des regards croisés.

5.4.7. Seule preuve : la parole du patient

Comment explorer la parole du patient ? Comment lui faire confiance et jusqu'où le suivre ?

Cette situation est très difficile parce que le MG ne dispose que de "la version du patient", qui peut raconter ce qu'il veut, tout en sachant comme l'a montré l'actualité, que le travail peut être sources de nombreux drames humains.

Selon les directives du conseil de l'ordre, le MG ne peut attester que ce qu'il peut constater ; les dires du salarié ne prouvent rien. Donc relier les difficultés professionnelles, et l'état de santé présenté par le patient, est impossible pour le MG. Cela peut le mettre en difficulté pour accompagner son patient alors qu'il a en face de lui une personne en souffrance, qu'il faut peut-être soustraire au contexte de travail pathogène. Le travail en coordination est ici essentiel : il s'agit de prendre contact avec le MT ou de lui adresser le patient avec un courrier en demandant si nécessaire un avis d'incapacité temporaire et une aide pour accompagner le mieux possible le salarié.

Seulement encore une fois, les choses ne sont pas simplement une coordination idéale comme on le voudrait. En effet pour certains MT et comme l'a montré l'enquête INPES ([DR52]), la confiance demeure posée, alors prendre contact avec le MT n'est pas toujours facile car le doute persiste : de quel côté est le MT ? Du côté des patrons ou des salariés ? Va-t-il vraiment "défendre" le patient, mener une enquête, voire même y aurait-il un risque pour le salarié ? Certains MG ont pris l'habitude de tester les MT, nous sommes alors très loin de l'injonction à travailler en coordination.

Comment tenir compte de la parole du patient, comment questionner le MT, comment lui suggérer de mener une enquête, montre bien tous les questions pratiques qui complexifie la prise en charge, l'accompagnement de la souffrance mentale au travail.

5.5. LE POINT SUR LA DIFFICULTE DE PEC

Comment le MT va-t-il rendre compte de l'impact des conditions de travail ? Pour cela il ne doit pas appréhender le salarié comme une personne unique mais comme un individu faisant partie d'un collectif de travail. S'il le traite en personne unique, il ne peut pas vraiment s'interroger sur les conditions de travail.

D'une manière générale, la reconnaissance d'une profession se construit à partir des liens qui se tissent localement entre les professionnels issus du même milieu. Les relations entre les professionnels de l'hôpital, la médecine de ville et la médecine du travail sont trop peu développées.

Ainsi, une enquête réalisée en 2008 par un service de santé au travail interentreprises ([DR47]) révèle que les médecins de soins ne connaissent pas les services de santé au travail de leur région (70%), qu'ils ont rarement - ou jamais - des échanges avec le médecin du travail de leurs patients (71 %), bien qu'ils estiment que 60 % des arrêts maladie ont souvent ou très souvent un lien avec le travail.

À travers les interviews nous constatons que les relations entre les MG et les MT sont de qualité inégale, alors que cette collaboration est nécessaire, ne serait-ce que dans une logique instrumentale pour favoriser par exemple le retour à l'emploi (prévention de la désinsertion professionnelle) ou encore pour lever les nombreux freins à la déclaration en maladie professionnelle.

Une autre étude sur le même sujet, au travers des exemples de pathologies somatiques([DR48] & [DR50]), souligne aussi la méconnaissance des principes et des procédures de déclaration, le manque de formation des médecins généralistes - qui n'ont pas accès à la réalité de l'entreprise et ne maîtrisent pas les différents mécanismes auxquels il peut être fait appel pour favoriser le maintien dans l'emploi des patients - et le manque d'outils pour les aider à repérer l'origine professionnelle des maladies de leurs patients.

La loi ne facilite pas la coopération entre les professions, lorsqu'elle interdit aux MT l'accès au dossier médical personnel. Ainsi, l'article L.161-36-3 du Code de la Sécurité Sociale issu de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 ([DR51]) relative à l'Assurance Maladie a considérablement nuit à l'image de la profession et a entretenu le doute sur l'indépendance des décisions du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur, alors même qu'il est tenu au secret médical, à l'instar de l'ensemble des personnels médicaux soignants et non soignants.

5.6. LES ENJEUX DE COOPERATION ET LES PISTES DE REFLEXIONS

5.6.1. Mieux faire connaître

➤ Chez les médecins :

Faire connaître et montrer l'intérêt la médecine du travail en tant que discipline médicale dès la faculté :

Sur les 6 premières années d'études de médecine, seules 9 heures sont consacrées en moyenne à la "médecine et santé au travail". Il n'est donc pas étonnant que cette discipline

soit largement méconnue des étudiants, ce qui ne favorise pas l'attractivité de la spécialité à l'issue des épreuves nationales de classement, et, à plus long terme, les échanges entre médecins.

Les stages de terrain pourraient être développés aux périodes clés où naissent et se confirment les aspirations professionnelles, en parallèle à l'acquisition du socle des compétences médicales (stages découverte aux étudiants en deuxième et troisième année de licence, stages dans les services de consultation de pathologies professionnelles et/ou dans les services de Santé-Travail aux étudiants en D2, D3 ou D4). Présenter la spécialité de médecine du travail aux externes comme on le fait pour la médecine générale.

➤ Chez les salariés et les employeurs :

Il ressort des interviews que l'image et la perception de l'utilité des services de santé au travail est mauvaise, tant du point de vue des employeurs que de celui des salariés. Il faudrait comprendre les enjeux des employeurs et réfléchir au moyen de les sensibiliser aux enjeux concrets de la souffrance mentale au travail. S'ils ont probablement conscience que de bonnes conditions de travail et une bonne santé au travail ont non seulement un effet sur les performances et l'image de l'entreprise, mais permet d'améliorer la production et la compétitivité, ont-ils vraiment conscience des conséquences des modes de management ? Il faudrait effectuer une étude sur ce thème pour éviter les conseils trop simples et les vœux pieux.

S'agissant des salariés, un réel effort est nécessaire pour faire connaître l'action des services de santé, afin que ces derniers prennent conscience de l'intérêt de l'entretien médical ou infirmier dans le cadre d'un suivi de santé régulier tout au long de leur vie professionnelle. Il faudrait aussi effectuer une étude sur ce thème pour éviter des conseils qui ne tiennent pas compte de tous les enjeux de la souffrance mentale au travail.

5.6.2. Comment améliorer la coordination

Le travail en collaboration ressort des interviews comme devant pratiquement être une obligation pour améliorer le suivi des patients. Mais le paradoxe actuel est que cette coordination ne se fait pas ou se fait mal.

La nécessité de dynamiser les échanges MT/MG ne doit pas être seulement une injonction théorique, voire une surcharge de travail des médecins déjà surbookés. L'enjeu est double : faire réfléchir tout d'abord à toutes les actions pratiques, auxquelles est confronté le MG pour accompagner son patient, et voir si un dialogue avec le MT peut l'aider à y réfléchir :

- Comment poser la question sur le travail et à quel rythme ?
- Faire attention à quel type de signe ?
- Comment départager l'ensemble des problèmes entre le côté travail et les autres problèmes à ne pas oublier ?
- Que faut-il écrire sur l'arrêt de travail ?
- À quel moment, à qui faut-il orienter le patient ?
- Comment rédiger les certificats et les déclarations de maladies professionnelles ?

- Comment appréhender les conditions du travail dans une entreprise ?
- Comment gérer la durée de l'arrêt de travail ?
- Comment accompagner le retour au travail ?
- Jusqu'où s'engager, quelle est la limite ?
- Comment aider le patient à réfléchir sur sa manière de s'investir dans l'entreprise ?
- Faut-il accompagner le patient d'un point de vue juridique ?
-

Et deuxièmement d'étudier tous les aspects pratiques du travail en coordination entre MT et MG :

- De quelle manière établir le contact ? Quelle place pour le téléphone, pour le courrier ?
- Comment faire quand le mt est très difficile à joindre ?
- Quel type de courrier faudrait-il écrire ?
- Comment interpeler le mt ? Peut-on lui demander directement de faire une enquête ?
- Comment travailler la question de la confiance ?
- Faut-il faire passer le travail en coordination principalement par le patient ?
- Quelle forme de retour attendre ?
- Faut-il expliquer les rôle et limites de ce que peut faire le médecin du travail ?
- Comment discuter de l'inaptitude du patient, est ce que cela doit être une décision partagée ?

Il s'agit donc de prendre le temps de poser les problèmes pratiques. Ainsi lorsque nous creusons le simple problème de la communication par téléphone, nous voyons que rien n'est évident. En effet si le MT a les coordonnées du MG, inversement le MG devrait avoir les coordonnées de son confrère. Alors que le MG pose la question à son patient de savoir qui le suit pour tel ou tel pathologie d'organe (cardiologue, rhumatologue...), pourquoi ne pas avoir le même réflexe pour le MT ?

Aujourd'hui la meilleure méthode de communication reste l'appel téléphonique, car il met les deux protagonistes en contact direct. Mais les interviewés nous disent bien que c'est difficile, il existe un problème de disponibilité et de compatibilité d'emploi du temps de chacun. Pourtant un échange pour discuter de la situation de vive voix permet de débloquer la situation, de prendre des décisions communes et de mettre en place des propositions de soins rapides. Mais qui doit téléphoner à qui ? Le médecin généraliste au MT, le MT au médecin généraliste. Est-ce juste un problème de préséance, ou l'enjeu est-il d'intégrer l'autre professionnel dans son espace conceptuel ? Et de le considérer vraiment comme un partenaire au même titre qu'un autre spécialiste ? Le MT est souvent un médecin oublié qui n'est jamais dans les carnets d'adresses, comme le montre l'étude SARANDON ([DR49])

Selon une étude de l'INPES, concernant les relations de dialogue et de coopération entre MG et MT, 75 % des médecins du travail approuvent la proposition selon laquelle les généralistes sont facilement ouverts au dialogue avec les médecins du travail ; une opinion partagée par 85 % des médecins généralistes (dont 43 % de « tout à fait d'accord »). De la même façon, 70 % des MT et 82 % des MG estiment que les généralistes coopèrent volontiers avec les médecins du travail. ([DR52]).

Si le téléphone semble compliquer, le médecin peut toujours écrire. Mais là encore, qu'est-ce que le médecin écrit sur son courrier quand il voit un patient en souffrance? Il demande quoi au médecin du travail ?

5.6.3. Les points pratiques qui peuvent améliorer la relation médecin Travail / médecin généraliste

Améliorer la coordination suppose donc de prendre le temps d'examiner les différents points qui peuvent poser problème aux médecins généralistes.

5.6.3.1. Le rôle des certificats comment les rédiger sous quelle forme ?

Au quotidien, la plupart des MG savent rédiger un certificat. Mais en cas de souffrance mentale au travail, le sujet est épineux. En effet, la seule chose que le médecin peut constater et certifier, c'est l'état de santé: « il est anxieux ou déprimé ou agité, il déclare que ... ». Il peut penser ce qu'il veut de l'origine des troubles et le soigner en conséquence, y compris en le mettant en arrêt de travail, mais il ne peut certifier que ce qu'il constate et non ce qu'il pense/croit. ([DR53]).

Il doit faire attention à la rédaction des certificats médicaux dans les cas rapportés de harcèlement. Écrire les mots « harcèlement moral », c'est se substituer à la justice. Le harcèlement est une qualification juridique (voir l'article L.1152.1 du nouveau Code de Travail, complété par l'article L.222-33 du code pénal) ([DR55] & [DR54]), ce n'est pas un diagnostic médical. Il est préférable de décrire l'état de santé du patient/salarié et citer ses "dires". On en revient ici à la difficile définition de la souffrance mentale au travail.

Le certificat médical ou le courrier ne doivent pas être adressés à l'employeur, mais remis au salarié à l'intention du médecin du travail. Il est conseillé de ne pas mentionner une inaptitude au poste de travail dans un certificat médical, mention dévolue au MT. Cependant, tout renseignement sur les capacités restantes du patient peut aider le MT à évaluer l'aptitude au poste.

5.6.3.2. Pourquoi prescrire un arrêt de travail ?

Il faut garder à l'esprit que l'arrêt de travail peut être bénéfique dans certaines situations. Dans les interviews, les MT confirment son rôle thérapeutique, il permet de supprimer quelques temps la cause de la souffrance. Se retirer de la situation à l'origine de la souffrance, peut permettre au salarié une réflexion, une prise de distance voire une reconstitution des ressources physiques et psychologiques. Un arrêt de travail permet probablement d'éviter la dépression sévère chronique et dans certains cas le suicide.

Cependant les patients interviewés nous disent qu'il ne faut pas oublier qu'accepter de reconnaître qu'on souffre et que c'est trop douloureux pour continuer de travailler, c'est culpabilisant et qu'il n'est pas si simple que cela d'accepter un arrêt de travail. En effet, il faut aller consulter le médecin pour en parler, ce qui est encore assez culpabilisant. On n'accepte pas ce qu'on considère comme une défaite. Une blessure narcissique est rajoutée. Souvent d'ailleurs on somatise plus, qu'on ne souffre moralement. Le MG doit expliquer le rôle de

l'arrêt de travail et essayer de faire accepter cet arrêt en trouvant les bons mots, ceux qui font sens pour le salarié. Le MG doit éviter de chercher à convaincre à tout prix, car il doit avoir en tête les enjeux des salariés.

Il faut de plus aussi garder à l'esprit que l'arrêt peut avoir un rôle néfaste, dans le sens où il risque figer la situation sans la résoudre, avec une prolongation "indéfinie" de l'arrêt. Cet arrêt peut être considéré comme injustifié par l'entreprise avec parfois, au retour, une dévalorisation professionnelle du salarié, voire dans les cas les plus graves, aboutir à une éviction de l'entreprise.

L'arrêt n'est ni une bonne réponse ni une mauvaise réponse en soi, il faut comprendre la complexité de la situation et savoir s'adapter finement aux enjeux.

5.6.3.3. Alors comment décider de la durée de l'arrêt de travail ?

Selon le référentiel, en cas de troubles anxio-dépressifs non caractérisés, un arrêt de 15 jours est justifié. En cas de dépression caractérisée, l'arrêt est justifié. Selon l'HAS : « L'arrêt de travail peut permettre au patient de mieux gérer ses difficultés ou situations de stress et préparer la reprise de travail. ». Nous sommes là dans la théorie, dans le référentiel, mais en pratique, comment décider ?

Les MT interviewés, qui ont abordé le sujet, disent qu'il faut un minimum de 10 jours pour que le salarié souffle et commence une réflexion. Avec la possibilité de prolonger cet arrêt bien entendu, à apprécier en fonction de l'état de la personne, avec une condition, ne pas oublier de les contacter si ça se prolonge.

À l'inverse si le patient ne veut pas reprendre, que faire ? L'article 8 du Code de Déontologie évoque le devoir pour le médecin de limiter ses prescriptions sans négliger son devoir d'assistance morale. Cette notion mérite d'être approfondie face à des salariés qui donnent peut-être l'impression de ne pas présenter de pathologie, mais qui peuvent être en souffrance et mal l'exprimer. Si l'ordre incite à refuser un arrêt de travail tant qu'il n'y a pas de pathologie, le MG a une personne en face de lui, il faut alors savoir se méfier des erreurs d'interprétation, surtout que pour l'instant une souffrance au travail n'est pas une pathologie. Une dépression réactionnelle est une pathologie et donc pas d'arrêt sans dépression ? Ne faut-il arrêter qu'en cas de dépression c'est-à-dire que lorsque le salarié craque ? Le rôle du MG n'est-il pas aussi de faire de la prévention ? Tout cela bien sûr, en sachant qu'il peut y avoir de la part du patient une manipulation plus ou moins consciente d'ailleurs. Que peut faire le médecin dans cette circonstance : expliquer au patient qu'il ne peut lui prescrire un arrêt de travail, mais qu'il doit parler des difficultés qu'il rencontre à d'autres personnes : organisation représentative du personnel, inspection du travail ? Le médecin généraliste peut-il aussi contacter le médecin du travail avec l'accord du patient ? Et prendre une décision sans oublier de ne pas se soumettre à une éventuelle autorité du MT ?

5.6.3.4. Et le motif ?

En pratique le médecin généraliste écrit quoi ? Souffrance morale ? Souffrance mentale ? Stress ? Est-ce que cela aurait du sens ? Le concept n'est-il pas trop "connoté" ? Surtout que

pour la plupart des médecins généralistes, la souffrance mentale au travail est un cadre générique bien trop vague et ne correspond pas à ce qu'il peut expertiser en tant que médecin généraliste. Son rôle est avant tout de faire un constat clinique. Ne doit-il pas en toute logique se limiter à écrire ce qu'il constate : anxiété, dépression, trouble de l'humeur, épuisement, ...? Mais ne reste-il pas alors trop médical ? Comment montrer qu'il s'agit d'un type de souffrance particulier ? Comment relier la clinique à un problème plus vaste ? Comment gérer ces injonctions contradictoires et paradoxales ? Est-ce son rôle de se poser ce genre de questions ? Doit-il s'interroger sur comment faire dialoguer biomédecine et sciences humaines et sociales ? Quelle sont les conséquences pour le patient ?

L'écriture du motif pose aussi la question de l'imputation : écrire souffrance mentale au travail établit un lien clair, ce qui n'est absolument pas préconisé. Il faut peut-être alors être plus neutre afin de préciser les choses sans dépasser la ligne rouge : trouble psychique, syndrome anxieux lié au contexte professionnel, ou alors trouver une formulation plus neutre avec comme code le CIM F43.9 : « Réaction à situation éprouvante/trouble anxio-dépressif réactionnel ». La question est bien de dire sans dire ou sans trop dire, et de savoir ce qui est légitime pour cela. Qui est l'expert ? Qui juge ? Ou plutôt comment faire travailler les experts en commun ?

Le débat se doit d'être posé car c'est une difficulté pour les acteurs tant pour les soignants que les salariés. Les sociétés savantes de médecine générale pourraient se pencher sur ce problème et analyser tous les enjeux juridiques. Dans les faits d'ailleurs, est-ce juste un problème scientifique entre médecins ou aussi un débat entre partenaire sociaux (patron et syndicats) ? On pourrait se demander d'ailleurs à qui le flou profite ?

5.6.3.5. La décision d'aptitude ou d'inaptitude comment en discuter ?

Comment discuter de l'inaptitude du patient, décision partagée ? Dans les interviews le MT se plaint des dires du médecin généraliste qui incite trop facilement le patient à changer de travail. Dans la conjecture actuelle, « changez de travail ça ira mieux » et plus facile à dire qu'à faire. On voit bien que les salariés tiennent à leur job malgré tout. Comment ne pas faire perdre son job au patient ? Comment discuter de ce que le patient peut faire ou ne pas faire dans son milieu ? Et ne pas mettre dans l'embarras le MT avec un courrier comme « MR L. manutentionnaire peut reprendre, mais son état de santé ne lui permet pas de porter des charges supérieures à 2 kilos », car seul le Médecin du travail est habilité à déterminer l'aptitude médicale du salarié au poste de travail.

Cependant en prenant en compte les données du courrier du MG, le MT peut donner un avis d'aptitude temporaire avec des restrictions au poste et un délai précisé. Un exemplaire est remis au salarié, l'autre est transmis à l'employeur qui doit le conserver pour le présenter, à tout moment, à l'Inspecteur du travail et au Médecin- Inspecteur régional du Travail et de la Main-d'œuvre, s'ils le demandent, un autre est conservé par le Service de Santé au Travail.

5.6.3.6. Peut-on déclarer une souffrance liée au travail en accident du travail ?

Oui, si le patient décrit un fait accidentel, soudain, c'est-à-dire précis et daté, sortant de l'ordinaire, et si cet accident a généré des lésions. Le certificat médical initial doit être descriptif de ces lésions.

5.6.3.7. Peut-on passer de l'accident de travail à une déclaration en maladie professionnelle ?

La souffrance liée au travail n'est pas inscrite dans un tableau de maladies professionnelles. Les pathologies psychiatriques consécutives à une souffrance au travail ne font pas partie d'un tableau de maladies professionnelles. Elles ne peuvent donc pas être reconnues dans le cadre habituel réglementaire. Mais exceptionnellement, pour une pathologie qui, après stabilisation, laisse persister un taux d'incapacité permanente au moins égale à 25 %, il est possible de faire une demande de reconnaissance de maladie professionnelle. Cette demande sera étudiée par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP), qui devra établir un lien à la fois direct et essentiel entre la pathologie déclarée et la situation de travail. Le patient devra faire la preuve d'une exposition habituelle à des risques psychosociaux. Nous pourrions nous interroger sur les raisons d'un tel parcours du combattant !

Selon l'enquête de l'INPES, concernant le rôle des médecins généralistes dans l'aide à la déclaration d'une maladie d'origine professionnelle, 86 % des généralistes et 89 % des médecins du travail sont d'accord. En revanche, 69 % des MG (contre 84 % MT) estiment qu'il est du rôle du généraliste de remplir le certificat médical initial lors de la déclaration de maladie professionnelle. ([DR56])

5.6.3.8. La PEC sociale ou globale du MG s'arrête-t-elle à l'arrêt de travail ?

Quels conseils pratiques donner au MG ? Les MT répondent : poser la question en consultation « comment va le travail ? », comme on poserait la question « comment vont vos glycémies ? ». Savoir la reposer souvent, oui mais à quel rythme ?

Savoir repérer les signes : l'expression de la souffrance peut être différente selon les personnes. Elle peut être verbalisée lors d'un échange où la personne évoque clairement sa souffrance, mais elle peut aussi s'exprimer différemment au travers d'une somatisation, d'un repli sur soi ou encore d'une baisse d'investissement dans son apparence physique. Le MG peut rechercher des **signes de dégradation**:

- **de son rapport au corps et à l'hygiène** et/ou à l'apparence avec refus d'alimentation ou perte d'appétit, arrêt d'un régime alimentaire conseillé (en cas de diabète ou de cholestérol par exemple),
- **dans son rapport aux autres** : repli sur soi, mutisme, apathie, instabilité de l'humeur, irritabilité, agressivité, désintérêt dans l'échange, démotivation, baisse ou arrêt d'activités, pessimisme par rapport à l'avenir,
- **dans son rapport aux soins** : oppositions aux soins, mauvaise observance d'un traitement (sur ou sous consommation médicamenteuse entraînant des risques pour sa santé),
- **dans son rapport aux aspects matériels** : désinvestissement d'objets personnels et/ou symboliques, désintérêt de la gestion financière,

- **dans son rapport aux activités quotidiennes** : négligences dans l'entretien du logement, diminution des sorties extérieures, ralentissement net de l'activité.

Le MG a pour enjeu de chercher à mieux comprendre ce que le patient attend exactement de lui. Est-ce qu'il leur a laissé un temps d'expression assez long ? Est-ce que les patients ont pu s'exprimer sur tout ce qu'ils souhaitent ? Des questions à ne pas oublier de poser dans les consultations de souffrance mentale au travail, mais aussi dans toutes les autres consultations.

6. CONCLUSION

La souffrance au travail est un problème ancien, objet déjà de débat après la seconde guerre mondiale. Son approche a été renouvelée dans les années 1980, et les contributions principales sont venues de deux directions différentes suite aux travaux de deux psychiatres : Dr. DEJOURS (1980) qui a développé la psychodynamique du travail, et de l'épidémiologie du stress professionnel, avec l'émergence du modèle de KARASEK (1979).

Des deux côtés, les mêmes caractéristiques du travail étaient mises en causes. DEJOURS souligne le choc entre un individu doté d'une histoire singulière et une organisation du travail porteuse d'une injonction dépersonnalisante, et l'isolement du travailleur. Sous d'autres termes, le modèle de KARASEK-THEORELL met en exergue les mêmes caractéristiques face aux exigences du travail. À savoir : d'une part l'absence d'autonomie, c'est-à-dire l'absence de possibilité d'expression personnelle et de développement, et d'autre part l'absence de soutien social, donc l'isolement. Cependant l'un propose de faire évoluer l'entreprise l'autre le travail.

La souffrance mentale au travail est donc au centre d'enjeux complexes : à la fois économiques, de santé mais aussi de société. La loi de modernisation sociale de janvier 2002 indique bien que la notion de santé des travailleurs recouvre tant les aspects physiques que mentaux. De même, la directive du 12 juin 1989 inscrit le stress lié au travail dans le domaine juridique de la santé et la sécurité au travail. Le Conseil Économique et Social a également produit un rapport éminent et un avis en date du 7 avril 2004 au sujet des organisations du travail et nouveaux risques pour la santé, qui traduit sa préoccupation sur la santé mentale des travailleurs.

Face à cette problématique complexe et multidimensionnelle, la démarche collective des professionnels issus de divers horizons s'avère indispensable pour sortir les personnes concernées de leur situation d'isolement. L'étude confirme que la prise en charge de la souffrance mentale au travail ne peut pas se faire sans une étroite collaboration. En effet, seul le généraliste peut réaliser la prise en charge effective, mais seul le médecin du travail peut effectuer une enquête in-situ, faire le lien avec les conditions de travail et ainsi amorcer une politique de prévention des risques psycho-sociaux.

L'étude montre aussi la complexité d'une telle coordination avec son cortège de difficultés comme les problèmes de confiance entre acteurs. Il ne s'agit donc pas d'une simple « coopération », ni d'une mise en commun mécanique de compétences mais d'une prise en charge ou d'un accompagnement qui devrait pouvoir être partagé, réfléchi et co-construit. L'enjeu est donc de développer des outils communs (moyens d'échange, réunions, formations, ...) mais aussi de permettre une compréhension réciproque de la vision et des pratiques de l'autre professionnel, ainsi que du vécu du patient en tant que salarié. Ainsi s'il est primordial que les différents intervenants agissent de concert, il ne faut pas se limiter à l'injonction mais réfléchir à chaque point pratique qui permet ou non de développer une coordination effective.

Il serait très intéressant de compléter cette étude par une enquête auprès des patients afin de connaître leurs attentes vis-à-vis des professionnels de santé. De même, une suite normale de ce travail pourrait être de réaliser une thèse quantitative, afin d'avoir une idée plus représentative des pratiques actuelles des médecins du travail.

TABLE DES REFERENCES

- [DR1] Site du Ministère du Travail : <http://travail-emploi.gouv.fr/>
- [DR2] Sondage « En ligne pour l'emploi » réalisé par l'organisme OPINIONWAY pour le compte du magazine « 20minutes », octobre 2009.
Document disponible à l'adresse suivante : http://www.opinion-way.com/pdf/bj6239-canalchat-20minutes-en_ligne_pour_l'emploi_cp.pdf
- [DR3] http://www.meteostress.com/Front/chiffres-cles-stress_29.php
- [DR4] Livre « Travail usure mental » de C.DEJOURS, collection Bayard Jeunesse, 2008
- [DR5] Dossier « La démarche ANACT de prévention des risques psychosociaux » rédigé par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, 2013
Document disponible à l'adresse suivante :
<http://www.anact.fr/web/dossiers/sante-au-travail/RPS>
- [DR6] « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail », P.NASSE & P.LEGERON, 2008.
Document disponible à l'adresse suivante :
http://www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thin_gldToShow=9469508
- [DR7] « Rapport sur les indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail », DARES, 2009.
Document disponible à l'adresse suivante :
<http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/medias/Indicateurs-provisoires.pdf>
- [DR8] « Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail », H.LACHMANN, C.LAROSE & M.PENICAUD, 2010.
Document disponible à l'adresse suivante :
http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/02_17_Rapport_-Bien-etre_et_efficacite_au_travail-.pdf
- [DR9] Site d'informations « Les risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ? »
Document disponible sur le site du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social à l'adresse : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/De-quoi-parle-t-on,202.html>
- [DR10] Livre « Que sais-je ? le travail » de D.MEDA.
- [DR11] Livre « La lutte pour la reconnaissance » d'Axel HONNETH, collection « folio essais ».

- [DR12] Livre « Sociologie du travail les relations professionnelles » de A. BEVORT et A. JOBERT, collection Armand Colin, Paris, 2008.
- [DR13] Publication « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'expositions selon les secteurs » de DARES Analyses, en 2013.
Document disponible sur le site du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-010.pdf>
- [DR14] Documents pour le Médecin du Travail N° 126, 2nd trimestre 2011.
- [DR15] Enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP).
Documents disponibles à l'adresse suivante : <http://evrest.istnf.fr>
- [DR16] Note « Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne » élaboré en 2010 par l'organisme EUROGIP.
Document disponible à l'adresse suivante : http://www.euroqip.fr/images/publications/Euroqip_RPSautravail_2010_47F.pdf
- [DR17] Plaquette des Risques Psycho-sociaux de la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Bourgogne.
- [DR18] Master 2 de santé, *La prise en charge de personne en souffrance au travail*, sous la direction de Marie PEZE, Université Paris Descartes
- [DR19] Livre « le harcèlement moral dans la vie professionnelle » de MF. HIRIGOYEN,
- [DR20] Livre « Les enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail » de P. MOLINIER, édition Payot, 2006
- [DR21] Livre « Le coût de l'excellence » de N. AUBERT et V. DE GAULEJAC, 2007.
- [DR22] Livre « Le Travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux » d'Yves CLOT, 2010.
- [DR23] Art.R.4623-1du Code du Travail
- [DR24] LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte=&categorieLien=id>
- [DR25] Décret n°2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État)
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000419260>
- [DR26] Loi 20 juillet 2011 : *http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36058.pdf*

- [DR27] Biblio Med N° 708/713/716
- [DR28] Loi du 21 juillet 2011, article R.4623-1 : « Missions du Médecin du Travail »
- [DR29] Article 76 (article R.4127-76 du code de la santé publique) : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-76-delivrance-des-certificats-300>
- [DR30] Publication « Médecin du travail / médecin généraliste : regards croisés » de l'INPES, 2011.
- *Livre disponible à l'adresse suivante :*
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1384>
 - *Chapitre « Médecin du travail / médecin généraliste : constats et perspectives » disponible à l'adresse suivante :*
<http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/pdf/postfaces.pdf>
- [DR31] Publication « Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de KARASEK dans l'enquête SUMER 2003 », DARES, 2008.
Document disponible à l'adresse suivante :
<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/dares-karasek.pdf>
- [DR32] Thèse de HABERT « 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 », 2006.
- [DR33] Thèse de A. SIMION « La souffrance morale au travail : quelle prise en charge en médecine générale? Une enquête qualitative en région Centre », 2014.
- [DR34] Test « les 45 agissements constitutifs du "MOBBING", H.LEYMAN.
- Document disponible à l'adresse suivante :*
http://www.eurowrc.org/12.work_place/1.travail/04.travail_fr.htm
- [DR35] Code de la Sécurité Sociale, version consolidée au 15 janvier 2015.
Document disponible à l'adresse suivante :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189>
- [DR36] LOI n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. 2011-867
- [DR37] Livre « Suicide au travail, que faire ? » PUF 2009, Paris C.DEJOURS
- [DR38] Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question, Science Po. Les presses, 2004, Paris. P.MARICHALAR
- [DR39] Livre « l'expertise médicale essai de sociologie sur l'exercice du jugement » ; Nicolas DODIER.

- [DR40] Rapport d'information au Sénat : « Le mal être au travail : passer du diagnostic à l'action. » [Internet] ; 2010 p.5-91 ; J.GODEFROY J, G.DERLOT
<http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-1-syn.pdf>
- [DR41] Revue médicale « Les relations entre le médecin du travail et le médecin généraliste. »
Rev. Médicale Brux. sept 2009, de C. BROUWER, J. THIMPONT
- [DR42] Livre « Sociologie du travail : les relations professionnelles ». Armand Colin, Paris 2008, A. BEVORT et A. JOBERT
- [DR43] Rapport final de la « Commission de réflexion sur la souffrance au travail. »(2009)
- [DR44] Loi de modernisation sociale (articles 168 à 180), Liaisons Sociales n° 8250 du mardi 5 février 2002, Législation Sociale
- [DR45] Sondage a été réalisé par TNS Sofres entre le 7 et le 17 mai 2013 via internet auprès de 1001 salariés actifs et occupés
- [DR46] Livre « Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. »
La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2010, 190p
- [DR47] Enquête réalisée par Yvelines santé travail en juin 2008, auprès de 840 médecins traitants, généralistes et spécialistes, hospitaliers ou non du département des Yvelines
- [DR48] Freins à la déclaration de maladies professionnelles : une étude auprès des médecins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur », SE4S « Sciences Économiques & Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés » (UMR 912 Inserm-IRD-Université Aix-Marseille)
- [DR49] « Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. ». SARRADON-ECK, A.VEGA, M.FAURE, A.HUMBERT-GAUDART, M.LUSTMAN. Rev Epidemiol Santé Publique. 2008;56S:S197-206
- [DR50] Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA), Regard santé n°19, 2009
- [DR51] LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id>
- [DR52] Médecin du travail/ Médecin Généraliste regards croisés, Études santé.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1384.pdf>

- [DR53] BOISSIN ROUGEMONT. Les certificats médicaux. Règles générales d'établissement. Conseil de l'ordre des médecins ; 2006.
- [DR54] Article L.1152.1 du nouveau code de travail,
http://www.wk-rh.fr/actualites/upload/SSL1404_harcelement_moral.pdf
- [DR55] Article L.222-33 du code pénal :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021796942&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
- [DR56] Enquête INPES : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1384.pdf>

GLOSSAIRE

ANACT	: Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
AOCIP	: Association pour l'Ouverture du Champ d'Investigation Psychopathologique
CHSCT	: Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (ou CHS)
CMP	: Centre Médico-Psychologique
CNAM	: Conservatoire National des Arts et Métiers
DARES	: Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (<i>dépend du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé</i>)
DES	: Diplôme d'Études Supérieures
DREES	: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DU	: Diplôme Universitaire
EUROGIP	: Europe - Groupement d'Intérêt Public
EVREST	: Évolutions et Relations en Santé au Travail
FMC	: Formation Médicale Continue
INPES	: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INRS	: Institut National de Recherche Stratégique
MDPH	: Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MG	: Médecin Général
MT	: Médecin du Travail
PEC	: Prise En Charge
RDV	: Rendez-Vous
RPS	: Risques Psycho-Sociaux (stress mais aussi violences internes, à savoir harcèlement moral et harcèlement sexuel, et violences externes)
SMT	: Souffrance Morale au Travail
TCC	: Thérapies Comportementales et Cognitives
TMS	: Troubles Musculo-Squelettiques

ANNEXES

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE DES TERMES UTILISES DANS LA RECHERCHE

Analyse de contenu : Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Analyse qualitative : Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Catégorisation : Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories. Il s'agit d'un début de théorisation scientifique, qui met en œuvre le paradigme de référence du chercheur, mais en principe sans grille théorique et conceptuelle a priori.

Citation : Extrait d'un entretien, à partir d'un verbatim, d'une séquence audio ou vidéo, permettant d'illustrer les résultats d'une recherche qualitative et de renforcer la plausibilité de l'interprétation des auteurs.

Codification : opération intellectuelle qui consistent à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant très banal et proche du sens commun.

Échantillon raisonné : Procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats.

Enregistrement : L'enregistrement permet de dépasser les « impressions » laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit. Il donne accès à l'ensemble du discours de l'interviewé, afin de faire ressortir la parole exacte de l'enquêté ; l'analyse pouvant ainsi se faire en plusieurs étapes après lecture et relecture de l'entretien. Il met à disposition les citations fidèles de la parole des interviewés qui serviront de « preuve » de l'analyse de l'entretien.

Entretien semi-directif : Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas forcément abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide de l'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Guide d'entretien : Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Hypothèse : Conjecture vraisemblable et provisoire par laquelle l'imagination anticipe sur la connaissance en préalable à une recherche. Elle doit être validée par confrontation au réel.

Transcription : Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé. Certains auteurs préconisent de ne noter que les éléments significatifs ; d'autres de respecter une fidélité intégrale au discours tenu, incluant les aspects non verbaux (hésitations, silence, mimiques, etc.), d'autres encore de ne noter que les éléments directement en lien avec la recherche. En pratique, la transcription doit être adaptée aux objectifs de recherche.

Validation (des résultats) : En recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats : la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes.

Verbatim : Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

ANNEXE 2 : ÉLÉMENTS EN RAPPORT AVEC LA SOUFFRANCE DANS LES DIFFÉRENTS CODES

On retrouve les articles suivants dans le Code du travail :

- Art. L.230-2-1 : l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'entreprise ;
- Art. L.240-10-1 : la médecine du travail propose des mutations, des transformations de poste lors d'atteinte à la santé physique et mentale ;
- Art. L.122-24-4 : inaptitude au poste de travail ;
- Art. L.241-33 : rapport annuel du médecin du travail ;
- Art. L.231-8 : droit d'alerte au niveau du CHSCT ;
- Art. L.236-9 : désignation d'un expert ;
- Art. L.231-8 : droit de retrait du salarié ;
- Art. R.516-30 et 31 : référés aux prudhommes, mesures conservatoires pour prévenir un dommage imminent, faire cesser un trouble manifestement illicite, permet d'adresser la résolution judiciaire aux torts d'employeurs.

Dans le Code pénal, les délits qui ont attiré au thème de la souffrance morale au travail sont :

- Délits d'imprudence, mise en danger de la personne d'autrui ;
- Délit d'atteinte à la dignité de la personne, discrimination, délits d'abus de vulnérabilité ;
- Les violences, extension aux violences morales.

Dans le Code civil, nous retrouvons l'article Art.1383 : « chacun est responsable du dommage qu'il a causé à autrui par sa négligence ou son imprudence »

Enfin dans le Code de la Sécurité Sociale, un article est dédié aux maladies professionnelles : Art. L.461-1.

La loi ne facilite pas la coopération entre les professions, lorsqu'elle interdit aux médecins du travail l'accès au dossier médical personnel. Ainsi, l'article L. 161-36-3 du code de la Sécurité sociale ([DR35]) a considérablement nui à l'image de la profession et a entretenu le doute sur l'indépendance des décisions du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur, alors même qu'il est tenu au secret médical, à l'instar de l'ensemble des personnels médicaux soignants et non soignants. Cette « affaire du carnet de santé » a certainement été un frein au développement des relations entre médecin du travail et médecin traitant.

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

Le questionnaire utilisé pour les interviews s'articule ainsi :

1/ SON HISTOIRE

Pouvez-vous vous présenter ? Racontez-moi votre histoire professionnelle.

RELANCES :

Quel âge avez-vous ?

Depuis combien de temps exercez-vous la médecine du travail ?

Avez-vous commencé par ça ?

Quel a été votre cursus universitaire ?

Qu'est-ce qui vous a fait choisir la Médecine du Travail ?

2/ LES CONSULTATIONS

Pouvez-vous me décrire votre quotidien ?

RELANCES :

Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette entreprise ?

Pourquoi travaillez-vous dans cette entreprise ?

Avec qui travaillez-vous ?

Combien de consultations avez-vous par semaine ?

Comment les patients prennent-ils rendez-vous avec vous ? (intermédiaires ?)

3/ QUAND UN PATIENT VIENT EN CONSULTATION

Comment se déroule votre consultation ?

RELANCES :

Ils se plaignent de quoi quand ils viennent ?

4/ LA SOUFFRANCE MORALE AU TRAVAIL

Rencontrez-vous des plaintes se rapportant à des souffrances morales liées au travail ?

RELANCES :

Sont-elles en augmentation ?

Depuis combien de temps ?

Comment se passe votre consultation pour un problème de souffrance morale au travail ?

(Relance rythme où vous revoyez les patients ?)

5/ VOTRE PRISE EN CHARGE

Travaillez-vous sur des recommandations ?

Quelles sont vos bases scientifiques ?

Quels outils utilisez-vous lors des consultations ?

Que proposez-vous au patient ?

Travaillez-vous avec des partenaires ?

Quelle est la place du MG ?

6/ LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Comment voyez-vous votre relation avec les différents partenaires ?

RELANCES :

Et travailler avec d'autres intervenants est facile ou difficile ?

Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer la relation ?

L'INTERVIEW SE TERMINE

« Merci pour votre participation, avez quelque chose à rajouter à l'entretien ? »

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.-P. LAMAGNÈRE - F. LAMISSE – J. LANSAC – J.
LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER – J. MOLINE - Cl.
MORAINE - J.P. MUH - J. MURAT - Ph. RAYNAUD – J.C. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A.
SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

Nombre de pages

Résumé : LA SOUFFRANCE MENTALE AU TRAVAIL : QUEL TYPE DE COOPERATION EXISTE-T-IL ENTRE MEDECIN DU TRAVAIL ET MEDECIN GENERALISTE ?

Contexte : la souffrance mentale au travail est devenue un enjeu de santé publique, tant par ses conséquences sur la santé des travailleurs, que par les coûts économiques engendrés. Le débat se focalise sur la reconnaissance du burnout au tableau des maladies professionnelles, et les pratiques de prise en charge sont peu étudiées. L'objectif de l'étude est d'analyser comment les médecins du travail appréhendent la souffrance mentale au travail, d'analyser leurs stratégies, leurs difficultés, leurs mode de coopération avec les médecins généralistes et de réfléchir au final au moyen d'améliorer la coordination entre professionnels.

Matériel et méthode : enquête qualitative, qui repose sur l'interview semi-dirigé de 13 médecins du travail. L'échantillon a été raisonné et diversifié. Le recueil des données et l'analyse repose sur l'approche développée par J-C Kaufman (L'entretien compréhensif). Une analyse thématique a été réalisée par double codage en aveugle.

Résultats : les entretiens montrent le rôle complexe du médecin du travail, souvent peu connu. Ainsi si la souffrance mentale au travail relève évidemment d'une approche biopsychosociale, la principale difficulté est d'articuler toutes ces dimensions. En effet il est plus simple de se limiter aux approches somatiques voire psychologiques et difficile d'intégrer les enjeux sociaux. A l'opposé pour le salarié, l'imputation est claire : le travail est la cause de ses maux. Les médecins du travail ont alors comme enjeu essentiel de « savoir enquêter » sur les conditions de travail, ce qu'ils font de manière variable et que les généralistes ne peuvent pas faire. Cet enjeu, en partie marginalisé, donne « sens » à la coopération entre médecin, coopération qui reste encore peu élaborée et passe principalement par le patient. Ces logiques rendent la pratique complexe et obligent le médecin du travail à sortir de sa routine : longue consultation, gestion pluridisciplinaire des dossiers, construction difficile d'une relation de confiance avec des salariés souvent méfiants, gestion du risque suicidaire, repérage rapide et savoir comment départager enjeu de santé et enjeu de travail.

Conclusion : l'étude confirme que la prise en charge de la souffrance mentale au travail ne peut pas se faire sans une étroite collaboration. En effet seul le médecin généraliste peut réaliser la prise en charge effective mais seul le médecin du travail peut effectuer une enquête in situ, faire le lien avec les conditions de travail, amorcer une politique de prévention des risques psycho-sociaux. Il ne s'agit pas d'une simple « coopération » mais plutôt d'une prise en charge ou d'un accompagnement qui devrait être partagé, réfléchi et co-construit. L'enjeu serait de développer des outils communs (mode d'échange, réunion, formation ...) mais aussi de permettre une compréhension réciproque de la vision et de pratique de l'autre professionnel, ainsi que du vécu du patient en tant que salarié. Cette étude devrait être complétée par une enquête auprès des patients, pour connaître leurs attentes.

Mots clés : Médecin du travail, Médecin généraliste, Enquête qualitative, Santé publique, Souffrance mentale au travail, Coopération, Pratique.

Jury :

Président : Monsieur le Professeur LEBEAU
Membres du jury : Madame le Professeur LEHR DRYLEWICZ
Monsieur le Professeur ALISON
Monsieur le Docteur LUSTMAN

Date de la soutenance : 12 février 2015