direccte
Bourgogne
Franche-Comté

La prévention des risques psychosociaux

LE VADE-MECUM

A l'usage des médecins du travail et de leurs équipes

Édito

Consacrés par le droit du travail, les risques psycho sociaux et leur prévention sont devenus une préoccupation majeure dans le domaine de la santé mentale au travail et plus globalement celle de la qualité de la vie au travail.

Parfois, résumés avec simplicité par le terme de « stress » - qui n'est en fait qu'une des manifestations - les RPS recouvrent dans la vie réelle des risques professionnels d'origine et de nature variées mettant en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés. Par conséquent, les risques psychosociaux ont un impact sur le bon fonctionnement des organisations et des entreprises.
La Direccte Bourgogne-Franche-Comté, en tant que soutien des salariés et des entreprises s'est saisie depuis plusieurs années de cette problématique. Elle en fait encore, aujourd'hui un axe prioritaire de l'action de ses services pour impulser une dynamique de prévention et fédérer les énergies. Son objectif, proposer de nombreuses pistes pour l'action préventive.

Afin d'éviter les écueils liés à la subjectivité et la complexité de la thématique, la Direccte a mobilisé l'ensemble des acteurs de terrain, inspection du travail et médecine de prévention. Tous ont manifesté le désir de disposer d'informations et d'outils d'intervention pour leur action quotidienne.

C'est ainsi qu'est né ce Vade-mecum.

Cet ouvrage, réalisé par ceux-là même qui interviennent dans l'entreprise, constitue un support d'aide au diagnostic, à la décision. Il offre à tous les acteurs de terrain confrontés à ces risques des analyses et des outils qui faciliteront leurs pratiques.
Cette réflexion a été initiée il y cinq ans et il a paru nécessaire de reformuler, compléter et actualiser les nouvelles problématiques rencontrées et les éléments de réponses susceptibles d'y être apportés. C'est également dans le contexte de la Direccte Bourgogne-Franche-Comté que cette publication, re-maquettée, est publiée dans sa version 2016.

Je remercie tous les contributeurs qui ont permis l'édition de ce travail de référence.

Jean RIBEIL
Directeur régional de la Direccte Bourgogne Franche-Comté

Avant-propos

LE VADE-MECUM RPS : 2ème EDITION !

Pas tout à fait, puisque cette nouvelle édition est « à l'usage des médecins du travail et de leurs équipes ». Suite à la première édition sortie en 2008 (« à l'usage des agents de contrôle de l'inspection du travail et des médecins du travail »), seul le Groupe « santé mentale » de BOURGOGNE, surtout composé de médecins du travail invités par le médecin inspecteur régional, a en effet continué à se réunir - non sans rencontrer d'ailleurs sur son chemin des obstacles « divers » - .
Même si des progrès considérables ont été réalisés en matière de connaissances et de prise en compte en entreprise, les RPS restent, pour beaucoup, un sujet « qui dérange ».
Or, tout naturellement, le médecin du travail doit savoir agir dans l'intérêt partagé des entreprises et des salariés.

Pourquoi cette deuxième édition ? Tout simplement parce que la première était devenue en grande partie dépassée et qu'il devenait frustrant de répondre aux consœurs et confrères qui en demandaient un exemplaire : « Le VADE-MECUM ? Epuisé ! Et, de toutes façons, obsolète ! ».
Obsolète parce qu'en médecine, le délai de cinq ans est bien souvent synonyme de péremption.
Obsolète au regard de l'évolution du droit, elle aussi rapide.
Obsolète également parce qu'au fil du temps, les expositions aux risques professionnels des salariés ont évolué, comme l'indiquent les résultats de l'enquête SUMER 2010, actant les expositions aux facteurs psycho-sociaux comme un élément majeur en santé au travail.
Obsolète enfin parce qu'en 7 ans nous avons appris, essayé, corrigé, cherché, trouvé, avancé, adapté… tous ces participes pouvant aisément être précédés du préfixe « re -» !
Alors, plutôt que de changer les outils un à un, en « réparer » certains, en retirer ou en ajouter d'autres…, le Groupe « santé mentale » de BOURGOGNE, fidèle à son orientation pratique, propose aux médecins du travail et à leurs équipes une nouvelle boite à outils pour la prévention des risques psychosociaux.

Sommaire général

Partie 1 : LES OUTILS D'INFORMATION, DE SENSIBILISATION ET D'ARGUMENTATION

Fiche 1 - Quelques définitions p 6

Fiche 2 - Les risques psychosociaux au travail - Généralités - Evaluation – Acteurs - Prévention - L'action de l'équipe de santé au travail p 8

Fiche 3 - Diaporama RPS - présentation - généralités - sensibilisation p 21

Fiche 4 - Les ressources et acteurs utiles au médecin du travail et à son équipe : qui fait quoi ? p 22

Fiche 5 - Intervenir en santé au travail dans les très petites entreprises (TPE) : quelles spécificités au niveau des RPS ? p 26

Fiche 6 - La spécificité des RPS dans les fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière p 32

Fiche 7 - "Si on vous dit…" p 37

Fiche 8 - Les RPS existent dans la vraie vie au travail : la preuve par les MCP p 46

Partie 2 : LES OUTILS CLINIQUES

Fiche 1 - La clinique médicale du travail p 53

Fiche 2 - Les questionnaires au quotidien p 56

Fiche 3 - EVA : l'échelle d'évaluation analogique p 61

Fiche 4 - Le 4 x 4 du médecin du travail p 64

Fiche 5 - Les formes de décompensation (le syndrome post-traumatique, le burnout) p 67

Fiche 6 - Accompagner la souffrance aigue en milieu de travail - La prise en charge individuelle et collective par l'équipe de santé au travail. P 71

Partie 3 : LES OUTILS D'ÉVALUATION ET D'ALERTE

Fiche 1 - Quels indicateurs pour le médecin du travail et son équipe ? p 78

Fiche 2 - Les écrits individuels et collectifs du médecin du travail p 88

Fiche 2-1 - le dossier médical en santé au travail et sa transmission p 89

Fiche 2-2 - RPS et fiche d'entreprise p 91

Fiche 2-3 - les courriers d'alerte p 95

Fiche 2-4 - les certificats p 103
- Signalement de maladie à caractère professionnel (MCP)
- Maladie professionnelle (MP)
- Accident du travail (AT)

Fiche 2-5 - la fiche d'aptitude (la notion de danger immédiat, la question de l'inaptitude temporaire, les propositions de reclassement, l'inaptitude comme "substitut" à la rupture conventionnelle) p 107

Fiche 3 - L'outil de prévention des RPS (ODP-RPS) p 111

Partie 1 : Les outils d'information, de sensibilisation et d'argumentation

Fiche 1	Quelques définitions
Fiche 2	Les risques psychosociaux au travail ▪ Généralités ▪ Evaluation ▪ Acteurs ▪ Prévention ▪ L'action de l'équipe de santé au travail
Fiche 3	Diaporama RPS ▪ Présentation ▪ Généralités ▪ Sensibilisation
Fiche 4	Les ressources et acteurs utiles au médecin du travail et à son équipe : qui fait quoi ?
Fiche 5	Intervenir en santé au travail dans les TPE : quelles spécificités au niveau des RPS ?
Fiche 6	La spécificité des RPS dans les fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière
Fiche 7	« Si on vous dit »
Fiche 8	Les RPS existent dans la vraie vie au travail : la preuve par les MCP

Quelques définitions

Les risques psychosociaux (RPS)

Ils recouvrent les risques professionnels perçus et vécus par les salariés comme portant atteinte à leur santé mentale et secondairement physique et sociale. Ils résultent d'une combinaison entre les dimensions individuelles et collectives de l'activité professionnelle : conditions d'emploi et facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».

Le stress

C'est un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement, et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face (selon l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail).

Le harcèlement moral

Toutes conduites abusives (gestes, paroles, comportements, attitudes) qui portent atteinte, par leur répétition ou leur systématisation, à la dignité ou à l'intégrité psychique ou physique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci ou dégradant le climat de travail (selon Marie France HIRIGOYEN)
OU
[Aucun salarié ne soit subir les] agissements répétés [de harcèlement moral] qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel (selon l'article L.1152-1 du Code du Travail).

La souffrance au travail

Se traduit par une douleur physique ou mentale liée à une situation de travail. Cette souffrance peut conduire à une dégradation de la santé quand elle n'est pas compensée par des formes de reconnaissance (selon Christophe DEJOURS).

L'épuisement professionnel et le burnout

Un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement (selon PINES et ARONSON).

La violence

La violence peut être d'ordre physique sur les biens et / ou les personnes (agressions, vols,…) ou plus psychologique (domination, intimidation, persécution, humiliation,…).

Dans le travail, on peut distinguer :

- les violences externes provenant d'un client, d'un patient, d'un usager,…,
- les violences internes qui concernent les

salariés entre eux,
- les violences organisationnelles (management, stratégie d'entreprise, défaut d'éthique…).

Le bien être au travail

C'est l'ensemble des facteurs relatifs aux conditions dans lesquelles le travail est exécuté par le travailleur :

- la sécurité
- la protection de la santé
- la charge psychosociale occasionnée par le travail
- l'ergonomie
- l'hygiène
- l'embellissement des lieux de travail

(selon la loi belge du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail).

Le mal être au travail

C'est un état émotionnel en lien avec le contexte organisationnel et relationnel pouvant aller jusqu'à une souffrance pathologique.

Bien faire au travail… faire bien son travail

Les professionnels souffrent quand ils ne se retrouvent pas dans ce qu'ils font, et qu'ils estiment ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité reconnu par les collègues et la hiérarchie (voire les clients ou les usagers). Ils se désolent d'être contraints, pour remplir les objectifs qui leur sont fixés, d'oublier leur conscience professionnelle et leur amour du travail bien fait. Cette frustration permanente de ne pas faire un travail dont on soit fier génère stress et troubles psychosociaux.

La qualité de vie au travail

« Elle a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les salariés de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de de leur travail. Elle met en avant le rôle des salariés et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, de l'encadrement et des experts. En cela, c'est un objet à part entière des relations sociales dans l'entreprise » (selon la Haute autorité de santé).

Partie 1
Fiche 2

Les risques psychosociaux au travail

Généralités – Evaluation – Acteurs – Prévention – L'action de l'équipe de santé au travail

La définition

Le comité d'experts sur les RPS réuni en 2011 à la demande du Ministère du Travail (rapport rédigé par Michel GOLLAC) donne la définition suivante : « Les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».
Le rapport précise utilement qu' « il convient de considérer que ce qui fait qu'un risque pour la santé est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation mais son origine ». En d'autres termes, ne pas confondre causes et conséquences.

Les liens entre risques psychosociaux et stress

La physiologie du stress

La réaction biologique au stress, par l'intermédiaire du SGA* (Syndrome Général d'Adaptation) décrit par H. Selye, explique les pathologies découlant du **stress chronique**.

Le **stress aigu**, quant à lui, ne provoque pas de pathologies, sauf s'il dépasse les capacités du sujet qui lui permettent de faire face sans dommage aux incidents ou accidents de la vie courante. C'est en cas de débordement de nos défenses que nous développons un syndrome post-traumatique (le "Trouble de Stress Post-Traumatique" du DSM IV- abréviation de « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* **» = *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux***) : il s'agit des "névroses" de guerre ou de catastrophe, qui peuvent se voir dans le cadre du travail suite à une agression violente (hold-up par exemple), à un évènement traumatique (être témoin du suicide d'un collègue par exemple) ou à une situation que l'on n'a pas su ou pu gérer (entretien « violent » ou faits de harcèlement par exemple).

Le **stress chronique** suit la logique transactionnelle décrite par Lazarus et Folkman :

- évaluation de la **dangerosité** de l'agent stresseur,
- puis évaluation des **moyens** disponibles pour y faire face, (déclenchement éventuel du SGA en cas d'insuffisance de ces moyens),
- **et** mise en place de **stratégies** personnelles d'ajustement (*coping*) sensées faire disparaître la dangerosité de l'agent stresseur, voire l'agent stresseur lui-même.
- S'ensuit une série de *feed back* au terme desquels la situation se normalise avec retour à un état stable ou, au contraire, s'aggrave ;
- le sujet doit alors trouver un moyen de sortie : retrait, arrêt de travail, démission, voire suicide.

**Au niveau cérébral, le déclenchement du SGA avec les sécrétions hormonales (principalement adrénaline et cortisol) à l'origine des pathologies du stress, met en jeu 3 couches cérébrales :*

1°) le néocortex prend conscience de l'agent stresseur, l'analyse pour en fournir une représentation au sujet, et anticipe ce qui peut en résulter ; à la suite de cette étape purement cognitive, le cerveau transmet les informations au

2°) le cerveau limbique, cerveau émotionnel, qui provoque l'apparition d'un affect positif ou négatif se traduisant par une émotion plus ou moins visible (larmes, rire, etc.). Si la situation est vécue comme très désagréable ou menaçante, l'étage inférieur est alerté ;

3°) le cerveau primitif ("reptilien") se charge alors de déclencher les sécrétions hormonales adéquates, d'une façon automatique et irrépressible. Si cette situation perdure, surviennent des pathologies et un état d'épuisement physique autant que psychologique.

Cette réaction est bien adaptée à des risques physiques immédiats car elle favorise le combat ou la fuite.

Elle est nettement moins adaptée à la plupart des agents stresseurs rencontrés dans la vie moderne, notamment au travail. Car l'organisme "bénéficie" alors d'un surcroit d'énergie inemployée, provoquant des troubles notamment cardio-vasculaires (HTA, angor….), musculo-squelettiques, digestifs, etc.

On peut donc dire que la répression de cette réaction physiologique et l'obligation sociale de contrôle des émotions aggravent les pathologies du stress.

Le travailleur, une entité bio-psycho-sociale en équilibre…à condition que :

- le travail exigé mobilise ses fonctions physiques **sans dépasser** ses capacités corporelles (dépense musculaire, contraintes posturales, temps de sommeil, …) ;
- le travail mobilise ses fonctions mentales et psychiques **sans déborder** ses capacités cognitives, émotionnelles et psychologiques ;
- le travail a un **sens** pour lui (notion *a contrario* de *travail insensé)* et permet la *coopération.*

Les grands modèles du stress au travail :

Le modèle de KARASEK : il repose sur l'inadéquation entre la demande psychologique et la latitude décisionnelle, modulées par le soutien social (son questionnaire est parfois difficile à mettre en œuvre en milieu de travail réel du fait de l'évolution des connaissances sur la psychopathologie du travail).

Le modèle de SIEGRIST : il repose sur le déséquilibre entre efforts et récompenses, mettant en évidence un trait de personnalité particulier : le surinvestissement (intéressant par ses connexions avec le burnout).

Le modèle de WOCCQ : il est basé sur la perte de contrôle du travailleur concernant six dimensions essentielles du travail : ressources, gestion de la tâche, gestion du temps, planification, prise de risques, avenir (questionnaire largement utilisé, modèle puissant mais logistique lourde).

Le modèle de la justice organisationnelle- il est souvent mobilisé pour expliquer le mal-être au travail car c'est sur cette dimension qu'il parait le plus simple d'agir sur le plan collectif. Le respect des critères de la justice organisationnelle est la condition *sine qua non* de l'émergence de la ***confiance*** au sein d'une organisation. La confiance est la condition d'apparition de comportements positifs (dits "citoyens") dans l'entreprise.

Les conséquences et effets sur la sante

Les conséquences psychiques

- Troubles de l'humeur, irritabilité, débordements émotionnels (crises de larmes…), agressivité relationnelle…
- Difficultés de concentration, erreurs, oublis…
- Addictions : tabagisme, alcoolisme, toxicomanies…
- Surinvestissement, burnout…

➢ Dévalorisation de soi, anxiété, angoisses, dépression pouvant conduire au suicide…
➢ Décompensation psychiatrique de la personnalité…

Les conséquences physiques

➢ Troubles du sommeil, asthénie, céphalées, troubles du comportement alimentaire, troubles sexuels, troubles neurovégétatifs, lipothymies, spasmophilie …
➢ Douleurs rachidiennes, TMS…
➢ Palpitations, hypertension artérielle, coronaropathies…
➢ Prurit, eczéma, psoriasis, allergies cutanées…
➢ Manifestations ORL et respiratoires…
➢ Troubles digestifs…

Les conséquences sociales et professionnelles

- Au niveau de l'entreprise
  - ➢ Démotivation, démobilisation professionnelles
  - ➢ Absentéisme ou, au contraire, présentéisme
  - ➢ Retards
  - ➢ Problèmes de qualité
  - ➢ Augmentation des AT (accidents de travail) et des MP (maladies professionnelles)
  - ➢ Conflits interpersonnels et collectifs, violences
  - ➢ Vols, dégradation de l'outil de travail, sabotage, …
- Au niveau de l'environnement familial
  - ➢ Changements de comportement, désinvestissement, repli….
  - ➢ Conflits conjugaux ou familiaux, maltraitance du conjoint et/ou des enfants, violences, ruptures….
- Au niveau de la vie sociale
  - ➢ Désinsertion sociale
  - ➢ Conduites à risques, violences

Les professions exposées

Toutes les professions et métiers sont exposés aux risques psychosociaux, à tous les postes ; c'est une des caractéristiques de ces risques.
Cependant les professions à exigences émotionnelles fortes (cf. infra) sont un peu plus exposées, surtout en l'absence de mise en place d'une prévention primaire.

Les facteurs de risques

Le rapport GOLLAC identifie **6 grands types de facteurs de risques psychosociaux** au travail, mis en évidence par la littérature scientifique. Ils sont relatifs

➢ à l'intensité et au temps de travail,
➢ aux exigences émotionnelles,
➢ à une autonomie insuffisante,
➢ à la mauvaise qualité des rapports sociaux,
➢ aux conflits de valeurs et
➢ à l'insécurité de la situation de travail.

L'intensité du travail et le temps de travail

L'intensité du travail englobe la notion de « demande psychologique » et « d'effort » ; elle correspond :
➢ A une **quantité de travail** excessive, une complexité importante responsable d'une perte de qualité.
➢ A des **contraintes** de rythme, d'objectifs irréalisables ou flous, de polyvalence, d'instructions contradictoires, de compétences inadaptées
➢ Au **temps de travail** : horaires atypiques (travail de nuit, alternés…) et difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle, obligation d'heures supplémentaires non choisies, présence au poste imposée malgré la fatigue en cas de personnel insuffisant,…

Les exigences émotionnelles :

➢ **Les relations avec le public** peuvent être source de violence, surtout si la standardisation des réponses ne correspond pas à son attente.
➢ **Le contact avec la souffrance d'autrui** devient source de dévalorisation en cas d'impossibilité / impuissance à agir.

➢ **Le contrôle obligé de ses émotions** face au public, de ses opinions, l'adoption contrainte de comportements attendus.
➢ **La maitrise de sa peur : de l'accident pour soi ou pour autrui, de la violence,** de ne pas parvenir à faire convenablement son travail.

L'autonomie

➢ **Le manque d'autonomie procédurale ou temporelle** dans l'organisation du travail, l'absence de possibilité d'initiative, de marges de manœuvre ;
➢ **L'impossibilité d'anticiper les tâches à venir** (manque de visibilité dans le travail) ;
➢ **L'impossibilité de développer ou de mettre en œuvre** de nouvelles compétences ;
➢ **La monotonie, l'ennui,** lié à la répétition des tâches, à la perte du sens et de la satisfaction au travail ;
➢ **Une autonomie** privée des moyens nécessaires à son effectivité, et/ou accompagnée de fortes exigences.

Les rapports sociaux au travail

➢ **Les relations avec les collègues** deviennent des risques **en l'absence** de coopération (isolement professionnel), de solidarité et de convivialité dans le collectif de travail (soutien social), ou lorsque les idéologies de défense collective imposent des normes de comportement aux salariés ;
➢ **Les relations avec la hiérarchie** deviennent des risques en cas d'absence ou d'insuffisance de contrôle ou, au contraire, en cas de contrôle excessif, de directives impérieuses. Le manque d'autorité, l'incapacité à communiquer, l'absence de valorisation du travail, le manque d'écoute voire de politesse sont aussi des facteurs de risques ;
➢ **La mise en débat du travail, de son contenu, de ses conditions et de la notion de « travail bien fait »** constituent des facteurs de protection essentiels ;
➢ **Les inadéquations** entre le travail fourni et sa rémunération, entre les compétences et leur reconnaissance et/ou l'évolution de carrière, la non-appréciation du travail à sa juste valeur, le **manque de justice** procédurale (passe-droits, discriminations…) et d'attention au bien-être (le *« care »* anglo-saxon*)* des travailleurs sont au contraire des facteurs aggravants.

➢ **Les relations avec l'extérieur de l'entreprise :** le manque de reconnaissance par le client, le public, l'usager, l'absence de valorisation sociale du métier (sentiment d'utilité ou de prestige éprouvé par le travailleur), l'absence de communication sur les valeurs de l'entreprise ou le manque de moyens pour accomplir un travail à la hauteur des attentes du public ou des clients majorent les RPS ;
➢ **Les violences internes** telles queles relations conflictuelles entre collègues pouvant aller jusqu'aux violences verbales ou physiques, les discriminations, l'absence de dialogue, la « placardisation », la mise à l'écart du processus de décision, le harcèlement… sont évidemment sources d'atteintes à la santé.

Les conflits de valeur

Ils entraînent des souffrances par perte du sens du travail et/ou perte de la fierté au travail et concernent :
➢ **les conflits éthiques** lorsque la demande de la hiérarchie est contraire aux règles professionnelles ou aux valeurs personnelles du salarié ;
➢ **la qualité empêchée** lorsque le manque de temps, de moyens, d'autonomie, la pression des évaluations quantitatives (le « quantifériste ») occultent le travail réel
➢ **Le sentiment d'inutilité du travail**

L'insécurité de la situation de travail

Facteur déstabilisant pour les travailleurs, il peut s'agir :
➢ **d'insécurité socio-économique :** menaces sur la sécurité de l'emploi, le salaire, la carrière le statut (CDD, intérimaires), temps partiels imposés… ;
➢ **d'insoutenabilité du travail** : ne pas se sentir capable de tenir sur la durée, dans des conditions inchangées ;
➢ **de changements** stratégiques, organisationnels, techniques, statutaires, qui

constituent autant de risques pour la santé s'ils ne sont pas suffisamment accompagnés.

L'évaluation des risques

Elle doit être effectuée en concertation entre employeur et salariés, mais elle reste de la responsabilité de l'employeur. Elle doit être consignée dans le document unique au même titre que les autres risques.
La mise en place et le suivi d'**indicateurs** sont conseillés, mais ceux-ci doivent être consensuels, pertinents et adaptés à l'entreprise. Ils permettent de mieux suivre l'évolution des RPS en les intégrant à une démarche de qualité et d'amélioration continue.

Ces indicateurs peuvent être, classiquement, des :

Données de travail

- *Niveau d'activité de l'entreprise*
- *Niveau de formation des salariés*
- *Evolution du niveau de rémunération, existence d'une grille de salaire*
- *Organisation du travail et postes avec organisation atypique : 3 x 8, travail de nuit, travail isolé …*
- *Nombre de salariés exposés à des conditions particulières de travail : pénibilité, contacts public,*
- *Evolution du temps de travail*

Données économiques

- *Quantité produite*
- *Qualité de la production*
- *Evolution de la clientèle*

Données sociales

- *Taux d'absentéisme (maladie, AT, MP)*
- *Mouvements du personnel, taux de turnover, évolution de la durée des contrats*
- *Nombre de demandes de mutation et de mobilité*
- *Taux de rotation*
- *Nombre de démissions*
- *Nombre de licenciements et leurs causes, procédures judiciaires, demandes de rupture conventionnelle*
- *Rapport âge / ancienneté des salariés*
- *Incidents sur le lieu de travail (« crises de nerfs », bagarres, violences, altercations avec collègues ou clients).*

Données fournies par le service de santé au travail

- *Pathologies diagnostiquées en relation avec les RPS*
- *Ressenti global du médecin du travail (indicateur = note d'ambiance par exemple…)*
- *Nombre d'inaptitudes, propositions de mutations ou d'aménagements de poste…*
- *Outils de mesure spécifique lors des consultations (questionnaires, échelle de mesure du stress, ….)*

Ces données sont consignées dans la fiche d'entreprise et font l'objet d'informations régulières en CHSCT notamment.

Données d'autres origines : enquêtes générales ou ciblées sur certains risques, internes ou produites par des consultants extérieurs missionnés.

L'ensemble de ces informations peuvent être analysées et comparées entre elles, par atelier, par site, dans le temps, par rapport à des données de référence.
Ces indicateurs devant bénéficier de l'anonymat, leur mise en place est impossible si la taille de l'entreprise ou de l'unité de travail est insuffisante. Le médecin du travail reste seul juge du niveau de l'information qui peut être délivrée sans risque pour les salariés.

Les différents acteurs et institutions : leurs rôle et cadre réglementaire dans la prévention des RPS

Le chef d'entreprise

Outre l'élaboration du document unique d'évaluation des risques (cf. supra), il doit mettre en place le règlement intérieur (Article L.1321-1 du code du travail [CT]) qui interdit :

- les abus d'autorité en matière sexuelle
- toute pratique de harcèlement moral

« Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel […]. » (Article L.1152-1 du CT)

Il appartient au chef d'entreprise de prendre toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements visés à l'article L.1152-1 du CT.

Le fait de harceler autrui est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende (Article 222-33-2 du code pénal [CP]) au titre de la mise en danger de la vie d'autrui (Article 222-19 du CP).

Attention : le harcèlement moral est un délit pénal. Seul le juge est compétent pour qualifier des faits comme relevant du harcèlement moral. Le médecin, lui, ne peut qu'en constater les effets délétères.

Le chef d'entreprise a une obligation d'information et de formation des travailleurs à la sécurité et à la protection de leur santé ; cette formation inclut les RPS.

Le chef d'entreprise REPOND à une OBLIGATION de RESULTATS suite aux arrêts « amiante » du 28 février 2002 établissant depuis une **jurisprudence** constante :

« En vertu du contrat le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers ce dernier en une obligation de sécurité de résultats notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles et les accidents du travail.
Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable au sens de l'article L.452-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ».

La Cour de Cassation va de plus en plus loin dans cette logique d'obligation de résultats en matière de protection de la santé qui incombe à l'employeur : celui-ci doit assurer l'effectivité de la protection de la santé mentale du salarié ; il doit prendre les mesures nécessaires, réagir et agir en prévention.

Les institutions représentatives du personnel

Elles contribuent à la prévention, dans le cadre du CHSCT ou des délégués du personnel (DP).

Article L.4612 et suivants du CT :
Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés […].
Le comité procède à l'analyse des risques professionnels.
Le comité donne son avis sur […] le règlement intérieur.
Le comité peut proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel et de harcèlement moral.
Le comité est consulté avant […] toute transformation […] de l'organisation du travail.

Article L.4614-12 du CT :
Le comité peut faire appel à un expert agréé […] lorsqu'un risque grave [...] est constaté dans l'établissement.

Article L.2313-2 du CT :
Si un délégué du personnel constate, notamment par l'intermédiaire d'un salarié, qu'il existe une atteinte aux droits des personnes, à leur santé physique et mentale […], il en saisit immédiatement l'employeur.
L'employeur ou son représentant est tenu de procéder sans délai à une enquête.

Le salarié

Son rôle consiste essentiellement à alerter (pour lui-même ou ses collègues) et, éventuellement, à utiliser son droit de retrait.

Article L.4131-1 du CT : le salarié signale immédiatement à l'employeur ou à son

représentant toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé […].

La CARSAT (Direction des risques professionnels)

Elle conseille, contrôle, et porte assistance aux entreprises en tant qu'assureur du risque professionnel en dispensant :
- ➢ des formations spécialisées (méthodologie)
- ➢ de la documentation, des informations.

Elle mène des actions de sensibilisation et de communication.
Elle peut utiliser des incitations financières.
Elle anime et coordonne un réseau d'acteurs spécialisés (psychologues et ergonomes) sur la question des RPS.

L'ARACT (Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail)

En cas
- d'absentéisme et de démotivation,
- d'« épidémie » de troubles musculo-squelettiques,
- de situations de stress,
- de risques psycho-sociaux,
- de tentatives de suicide et suicides….

l'ARACT peut intervenir, en tant qu'organisme paritaire, à la demande du chef d'entreprise ou des représentants des salariés.
L'ARACT interroge le TRAVAIL et ses ORGANISATIONS en utilisant le système méthodologique « tensions / régulations ».
Elle pose des diagnostics de situation, propose des formations…

L'inspecteur du travail

Il contrôle, renseigne, conseille au niveau de l'individu ET du collectif.

Au niveau individuel, l'agent de contrôle, inspecteur (ou contrôleur) du travail :
- ➢ DIT le DROIT, renseigne dans le cadre de ses permanences ou de l'accueil téléphonique
- ➢ CONSEILLE, explique,
- ➢ Arbitre et décide (en cas de contestation d'avis d'aptitude au titre de l'article L.4624-1 du CT)
- ➢ Sensibilise et MET EN GARDE éventuellement le chef d'entreprise.

Au niveau collectif, l'agent de contrôle, inspecteur (ou contrôleur) du travail :
- ➢ Fait remonter l'information, témoigne,
- ➢ Fait APPLIQUER le code du travail (évaluation des risques, prise en compte de la santé mentale, règlement intérieur….),
- ➢ Tente de faire émerger le débat social,
- ➢ Peut METTRE en DEMEURE l'employeur (par le truchement du responsable de l'Unité territoriale de la DIRECCTE) d'agir sur les RPS.

Le médecin inspecteur du travail et la DIRECCTE

Ont des missions et actions

- ➢ **d'alerte et de veille sanitaire**
  - o *état des lieux « épidémiologique » régional*
  - o *exploitation des MP et MCP (maladies à caractère professionnel)*
  - o *semaines ou quinzaines MCP dans plusieurs régions*
  - o *enquêtes nationales type SUMER, EVREST…*
  - o *suivi de cohortes (type GAZEL)*
  - o *partenariat avec la DARES (Direction de l'animation, de la recherche et des études du Ministère du travail) et l'InVS (Institut de veille sanitaire)*

- ➢ **en interface avec l'échelon central (Inspection médicale du travail centrale et autres services de la Direction Générale du Travail (DGT)**
  - o *participation à l'élaboration de circulaires*
  - o *Plans de santé publique dont le Plan santé au travail et Plan régional de santé au travail*
  - o *Groupes de travail thématiques*

- ➢ **de formation (*Mieux connaître pour mieux prévenir)***
  - o *formation des agents de contrôle :*
    - ▪ *agents d'accueil téléphonique*

▪ *inspecteurs élèves dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire d'appui au niveau de la DIRECCTE ou dans le cadre de l'INTEFP (Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle), école de formation initiale et continue des personnels du Ministère du travail*

o *formation des MÉDECINS DU TRAVAIL*

o *formation de tout public demandeur (CHSCT, organismes patronaux, confédérations syndicales, associations, mutuelles...), éventuellement dans le cadre de conventions de PARTENARIAT*

➢ **d'information et de conseil**

o *rédaction de brochures, articles, documents de sensibilisation…*

o *organisation et participation à des réunions, colloques, journées d'échanges auprès de différents publics*

o *sollicitations de la part des médecins du travail dans le cadre de l'aide à la décision d'aptitude : problèmes techniques, juridiques, déontologiques*

o *diffusion des textes réglementaires et jurisprudences importantes*

o *recommandations de « bonnes pratiques »*

➢ **d'appui aux préventeurs** (Connaître les besoins - Donner les moyens)

o *contrôle du fonctionnement des Services de Santé au Travail : temps médical suffisant, pluridisciplinarité mise en place par le recrutement d'infirmières, d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), formation continue, respect des règles d'indépendance…*

o *Aide à la constitution de réseaux (consultants, ergonomes, juristes, psychologues, thérapeutes, ...), d'outils (consultations, rédaction de fiches, ouvrages, diaporamas, outils d'évaluation des risques ...), d'indicateurs (individuels, par métiers, par unité de travail,...)*

➢ **de réparation**

Le système complémentaire dans le cadre du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) :

*Il n'existe pas de tableau de MP visant à la réparation des maladies liées aux RPS mais une maladie pouvant être à l'origine d'un taux d'**IP supérieur ou égal à 25%** peut être réparée « hors tableau » dans le cadre du CRRMP s'il existe un **lien direct et essentiel** entre le travail et la maladie observée (syndrome anxio-dépressif ou dépression grave ayant pu conduire à une tentative de suicide, par exemple).*

Environ 700 dossiers sont présentés chaque année sur toute la France dont une moitié est réparée.

La prévention

Les actions préventives visent, selon leur niveau, à éradiquer les causes de RPS, à les corriger de façon à éviter leur rémanence ou leur récidive (notion de danger *vs.* risque), à aider les salariés à y faire face, à diminuer leur impact ou, enfin, à réparer les dégâts qui n'auront pu être évités.

PRÉVENTION PRIMAIRE

Compte tenu des **particularités des RPS qui sont**

➢ *récursifs* (ils se génèrent eux-mêmes et se génèrent entre eux),

➢ à la fois cause et conséquence : ils ne répondent pas à un schéma causaliste ou déterministe (une cause → un effet) mais à une logique *transactionnelle* beaucoup plus complexe,

la **prévention primaire** est à privilégier, plus encore que dans les autres domaines des risques dits " durs".

C'est le **terrain** de l'action **du médecin du travail.**

Autre particularité des RPS : la prévention ne se conçoit que *participative*. L'employeur doit être demandeur et ne peut pas se contenter d'acquiescer ; il doit être acteur, moteur des actions proposées. De plus, sauf pour une simple surveillance d'indicateurs, le personnel doit être, lui aussi, fortement impliqué dans toute démarche de prévention des RPS.

Enfin, il faut être conscient qu'en matière de RPS "la façon de faire vaut mieux que ce que l'on fait" (J.-P. DURAND), et que le simple fait d'enquêter (et même d'annoncer que l'on va enquêter…) peut modifier le contexte psychosocial ; d'où la nécessité de bien maîtriser la démarche et de prendre le temps de préparer les actions (attention aux temporalités différentes en prévention et en remédiation).

Prévention primaire collective

Comme pour tous les autres risques, il y a 2 façons de comprendre la prévention primaire :

- ***a priori*** *(**concevoir** l'organisation du travail de telle sorte que les exigences bio-psycho-sociales des individus et du collectif soient satisfaites) ou*

- ***a posteriori*** *(**corriger** les facteurs de risque, avant l'apparition de conséquences sanitaires et organisationnelles, après mise en évidence des facteurs de RPS et, éventuellement, une élévation collective du niveau de stress).Il s'agit d'une démarche préventive classique à intégrer au niveau HQSE (hygiène, qualité, sécurité, environnement).*

Prévention primaire intégrée (*a priori*)

Faire la liste des facteurs de RPS en entreprise est vain (liste toujours incomplète et évoluant au gré des innovations managériales, du contexte global du travail et du contexte sociétal).
Il est préférable d'intégrer les grands principes du bien–être au travail et les principaux modèles du stress au travail, de façon à pouvoir prendre en compte ces dimensions dans la mise en place (ou la modification) de l'organisation.

Prévention primaire corrective (*a posteriori*)

Contexte de la démarche
Cette prévention peut se développer :
- à partir d'une demande de l'employeur : aide au document unique d'évaluation des risques, sollicitation institutionnelle, démarche de groupe ;
- à partir d'une demande du CHSCT ;
- sur le conseil du médecin du travail.

Déroulement de l'action
Le préalable à toute action est le dépistage et l'évaluation des RPS. La démarche est classique : accord pour enquêter / recueil d'informations / analyse des informations / élaboration de propositions / accord pour agir / mise en œuvre / suivi + évaluation / réévaluation à terme

Exemple de planning
- s'assurer de la volonté et de l'implication de l'employeur
- créer un groupe de travail ad hoc
- assurer la formation / information du groupe de travail
- mettre en place d'un tableau de bord d'indicateurs psychosociaux
- préparer et réaliser une enquête (entretiens et/ou questionnaire)
- analyser les résultats sous l'angle tensions/régulations (B. SAHLER - ANACT)
- formuler des propositions (résolution de problèmes)

- rechercher l'accord de la direction
- mettre en œuvre les actions retenues

Prévention primaire individuelle

Il s'agit là de dépister au niveau individuel (dans le cadre des "visites" ou "entretiens") le malaise débutant du salarié face à certaines situations de travail, et les traits de sa personnalité qui le « prédisposent » éventuellement à certaines difficultés ou conflits afin de le conseiller pour lui éviter de laisser certains facteurs de risques se transformer chez lui en stress puis en pathologies.
A ce propos, on se concentrera spécialement sur le dépistage des personnalités surinvesties « de type A » également appelés « workaholiques » (on peut s'aider ou s'inspirer du questionnaire WART : *cf.* INRS TF 202 Septembre 2012 – REFERENCES EN SANTE AU TRAVAIL – n°131) et sur le « style d'attribution » (ou *locus of control*, interne ou externe) : le locus de contrôle se définit (ROTTER) comme « la tendance que les individus ont à considérer que les

événements qui les affectent sont le résultat de leurs actions ou, au contraire, qu'ils sont le fait de facteurs externes sur lesquels ils n'ont que peu d'influence, par exemple la chance, le hasard, les autres, les institutions ou l'État… ». Les personnes croyant que leur performance ou leur sort dépend surtout d'eux-mêmes ont un locus de contrôle dit « interne » ; celles persuadées du contraire (c'est-à-dire que l'issue est avant tout déterminée par des facteurs extérieurs, hors de leur influence) ont un locus de contrôle dit « externe ».
Des questionnaires existent, entre autres le *Work Locus of Control* de SPECTOR et le *Locus of Control Scale* de ROTTER, tous deux accessibles sur internet sur le site *wilderdom.com*).

Un exemple typique de l'influence de la personnalité sur l'apparition de RPS chez un individu est la coexistence d'une personnalité de type A et d'un *locus of control* externe qui prédispose fortement au *burnout* dans certaines professions ; ce type de personnalité conduit l'individu à se décourager car "il est entouré d'incompétents", "il se donne à fond mais les autres l'empêchent d'aboutir", "on lui met des bâtons dans les roues", "il traîne toute l'équipe comme un boulet", "sans lui, la boîte fermerait", etc. On peut repérer cette disposition d'esprit lors de l'entretien comme un élément en clinique médicale du travail.

L'appréhension du vécu individuel au travail s'appuie sur les modèles et concepts cités plus haut (théorie de la psychologie différentielle), sur une connaissance suffisante des conditions de travail et sur une approche compréhensive du salarié, en se gardant des écueils habituels : déni, relativisation, position empathique d'emblée.

L'information du salarié, comme pour tous les autres risques, est primordiale pour lui permettre de détecter lui-même les facteurs de RPS dans son environnement, et de s'en prémunir.

PRÉVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire (aider les salariés à supporter le stress ou, plus largement, à s'adapter à des conditions de travail considérées par l'employeur comme immédiatement non modifiables) ne devrait concerner que très peu la Santé au travail. Le médecin du travail doit se garder d'être utilisé comme caution dans une démarche de type « tickets psy », lignes téléphoniques « vertes », séances de « massage assis », stages de gestion du stress, etc..
Une exception cependant : quand le stress fait partie intégrante du métier (forces de sécurité, guichets sociaux, etc.) et que tout a été fait au niveau primaire pour empêcher l'actualisation du risque, un soutien individuel ou collectif peut se discuter, à condition de ne pas se substituer à la prévention primaire.

Prévention secondaire collective

Il peut s'agir d'interventions de psychodynamique, mais aussi de méthodes manipulatoires du collectif de travail à propos desquelles le médecin du travail doit rester très réservé (saut à l'élastique, stages de canyoning, brainstorming, happenings…). Il s'agit dans l'esprit des promoteurs de ces méthodes de « recréer du collectif » et d'induire la coopération au sein d'une équipe en faisant l'économie d'une réflexion sur le "travailler ensemble" et sans modifier les conditions de travail. Or, pour construire un collectif coopérant dans une entreprise, il faut laisser du temps interstitiel pendant lequel les relations humaines pourront se développer autour et à l'occasion de "disputes professionnelles" et de l'échange de "ficelles de métier" ; il faut également éviter la mise en concurrence individuelle des salariés entre eux, au profit d'une évaluation collective des résultats.

Prévention secondaire individuelle

Ce peut être la tentation de la part de certains employeurs de faire prendre en charge individuellement (coaching) les salariés « les plus fragiles » qui ne supportent pas le niveau de stress imposé par leur travail. Le médecin du travail ne peut,

éventuellement et dans une certaine mesure, s'inscrire dans cette démarche par un soutien psychologique du salarié en difficulté qu'en l'absence avérée de possibilité d'action préventive organisationnelle.

PRÉVENTION TERTIAIRE

La notion de prévention tertiaire (qui n'existe pas dans d'autres pays francophones…) correspond à la **réparation** des conséquences individuelles (et parfois collectives) d'une exposition non contrôlée à un stress professionnel. C'est le domaine juridique et de l'expertise dans lequel le médecin du travail a un rôle à jouer mais dont ce n'est pas la mission première : signalements de MCP, certificats pour le CRRMP, attestations, etc..

L'action du médecin du travail et de son équipe

Elle consiste à écouter, analyser, alerter, traiter l'individu et le collectif.

Au niveau individuel

Le médecin du travail ECOUTE dans le cadre de ses examens cliniques (les visites médicales)

Le code du travail prévoit :

- des examens systématiques pour tous les salariés : lors de l'embauche, ou périodiques (deux ans en général, davantage bien souvent), un an en cas de surveillance renforcée…
- et des examens ciblés à l'occasion du parcours professionnel du salarié :
  - de pré-reprise (en cas d'arrêt de plus de 3 mois) et de reprise du travail (articles R.4624-20 et suivants du CT) à la suite d'un congé de maternité, d'une absence pour maladie professionnelle, d'un arrêt de travail pour accident de travail ou maladie / accident non professionnel supérieur à 30 jours,
  - consultations à sa demande (R.4624-18) : il peut saisir directement le médecin du travail et le consulter sans que son employeur en soit informé ni que le médecin (tenu au secret médical) en informe l'employeur.

Le contenu des examens est laissé à l'appréciation du médecin qui doit évaluer « l'aptitude » du salarié à occuper le poste confié par l'employeur sans risques pour sa santé et éventuellement PROPOSER au moyen de la fiche d'aptitude « des mesures individuelles […] telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives […] à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite » (L4624-1).

Le médecin du travail participe au dépistage et à la prévention des situations de risques psychosociaux par :

- l'interrogatoire du salarié en s'enquérant
  - de sa formation - initiale et au sein de l'entreprise - au regard du poste occupé,
  - des autres risques présents dans l'établissement,
  - des conditions physiques et psychologiques du travail,
  - du travail prescrit, du travail réel , de leur écart et de son vécu ;
  - de la qualité des relations professionnelles avec ses collègues et sa hiérarchie entre autres,
  - de l'existence d'arrêts de travail et de leur motif,
  - de l'existence de troubles du sommeil, de troubles digestifs, de poussées anxieuses, de troubles fonctionnels ORL, cutanés, cardiaques, des addictions…
- l'examen clinique qui complétera cet entretien à la recherche de troubles cardiovasculaires (HTA notamment), de modification du poids, d'une pathologie cutanée ...
- un questionnaire de dépistage systématique du stress et de la souffrance au travail peut être réalisé par des tests simples si besoin.

Toutes ces données, ainsi que les courriers et autres documents médico-administratifs,

sont portés au dossier médical, qui comprend également

- les suites données à ces examens individuels : conseils, avis d'aptitude adapté aux problèmes de santé du salarié avec proposition éventuelle d'adaptation du poste, de mutation, voire, dans certains cas, un avis d'inaptitude ;
- d'éventuels certificats ;
- les propositions d'actions correctrices adressées à l'employeur par courrier, courriel, …. ;
- l'éventuelle orientation du salarié en vue d'une prise en charge sociale, juridique, paramédicale (psychologue) ou psychiatrique ;
- l'évaluation et le pronostic des conséquences sur la santé de la situation de travail.

Au niveau individuel, le médecin du travail reste médecin : il n'est ni juge, ni policier, ni moralisateur.

Dans le cadre de son équipe :

l'infirmier(e) de santé au travail agit sur protocole, sous l'autorité technique du médecin, notamment dans le cadre d'entretiens infirmiers individuels dont l'interrogatoire est proche de celui du médecin, notamment en matière de RPS. Sa disponibilité à l'écoute du salarié, sa proximité notamment en entreprise, lui permettent de compléter utilement l'action du médecin et l'alerte du médecin du travail.

le médecin collaborateur (comme l'interne en médecine du travail) en formation assiste le médecin du travail dans l'ensemble de ses missions. Son rôle dans l'alerte et dans la prise en charge des RPS au plan individuel est également primordial.

l'assistant de service de santé au travail (ASST), au niveau de l'accueil - physique ou téléphonique - des salariés, peut également avoir son attention attirée par un trouble du comportement ou certains signes physiques, ou se trouver alerté par des propos inquiétants.

Au niveau collectif

Le médecin du travail REPERE les conditions de travail à risques et fait connaitre, dans le respect du secret professionnel, les risques dépistés et/ou leurs conséquences :
« Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite (Art. L. 4624-3-I du CT).
« Lorsqu'il est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues […], il fait connaître ses préconisations par écrit. (Art. L. 4624-3-II du CT).

Le médecin du travail dispose de différents **moyens d'information** du chef d'entreprise et des institutions représentatives du personnel (délégués du personnel, comité d'entreprise et CHSCT pour les entreprises de 50 salariés et plus):

- la fiche d'entreprise, obligatoire, analyse les risques et les organisations du point de vue de la santé. Y sont annexés les éventuels courriers d'information ou d'alerte sur les RPS et les expertises menées par le médecin ou son équipe,
- la collecte d'indicateurs,
- les rapports et résultats des enquêtes par questionnaires ou entretiens individuels que le médecin du travail aurait REALISES ou fait réaliser,
- les déclarations ou signalements de maladies à caractère professionnel, le rapport technique annuel, le plan d'activité, les études de poste, ….

Au niveau collectif, le médecin du travail reste médecin : il n'est ni manager, ni délégué du personnel, ni inspecteur du travail.

Dans le cadre de son équipe :
Il s'appuie sur l'infirmier(e) de santé au travail, le médecin collaborateur et l'ASST qui contribuent, chacun à leur niveau, au repérage et à l'analyse des RPS en l'aidant à passer de l'individuel au collectif.

Et surtout sur l'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP)- ergonome et / ou psychologue du travail le plus souvent - dont les compétences techniques et organisationnelles lui permettent d'assurer des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui, particulièrement précieux en matière d'approche et de prise en charge des RPS au niveau collectif.

La communication des résultats de ses études et rapports au médecin du travail, qui est souvent à l'origine de la demande d'intervention, offre à ce dernier un abord des RPS complémentaire au sien et fort utile pour l'analyse globale des situations de travail.

Les risques psycho-sociaux
Diaporama de présentation et de sensibilisation

Groupe Santé Mentale de Bourgogne, novembre 2012.

Ce diaporama vise un public de personnes (salariés sensibilisés - délégués CHSCT ou délégués du personnel - employeurs), désireux d'acquérir un socle de connaissances de base en matière de RPS et de leur prévention.

Son contenu :

- Définitions RPS, différentes formes, stress
- Coût humain, économique et social
- Prévalence
- Cadre réglementaire
- Comment agir ? Les différents niveaux de prévention
- Indicateurs et facteurs de risques
- Rôle du médecin du travail
- Recommandations

Il est disponible sur le site internet de la Direccte :
http://bourgogne-franche-comte.direccte.gouv.fr/Travail-Sante-Securite

Partie 1
Fiche 4

Les ressources et acteurs utiles au médecin du travail et à son équipe : qui fait quoi ?

Externes à l'entreprise

MEDICO MEDICAUX

- Médecin traitant
- Psychiatre (libéral, CMP)
- Psychologue (numéro vert, libéral, CMP, CUMP)
- Médecin « spécialisé » RPS (Consultation « souffrance au travail » hospitalière – Mutuelles – Institut….)

MÉDICO-SOCIALES

- Médecin Conseil organismes de Sécurité Sociale (SS, MSA)
- Assistant Social (SST, CARSAT, Département…)
- CRRMP
- MDPH, SAMETH, OETH
- Associations

PRÉVENTIVES

- Ingénieur-conseil et contrôleur (CARSAT – Direction des risques professionnels)
- ARACT
- Consultants, audits, experts…

Les ressources et acteurs utiles au médecin du travail et à son équipe

INFORMATIONS / CONSEILS ADMINISTRATIFS ET JURIDIQUES

- MIRT
- Inspecteur du travail
- Conseil départemental de l'Ordre
- Médiateur, conseiller juridique, avocat
- Conseiller du salarié (Maison des syndicats, UD, UR,…)
- Justice (Procureur, Défenseur des droits,,,)
- Police - Gendarmerie

Internes à l'entreprise

(établissement relevant du régime général de SS)

- Chef d'entreprise
- Manager n + 1
- DRH, RQHSE
- Délégué CHSCT (Ets > 50 salariés)
- Délégué du personnel (Ets < 50 salariés)
- IPRP
- Groupes de travail *ad hoc* (« vigilance RPS », « prévention suicide » …)
- Assistant social
- Infirmière du travail
- Psychologue

Il ne s'agit pas de passer en revue l'ensemble des ressources et acteurs utiles au médecin du travail dans le cadre de la prévention des RPS mais de lui apporter quelques conseils pratiques.

le médecin traitant : le lien avec lui est indispensable pour tout salarié dont l'état de santé parait altéré du fait de RPS, que ce soit ou non ce médecin qui a est à l'origine de la consultation du médecin du travail. Avec l'accord de son patient, il peut apporter :

- son approche globale, son diagnostic, ses prescriptions, son suivi sur le long terme ;
- sa connaissance de l'environnement extraprofessionnel de son patient ;
- des écrits utiles au DMST (dossier médicale de santé au travail.

Il est soumis au secret professionnel qu'il peut néanmoins partager avec le médecin du travail dès lors qu'il considère que ce dernier participe à la prise en charge de son patient conformément à l'article 64 du code de déontologie.

Sa compassion à l'égard de son patient, parfois assorti d'une méconnaissance des risques fait qu'il s'autorise parfois à qualifier juridiquement certains faits, attestant, par exemple, d'un « harcèlement moral » non constaté, aux seuls dires de son patient… Cette empathie a son revers et le médecin du travail peut se prémunir de ses conséquences délétères par un échange confraternel.

La CUMP : la cellule d'urgence médico-psychologique constitue un dispositif de prise en charge psychologique précoce des blessés psychiques dans les situations d'urgence collective : en milieu de travail, il peut s'agir aussi d'un AT grave ou d'un suicide.

Les CUMP ont été créées à la suite d'un attentat en 1995. Elles sont composées de spécialistes du soin psychique (psychiatres, psychologues, infirmiers et sauveteur socio-psychologique) spécialement formés à ce type d'urgence, placés sous la coordination d'un psychiatre coordonnateur nommé par le Préfet pour chaque département. La CUMP est déclenchée à l'initiative du SAMU et sur accord du médecin psychiatre coordonnateur. Il peut s'agir d'une intervention immédiate, sur les lieux de l'évènement, ou bien de l'organisation d'une intervention différée.

Le but est de prendre en charge les blessés psychiques et les personnes qui deviennent un danger pour elles-mêmes. Ces interventions étant proposées de manière systématique, certains auteurs dénoncent la surutilisation des CUMP et les dangers qu'il y aurait à « psychiatriser la tristesse » et à « faire du deuil une maladie ».

Les médecins « spécialisés » RPS : quels sont les praticiens auxquels le médecin du travail peut avoir recours en cas de souffrance mentale au travail ?

Les **consultations de pathologie professionnelle**, qui existent dans une trentaine de villes universitaires, permettent de prendre des avis / conseils auprès de **praticiens hospitaliers** spécialisés en pathologie professionnelle : avis sur la situation de travail, le maintien au poste, au travail, l'opportunité de la reprise, l'aptitude, avis diagnostique, éventuellement psychiatrique, conseils techniques ou médico-administratifs…

Les **consultations « Souffrance au travail »** sont parfois associées aux précédentes, dans un cadre hospitalo-universitaire, ou organisées dans le cadre de Mutuelles, d'Associations… Elles font intervenir des médecins du travail, des médecins inspecteurs du travail, des psychologues cliniciens spécialisés… Elles s'adressent à des salariés ou ex-salariés en détresse, dans une démarche d'écoute compréhensive, de verbalisation, de prise de conscience, de reconstruction…, par rapport à leur travail.

Le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie donne un avis médical sur la justification de l'arrêt de travail ; il gère le dossier sur pièces, ou convoque le salarié. Il peut mettre un « dernier délai » pour le versement des indemnités journalières et, en pratique, « obliger » ainsi le salarié à reprendre le travail lorsqu'il considère que son arrêt n'est plus justifié médicalement. Or cela peut être fréquemment le cas en matière de RPS quand, au terme d'un certain laps de temps d'arrêt de travail, le salarié va mieux puisqu'éloigné de la cause à l'origine

de sa maladie. Mais il ne peut reprendre son travail puisque les mêmes causes ont toutes les « chances » de produire les mêmes effets… L'intérêt de concertations bilatérales ou de réunions médecins du travail – médecins conseils prend dès lors tout son sens et son intérêt.
En cas de maladie liée aux RPS, le médecin conseil décide également du taux d'IP prévisible de 25 % permettant la saisine du CRRMP.

L'assistant de service social : tous les assistants sociaux (mairie, département, entreprise, service de santé au travail) peuvent intervenir en aide à un salarié en difficultés liées aux RPS
C'est néanmoins l'assistant de service social (ASS) de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) qui, le plus souvent, intervient en premier. Après un arrêt de travail de plus de 90 jours, il propose systématiquement au salarié une rencontre individuelle ou en groupe.
L'ASS de la CARSAT a en effet pour mission d'accompagner les salariés en arrêt de travail et de prévenir le risque de désinsertion professionnelle. Un salarié en butte à des RPS est immédiatement confronté à un problème de retour à l'emploi car les causes à l'origine de sa décompensation auront rarement disparu pendant son absence. L'offre de service du service social, avec le soutien d'un réseau de partenaires, se décline sous la forme de réunions d'information et d'échanges, ainsi que d'accompagnement social, individuel ou collectif.

L'inspecteur du travail et le médecin inspecteur du travail, chacun à leur niveau, incarnent le Ministère en charge du travail : contrôle, conseils technico-juridiques, animation de réseaux… En matière de RPS, leur alerte fait partie des outils dont dispose le médecin du travail, dans le cadre des limites déontologiques abordées dans d'autres parties de cet ouvrage (cf. notamment partie 3 – fiche 2-3). Ceci n'exclut nullement l'alerte de l'inspecteur par le salarié lui-même (permanence, renseignement téléphonique, rendez-vous…).

Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins peut aider et conseiller le médecin du travail au niveau des RPS, dans la rédaction des certificats notamment. Mais il peut aussi recevoir et instruire des plaintes de l'employeur pour, éventuellement, les transmettre à l'instance disciplinaire (le Conseil régional de l'Ordre). Le sujet fait débat actuellement qui consiste à savoir si, d'une part, l'Ordre est fondé à instruire de telles plaintes et si, d'autre part, le médecin du travail peut attester d'un lien santé / travail dont il n'a pas pu constater la réalité (cf. notamment partie 3 – fiche 2-4).

Le conseiller du salarié est un syndicaliste
- désigné par son organisation,
- figurant sur une liste établie par le DIRECCTE, arrêtée par le Préfet, consultable dans les Mairies et inspections du travail (DIRECCTE)

Il est bénévole, soumis au secret professionnel et, plus généralement, à une obligation de discrétion.
En matière de RPS, il peut avoir l'avantage de parler le même langage que le salarié, de le comprendre, d'avoir une vision globale des RPS. Sa mission est d'informer, d'orienter, d'assister le salarié : soutien moral et accompagnement, appui juridique, aide à la rédaction de courriers…
En pratique, il intervient le plus souvent dans le cadre de la rupture du contrat de travail (licenciement, présence lors de l'entretien préalable, rupture conventionnelle…)
Le risque de son intervention est celui de la victimisation et de la judiciarisation à mauvais escient.

La police ou la gendarmerie se situent au début du processus judiciaire qui commence à leur niveau par le dépôt d'une plainte ou d'une main courante.
Le dépôt de plainte est l'acte par lequel la victime d'une infraction informe un service de police, une brigade de gendarmerie ou le procureur de la République afin de faire poursuivre l'auteur d'une infraction et, si ce dernier est reconnu coupable, de le faire condamner à une peine.
Le dépôt d'une main-courante est utile si l'on désire simplement faire enregistrer un événement de la vie courante par la force

publique afin de constituer un début de preuve dans une procédure ultérieure.
En matière de RPS, il n'appartient pas au médecin de conseiller le salarié à ce niveau mais d'être au fait de ces réalités finalement assez rares. A noter, et c'est médicalement important, que dépôt de plainte et main courante peuvent désormais se faire par Internet.

Les ressources internes à l'entreprise concernent les entreprises de plusieurs dizaines de salariés au moins car, en deçà, elles sont réduites et ne présentent pas de spécificité à développer.

Dans les établissements d'une certaine taille, le médecin du travail, qu'il exerce dans le cadre d'un service autonome ou interentreprises, connait parfaitement ses interlocuteurs, leurs places et leurs rôles dans l'organigramme comme les limites de leurs missions, largement dépendantes de la « culture d'entreprise ». Il est clair, par exemple, que les entreprises « américaines » ont une approche du management et des RPS qui nécessitent des adaptations.

En pratique, ce sont les questions de secret médical (le secret professionnel des médecins), de secret professionnel (des non-médecins - qu'ils exercent ou non sous la responsabilité des médecins -), de secret partagé, de « discrétion » …, qui sont les plus complexes à gérer.
Si les médecins du travail maitrisent le secret que leur statut leur permet de protéger « dans l'intérêt des patients », l'infirmière de santé au travail, l'assistante sociale, l'IPRP, sont parfois soumis à des pressions « réalistes ». Il convient :

- d'en être conscient et donc prudent,
- de se rappeler et de rappeler l'article 72 du code de déontologie (article R.4127-72 du code de la santé publique) selon lequel « le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment »,
- de ne pas confondre cependant secret médical et opacité, intérêt du patient et protection du médecin…

Intervenir en santé au travail dans les TPE : quelles spécificités au niveau des RPS ?

On évoque ici les entreprises de petite taille, de 1 à 9 salariés, n'appartenant pas à un groupe.

En moyenne, une TPE emploie 3 salariés ; plus d'un tiers n'emploie qu'un seul salarié. La moitié des TPE emploie au moins un non salarié (gérant, membre de la famille, bénévole, retraité actif…). Les TPE recourent davantage aux CDD, au temps partiel, ou à des contrats aidés (formation en alternance par exemple **(1)**

Les petites entreprises n'échappent pas aux pathologies liées aux facteurs psychosociaux, sans que leur taille confère à ces pathologies des caractères spécifiques. Néanmoins, certaines questions émergent.

En quoi les particularités des TPE peuvent-elles favoriser certains risques psychosociaux ?

➢Le management fondé sur la confiance et l'affectivité

Le dirigeant de TPE engage son patrimoine, oriente son activité et sa gestion selon ses valeurs. Il est ainsi présent au quotidien. Il partage le métier, les situations et conditions de travail. Il cumule plusieurs fonctions. Les tâches administratives, comptables et de gestion du personnel sont souvent assurées par le conjoint. Un enfant du couple entre fréquemment dans l'entreprise comme apprenti, puis employé, parfois « programmé » pour reprendre les rênes de l'entreprise….
Cette proximité favorise les décisions partagées ; elle permet flexibilité et réactivité : la TPE est en perpétuelle adaptation face aux défis du travail et de son environnement. L'acceptation de « coups de collier » (dépassements d'horaires, conditions de travail « exceptionnelles » ou « provisoires ») relèvent de cette problématique, souvent dans le cadre d'un « donnant – donnant » plus ou moins formel.

Mais ce mode de pilotage fondé sur l'affectivité place les relations professionnelles sous la dépendance totale du dirigeant, bridant les initiatives personnelles ou collectives. Cette proximité (voire promiscuité) complexifie les relations interpersonnelles, estompe la frontière vie privée / vie professionnelle et peut exacerber les tensions.

➢L'absence d'instances représentatives du personnel (IRP)

Le plus souvent non voulue du fait de la taille de la structure, elle ne favorise pas la médiation.

➢Les jeux de pouvoir et les pressions

majorées par le lien direct employeur / salarié, le mode de management et le contexte économique

➢L'organisation du travail informelle s'appuyant sur la polyvalence et la poly-compétence

- la polyvalence et la poly-compétence impliquent la réalisation de tâches annexes ou non spécialisées ;

- les individus se mettent d'accord sur la manière d'effectuer collectivement le travail par une communication fondée sur le verbal, le visuel et le gestuel, c'est-à-dire largement informelle ;
- la formalisation peut être imposée par l'appartenance à un réseau professionnel (entreprise franchisée), par des normes de métier, ou par le donneur d'ordre dans la sous-traitance ;
- les tâches sont parfois mal définies ou insuffisamment en adéquation avec les besoins réels du poste, d'où un écart entre les attentes du salarié et la réalité du travail ;
- la reconnaissance professionnelle n'est pas toujours possible :

o en milieu rural ou semi rural, la TPE est fortement ancrée sur son territoire avec lequel elle vit en symbiose : elle y contribue et y puise ses ressources. Cette relation entraine une porosité forte, majorant la confusion vie privée / vie professionnelle, particulièrement en milieu rural : « faire son bois », « faire son jardin » ou « aller à la chasse » constituent bien souvent un témoin, sinon un« cafteur » sanitaire et social ;

o La culture de la prévention des risques professionnels est souvent faible et vécue comme une contrainte, un coût et une perte de temps ;

- les TPE ont une vision à court terme, « le nez dans le guidon » ;
- les acteurs sont peu sensibilisés aux questions d'organisation du travail et au droit du travail ;
- les dirigeants ont un besoin croissant de conseils afin de se conformer à la législation (exemple du DUER).

➢Certains publics, fonctions ou secteurs d'activité sont plus fortement touchés par les RPS :

- les petites associations « loi de 1901 » sont particulièrement impactées et posent des problèmes spécifiques ;
- les publics les plus touchés sont les salariés vieillissants, les apprentis, les femmes enceintes sans oublier les chefs d'entreprise eux même (souvent gérants salariés) ;
- les fonctions demandant une grande polyvalence, les postes à grande autonomie avec un fonctionnement par objectifs semblent plus exposés ;
- les secteurs d'activité ancrés dans le système de **sous-traitance** ou ceux en contact direct avec la clientèle sont les plus sensibles.

En quoi les particularités des TPE confrontent-elles le médecin du travail à des difficultés spécifiques de prise en charge des risques psychosociaux ?

➢ **Lorsque les relations de travail se dégradent**, les répercussions sur les salariés sont directes, rapides et d'emblée de forte ampleur.

➢ **Lorsque le salarié est en arrêt de travail,** l'employeur peut le vivre comme une trahison, pouvant aller jusqu'à contester sa légitimité : l'expression selon laquelle le salarié « se met en arrêt » est quasiment passée dans le langage courant alors même qu'il s'agit d'une prescription médicale.

➢ **De même, toute restriction d'aptitude, du fait du faible effectif,**

o entraîne des difficultés accrues d'aménagement de poste et de reclassement ;

o induit une augmentation de la charge de travail pour les collègues.

o Le retentissement d'une pathologie sur les conditions de travail pour le reste du personnel peut être important et générer des conflits, d'autant que l'injonction à « prendre parti » se fait forte : il n'est pas rare qu'une restriction d'aptitude liée à une pathologie physique se transforme en une inaptitude au poste, du fait des antagonismes interpersonnels qu'elle a provoqués et de leurs conséquences : le salarié devient inapte non plus du fait de son handicap mais « des problèmes » que son reclassement ou son absence de reclassement ont généré.

➢ Le chef d'entreprise lui-même peut être très impacté psychologiquement par la dégradation des relations de travail qui, dès lors, s'auto entretient (cf. la notion de récursivité des RPS).

➢ L'histoire familiale et médicale du salarié est parfois mieux connue du responsable que du médecin du travail lequel est alors sommé d'intervenir non plus comme expert mais comme médiateur : la question du travail passe alors au second plan.

➢ L'employeur ressent toute intervention dans l'organisation du travail de son entreprise comme intrusive, portant atteinte à son « leadership»

➢ Les indicateurs quantitatifs de santé sont inexploitables du fait du faible effectif, le turnover et les difficultés de recrutement apparaissant tardivement.

➢ La perte de confiance s'installe rapidement ce qui met en jeu le maintien dans l'entreprise : on peut aboutir alors à une rupture du contrat de travail par démission ou par inaptitude médicale quand l'état de santé du salarié le justifie. La rupture conventionnelle et le licenciement pour faute sont moins utilisés dans les TPE.

Quels sont les « moments - clé » de la vie de l'entreprise où la situation peut basculer, nécessitant l'attention particulière du médecin du travail ? Que faire et ne pas faire ?

➢ L'absence d'un salarié pour raison de santé, surtout lors d'un arrêt de travail non prévu avec date de reprise inconnue :

- **pendant l'arrêt :**
  - quand c'est possible, rassurer : la maladie et ses conséquences font peur
  - promouvoir, par une politique d'information systématique de l'ensemble des entreprises, l'examen de pré-reprise car bien souvent le médecin « découvre » l'arrêt de travail prolongé… lorsqu'il se termine ;
  - sensibiliser à la procédure de « réintégration » à mettre en place suite à une longue absence.
- **à la reprise :**
  - poser la question de l'organisation du travail lors de toute reprise après une longue absence.

➢ Un changement de direction, l'évolution conséquente de l'activité de l'entreprise, la mise en place de nouvelles normes d'organisation :

- être vigilant en cas de rachat quant aux changements d'organisation en perspective ;
- sensibiliser à la nécessité de communiquer en cas de réorganisation ;
- susciter et accompagner la réflexion sur l'adaptation des salariés aux changements ;
- en profiter pour promouvoir la rédaction fortement recommandée de fiches de fonction et de poste, énumérant les principales tâches.

➢ La survenue de difficultés économiques :

- garder à l'esprit leurs conséquences, pouvant impacter la santé de tous, y compris celle du chef d'entreprise ;
- Rechercher systématiquement leur impact sur la santé des salariés (lors des examens médicaux ou de l'établissement de la fiche d'entreprise (FE) ;
- Sensibiliser les employeurs aux conséquences que peuvent engendrer les difficultés économiques en matière de santé mentale au travail.

➢ Le passage entre générations avec ou sans coexistence de plusieurs générations dans une entreprise à gouvernance familiale :

- réaliser systématiquement une visite d'entreprise et la mise à jour de la FE lors des changements ;
- demander l'organigramme des fonctions ;
- rappeler au nouvel employeur ses obligations dans le domaine de la protection de la santé des salariés

➢ L'apparition d'attitudes et de comportements du chef d'entreprise vécus comme déstabilisants et humiliants :

- Rencontrer tous les salariés ;
- Rencontrer l'employeur pour connaitre les points de vue de chacun et confronter les discours. Les synthétiser. Selon les résultats de cette synthèse :
  - assurer une veille active au profit des salariés en place et des nouveaux embauchés ;

- sensibiliser l'employeur sur sa responsabilité en matière de protection de la santé mentale des salariés ;
- passer à l'écrit par courriers d'alerte.

➢ La prise de conscience par le salarié du décalage entre ses attentes et les perspectives réelles d'évolution – début de décompensation :

o Repérer les postes à forte autonomie, souvent concernés par ce décalage

o Appuyer les employeurs dans la définition claire et précise des fonctions et de leurs perspectives réelles.

➢ **La confrontation du salarié (ou de l'employeur) à des difficultés de la sphère privée :**

o disposer, dans l'interrogatoire du salarié, de quelques questions clés sur la sphère privée de façon à faire le lien avec une éventuelle dégradation des relations de travail ;

o s'assurer que les dysfonctionnements sont extérieurs à la sphère organisationnelle ;

o orienter les salariés vers des acteurs externes (sur le plan médical, psychologique, social, juridique).

Quelles interventions d'appui par l'Equipe de Santé au travail ?

➢ **Les Interventions en entreprise**

o **l'accueil des nouveaux adhérents par l'Assistant en Santé au Travail (AST).** Il est préférable que cet accueil soit réalisé en entreprise ; l'intervenant informe sur le rôle du service de santé au travail, sur les possibilités de consultation du médecin (visites à la demande….), sur les RPS et le harcèlement moral…, sur la conduite à tenir en cas d'évènement traumatisant survenu sur le lieu de travail. L'organisation du travail peut faire l'objet de questions à l'employeur.

o **l'établissement de la fiche d'entreprise**. C'est l'occasion de rappeler le rôle du médecin du travail et ses missions réglementaires. Il est recommandé d'inclure un chapitre sur le repérage des facteurs de RPS, des situations problématiques et éventuellement des données sur le vécu au travail issues des entretiens professionnels des salariés quand l'effectif le permet.

o **les études de poste,** par exemple dans le cadre d'une inaptitude en cours, lors d'un aménagement de poste, lors du montage d'un dossier de lourdeur du handicap : aborder l'organisation du travail permet de promouvoir l'évaluation des RPS.

o **l'aide à l'évaluation des RPS dans le cadre de l'élaboration du DUER.** L'évaluation des facteurs de RPS nécessite des méthodes adaptées à la petite taille des entreprises, méthodes le plus souvent expérimentales et non validées sur le terrain :

l'outil « faire le point » sur le site www.travailler-mieux.gouv est facile d'appropriation et rassurant pour les TPE car « officiel ». Il est adapté aux petites entreprises, aux différents types d'activité, à toutes les tailles d'entreprise, au contexte (« à chaud » ou « à froid »). Cependant, si le site prévoit que les entreprises puissent utiliser seules cet outil, les retours d'expérience montrent qu'un accompagnement par un IPRP formé est souvent nécessaire pour permettre la participation des salariés, faciliter le dialogue et l'appropriation par l'entreprise de la démarche d'évaluation. L'implication de l'employeur est essentielle.

➢ **La rencontre avec le chef d'entreprise est une indication médicale** lorsque le médecin du travail perçoit une dégradation du vécu au travail associée ou non à une dégradation de l'état de santé des salariés. Cette démarche est indispensable afin de recueillir les éléments factuels, analyser les indicateurs avec lui, l'accompagner dans la prévention sans rompre les liens de confiance indispensables aux missions de conseil du médecin

Toutefois, cette rencontre peut constituer une **véritable épreuve pour le médecin du travail susceptible d'être pris à partie par l'employeur dans le cadre d'une approche individuelle, l'empêchant de mettre en débat des hypothèses sur l'organisation du travail.**

C'est pourquoi, dans certains cas, un accompagnement par l'assistant en santé au travail ou l'IPRP **(notamment le psychologue**

du travail) est recommandé. La rencontre doit alors être préparée en fonction du contexte avec l'intervenant : celui-ci joue le rôle de tiers médiateur utile en cas de « dérapage », il aide le médecin du travail à construire le cadre du dialogue et peut permettre d'aborder la question des conditions de travail et des RPS de manière relativement « neutre » ou « technique », exempte de problématiques médicales parfois sources de malentendus (peur, notion de secret médical parfois mal comprise…).

Par exemple, le psychologue du travail s'assure que le rôle du SST et du médecin du travail sont connus du dirigeant de la TPE, que ce dernier est éclairé sur des points de la réglementation en droit du travail. Il incite le médecin du travail et l'employeur, avant d'aborder la situation individuelle du salarié, à échanger sur l'activité et l'actualité de l'entreprise (repérage des facteurs de risques RPS inhérents à l'activité ou à l'actualité de l'entreprise, etc…). Il veille également à expliciter son rôle, celui d'interroger l'activité dans le cadre d'une approche collective, de (re)-centrer la discussion sur l'activité. Ainsi, le chemin causal de la dégradation de la situation individuelle retracé par le médecin du travail et le dirigeant de la TPE s'enrichit de l'éclairage apporté par les hypothèses sur le rôle de l'organisation du travail.
Le courrier d'alerte peut être rédigé en préalable à la rencontre ou à son issue.

➢ **La « médiation » ou la « facilitation »** dans la résolution des conflits.
Il peut s'agir de l'offre d'un « médiateur » interne (IPRP, infirmier en santé au travail…) ou externe au SST. Quoi qu'il en soit, le « médiateur » devra être tout spécialement formé. Il devra veiller à ce que la médiation ne puisse servir à escamoter les problèmes organisationnels sous-jacents aux problèmes relationnels.

LES LIMITES DE CES INTERVENTIONS EN ENTREPRISE SONT NOMBREUSES *:*

La question de l'approche des problématiques individuelles est prégnante.
Faut-il « y aller tout seul » ou « accompagné » revient à poser la question de l'organisation du travail au sein même de l'équipe de santé au travail.
Ces interventions sont coûteuses en temps pour le SST, surtout lorsque l'intervention se fait « à chaud » : l'accueil, la durée, le contenu… sont imprévisibles et le « dérapage » toujours possible du fait des enjeux.
Elles se heurtent à la question des moyens et des missions du SST alors que, dans le même temps, elles sont / devraient être prioritaires.

➢ L'ampleur des plaintes des salariés lors des consultations,
➢ la perception par le médecin ou son équipe d'un danger grave et imminent,
➢ la réceptivité et la « prévisibilité » du chef d'entreprise,
➢ la sollicitation d'un employeur ou d'un collègue de travail inquiets

Les situations - moments clés - décrites ci-dessus pourraient constituer des critères de priorisation et guider l'action du médecin et de son équipe.

Les interventions collectives de l'Equipe de Santé au Travail et du Service de Santé au Travail (SST) dans le cadre du Projet de service, des CPOM, des plans régionaux.

Ces **approches collectives par branches professionnelles et / ou par métiers** permettent :

✓ d'associer d'autres préventeurs, des organisations patronales et syndicales, des spécialistes du droit du travail…
✓ de partager des expériences entre employeurs et entre salariés ;

✓ d'associer employeurs et salariés ;
✓ de dédramatiser le sujet en sortant des problématiques individuelles ou propres à une seule entreprise, en mettant les conditions de travail au centre des débats ;
✓ d'optimiser le temps de travail des préventeurs.

Elles peuvent prendre la forme :

✓ de **réunions d'information réservées aux chefs d'entreprises sur les organisations et les modes de management pathogènes** (souvent abordées sous la dénomination de « harcèlement moral » ou de « burnout ») avec des exemples précis tirés de la jurisprudence et issus de TPE ;

✓ **de sensibilisations-actions de plusieurs TPE du même secteur** autour de l'évaluation et de la prévention des RPS, en proposant à l'analyse collective de situations-type posant problème : ces situations peuvent être apportées par les formateurs ou par les entreprises ;

✓ de **sensibilisations-actions sur des thèmes particuliers déclinés par secteur d'activité** partageant a priori les mêmes situations à problèmes, telles que, par exemple, **la violence :** violence et commerce, violence et secteur médico-social, violence et soignants …

Pour aller plus loin

Quelques éléments de bibliographie

-Etude-action sur l'intervention des médecins du travail au sein des TPE dans le cadre de la prévention des facteurs psychosociaux – (Catéis, octobre 2007)

-Revue « Travail et changement » - Septembre / octobre 2014. Les très petites entreprises : une équation à plusieurs inconnues.

(1)L'emploi dans les très petites entreprises en décembre 2012. DARES Analyses. Février 2014.
Journée d'étude du 17 décembre 2013 : Le travail dans les TPE
http://www.bretagne.synagri.com/ca1/PJ.nsf/TECHPJPARCLEF/21703/$File/Recueil%20des%20communications,%20journ%C3%A9e%20RMT%2017%20d%C3%A9c%202013.pdf?OpenElement

La spécificité des RPS dans les fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière

La partie IV du code du travail constitue la base juridique de la santé au travail dans les fonctions publiques (FP).

Dans la fonction publique hospitalière (FPH), les **agents** sont suivis par un **médecin du travail** qui détermine l'aptitude médicale au poste de travail, alors que dans la fonction publique d'Etat (FPE) ou territoriale (FPT), les agents sont suivis par un **médecin de prévention** qui ne délivre pas d'aptitude mais détermine une compatibilité (ou une non incompatibilité) entre l'état de santé de l'**agen**t et son poste de travail, et propose des aménagements si nécessaire.

L'accord cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des RPS dans les trois fonctions publiques, prévoit un diagnostic des RPS, annexé au document unique d'évaluation des risques (DUER) avec mise en place d'un plan de prévention des RPS en 2015.

Il n'y a **pas de spécificité** vraie des RPS dans la FP : leur identification, évaluation et prévention répondent aux mêmes critères que dans le secteur privé. Mais on observe quelques **particularités**.

Des éléments de base relatifs à la **prise en charge des congés maladie et à la réparation AT/MP** complètent en pratique ce chapitre.

Les six dimensions d'analyse des RPS appliquées aux FP - d'après le rapport GOLLAC (collège d'expertise) :

➢ les exigences du travail :

- charge de travail mal définie, difficile à apprécier, missions floues, manque de coordination ou de coopération entre services d'une même administration, absence fréquente de fiche de poste…parfois pénalisée par des locaux vétustes, des conditions matérielles peu modernes et peu attractives pour les nouvelles générations ;
- pression temporelle importante par manque d'anticipation et travail dans l'urgence ou, au contraire, échéances lointaines, sans calendrier précis, favorisant la multiplicité des réunions ;
- travail complexe, législation foisonnante, fréquentes mises à jour parfois en contradiction avec les textes préexistants (lois, décrets, circulaires, notes..), poids de la hiérarchie accentué par un organigramme rigide ; information officielle parfois parasitée par un circuit de communication annexe qui favorise interprétations et rumeurs ;
- conciliation vie personnelle / vie professionnelle évolutive au cours de la carrière ; mobilité géographique, parfois imposée ou liée à l'évolution de carrière, susceptible de remettre en cause l'équilibre familial ; pour les enseignants, une partie des tâches - par exemple la correction des copies - réalisée à domicile implique une porosité entre sphères privée et professionnelle.

➢ les exigences émotionnelles :

- la relation au public oblige à maîtriser ses émotions, à faire preuve d'empathie et de bienveillance, même dans un contexte

dégradé d'agressions verbales voire physiques ;

- le contact avec la détresse sociale et la souffrance sous toutes ses formes est une spécificité pour certains agents de la fonction publique ;
- l'image du fonctionnaire est souvent négative. Les usagers du service public n'hésitent plus à déverser leur colère sur les agents, en particulier les agents d'accueil souvent démunis pour faire face à cette agressivité.

➢ L'autonomie et les marges de manœuvre :

- elles sont restreintes du fait d'un cadre législatif contraignant, d'un circuit hiérarchique complexe et pesant, et de la proximité de la sphère politique ;
- certains agents publics statutairement indépendants vivent les réformes de l'Etat comme autant d'atteintes à cette indépendance.

➢ le soutien social :

- il peut être de qualité très inégale selon le service, le cadre ou la hiérarchie ;
- dans un même service, plusieurs entités de travail cohabitent sans lien véritable entre elles. Les réunions distillent souvent une information partielle, fragmentée, ce qui ne favorise ni la coopération, ni le travail collectif.

Or le partage de l'information joue un rôle majeur dans la prévention des conflits dans une équipe.

- le soutien social de la hiérarchie est peu visible et celui de l'administration elle-même souvent très discret ;
- la reconnaissance non monétaire est faible et l'existence de grilles de salaire renvoie la reconnaissance monétaire à un système de « primes » (le « régime indemnitaire ») plus ou moins complexe et opaque.

➢ les conflits de valeur :

- la notion de service public implique certaines valeurs : égalité (accès aux soins par exemple), gratuité, justice égale pour tous, équité, dignité, adaptation aux besoins des usagers, continuité du service… ;
- l'affaiblissement des moyens humains ou matériels génère un écart entre l'adhésion à ces valeurs et le travail réel, sur le terrain ;
- les droits des usagers prévalent bien souvent sur leurs devoirs ;
- les considérations politiques sur les champs d'exercice de la fonction publique - santé, sécurité, éducation, administration locale, fiscalité… - entrent parfois en conflit avec les valeurs éthiques des professionnels.

➢ l'insécurité économique :

- elle paraît moins présente dans la fonction publique ; mais l'évolution des politiques de recrutement tend à augmenter la part des contractuels. Dans un établissement se côtoient de plus en plus de salariés avec des statuts, des salaires, une protection sociale et des évolutions de carrière différents ;
- la rupture conventionnelle n'existe pas pour un agent titulaire de la fonction publique ou un contractuel de droit public. D'où, revers de la médaille : le « pourrissement » de situations individuelles enkystées dans des conflits sans issue, génératrices de graves RPS.

Eléments de base dans la prise en charge des congés maladie et la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) :

L'obligation de résultats en matière de protection des agents s'applique dans la fonction publique, tout comme l'obligation d'information et de formation des agents à la sécurité et à la protection de leur santé.

Le retrait du travail étant souvent préconisé par le médecin du travail en cas de pathologie liée aux RPS, il est important de connaitre les dispositifs de prise en charge en cas d'arrêt de travail.

1) Admissions

Le recrutement est soumis à l'avis du « médecin agréé » qui détermine l'aptitude à la fonction et non pas au poste de travail. Le médecin agréé est un conseiller de

l'Administration à laquelle il certifie qu'elle peut recruter l'agent sans risque majeur.
L'agent devient fonctionnaire à l'issue d'une période de stage d'un an qui doit être validée par un nouvel examen du médecin agréé.
La fonction publique emploie également de nombreux agents contractuels qui ne sont pas recrutés sur concours, qui bénéficient d'un contrat dit « de droit public » et sont affiliés au régime général de la sécurité sociale.

2) Prise en charge des congés maladie

Le régime des congés maladie diffère de celui du régime général.

2-1 Le congé de maladie ordinaire (CMO)

L'agent adresse dans les 48h à son administration un certificat médical. Un médecin agréé peut faire une contre visite à la demande de l'administration. Il n'y a pas de jour de carence : les indemnités journalières (IJ) sont servies dès le 1er jour d'arrêt maladie.
Au-delà de 6 mois consécutifs d'arrêt, le dossier est systématiquement soumis au comité médical.
Le CMO a une durée maximale de 12 mois consécutifs.
Rémunération :
- pour les contractuels après 3 ans d'ancienneté de service : 3 mois à plein traitement puis 3 mois à mi traitement complétés par les IJ de la CPAM puis 6 mois sans traitement mais avec les IJ.
- pour les fonctionnaires : 3 mois à plein traitement puis complétés par les œuvres sociales.

2-2 Le congé de longue maladie (CLM)

Certaines maladies dont la liste est définie par arrêté ministériel ouvrent droit à congé de longue maladie.
Il ne concerne que les fonctionnaires stagiaires ou titulaires. L'agent contractuel relève d'un congé de grave maladie (cf. infra).
C'est l'agent lui-même qui fait la demande de CLM à son employeur appuyé par un certificat de son médecin traitant et d'un certificat confidentiel justifiant la demande.
Le CLM est accordé par période de 3 à 6 mois pour une période maximale de 3 ans.
Rémunération : un an à plein traitement puis 2 ans à mi traitement complété par les œuvres sociales ou la mutuelle.

2-3 Le congé de longue durée (CLD)

La maladie mentale ouvre droit à congé de longue durée si l'agent en fait la demande. Il est accordé par période de 3 à 6 mois pour une période maximale de 5 ans.
Rémunération : 3 ans à plein traitement puis 2 ans à mi traitement

2-4 Le temps partiel pour raison thérapeutique (TPRT)

Pour les fonctionnaires : fait suite au CMO de plus de 6 mois, CLM, CLD après avis du comité médical. L'attribution du temps partiel nécessite des démarches qui allongent le délai d'application.

2.5 La disponibilité d'office (DO) pour raison de santé

La mise en DO est prononcée après l'inaptitude à reprendre ses fonctions à l'issue des congés de maladie, après avis du comité médical. L'agent ne perçoit pas de

En résumé pour les fonctionnaires

	Durée maximale	Rémunération si maladie	Rémunération si AT ou MP
Congé ordinaire de maladie	1 an	Plein traitement : 3 mois ½ traitement : 9 mois	
Congé de longue maladie	3 ans	Plein traitement : 1 an ½ traitement : 2 ans	
Congé de longue durée	5 ans	Plein traitement : 3 ans ½ traitement : 2 ans	Plein traitement : 5 ans ½ traitement : 3 ans

rémunération mais seulement les IJ, il ne peut pas reprendre son travail à temps partiel thérapeutique et ne cotise pas pour la retraite. Elle dure 1 an renouvelable 2 fois voire 3 fois sous conditions. A l'issue de la DO, l'agent est réintégré après avis d'aptitude, ou mis à la retraite d'office pour raison de santé.

2.6 Le comité médical (CM)

Composé de deux praticiens généralistes et de spécialistes, il a pour mission de donner un avis d'ordre médical. Dans certains cas son avis s'impose à l'employeur. Il statue sur la base des pièces figurant au dossier qui contient un rapport du médecin agréé.

Il est sollicité obligatoirement par l'employeur :

- en cas de contestation médicale à l'admission à la fonction publique.
- pour octroi ou renouvellement des congés de maladie (CMO de plus de 6 mois, CLM, CLD, disponibilité pour raison de santé).
- aménagement des conditions de travail lors de ces reprises après lecture du rapport du médecin du travail.
- octroi et renouvellement du TPT.
- reclassement sur un autre emploi.

Le médecin du travail ou de prévention est informé de ces réunions ; il peut y présenter des observations écrites et y assister à titre consultatif.

Le comité médical **supérieur** est saisi en cas de contestation par l'employeur ou par l'agent des avis du comité médical. Son avis s'impose.

3) Accident du travail / maladie professionnelle

Dans la fonction publique, on parle d'accident de service plutôt que d'accident du travail, d'accident de trajet, de maladie contractée ou aggravée en service ou dans l'exercice des fonctions et de maladies à caractère professionnel.

3.1 Accident du travail

Pour que l'imputabilité soit reconnue, le fonctionnaire doit apporter la preuve qu'il a été victime d'un AT grâce à des déclarations, des témoignages, etc… La présomption d'origine n'existe pas dans la fonction publique.

C'est l'Administration qui reconnaît l'accident de travail. En cas de non reconnaissance, le dossier est soumis à la commission de réforme avec avis du médecin du travail.

Les trois éléments constitutifs de la définition de l'accident de service sont les suivants, même en cas de faute de l'agent :

- le lieu de l'accident doit être sur le lieu de travail.
- l'heure de l'accident doit se situer pendant les horaires de travail.
- l'activité exercée au moment de l'accident doit avoir un lien avec l'exercice des fonctions.

Il n'y a pas de délai durant lequel un fonctionnaire peut demander la reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident.

Rémunération : l'agent conserve l'intégralité de son traitement pendant toute la durée de l'arrêt de travail pour une durée maximale de 5 ans.

3.2 Accident de trajet

Il est défini comme l'accident qui survient sur le trajet le plus direct entre le domicile et le lieu de travail et vice versa.

3.3 Maladie professionnelle et maladie contractée en service

La maladie doit être liée par une relation directe et certaine de cause à effet avec l'emploi occupé. Dans le cadre d'une reconnaissance, la victime peut recevoir une rente : l'allocation temporaire d'invalidité (ATI).

3.4 Commission de réforme

Des praticiens généralistes et spécialistes ainsi que des représentants des personnels assistent à cette commission départementale en plus de représentants de l'administration.

Le dossier qui lui est soumis comprend un rapport écrit du médecin du travail sur la reconnaissance AT/MP. Celui-ci peut obtenir à sa demande la communication du dossier de l'agent. La commission de réforme n'est saisie que si l'administration ne reconnaît pas directement l'AT/MP. Elle peut faire comparaître l'intéressé accompagné de la personne de son choix.

Elle est consultée sur :

- l'imputabilité au service de l'affection en cas de demande d'AT/MP si l'administration émet un avis défavorable.
- la reconnaissance et la détermination du taux d'invalidité temporaire ouvrant droit au

bénéfice de l'allocation temporaire d'invalidité.
- l'octroi du temps partiel thérapeutique.
- le reclassement en cas d'inaptitude au poste.
- la mise en DO pour raison de santé.

4) Reclassement professionnel

Il est consécutif à une inaptitude médicale et intervient après impossibilité ou insuffisance d'aménagement du poste de travail.

L'agent doit formaliser sa demande par écrit à l'employeur.

Ce reclassement intervient après avis et consultation :
- du médecin de prévention.
- du comité médical/commission de réforme.
- de la commission administrative paritaire.

Un fonctionnaire inapte définitivement peut bénéficier d'une retraite pour invalidité s'il a épuisé ses droits à congés de maladie ou AT/MP. S'il ne remplit pas les conditions de départ à la retraite, il est susceptible de bénéficier de l'allocation temporaire d'invalidité.

Dans l'éducation nationale un dispositif d'accompagnement des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation, confrontés à des difficultés de santé, permet :
- dans le cadre du maintien en activité, un allègement de service sur le tiers (au maximum) des obligations de service, avec conservation intégrale du salaire et,
- dans le cadre d'une inaptitude temporaire ou définitive aux fonctions enseignantes, d'affecter l'intéressé sur un poste adapté de courte durée (1an renouvelable 2 fois) ou de longue durée (par période de 4 ans renouvelable sans limite).

L'affectation relève de la compétence du recteur et nécessite préalablement l'avis du médecin de prévention.

Textes de références :

- Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique. 2014
- Guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers contre les risques maladies et accidents de service. 2014
- Accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique
- Circulaire du 23 décembre 2011 portant rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière
- Protocole d'accord relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique –politiques d'emploi public – édition 2013

- Décret n°2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique d'Etat
- Circulaire n°5707/56 du 20 mars 2014. Mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques
- Circulaire n° SE 1-241-1 du 4 mars 2014 relative à la lutte contre le harcèlement dans la fonction publique
- Décret N° 2007-632 du 27 avril 2007 relatif à l'accompagnement des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation confrontés à des difficultés de santé

"Si on vous dit…"

En tant que praticiens en santé au travail, nous nous devons d'être écoutés et surtout compris lors de nos entretiens avec les responsables d'entreprises. Cela est particulièrement vrai dans le domaine de la santé mentale, où la parole est force de conviction.

Le fait d'évoquer des notions comme le stress, la souffrance au travail, la santé mentale, le bien-être au travail ou les risques psychosociaux, provoque chez certains employeurs ou responsables, (et même chez des salariés), la crainte d'une intrusion dans leur domaine réservé : celui de l'organisation du travail et du pouvoir de direction. Très attachés à ces prérogatives, toute incursion sur ce terrain génère volontiers une attitude défensive et des arguments parfois surprenants, nécessitant des réponses auxquelles il convient de se préparer.

Convaincre d'aborder ces sujets avec autant de « sérénité » que vis-à-vis des risques "classiques" est une condition indispensable à un travail de fond.

Cet argumentaire propose des éléments de réponse à chaque remarque ou interrogation de l'employeur.

Que du vécu, bien sûr… !

Petit argumentaire sur l'intérêt de la prévention des risques psychosociaux à l'usage des praticiens

"Non, Docteur, mes salariés ne sont pas particulièrement en souffrance"	*"Le stressa toujours existé"*
"C'est parce que les gens sont plus fragiles"	*"C'est parce qu'on mène une vie de fous"*
"C'est parce que les gens ont des problèmes familiaux"	*"Ce n'est pas une maladie professionnelle"*
"C'est la faute de la RTT"	*"L'organisation du travail, c'est mon domaine, personne n'y touche"*
"C'est à cause de la mondialisation et de l'actionnariat"	*"Moi aussi je suis stressé, je n'en fais pas une maladie"*
"C'est relationnel, c'est son caractère, il (elle) ne supporte rien"	*"Docteur, je suis débordé, je n'ai pas le temps, la production d'abord"*
"Je vais faire donner au personnel une formation à la gestion du stress"	*"Un peu de stress, du bon stress, c'est motivant"*
"Docteur, je ne souhaite pas aborder ce sujet avec vous"	*"Dites-moi ce qu'il faut que je fasse pour que mes salariés soient contents"*
"Docteur, vous avez carte blanche pour redresser la situation"	*"Si on m'ennuie trop avec la souffrance au travail, je vais délocaliser"*
"Docteur, vous me parlez de stress dans mon entreprise mais je ne suis pas au courant, personne ne s'est plaint à moi"	*"Pourtant j'ai donné plus d'autonomie à mon personnel"*
"Docteur, si je vous laisse enquêter, vous allez bien m'inventer du stress"	

Le déni :
"Non, Docteur, mes salariés ne sont pas particulièrement en souffrance"

Sur quels éléments objectifs vous appuyez-vous ? Avez-vous réellement évalué les RPS dans le cadre du « document unique d'évaluation des risques » (DUER) ? Pour une simple évaluation/dépistage, votre SST peut vous conseiller et vous aider. Vous pouvez aussi faire appel à un cabinet extérieur, choisi si possible sur la liste de la CARSAT.
Si vous en êtes d'accord, nous pourrions réaliser une petite enquête à l'aide d'un questionnaire validé. Cela ne prendra pas beaucoup de temps (environ ¼ d'heure par salarié) et à la restitution, nous aurons une idée plus précise de la situation.

Le fatalisme :
"Le stress a toujours existé"

Qu'entendez-vous par "stress" ?
- si vous voulez parler du stress physiologique (ce que, dans notre jargon, nous appelons le syndrome général d'adaptation), vous avez raison, cela fait partie de la vie, mais dans certaines limites ;
- si vous pensez aux évènements stressants, les « stresseurs » comme nous les appelons, cela a toujours effectivement existé, mais leur fréquence augmente actuellement selon les métiers, avec la pression du temps, des donneurs d'ordre, de la clientèle, des risques d'incivilités voire d'agression, des nouvelles méthodes de management…

Mais en tant que médecin, ce qui m'inquiète, c'est que les conséquences sur la santé du stress chronique s'aggravent depuis 15 ou 20 ans comme le montrent de nombreuses enquêtes. À tel point, d'ailleurs, que la loi a dû changer (loi de modernisation sociale de 2002) et que l'employeur est responsable tant de la santé physique de ses salariés que, désormais, de leur santé mentale (cf. l'Accord national interprofessionnel = ANI). Il a même, pour le juge, une obligation de sécurité et de résultats. Donc, parlons-en !

L'idée reçue :
"C'est parce que les gens sont plus fragiles"

Allez savoir... ! Mais si les gens sont plus fragiles, il faut donc faire plus attention ! Par exemple, si on emploie des femmes, on leur confie des travaux en rapport avec leur force et on les protège en cas de grossesse. Le travail doit s'adapter à l'Homme et pas le contraire. C'est la base même de l'ergonomie, des normes, et des principes généraux de prévention : la PREVENTION PRIMAIRE.
Rien ne prouve que les gens soient forcément plus fragiles ; depuis la fin du « plein emploi », ils acceptent au contraire beaucoup, et les gains de productivité se font maintenant bien souvent au détriment de la santé des salariés, dans l'industrie, mais aussi dans les services.

Les temps modernes :
"C'est parce qu'on mène une vie de fous"

Les gens passent au travail les deux tiers de leur vie éveillée. Le travail peut bien sûr contribuer à les équilibrer par les satisfactions qu'il apporte. Mais dans de nombreux cas, c'est le rythme de travail lui-même qui imprime le rythme général de la vie privée et génère cette "vie de fous" : horaires décalés, cadences, flexibilité, flux tendu, etc.
C'est le travail qui structure la vie et en cadence le temps, générant chez certains un hyper activisme de tous les instants. L'employeur n'est certes pas responsable des tensions subies dans le privé, mais il peut influencer favorablement les rythmes de vie.

L'extériorité au travail :
"C'est parce que les gens ont des problèmes familiaux"

D'abord, tous les salariés n'ont pas ce type de problème.
Ensuite, les médecins du travail constatent qu'un travail épanouissant constitue un point d'ancrage permettant de mieux supporter bien des chocs familiaux, tandis qu'un travail frustrant ou des craintes pour l'emploi

débordent rapidement sur la vie familiale (avec alcoolisme, violences, etc…).
Beaucoup de salariés nous disent que le travail "leur change les idées". Le travail peut être donc leur être "thérapeutique"... à condition qu'ils n'y retrouvent pas une ambiance pire que celle qu'ils vivent chez eux!

L'esquive :
"Les RPS, ce ne sont pas des maladies professionnelles »

Effectivement, un risque n'est pas une maladie : ce sont des risques mal maitrisés qui peuvent avoir des conséquences pathologiques graves.
C'est vrai que ces conséquences ne sont pas « officiellement » des maladies professionnelles réparées, mais :

- dans les cas graves (25% de taux d'incapacité), la maladie mentale peut être reconnue par un Comité d'experts (le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles - CRRMP -).
- certains cas peuvent être pris en charge en accident du travail (AT). Une agression ou une tentative de suicide sur les lieux de travail seront a priori systématiquement considérées comme un AT, et même un suicide au domicile a pu l'être ;
- plusieurs études démontrent le coût caché (et élevé) pour l'entreprise et pour la collectivité du mal-être au travail : davantage d'arrêts maladie, plus d'accidents, démotivation, problèmes de qualité....

Maladie professionnelle indemnisée ou non, rappelons que l'employeur est tenu à une obligation de résultats, et que sa responsabilité peut être engagée.

La transcription des accords-cadres européens sur le stress, la violence et le harcèlement au travail sous la forme de 2 accords nationaux interprofessionnels (ANI) en 2009 et 2010 renforce et précise les obligations de l'entreprise dans ce domaine.

Les 35 heures :
"C'est à cause de la RTT"

Cela peut être lié, mais pas partout. Dans certaines entreprises, au contraire, l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) ont permis d'améliorer la qualité de vie des salariés. Une meilleure organisation du travail a fait gagner du temps et, dans ce cas, l'ARTT n'a pas eu d'effet négatif.
Mais l'ARTT a pu favoriser l'intensification et la densification du travail, surtout si elle a été installée sans augmentation des moyens proportionnelle à l'augmentation de la charge, sans soutien et implication forte de l'encadrement.
Dans les cas où « les 35 heures » ont pu perturber l'entreprise, l'employeur demeure responsable de la santé de ses salariés et doit s'efforcer de la préserver, y compris en reposant le problème de l'organisation du travail.

Le domaine réservé :
"L'organisation du travail, c'est mon domaine, personne n'y touche"

Sans doute, mais en tant que médecin du travail, j'ai une mission de conseiller, de l'employeur et des salariés. En présence d'une organisation du travail délétère, source de souffrance, ma mission est d'alerter l'employeur et les institutions représentatives du personnel. J'y faillirais si je ne donnais pas mon point de vue sur ce sujet, même si, naturellement, l'employeur reste le seul responsable.

Le médecin du travail peut s'exprimer par des courriers d'alerte et/ou dans le cadre du CHSCT, auquel assiste l'inspecteur du travail. Il peut également prendre avis et conseils auprès du médecin inspecteur régional.
Il est donc de l'intérêt de l'employeur et de l'entreprise de travailler en collaboration avec le médecin du travail et les autres préventeurs pour trouver des pistes d'amélioration des conditions de travail et du bien-être des salariés.

Mais attention ! La position du médecin du travail peut rapidement devenir délicate : il est parfaitement dans son rôle quand il alerte sur une dégradation collective (ou individuelle, sous certaines conditions) de la santé des salariés ; il est encore à sa place de médecin quand il pointe des problèmes organisationnels à l'origine de cette dégradation. Mais il sort de son domaine de compétence s'il donne des conseils précis, en matière de management par exemple. A chacun son métier !

La conjoncture internationale :
"C'est à cause de la mondialisation et de la finance"

La globalisation de l'industrie, du commerce et des services, l'abaissement des barrières douanières ainsi que l'hégémonie des groupes financiers (la financiarisation de l'économie) ont certainement durci la concurrence.

Mais l'Homme a ses limites et c'est dans ces strictes limites qu'une optimisation des conditions et de l'organisation du travail peuvent permettre des gains de productivité sans préjudice pour les individus.
La question de l'égalisation des niveaux de vie et des conditions de travail entre des pays qu'aucune frontière, physique ou légale, ne sépare plus, se pose avec de plus en plus d'acuité ; dans ce contexte dont il n'a pas la maîtrise, la responsabilité de l'employeur, assisté par le médecin du travail, est de minimiser autant que faire se peut les contraintes qui s'exercent sur le personnel en jouant sur les marges de manœuvre qui sont de son ressort : qualité du relationnel, respect de la justice organisationnelle, amélioration des conditions matérielles du travail.

Le stress apparaît quand l'individu ressent un écart entre ce qu'on lui demande et ce qu'il se sent capable de donner. Il y a donc un équilibre à trouver. Si la demande augmente, les moyens mis à sa disposition doivent faire de même, ainsi que le soutien psychologique et technique apporté aux salariés.

La recherche effrénée de la productivité se heurte à des limites ; dans le domaine des soins par exemple, en dessous d'un certain ratio de personnel, la rentabilité du système tend à diminuer par apparition de nouveaux coûts : maladies nosocomiales, accidents, plaintes et procès, rotation accélérée du personnel qualifié, etc…

L'exemplarité :
"Moi aussi je suis stressé, je n'en fais pas une maladie"

Bien entendu, le stress des managers est réel ; notamment, les cadres et l'échelon intermédiaire peuvent être sous forte pression.
La tolérance aux conditions de travail difficiles varie avec

- *les moyens,*
- *l'autonomie,*
- *le soutien*
- *et la reconnaissance.*

Or, le chef d'entreprise est le maître de tous ces éléments, en particulier de ses propres conditions de travail.
Même s'il est soumis à la pression de ses clients, des fournisseurs, de la sous-traitance, de ses actionnaires éventuellement, et également de sa propre " base", il en fait rarement une maladie. Car il peut faire des choix et dispose de marges de manœuvre, de leviers dont la maîtrise, même relative et virtuelle, lui permettent de trouver un équilibre.

Par ailleurs, l'implication d'un chef d'entreprise, propriétaire et/ou créateur de son outil de travail, seul maître de ses horaires et de sa rémunération, ne peut être mise sur le même plan que celle de ses employés.

La personnalisation :
"C'est relationnel, c'est son caractère, il (elle) ne supporte rien"

Il y a bien sûr des salariés qui ont un problème de personnalité, mais il faut d'abord s'assurer que l'arbre de la personnalité individuelle ne cache pas la forêt des conditions collectives de travail. La souffrance au travail est souvent une pathologie de l'isolement. Une seule personne, "bouc émissaire" pour les uns, « salarié sentinelle » pour les autres, peut être le révélateur d'un dysfonctionnement collectif.

Ne pas oublier que, sous l'effet du stress - aigu ou chronique - les traits de caractère s'exacerbent, y compris certains traits "névrotiques" comme la tendance dépressive, le sentiment de persécution, le fonctionnement pervers, etc.
Attention, donc, à ne pas prendre une conséquence du mal-être au travail pour sa cause !

Quand un salarié au contact d'un produit chimique tousse, on ne se dit pas d'abord qu'il a dû « prendre froid » ou qu'il est allergique aux pollens, on vérifie en premier lieu l'air qu'il respire à son poste.
De même, devant un conflit qui parait d'origine caractérielle, il faut d'abord chercher « du côté du travail ». Ensuite seulement, l'employeur peut (comme c'est désormais prévu par la réglementation) demander un examen du salarié par le médecin du travail.

Travailler avec des êtres humains est plus complexe, sur le plan relationnel, que de travailler avec des robots !

Le choix des priorités :
"Docteur, je suis débordé, je n'ai pas le temps de m'occuper des RPS : la production d'abord »

Sans doute, mais pas n'importe comment ! La priorité, c'est toujours relatif.
Donneriez-vous la même réponse si on trouvait de l'amiante dans votre bureau ou pour une fuite de produit dangereux dans votre atelier ?
Si vous n'avez pas le temps, déléguez, et indiquez-moi un interlocuteur responsable. La production va mieux quand le personnel va mieux.

La production et la qualité dépendent aussi de la sécurité et du bien-être des opérateurs.
Néanmoins, pour qu'une entreprise se soucie de sa qualité de vie au travail, il lui faut un minimum de prospérité, de sécurité et de marges de manœuvre, d'où l'intérêt d'anticiper sur les RPS et de profiter des moments « économiquement » favorables pour installer de bonnes habitudes managériales et de bonnes conditions matérielles.

Le « coaching » alibi :
"Je vais faire donner au personnel une formation à la gestion du stress"

Ce n'est pas une mauvaise idée, mais soyons logiques.
Dans une démarche de prévention primaire, on cherche avant tout à supprimer ou à diminuer le risque. On ne commence pas par demander aux salariés de s'y habituer. Peut-être cette formation sera-t-elle utile, à un certain moment, quand les salariés en ressentiront le besoin et que vous-même sentirez l'importance de vous y impliquer ? Mais il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs.

Cette formation, qui est en fait de la prévention secondaire du stress ne peut se justifier qu'après optimisation des conditions de travail. Lorsque l'activité exercée est stressante « par nature » et de façon incompressible (travail au contact d'un public en difficulté, guichets sociaux, travail physiquement dangereux, sécurité, maintien de l'ordre, défense nationale…, alors on peut faire appel à des méthodes « palliatives ».
Attention aussi au sérieux de certaines « officines » !
Et pensez à associer le médecin du travail à cette éventuelle formation.

L'« homéopathie »:
"Un peu de stress, du bon stress, c'est motivant"

C'est le problème de la définition du mot "stress".
Si on parle de "stimulation", oui, il en faut, mais pas trop ; de plus, la sous-charge peut être plus nocive qu'une sur-charge modérée même si elle relève de mécanismes différents. Certaines études (chez les contrôleurs aériens par exemple) intègrent la stimulation comme dimension positive, par opposition à la sous-activité.
Et ne parle-t-on pas, désormais, de « bore out » - par opposition au burnout - ,ou d'ennui au travail ?
Si on parle d'adaptation, il y a alors une phase qui peut être un moment d'intense motivation, à condition d'être courte et de ne pas se répéter trop souvent. Sinon, l'adaptation devient coûteuse en énergie et doit alerter car elle peut déboucher sur l'épuisement.
Autrement dit : on peut "mettre le turbo", confier des "challenges" ou des défis pour une période limitée, de temps en temps, si possible en prévenant (période des bilans pour les comptables, par exemple), et en prévoyant des moyens, un soutien adapté, de la reconnaissance, et une phase de récupération.

Attention à l'utilisation de cette notion de "bon stress" pour justifier le retour de méthodes de management que l'on croyait disparues, basées sur la création délibérée de situations stressantes ou chaotiques dans l'espoir de voir les salariés "se dépasser", fonctionner "à 200 %", accéder à "l'excellence" en permanence...

Le refus « buté » :
"Docteur, je ne souhaite pas aborder ce sujet avec vous"

C'est très préoccupant médicalement, mais aussi en matière de responsabilités. En effet, je dois pouvoir prouver que j'ai bien exercé auprès de vous ma mission d'information et d'alerte. Ce que vous venez de m'exprimer verbalement, à savoir que vous ne souhaitiez pas voir aborder cette question des risques psychosociaux dans votre entreprise, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me l'écrire.
Si tout échange est impossible à ce niveau, je vais devoir acter moi-même ce refus par un courrier car je ne pourrai plus exercer l'entièreté de ma mission de conseiller.

Aucune action collective en prévention des RPS ne peut s'envisager sans, non seulement l'accord, mais aussi la volonté et l'implication de la direction. C'est une première étape incontournable.

La recette miracle :
"Dites-moi ce qu'il faut que je fasse pour que mes salariés soient contents"

Il n'y a pas de recette miracle, d'autant qu'une bonne « ambiance » de travail ne se décrète pas. Mais
1) Qu'avez-vous déjà fait ? Avez-vous notamment établi le Document unique d'évaluation des risques qui permet de faire le point ?
2) Les risques psychosociaux y ont-ils été évalués ? Les salariés ont-ils participé ?
3) Vous interrogez-vous sur l'organisation du travail, le contenu et le sens des tâches, l'environnement de travail, la gestion des compétences, les relations sociales et interpersonnelles ?
4) Les questions des moyens, du soutien, de la reconnaissance, celles du respect entre collègues, de la formation du management, de la politesse, de l'égalité, de l'autonomie sont-elles abordées ?

En parler, c'est déjà beaucoup.
Dans un deuxième temps, l'intervention d'un cabinet spécialisé, éventuellement en collaboration avec des organismes comme la CARSAT ou l'ARACT, pourrait être envisagée.

La première des doléances exprimées spontanément par les salariés concerne la justice organisationnelle, c'est à dire la perception subjective qu'a un salarié de la façon dont le traite son entreprise en terme d'équité : le différentiel entre ce qu'il reçoit et ce qu'il apporte (rétribution / contribution).

On peut en déduire que les conditions matérielles de travail étant relativement mieux contrôlées de nos jours (travail "moins dur", tertiarisation), les aspirations des salariés, dans un contexte de "modération salariale" et de craintes pour l'emploi, tournent autour du respect et du sentiment de justice.

La défausse :
"Docteur, vous avez carte blanche pour redresser la situation"

La démarche ne peut être que pluridisciplinaire.
Il faut que la Direction s'engage pleinement pour que nous nous mettions d'accord sur les buts à atteindre, les moyens qu'il est possible d'engager, la durée de l'intervention et les modalités d'évaluation. Cette implication de la Direction est indispensable, tout comme celle des salariés et de leurs représentants.

Attention, dans tous les cas, pour le médecin du travail à ne pas se laisser entrainer hors de son domaine de compétences. La veille, l'alerte, les conseils d'ordre général, l'information, l'assistance à l'évaluation sont bien du ressort des services de santé au travail. Les audits, les actions collectives plus ou moins psychologiques, la formation des managers, toute la prévention secondaire des RPS, sont du ressort de cabinets spécialisés.

La menace :
"Si on m'ennuie trop avec la souffrance au travail, je vais délocaliser"

Les salariés de ce pays sont reconnus comme parmi les plus productifs au monde. Les risques psychosociaux ne sont pas une spécificité « typiquement française » ou européenne ; ils touchent ou toucheront à terme tous les pays développés. A moins qu'il ne s'agisse de justifier une décision déjà prise, ils ne constituent en aucun cas un motif crédible de délocalisation, elle-même génératrice de bien d'autres problèmes.

En outre, les améliorations des conditions de travail en vue de prévenir les risques psychosociaux ne sont pas obligatoirement onéreuses. Il ne s'agit pas d'acheter de nouveaux équipements mais plutôt de revoir le mode de management, les circuits de pouvoir, la communication interne, l'image de l'entreprise, etc.
Quant à la productivité, elle est améliorée par le mieux-être au travail.

L'ignorance :
"Docteur, vous me parlez de stress dans mon entreprise mais je ne suis pas au courant, personne ne s'est plaint à moi"

Le chef d'entreprise est tenu pour responsable en cas de préjudice subi par un salarié du fait de risques psychosociaux mal maîtrisés, même s'il n'est pas impliqué personnellement, même si c'est un de ses employés qui est en cause. Il doit donc aller au-devant de ces problèmes en évaluant a priori les risques car les salariés, surtout lorsqu'ils sont victimes de certains comportements, lui en parlent peu volontiers, spontanément et directement.

Il est donc très possible que des dysfonctionnements relationnels s'installent sans que le chef d'entreprise en soit informé. On voit donc l'intérêt d'instaurer un dialogue sans tabou avec son médecin du travail, souvent parmi les premiers confidents des salariés. Tenu au secret médical, il ne peut bien sûr tout dévoiler, mais en alertant le chef d'entreprise, il remplit sa mission de conseil.

La structure de l'organisation peut favoriser ou au contraire empêcher la remontée d'informations sur les RPS. Selon la taille de l'entreprise, il peut être conseillé d'installer des « cellules » de veille et de régulation des conflits, avec un système de « filtrage » qui évite que le dirigeant soit en prise directe avec les aléas relationnels de ses salariés, mais qui permette de l'alerter en cas de problèmes sérieux et/ou récurrents non gérés à l'échelon hiérarchique inférieur.
En effet, certains responsables utilisent délibérément le principe de la "boîte noire" pour ne pas avoir à s'impliquer dans les RPS : "Débrouillez-vous avec vos équipes, je ne veux voir que les résultats…".

La déception :
"Pourtant j'ai donné plus d'autonomie / des avantages à mon personnel"

L'autonomie n'est qu'un des facteurs du bien-être au travail et peut au contraire être délétère si elle ne s'accompagne pas des moyens nécessaires à l'exercice de nouvelles responsabilités. Car toute médaille a son revers et davantage d'autonomie peut aussi aboutir à ce qu'on appelle, dans notre jargon, des « injonctions paradoxales », c'est-à-dire « demander de faire sans en donner les moyens » ; en d'autres termes, augmenter la charge mentale en augmentant la différence entre la tâche prescrite et la tâche réelle.
Autrement dit, l'autonomie n'a pas de sens sans moyens, soutien et reconnaissance.

Quant aux "avantages", ils produisent un effet immédiat, mais souvent non durable : on s'habitue très vite à de meilleures conditions… Il faut surtout éviter de laisser se dégrader les conditions de travail, car la perte de confiance et de satisfaction qui en résulte aura des effets persistants et sera alors difficile à "rattraper".

Lorsqu'une entreprise décide de corriger une dégradation de sa qualité de vie au travail, elle ne doit pas s'attendre à des résultats de fond immédiats sur la confiance, la motivation ou l'implication du personnel ; ces résultats apparaitront, mais après un certain délai qui dépend approximativement du temps que la situation aura mis à se dégrader. La confiance se perd vite et se retrouve lentement.

L'appréhension :
"Docteur, si je vous laisse enquêter, vous allez bien m'inventer du stress"

Ce n'est pas en cassant le thermomètre, qu'on évite la fièvre. S'il y a de la souffrance au travail, il vaut mieux s'en occuper avant qu'elle n'ait des conséquences pour les salariés et pour l'entreprise. S'il n'y en a pas, les questionnaires ou les entretiens ne vont pas en créer artificiellement.

Mais les salariés comprendront que l'on s'intéresse à leur personne dans son intégralité et à leur santé, physique et mentale. Ils seront mieux à même de consulter au plus tôt en cas de problème.

Dans bien des cas, libérer la parole sur le travail, c'est déjà thérapeutique.

Dans le cas d'une enquête, si les salariés sont convaincus de l'anonymat des réponses et de la qualité de la démarche globale (avec notamment des perspectives d'amélioration des conditions de vie au travail), ils s'exprimeront avec sincérité sur les problèmes qu'ils rencontrent. A contrario, *il n'y a aucune raison pour que des salariés qui sont satisfaits au travail ne l'expriment pas.*

L'appréhension des employeurs est néanmoins compréhensible, à l'idée de voir éventuellement formulée de façon collective une insatisfaction des salariés concernant, par exemple, le mode de management ; le(s) dirigeant(s) risque(nt) en effet de se trouver mis en cause plus ou moins directement. C'est un réel aléa des démarches de dépistage et d'évaluation des RPS, et la direction doit en être consciente lorsqu'elle accepte de laisser enquêter auprès de son personnel.

L'employeur, qui a l'habitude d'évaluer son personnel, peut se trouver pour une fois en position d'être lui-même évalué, tant sur le plan personnel que professionnel, ce qui justifie pleinement une certaine appréhension.

Les RPS existent dans la vraie vie au travail : la preuve par les MCP

Depuis que les praticiens du Groupe Santé mentale de BOURGOGNE réunis par le médecin inspecteur régional travaillent ensemble sur les risques psychosociaux (RPS) – soit presque 10 ans déjà –, une question les taraudait : quelle était l'importance qualitative et quantitative de ces risques et de leurs conséquences dans la pratique quotidienne des médecins du travail, dans une région telle que la BOURGOGNE ?

Notre ambition était modeste : il ne s'agissait pas de réaliser un travail de nature épidémiologique, mais d'évaluer l'importance réelle de la question des RPS sur le terrain : « on ne fait plus que ça ! » disaient les uns, tandis que d'autres trouvaient qu' « on en fait beaucoup – voire trop – avec ça ! ».

Où était la « vérité » ? Que dire aux partenaires sociaux, aux directions de services, aux pouvoirs publics qui, au-delà de réflexions « impressionnistes », réclamaient des chiffres pour mieux appréhender un phénomène pour beaucoup inquiétant ?

Nous ne partions pas de rien. Depuis plus de 20 ans, les inspections médicales de certaines régions, d'abord coordonnées entre elles, puis dans le cadre du Département « Santé au travail » de l'InVS (Institut de veille sanitaire) s'intéressent à ces maladies du travail qui, pourtant bien réelles, sont exceptionnellement déclarées parce que « non réparables », ni dans le cadre des tableaux des maladies professionnelles (MP), ni au titre du système complémentaire du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Cette partie immergée de l'iceberg des MP constituent les « maladies à caractère professionnel » (MCP) introduites par le législateur en vue, tant de la prévention des maladies professionnelles, que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux. Bien que leur déclaration soit une obligation légale pour tout docteur en médecine selon l'article L461-6 du code de la Sécurité sociale, rares sont les médecins qui déclarent des MCP.

A l'instar du travail mené au plan national par l'InVS, nous nous sommes adressés à tous les médecins du travail et médecins de prévention de la région, volontaires pour un travail consistant à signaler, pendant six quinzaines tirées au sort sur trois ans (2012 - 2013 - 2014), les MCP liées aux facteurs psycho-sociaux qu'ils diagnostiquaient chez leurs salariés « tout venant ». L'idée étant d'évaluer l'incidence des problématiques psycho-sociales, il importait également de connaitre l'activité médicale clinique de la quinzaine exprimée en nombre d'actes.

Après un an d'étude de faisabilité et d'échanges, un formulaire de signalement de « MCP - RPS » (cf. annexe I) a été mis au point, ainsi qu'un « questionnaire à 6 mois » (cf. annexe II) visant à connaitre le devenir de ces salariés à distance de l'épisode pathologique constaté pendant la quinzaine de signalement.

Il s'agissait effectivement, pour les médecins du travail volontaires, de :

- poser un diagnostic clinique positif : le salarié qui se trouvait en face d'eux dans le cadre du colloque singulier était-il porteur d'une pathologie psychique ou mentale ?

- poser un diagnostic étiologique : cette pathologie était-elle en lien avec son travail ?

Démarche médicale « classique » donc.

Ce travail, fiche action du 2ème Plan régional de santé au travail, devait être étalé sur 3 ans, financé par l'Observatoire régional de santé au travail (ORST) et exploité conjointement par l'Observatoire régional de la santé (ORS) au plan statistique et par le Groupe santé mentale de BOURGOGNE au plan de la santé au travail.

Mais l'ORST s'étant mis « en sommeil » inopinément après avoir financé une partie de l'année 2012, l'ORS ne pouvait plus être rémunéré alors que l'étude était largement lancée auprès des praticiens. Il eût été dès lors contre productif de l'ajourner. Le travail n'a donc pu porter que sur deux ans au lieu des trois ans prévus. Le Groupe santé mentale étant par ailleurs mobilisé sur le VADEMECUM RPS, c'est à l'inspection médicale du travail de BOURGOGNE qu'est revenue la gestion de la suite de ce travail, d'autant plus logiquement qu'elle était destinataire des signalements de MCP.

La liaison permanente par courriel a permis un suivi étroit, en temps réel, et un travail de « relance » individuelle de chaque médecin lorsque le besoin s'en faisait sentir, ce qui explique le nombre relativement faible de « signalements » ou de questionnaires « suivi à 6 mois » non exploitables.

Les résultats les plus significatifs constituent autant d'**outils d'arguments** de l'importance des RPS en pratique médicale courante en santé au travail.

Ils ont contribué à ce travail, qu'ils en soient remerciés :

- *dans le cadre du Groupe Santé mentale de BOURGOGNE*, mesdames et messieurs les docteurs Véronique BERTHE, Marlène BOIDIN, Annick BOIRON, Albane CHAILLOT, Florence CHAPELIER, Catherine CHARRIAU-COGET, Francis CLOCHE, Françoise GAGNEPAIN, Anne GAILLARD, Geneviève JEANNIN, Anne MERCEY, Alain MICHEL, Noelle RINGOT, Brigitte SENEQUE, Isabelle THOMAS, médecins du travail, et Mme Pascale BOUSTIE, psychologue ; avec le soutien amical des docteurs Aleth CHANCENOTTE, Anne GUERY, Sandrine GUYENOT, Pierre LAGARDE, Arnaud VAN STEENKISTE, Jean Louis WACK…

- *dans le cadre de la participation aux signalements de MCP*, mesdames et messieurs les docteurs Béatrice AGOPIAN, Françoise ALLEMAND, Noël Patrick ALLIRAND, Françoise ANDRE, Marie Claire BARDOUILLET, Françoise BERNUY, Nathalie BERTHET LACOUR, Christine BONNY, Philippe BOURGNE, Nathalie BREST SOMMET, Philippe BROCARD Dominique BROUCHE, Corinne CADOZ, Jacqueline CAILLOT, Alain CANTON, Catherine CARLE VIGUIER, Elisabeth CHADEFAUX, Françoise CHAMARD, Muriel CHAMPAGNE, Olivier CHATARD, Aleth COLLIN, Christian CORDIER, Gilbert CORNILLON, Michèle DENUIT, Monique DOMINIQUE, Jean Paul DULERY, Claudine EMERY, Marie Christine FAIVRE, Eric FRANÇOIS, Sylviane FRANÇOIS DRUEZ, Claire GALMICHE, Agnès GANAY, Luc GAUTHIER, Michel GOGOL , Stéphane GOLIN , Michèle GRAPPIN, Mireille GUZIK, Frédéric HOUDELETTE, Elisabeth KIND, Elisabeth LE GALL, Jean-Michel LETERRIER, Jacques LE VIGUELLOUX, Valérie LOUDENOT, Hélène METIN, Arielle MORBONTEMPS, Chantal PERAUDEAU, Hélène POMMERY, Josette REY, Claire RICOLFI, Pascale ROLLIN, Odile ROYER, Sylvie ROYER, Jean Claude ROZE, Fabienne SULLI, Patrick TADDEI, Rienk VISSER.

Ces praticiens proviennent de la quasi-totalité des Services de santé au travail d'entreprises, interentreprises ou de médecine de prévention de BOURGOGNE (MT 71, AIST 21, MTN Prévention, AIST 89, SST « Nord de l'Yonne », SST du Jovinien, SST BTP 21, SST BTP 71, MSA, fonctions publiques, entreprises nationales…)

- en appui technique : Mme Caroline BONNET (ORS), M. Jean-Marc OLIVE (DIRECCTE) et l'Institut de médecine du travail et d'ergonomie de Bourgogne - Franche-Comté (IMTEBFC)

Une mobilisation significative du tiers des médecins de Bourgogne

Sur les deux années 2012 et 2013, 69 médecins (du travail, de prévention…), soit un médecin sur trois, provenant de tous les secteurs d'activité et harmonieusement répartis sur toute la région, ont été volontaires pour participer à ce travail selon le protocole établi. 58 médecins ont participé aux quatre quinzaines.

Un total de **526** formulaires exploitables a ainsi pu être saisi à l'Inspection médicale, 40 % des signalements provenant de Saône-et-Loire.

Un médecin a effectué à lui seul 47 signalements pendant ces quatre quinzaines tandis que deux médecins n'ont fait aucun signalement.

Le nombre de signalements des autres participants s'étale de 1 à 19.

Les caractéristiques de la population concernée par les signalements

Les critères d'**âge** à la date du signalement et d'**ancienneté** dans l'entreprise ne semblent pas déterminants : tous les âges paraissent touchés, peu après l'embauche comme après plusieurs années de travail dans l'établissement.

Sur le plan des professions et catégories socioprofessionnelles (CSP)

les « professions intermédiaires de la santé et du travail social » viennent classiquement en tête avec 84 cas soit 16 %, suivies des :

- « employés administratifs d'entreprise » (62 cas),
- « employés de commerce » (59 cas),
- « employés civils et agents de service de la fonction publique » (28 cas),
- « professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises » (27 cas),
- « ouvriers qualifiés de type industriel » (25 cas),
- « ouvriers non qualifiés de type industriel » (22 cas),
- « cadres administratifs et commerciaux d'entreprises » (20 cas),
- « techniciens (sauf techniciens tertiaires) » (19 cas).

Le critère de genre (sexe) permet de confirmer (comme dans la plupart des enquêtes) la nette prédominance féminine chez les salariés porteurs d'une manifestation pathologique liée à des facteurs psycho-sociaux professionnels : **environ 2 /3** (64, 45 %) des salarié-e-s objets d'un signalement diagnostiqué par le médecin du travail étaient des **femmes** (largement majoritaires dans les CSP les plus impactées par les RPS).

AGE	NOMBRE	%
24 ans et moins	31	6
de 25 à 34 ans	109	21
de 35 à 44 ans	127	24
de 45 à 54 ans	165	31
55 ans et plus	68	13
Non renseigné	26	5
ANCIENNETE	**NOMBRE**	**%**
3 ans et moins	96	18
de 4 à 9 ans	169	32
de 10 à 19 ans	132	25
20 ans et plus	83	16
Non renseigné	46	9

Les manifestations pathologiques et leurs causes

Les manifestations pathologiques proposées par le protocole sont issues du DSM IV *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).* Il s'agit pour le médecin de poser un diagnostic et, par conséquent, de ne retenir que les manifestations de nature pathologique à ses yeux de praticien. Plusieurs réponses sont possibles.

Manifestations pathologiques	
Troubles de l'humeur*(dépression, dysthymie…)*	342
Troubles anxieux*(phobies, stress post traumatique…)*	289
Troubles du sommeil	262
Somatisation et troubles somatoformes *(TMS, troubles cardio-vasculaires, digestifs, neuropsy…)*	144
Troubles des conduites alimentaires	46
Troubles addictifs (ou augmentation d'une addiction préexistante)	31

Quant à la nature des facteurs psychosociaux paraissant en cause :

Il s'agit d'exprimer les facteurs en cause du point de vue du SALARIE, retranscrits par le médecin du travail le plus fidèlement possible. Les facteurs pris en compte sont issus des six dimensions de facteurs de risques établis par le Collège d'expertise sur le suivi des RPS (dit « rapport GOLLAC »).

Nature des facteurs psychosociaux	
Rapports sociaux et relations de travail *(absence de soutien social, déni de la qualité du travail, faible reconnaissance, ordres contradictoires, harcèlement…)*	402
Exigences de travail *(quantité de travail, pression temporelle, charge de travail, complexité des tâches, conciliation vie professionnelle / vie personnelle…)*	221
Conflit de valeurs *(souffrance éthique : faire des choses qu'on désapprouve, ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité…)*	80
Autonomie et marges de manœuvre *(faible autonomie, prévisibilité du travail, développement des compétences, implications dans les organisations…)*	70
Exigences émotionnelles	67
Autre	58

Le médecin du travail en action

Plusieurs items s'intéressent ensuite à l'**action du médecin** par rapport au salarié porteur de la patho-logie faisant l'objet du signalement.

Dans un peu plus de la moitié des cas (52 %, 272 salariés), le médecin du travail a effectué une **démarche auprès de l'employeur** (alerte formelle ou informelle le plus souvent)

Dans la moitié des cas, le salarié a été orienté vers un autre praticien au moins :

- Médecin traitant pour 45 % des cas
- Psychologue pour 17 %
- Psychiatre pour 17 % également

Il ressort de ces chiffres que dans plus de la moitié des cas de signalements, le médecin du travail a été consulté sans attendre une « visite » obligatoire (de reprise, de pré reprise, ou périodique).

Dans un tiers des cas, c'est le salarié qui consulte de sa propre initiative.

Dans une proportion voisine, c'est l'employeur, le médecin traitant, le psychiatre, le médecin conseil, l'assistante sociale ou l'infirmière de santé au travail qui incitent le salarié à consulter.

Ainsi, de plus en plus, une **démarche active** de sollicitation du spécialiste en santé au travail qu'est le médecin du travail se substitue à la « visite » périodique ou non.
L'obligation (de « visite ») laisse la place au besoin (de santé).

Nature de l'examen	Nombre de signalements	%
Demande du salarié	180	34
Demande de l'employeur	79	15
Autre	62	12
Pré reprise	44	8
Périodique	19	4
Reprise	17	3
Demande du médecin du travail	7	1
Non précisé	118	22

En matière de conclusions, un certain **attentisme** concerté avec le salarié préside à la délivrance d'un avis d'aptitude lors de l'examen à l'issue duquel le signalement a été effectué.

Dans **31 %** des cas en effet, les médecins du travail n'émettent **pas d'avis** d'aptitude, et dans 8 %, ils proposent un retrait temporaire du milieu de travail en adressant le salarié à son médecin traitant afin qu'il bénéficie des indemnités journalières de la SS.

L'aptitude est maintenue dans plus de 17 % des cas, avec un suivi rapproché dans 22 % des cas.

10 % des salariés porteurs d'une MCP signalée sont déclarés **inaptes définitifs.**

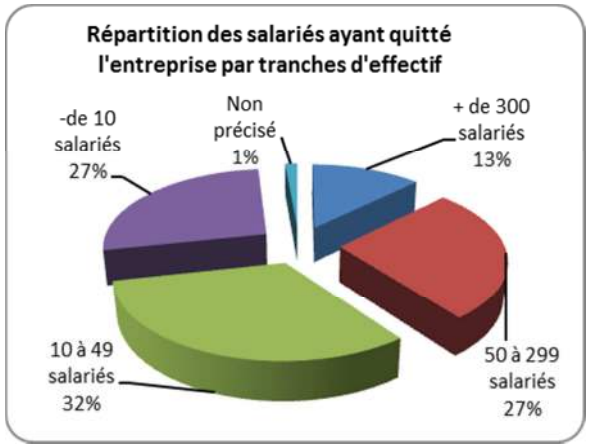
La **taille** des établissements pourrait éventuellement constituer un facteur minorant la visibilité des maladies liées aux RPS. Alors qu'en BOURGOGNE 26 % des salariés travaillent dans des entreprises et établissements de moins de 10 salariés, 16 % des cas de MCP concernent ces entreprises. De 10 à 49 salariés, la proportion est « respectée » : 31 % des salariés / 30 % de cas de MCP. Les entreprises les plus importantes (de 50 à plus de 300 salariés) représentent 50 % des signalements alors qu'elles regroupent 43 % de salariés.

Que se passe-t-il après ? Le suivi a 6 mois

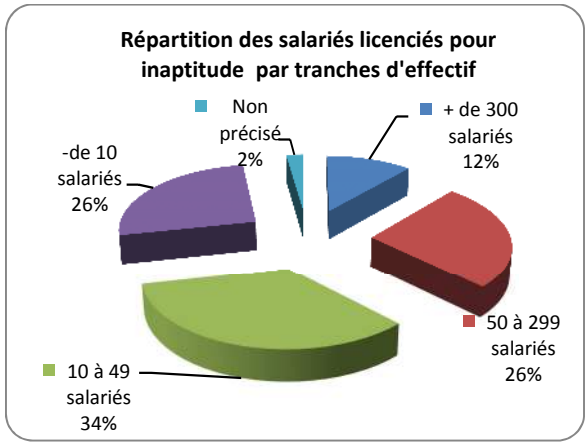
Un des intérêts de cette enquête a été le **suivi à 6 mois,** et son résultat excellent pour ce type d'enquêtes en termes **de taux de réponse de 87 %** (428 réponses)*.

Pratiquement, un peu plus d'**un salarié sur deux** (55 %) reste dans la **même entreprise** ou dans le même établissement. Parmi ceux-ci, un peu plus de la moitié (54 %) reste au **même poste** non aménagé. Le quart (24 %) bénéficie d'un aménagement de poste et 11 % d'un autre poste.

Plus du **quart des salariés** ayant présenté une MCP liée aux RPS **quittent l'entreprise** ou l'établissement : **73 % d'entre eux sont licenciés,** 11 % démissionnent, 10 % voient leur contrat rompu dans le cadre d'une rupture conventionnelle.



Pour 88 salariés (21 % des réponses, 85 % des licenciés), c'est une **inaptitude médicale** qui motive le licenciement.



Six mois après le signalement, **32 salariés** (**7 %** de ceux dont le médecin a pu connaitre la situation) sont encore en **arrêt maladie,** 2 en accident du travail ou maladie professionnelle, 4 en invalidité.

Un **certificat médical** descriptif de la MCP a été établi pour 20 salariés (4 %) par le médecin du travail ou un autre médecin.

Onze salariés ont demandé une **reconnaissance en maladie professionnelle.**

Une **procédure** judiciaire (connue du médecin du travail) a été entreprise par 26 salariés (6 %).

Après 6 mois, l'état de santé s'est **amélioré pour 40 %** des salariés, détérioré pour 4 % d'entre eux et globalement stabilisé pour 20 %. Il est non précisé dans les autres cas.

Les signalements sont rarement isolés :

– dans 215 MCP signalées (41 %), d'**autres cas** de souffrance ont été observés par le médecin du travail dans la même unité de travail ;

– le médecin du travail a jugé utile de procéder à une **alerte collective** dans 31 % des cas, soit 164 signalements ;

- des **mesures** visant à réduire les RPS ont été prises par l'employeur dans 115 cas (22 %).

Motif du départ		*%*
Il ou elle a été licencié(e)	*103*	*73*
Il ou elle a démissionné	*16*	*11*
Il ou elle est dans une autre situation	*7*	*5*
Rupture conventionnelle	*14*	*10*
Non précisé	*1*	*1*
Total	*141*	*100,00*
Motif du licenciement		*%*
Inaptitude médicale	***88***	***85,44***
Autre cause	*13*	*12,62*
Non précisé	*2*	*1,94*
Total	*103*	*100,00*

Conclusion

Un médecin du travail de BOURGOGNE sur trois a été mobilisé pour cette action s'étendant sur 4 quinzaines tirées au sort en 2012 et 2013.

69 médecins du travail ou de prévention ont effectué 526 signalements de maladies à caractère professionnel liés aux RPS, sur 21 000 actes médicaux « tout venant » réalisés pendant ces périodes.

Su 200 salariés rencontrés, 5 sont porteurs en moyenne d'une pathologie liées aux RPS, soit une incidence de l'ordre de 2,5 %. Si ce chiffre peut sembler faible en valeur absolue, il ne saurait occulter le facteur temps considérable que demande la prise en charge de chacun de ces cas.

Six mois après le signalement, plus du quart des salariés a quitté l'entreprise, la plupart (85 %) de ceux-ci ayant dû être déclarés inaptes par le médecin du travail.

Ces chiffres donnent une mesure du phénomène des RPS et du mal être au travail qu'ils génèrent.

Ils illustrent le rôle majeur du médecin du travail dans la prise en charge individuelle et collective de la souffrance au travail.

Docteur Pierre ABECASSIS
Médecin inspecteur du travail
DIRECCTE de Bourgogne

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT DE MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL LIEE AUX FACTEURS PSYCHO-SOCIAUX

à renvoyer sous pli confidentiel à :
Dr ABECASSIS - Inspection Médicale du Travail - DIRECCTE de Bourgogne – 19 bis – 21 Boulevard Voltaire 21000 DIJON

Salarié : *(code libre - voir modalités de codage dans notice)* ➔ **:**	Sexe ☐ H ☐ F
Profession : *(code PCS - voir modalités de codage dans notice)* ➔ **:**	Age *(à la date du signalement)* **:** Ancienneté dans l'entreprise :

Manifestations <u>pathologiques</u> observées, liées aux facteurs psycho-sociaux AU TRAVAIL *(plusieurs réponses possibles)* **:**

☐ *Troubles de l'humeur (dépression, dysthymie,…)*

☐ *Troubles anxieux (phobies, stress post traumatique,….)*

☐ *Somatisation et troubles somatoformes (TMS, tr. cardio-vasculaires, digestifs, neuropsy, etc.)*

☐ *Troubles des conduites alimentaires*

☐ *Troubles du sommeil*

☐ *Troubles addictifs (ou augmentation addiction préexistante)*
En préciser la nature :

Nature du ou des facteurs psychosociaux paraissant en cause *(plusieurs réponses possibles)* **:**

☐ *Exigences du travail (quantité de travail, pression temporelle, charge de travail, complexité des tâches, conciliation vie professionnelle / vie personnelle,…)*

☐ *Exigences émotionnelles (relation au public)*

☐ *Autonomie et marges de manœuvre (faible autonomie, prévisibilité du travail, développement des compétences, implication dans les organisations, …)*

☐ *Rapports sociaux et relations de travail (absence de soutien social, déni de la qualité du travail, harcèlement, faible reconnaissance, ordres contradictoires,…)*

☐ *Conflit de valeurs (souffrance éthique : faire des choses qu'on désapprouve - vente abusive, licenciements, etc., ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité)*

☐ *Autres (préciser) :*

Cette MCP a-t-elle généré de votre part une démarche auprès de l'employeur ? OUI ☐ NON ☐

Avez-vous orienté le ou la salarié(e) ? OUI ☐ NON ☐ **(si oui, vers :)** ➔
☐ *Médecin traitant* ☐ *Psychiatre* ☐ *Psychologue* ☐ *Juriste* ☐ *Travailleur social* ☐*Autre*

Examen à l'issue duquel vous avez effectué le présent signalement :

☐ *Périodique* ☐ *Reprise* ☐ *Préreprise* ☐ *Demande salarié* ☐ *Demande Médecin du travail* ☐ *Demande employeur* ☐ *Autre*

Conclusion de l'examen à l'issue duquel vous avez effectué le présent signalement

☐ *Apte* ☐ *Apte avec suivi rapproché* ☐ *Inapte définitif* ☐ *Retrait temporaire du milieu de travail* ☐ *Propositions aménagement / mutation* ☐ *Pas d'avis*

Observations complémentaires éventuelles :

Renseignements relatifs à l'établissement : **Date** :

Secteur d'activité *[selon NAF 2008]* :

Effectif : < 10 ☐ 10 à 49 ☐ 50 à 299 ☐ > 300 ☐

Médecin signalant :
(Cachet et signature)

SALARIE(E) *(code attribué lors du signalement)* **:**

*Le ou la salarié(e) est actuellement dans la **même entreprise** (ou le même groupe)*

- ☐ dans le **même établissement** (ou la même unité de travail)
  - ☐ au **même poste non aménagé** ☐ à un **autre poste**
  - ☐ **à son poste, aménagé** (travail à temps partiel, redéfinition des tâches, modifications dans la ligne hiérarchique…).
- ☐ **Dans un autre établissement**

*Le ou la salarié(e) n'est actuellement plus dans la **même entreprise** (ou le même groupe).*

- ☐ Il ou elle a été **licencié(e)** suite à :
  - ☐ une inaptitude médicale. ☐ une rupture conventionnelle.
  - ☐ une autre cause (motif économique, insuffisance professionnelle, perte de confiance, résolution judiciaire, prise d'acte, …).
- ☐ Il ou elle a **démissionné.**
- ☐ Il ou elle **travaille dans une autre entreprise.**
- ☐ Il ou elle est dans une **autre situation (**préciser) **:**

- ☐ Le ou la salarié(e) est en **arrêt de travail** (en rapport avec la pathologie signalée)
  - ☐ en **accident** du travail ou **maladie professionnelle** ☐ **en maladie** ☐ en **invalidité**
- ☐ Le ou la salarié(e) a bénéficié d'un **certificat** médical descriptif de la MCP (établi par le médecin du travail ou un autre médecin).
- ☐ Le ou la salarié(e) a demandé la **reconnaissance en maladie professionnelle** de la pathologie objet du signalement (CRRMP).
- ☐ Le ou la salarié(e) a entrepris une **procédure** judiciaire.

*Par rapport à la date du signalement de la MCP, **l'état de santé** du ou de la salarié(e) est, selon vos constatations cliniques les plus récentes :*

☐ amélioré ☐ globalement stable ☐ détérioré

Le ou la salarié(e) a fait

☐ une tentative de **suicide** ☐ une autre **décompensation** aigue *(abandon de poste, fugue, acte hétéro-agressif…)*

Le ou la salarié(e) a bénéficié ou bénéficie toujours actuellement, en rapport avec la maladie signalée :

- ☐ d'un arrêt de travail de **plus de 30 jours** (en tout) en maladie, maladie professionnelle ou accident du travail
- ☐ d'un **traitement psychotrope** *(sur prescription médicale)* en rapport avec la MCP
- ☐ d'un **suivi psychologique** (par médecin traitant, psychologue, psychiatre, autre praticien….) pour cette MCP
- ☐ d'un **suivi** spécifique par le médecin du travail depuis le signalement de MCP

- ☐ D'**autres cas** de souffrance ont été observés par le médecin du travail dans l'**unité** de travail (*établissement, bureau, service, atelier,…).*
- ☐ Le médecin du travail a procédé à une alerte collective dans cet établissement (ou entreprise)
- ☐ L'employeur a pris des **mesures** pour réduire les risques psychosociaux dans l'établissement depuis ce signalement de MCP.

Partie 2 : Les outils cliniques

Fiche 1	La clinique médicale du travail
Fiche 2	Les questionnaires au quotidien
Fiche 3	L'échelle d'évaluation analogique – EVA
Fiche 4	Le 4 x 4 du médecin du travail
Fiche 5	Les formes de décompensation : le burnout et le syndrome de stress post traumatique
Fiche 6	Accompagner la souffrance aigue en milieu de travail La prise en charge individuelle et collective par l'Equipe de Santé au travail.
Annexe A	Modalités de prise en charge téléphonique d'un appel de salarié en grande détresse ou suicidaire
Annexe B	Fiche de liaison

La clinique médicale du travail

Depuis les années 1970, certains médecins du travail ont élaboré une pratique clinique afin de remplir leur mission de prévention primaire : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Il s'agit de la clinique médicale du travail.

En effet, la médecine du travail s'inscrit dans le contexte particulier du travail : les éléments pathogènes sont à identifier dans le travail concret, réel, incarné et subjectif du travailleur en interaction avec les conditions matérielles et humaines qui l'entourent. C'est tout l'objectif de la clinique médicale du travail.

Définitions, concepts, bases théoriques et postulats

La clinique médicale du travail emprunte ses bases théoriques aux différentes disciplines et courants : ergonomie, sociologie, psychopathologie du travail, psycho dynamique du travail, clinique de l'activité…

- la clinique médicale du travail (CMT) considère le travailleur comme un sujet actif, mobilisant son intelligence, quel que soit le travail, en relation avec son environnement de travail et sa dimension collective.
- la CMT postule que la santé se structure autour du **pouvoir d'agir** et que « la souffrance est l'amputation du pouvoir d'agir » (Paul RICOEUR).
- la CMT considère que le sujet construit son **identité**, au travers de ses **activités**, en étroite interaction avec le **collectif**.
- la CMT cherche à **dévoiler ce qui se joue** pour le travailleur et ce qui s'oppose à son **« bien faire »** :
  Le réel de l'activité, c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir -les échecs-, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense ou qu'on rêve de faire ailleurs. Il faut ajouter -paradoxe fréquent- ce qu'on fait pour ne pas faire, ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire. (Yves CLOT)
- la CMT identifie et prend en compte les **défenses** du sujet qui déploie des stratégies contre sa souffrance (cf. les « idéologies défensives de métier » – Christophe DEJOURS).
- la CMT implique de *« Passer d'une situation où le salarié est **en position d'objet d'étude à une perspective dans laquelle il redevient un agent actif de l'analyse**, passer des discours généraux à l'analyse des situations dans leurs singularités concrètes »*- Philippe DAVEZIES
- **la construction des hypothèses : du sens à la signification**
  Cette construction implique une « **écoute compréhensive** » qui doit permettre au salarié d'accéder lui-même à la

En clinique médicale du travail, l'AIDE au RECIT est capitale. Quelques questions peuvent le faire progresser :
Pourriez-vous me raconter une situation de travail récente dans laquelle vous vous êtes senti en difficulté ?

1. Qu'avez-vous ressenti alors ? Qu'avez-vous dit ou fait ? Ou, au contraire, pas pu dire, ni faire ? Sur le coup, ou plus tard ?
2. Comment ont réagi vos collègues ?
3. Ces situations difficiles pour vous ont-elles été nombreuses, fréquentes ? Depuis quand ?
4. Comment analysez-vous votre réaction? Comment vous sentez-vous à l'évocation de ces évènements ?
5. Que pensez-vous faire maintenant qui pourrait améliorer votre situation de travail?
6. Voulez-vous qu'on y réfléchisse ensemble ?

compréhension des situations auxquelles il est confronté. Il s'agit d'une construction **commune** entre le salarié et le médecin, personnalisée, contextualisée, et en référence aux théories de la clinique médicale du travail. C'est le recueil **« au fil de l'eau »** qui permettra d'identifier les facteurs de risque.

- **le diagnostic du lien santé-travail**

Il repose sur le recueil systématique des indicateurs (voir ce terme) de santé mentale en rapport avec le travail.

La Consultation : une démarche clinique au cœur des questions du travail

En clinique médicale du travail, quelques ELEMENTS sont à REPERER au cours du RECIT

1. les réactions émotionnelles ou, au contraire, leur absence
2. Les défenses du sujet
3. les éléments de généralisation qui doivent faire recentrer le discours sur le vécu du salarié : « d'accord, mais **vous**, qu'avez-vous fait / dit ? »
4. les plaintes: ... "et alors, qu'avez-vous fait? A qui en avez-vous parlé?"
5. la honte, la peur:... "et comment auriez-vous pu faire ? ", « pensez-vous que vous auriez pu agir autrement ? »
6. l'engagement dans le travail. Le sujet est-il désengagé ou, au contraire sur-engagé dans son activité professionnelle

Il s'agit pour le médecin du travail, dans son cabinet, d'aller au-delà de la plainte pour aider le salarié à (re)construire sa capacité à penser, à débattre et à agir.

La consultation permet au médecin une meilleure compréhension des tensions et des enjeux de santé, voire d'attester, dans certaines situations, du lien entre atteintes à la santé mentale et activité de travail.
Elle permet, au-delà du cabinet médical, un travail entre pairs autour d'écrits : les **monographies de clinique médicale** qui sont le support d'analyses, de réflexion et de discussion. Ces monographies sont des documents à considérer comme partie intégrante du dossier médical, relevant de la responsabilité du médecin du travail et pouvant éventuellement constituer un support médico-légal.

La CMT considère la consultation médicale comme l'élément central du métier de médecin du travail. Elle accompagne le sujet dans la construction de sa santé au travail et s'inscrit donc dans la prévention primaire.
Le médecin du travail, en expliquant sa posture particulière d'écoute compréhensive et de « disponibilité à comprendre avec » s'efforce d'établir une relation de confiance avec le salarié .Celui-ci se saisira ou non, de l'opportunité d'agir pour sa santé.

Le salarié « raconte » le travail prescrit, le travail réel, son engagement, ses émotions. Le médecin s'efforce de faciliter le récit en manifestant ses difficultés à comprendre l'activité, en particulier lorsque le salarié attribue à ses collègues ou à la hiérarchie la cause de sa souffrance. Il faut faire raconter dans le détail une situation de travail qui l'a mis en difficulté. Le salarié rend compte alors des impasses de son activité, des contradictions, des dilemmes qu'il affronte seul, comme s'il s'agissait de questions personnelles sans lien avec le travail.

Parfois, il est nécessaire de **reformuler** pour faire rebondir le récit en apportant de nouveaux éléments.
Cependant le récit peut se révéler **impossible** quand la situation est trop douloureuse. Il faut revenir alors à une situation antérieure où travailler était possible et même permettait une construction de la santé. Le sujet effondré peut alors« reprendre pied » par son récit d'une situation de travail où il avait encore un pouvoir d'agir pour se confronter au réel de l'activité. A la lumière de ce qui était possible et de ce qui ne l'est plus, l'élaboration peut commencer.

Parfois les défenses psychiques ou une idéologie défensive professionnelle interdisent toute représentation de l'activité réelle de travail. Le récit est trop « lisse », le médecin **ne voit pas le sujet travailler**.

Au fil du récit, le médecin du travail **doit être attentif aux affects** : signes de souffrance liés à des vécus de surcharge, d'injustice, d'humiliation, d'isolement,…. La parole, l'expression, les changements de posture, de maintien ou d'attitude corporelle peuvent attirer l'attention. En accusant réception de ces manifestations, le médecin reconnait l'importance de l'émotion et permet au salarié de prendre conscience du lien entre sa souffrance et la limitation de son pouvoir d'agir.

En clinique médicale du travail, CONCLURE l'entretien est **décisif car il permet de….**

1. Résumer, en les valorisant, les attitudes actives du salarié, exprimées dans le récit
2. Eclairer le lien entre des réactions émotionnelles fortes et un vécu antérieur
3. Ouvrir sur les solutions envisagées par le salarié, en les reformulant en termes de bénéfices / pertes

Certaines **défenses psychiques** face à la peur ou à la honte empêchent le salarié d'agir. Il est donc essentiel, au moins pour le médecin, de repérer, par exemple :

- la peur de « ne plus y arriver » qui oriente souvent le récit d'un point de vue de victime, dans le cadre de conflits relationnels, par exemple ;
- La honte qui sidère la capacité d'agir : honte de faire des choses contraires à sa conception du « beau travail », honte de faire du « sale boulot ». La honte ne s'énonce pas mais « émerge » dans le récit, en creux, en y laissant des trous. Il faut se garder de jugements moraux mais aider le sujet à comprendre ces mécanismes délétères pour reconstruire ses propres règles de travail : souffrance éthique, perte de sens, pathologies de la solitude…

Dans les situations de **sur-engagements**, le salarié perd la capacité de prendre soin de lui, d'être attentif à ce « corps sensible » qui l'alertait devant des mécanismes délétères. Ce sont les pathologies de surcharge telles que burnout, épuisement….

Les blessures psychiques anciennes résonnent sur la scène du travail, surgissant au cours du récit comme reflet de douleurs intimes passées pouvant éclairer les blessures présentes.

Les orientations de la clinique médicale du travail

- Permettre au salarié de retrouver son pouvoir d'agir par la compréhension du réel de son activité ce qui constitue une protection pour sa santé.
- Permettre au médecin du travail d'instruire le lien santé-travail et, sur le plan collectif, d'alerter l'employeur.
- Proposer de reconstruire des espaces de discussion entre les salariés pendant le temps de travail afin qu'ils puissent mettre en débat les éléments très concrets de l'activité de travail qui font dispute.
- Echanger entre pairs en mettant en discussion autour de cas cliniques : les monographies de clinique médicale du travail.

Pour aller plus loin

Ce travail a largement puisé dans les riches **actes du colloque d'E-PAIRS du 14 juin 2013 :**
http://www.e-pairs.org/colloque2013/2013-06-14/0-clinique-medicale.html

Les questionnaires au quotidien

Les questionnaires ou les **échelles de mesure** de santé, de stress ou des facteurs de risques psychosociaux peuvent permettre de réaliser un **état des lieux** des plaintes individuelles et collectives. La plupart débouchent sur un ou plusieurs scores à comparer à des seuils ou des résultats de référence. Ils peuvent constituer pour le médecin un outil d'analyse clinique et d'évaluation, non publié, pour sa propre pratique, ou bien s'intégrer dans une démarche de mise en débat restituée collectivement aux acteurs sociaux.

Ils sont cependant « controversés » - la plupart d'entre eux ne font pas consensus - et ne peuvent être considérés comme des outils d'usage systématique. Un questionnaire utilisé de façon inappropriée, hors contexte et sans explications, est au mieux inutile, et peut même se révéler délétère, discréditant les intervenants … et leur sujet...

Une **méthodologie rigoureuse** dans le choix des questionnaires et leurs conditions d'application est absolument indispensable.

De même, **l'accord avec les parties en présence quant à l'objectif** à atteindre est capital, car de la qualité des questions posées et de leur pertinence dépendra l'intérêt du questionnaire : que cherche-t-on à connaitre :

- un état des lieux de la **santé** des salariés ?
- une mesure du **stress ressenti** par les salariés ?
- les **facteurs de risques** psychosociaux ou de stress à partir des modèles disponibles ?
- le croisement de plusieurs de ces aspects ?

Il faudra :

- **disposer d'un certain effectif**, afin de déterminer des groupes homogènes significatifs au regard des situations de travail sur le plan statistique et pouvoir garantir l'anonymat des réponses. Un minimum de 10 personnes semble indispensable.
- **utiliser des échelles validées**, en français, avec des questions **compréhensibles** pour les acteurs.
- compléter le dépouillement statistique du questionnaire par le **recueil de données subjectives** identifiées comme telles sur le **vécu** du travail. Autrement dit, une part de subjectivité pourra ou devra intervenir dans l'éclairage des hypothèses suggérées par les résultats.

La comparaison statistique entre les groupes permettra de faire éventuellement émerger des groupes à risques. Selon les groupes, dans une même entreprise, il pourra être mis en relief des facteurs organisationnels ou des spécificités pouvant générer des risques distincts.

- disposer de moyens, par exemple la possibilité de mener des entretiens individuels et/ou collectifs visant à préciser ces facteurs de risque.

Tout ceci n'aura de sens et d'intérêt que si les intervenants et bénéficiaires sont, avant et pendant l'action, d'accord sur le principe d'un **travail respectueux des uns et des autres**, dans une

démarche constructive et sur le principe, dans les suites, d'une **action de prévention concertée** à mettre en œuvre en fonction des résultats.

Si ces conditions ne sont pas réunies, le questionnaire ne sera qu'un « coup d'épée dans l'eau » qui ne sera, comme les autres, guère efficace, mais qui, au surplus, pourra singulièrement « faire des vagues »...

Il existe trois grands types d'échelles, auxquelles on peut ajouter des questionnaires transversaux. Quelques-unes ont été retenues pour ce vadémécum en fonction de leur facilité d'utilisation et de leur caractère incontournable pour certaines études. Elles sont toutes largement diffusées et commentées sur internet.

1. Les échelles (ou questionnaires) de mesure de santé.

Nous citerons :

- **Trois échelles explorant la dépression :**

o Le HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) en 14 items, explore l'anxiété (7 items) et la dépression (7 items).

o Le questionnaire abrégé de BECK en 13 items, qui explore la dépression et permet d'alerter le médecin sur l'intensité et la gravité.

o Le questionnaire CES-D (Center for Epidemiologic Studies – Depression scale) en 20 items, qui vise à identifier la présence de symptômes pré-dépressions et à évaluer la sévérité de la dépression.

- **Un questionnaire abordant le « mal être psychique » :**

Le GHQ12 (Général Health Questionnary) est un questionnaire en 12 items qui explore l'état d'humeur, l'anxiété, le mal être psychique, le mauvais fonctionnement social et l'hypochondrie.

- **Un questionnaire de santé totale (physique et mentale) :**

Le NHP (Nottingham Health Profile) est encore appelé Indicateur de Santé perceptuelle de Nottingham, en 38 items, qui explore la santé perçue en 6 dimensions : les troubles de la mobilité physique, le tonus (critère qui s'apparente à la fatigue), la douleur, les réactions émotionnelles, le sommeil et l'isolement social.

- **L'échelle visuelle analogique** (EVA)

Où on demande au sujet : « Comment évaluez-vous globalement votre état de santé ? »

- **Le MBI test ou MASLACH BURNOUT INVENTORY** :

La version originale comporte 22 questions qui permettent d'explorer 3 dimensions : l'épuisement professionnel, la déshumanisation, et le degré d'accomplissement personnel au travail.

2. Les échelles de mesure de stress ressenti :

- **Le SPPN** (Stress Psychologique Positif et Négatif) en 19 questions, fait partie du « WOCCQ Package » où il a remplacé le questionnaire MSP (Mesure du stress psychologique) en 25 questions. Il explore le niveau de stress au travail et les possibilités de stimulations positives présentes dans l'entreprise.

- **Le MSP** : seule la formule en 9 questions semble disponible.

- **L'échelle visuelle analogique** où on demande au sujet : « Dans l'ensemble comment vous sentez-vous dans votre travail ? »

Elle a fait l'objet d'une validation versus GHQ 12.

3. Les échelles de mesure des facteurs de risques psychosociaux ou de stress au travail.

Les concepts issus de la psychologie, de la psychodynamique et de la sociologie, permettent de modéliser les situations de travail ressenties (avec le risque de

simplification qui en découle). Les plus anciens et les plus développés sont les modèles de KARASEK et SIEGRIST.
En revanche, ces questionnaires sont inapplicables aux situations individuelles et doivent par conséquent être réservés à une approche collective. Leur mise en œuvre, le dépouillement, la formalisation des résultats et les retours vers les acteurs sont assez lourds à gérer en pratique.

- **Le questionnaire de KARASEK.**

Il explore une situation de travail qui serait génératrice de stress si elle associe une demande psychologique élevée, une autonomie décisionnelle faible et un soutien social faible de la part de l'équipe de travail ou de la hiérarchie.
En croisant autonomie et demande, on définit 4 grandes catégories :
- Le travail détendu (faible demande, grande autonomie)
- Le travail passif (faible demande, faible autonomie)
- Le travail actif (forte demande, grande autonomie)
- Le travail stressé (forte demande, faible autonomie)

La combinaison d'une faible autonomie et d'une forte demande psychologique est appelée « tension au travail » (job strain). La troisième dimension (le soutien social) intervient comme modérateur qui tempère ou accentue la tension au travail.
La version française la plus intéressante (26 items) de ce questionnaire est utilisée dans l'enquête SUMER.
Plusieurs études épidémiologiques ont souligné un lien statistique entre la « tension au travail » telle que définie par le modèle de KARASEK, et les maladies cardiovasculaires, les TMS (troubles musculo-squelettiques), et aussi les problèmes de santé mentale (dépression, détresse psychologique, épuisement professionnel, addictions...)

- **Le questionnaire de SIEGRIST.**

Ce modèle postule que les conditions de travail pathogènes correspondent à une association entre des efforts importants et de faibles récompenses. Ce modèle fait référence aux sentiments d'injustice et peut être corrélé à l'apparition de phénomènes de vols, sabotages, dégradations de l'outil et des locaux de travail. La théorie est basée sur le modèle de « l'équité sociale » de Adams, étudié en économie et sociologie essentiellement.
L'échelle comporte 46 items.

- **Le WOCCQ : Working Conditions and Control Questionnary (Université de Liège)**

Le modèle postule que le stress est un phénomène subjectif lié au sentiment de contrôle que ressent l'opérateur sur son environnement de travail. C'est une échelle de contrôle pouvant s'appliquer à tout environnement, quel que soit le secteur d'activité. Le questionnaire comporte 80 questions fermées qui font toutes référence à des situations de travail concrètes. Elles permettent d'évaluer le niveau de contrôle dont le salarié estime disposer.
Six dimensions sont explorées :
- les ressources disponibles,
- la gestion de la tâche,
- les risques auxquels le salarié est soumis et auxquels il soumet autrui,
- la planification du travail,
- la gestion du temps,
- l'avenir

Ce questionnaire est inclus dans le WOCCQ package, comportant aussi le SPN. Il est utilisable sous licence gratuite de l'équipe créatrice. Le dépouillement nécessite une formation spécifique.

- **Le questionnaire de Leymann sur la violence au travail.**

Le LIPT (LEYMANN Inventory of Psychological Terror) explore la dimension de violence au travail. Il comprend 45 items et une question ouverte. Selon LEUMANN, il n'y a violence que si l'exposition est fréquente (au moins une fois par semaine) et de longue durée (au moins 6 mois). Une étude conduite en France en 2006 par I. NIEDHAMMER auprès de 8 000 salariés a validé la version française. Le terme de harcèlement est actuellement très largement employé, très souvent à tort. Ce questionnaire peut aider à identifier les situations de violence psychique au travail. Dans l'enquête SUMER, l'exposition à la violence psychologique au travail a été

mesurée par 10 items issus du questionnaire de LEYMANN

- **Le rapport du collège d'expertise**

Pour dresser un premier état des lieux des risques psychosociaux au travail en France, le collège d'expertise sur le suivi statistique de ces risques constitué en 2008 par l'INSEE à la suite du rapport « NASSE LEGERON » a élaboré une batterie provisoire d'une quarantaine d'indicateurs immédiatement disponibles dans les sources statistiques existantes. Il a rendu un rapport final en avril 2011 au ministre chargé du travail.

Le Collège suggère de ne mettre en œuvre une étude statistique des facteurs psychosociaux de risque dans une entreprise (un atelier, un service, un métier…) qu'après avoir :

- *débattu collectivement de son intérêt et de ses objectifs au regard des interventions de type clinique ;*
- *précisé ses finalités et leur avoir adapté des outils d'observation ;*
- *pris soin d'impliquer tous les acteurs concernés dans toutes les phases de l'opération ;*
- *rapporté au contexte local étudié, l'utilisation éventuelle de variables retenues par le Collège pour des outils nationaux et, s'il y a lieu, les compléter par des items plus directement adaptés au contexte local ;*
- *pris en compte, en cas de comparaison éventuelle entre résultats « locaux » et nationaux, les effets des contextes d'enquête ;*
- *assuré la confidentialité des informations recueillies.*

4. Les enquêtes transversales

Le questionnaire de l'enquête SUMER comporte une partie qui explore les contraintes organisationnelles et relationnelles

Le questionnaire EVREST (Evaluation et Relations En Santé au Travail)
Le dispositif EVREST est un observatoire par questionnaire élaboré par des médecins du travail. Il s'agit d'une enquête prospective, dont l'objet, dans une optique de prévention, est l'étude dynamique de différents aspects du travail et de la santé des salariés. Elle permet la production d'indicateurs quantitatifs élaborés à partir de données recueillies lors des consultations de médecin du travail. Ce questionnaire n'est pas conçu pour aborder spécifiquement le stress ou les RPS mais certains items permettent d'aborder la question. Les médecins qui participent à l'enquête nationale ont la possibilité d'effectuer l'enquête dans une entreprise en particulier ou un groupe d'entreprises ; ils ont aussi la possibilité d'ajouter quelques questions.

En pratique : quelles recommandations ?

- **pour le suivi individuel périodique :**

o **les échelles EVA** où on demande au sujet : « Dans l'ensemble, comment vous sentez-vous dans votre travail ? »

o **pour un suivi plus précis, le 4X4 doit permettre de dépister les premiers symptômes et ouvrir le débat**

o une échelle d'évaluation de la santé mentale type HADS du fait de sa rapidité et simplicité de mise en œuvre peut **compléter un interrogatoire** si le salarié avoue ne pas se sentir bien dans le travail : elle permet à l'équipe de suivre l'évolution et d'orienter le salarié.

- **pour l'alerte :**

o **les échelles EVA** où on demande au sujet : « Dans l'ensemble comment vous sentez-vous dans votre travail ? » et « Comment évaluez-vous globalement votre état de santé ? » **associées** à des questions ouvertes sur la description par le sujet des situations posant problème **permettront de donner l'alerte, de poser quelques hypothèses et parfois de dégager des pistes de prévention.**

Pour aller plus loin :

-Le document publié par l'INRS : « Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail » à trouver facilement sur Internet (*dossier médicotechnique TC 134 paru dans les documents pour le Médecin du Travail N°125 du 1er trimestre 2011, INRS*). Ce document rappelle un certain nombre d'éléments, cite une liste de questionnaires et leurs indications générales et donne des conseils méthodologiques importants. Il rappelle aussi les règles de validation d'un questionnaire.

-ODP RPS : un nouvel outil de dépistage des RPS au travail pour les entreprises de plus de 10 salariés (cf. fiche 3 partie 3).

L'échelle d'évaluation analogique - EVA

Il est difficile d'évaluer l'intensité de la douleur d'une personne, *a fortiori* quand il s'agit d'une douleur morale.

Un outil pratique, recommandé par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) pour la douleur physique, permet de l'évaluer : l'échelle visuelle analogique (EVA)*.

D'une façon générale, cet outil sert à quantifier une dimension qualitative (stress, satisfaction, fatigue, charge de travail, …).

Il est utilisé par plusieurs questionnaires.

Plusieurs études ont confirmé la validité de l'E.V.A. comparativement à certains questionnaires, en particulier par exemple le GHQ 12 que nous présentions dans la version 2008 du Vade-mecum. Il nous semble à présent, avec le recul, que l'E.V.A. peut se substituer à ce questionnaire.

Recommandations avant utilisation

L'utilisation d'EVA, instrument d'auto-évaluation :

- doit être expliquée par le médecin, au cours de l'entretien. Elle lui est complémentaire et ne doit pas s'y substituer.
- le médecin doit s'assurer qu'il n'influence pas la cotation du patient
- les scores calculés à partir des échelles d'intensité ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi.
- les scores ne permettent pas d'effectuer des comparaisons interindividuelles

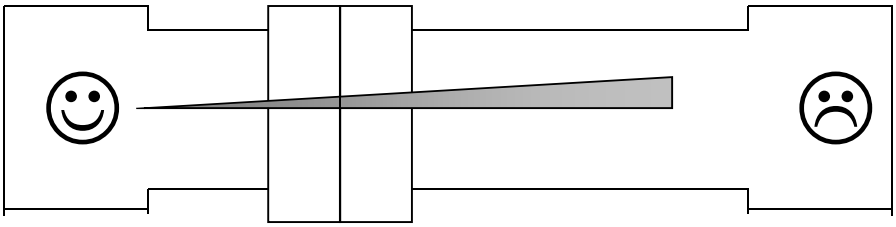
EVA - Echelle visuelle analogique : mode d'emploi

L'échelle visuelle analogique se présente sous la forme d'une réglette à 2 faces orientées de gauche à droite sur laquelle se déplace un curseur. Une face ou recto est destinée au patient.
Son envers ou verso est utilisé par le médecin pour mesurer l'intensité de la « douleur » (initialement) ou de le vécu de la situation pour ce qui nous concerne.

*Nous n'avons pas été en mesure, comme pour la première édition, de fournir une réglette avec ce vademecum. Mais on en trouve très facilement sur internet…

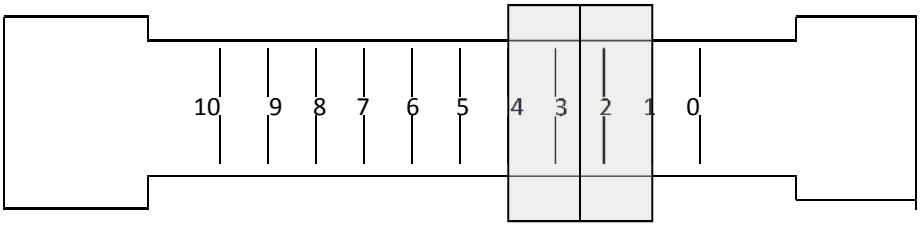
Face patient :

Son extrémité gauche est marquée par le symbole ☺. Elle est reliée par un trait à l'extrémité droite marquée ☹. On demande au patient de déplacer le curseur de la gauche vers la droite sur la ligne selon l'intensité de sa douleur ou de son mal-être.

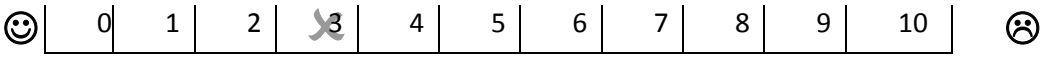


Face mesure :

On retourne alors la réglette sur son envers qui est gradué de 0 à 10 de droite vers la gauche.
On peut alors visualiser le score d'EVA localisé par le trait du curseur que le patient a positionné. Il est possible de réaliser périodiquement une même évaluation.



L'E.V.A. peut être remplacée par une échelle numérique de 0 à 10. On demande alors au salarié de « cocher » ou de marquer la « valeur » ressentie.



Nous y sommes un peu moins favorables, car si les échelles numériques sont incontestablement faciles à utiliser et à reproduire, en particulier sur des feuilles d'auto questionnaires, elles imposent aussi théoriquement une première interprétation cognitive plus ou moins inconsciente. Le sujet va avoir instinctivement tendance à déjà vouloir « chiffrer » en donnant du sens à sa réponse, ou en se conformant à une « idée ». L'E.V.A. est théoriquement purement intuitive et donne un résultat en principe moins susceptible d'être pondéré par la « raison » du sujet.

Nous recommandons l'usage de 2 cotations E.V.A.

1ère cotation : Répondre à la question :
« Comment évaluez-vous <u>globalement votre état de santé</u> ? »

2ème cotation : Répondre à la question :
« Dans l'ensemble comment <u>vous sentez-vous dans votre travail</u> ? »

La comparaison entre les deux résultats est éclairante et permet un certain degré de discrimination. Parmi toutes les combinaisons

possibles, distinguons cinq grandes situations prototypiques :

1) Les deux cotations sont « bonnes », cohérentes, a priori nous sommes dans une situation plutôt « satisfaisante ».

2) Les deux cotations sont « catastrophiques », le salarié va mal, il y a « urgence ».

3) Les deux cotations sont homogènes, « moyennes », a l'évidence la situation n'est pas satisfaisante, il faut « creuser » et pousser plus loin l'interrogatoire.

4) La « santé » est bonne, mais le salarié se sent mal au travail. La situation est préoccupante, même si le retentissement reste mineur. Il faut s'en préoccuper.

5) La « santé » est mauvaise, mais le salarié se « sent bien » au travail. Le travail est sa « bouée de sauvetage ». Il est important pour lui et il faut tout faire pour maintenir l'insertion sociale dans le travail.

Dans certains cas, le médecin peut considérer qu'il existe une réelle « mise en danger » :

- soit qu'il s'agisse d'une mise en danger « par le travail », par exemple un poste ou des conditions de travail délétères ;
- soit que ce soit l'état de santé qui est médiocre et pose problème, tant dans le travail que dans la vie privée. Dans ce dernier cas, il peut être alors nécessaire, médicalement, de favoriser le maintien au travail (voire la reprise) pour raison « thérapeutique », et de soutenir le salarié, mais également le collectif de travail qui souvent perçoit intuitivement le danger et s'en inquiète. Nous sommes alors dans le rôle social positif et thérapeutique du travail. Il n'est cependant pas toujours facile de ne pas céder à l'entourage professionnel qui s'inquiète : « Docteur, il va très mal, vous ne pouvez pas le laisser au travail comme cela ! ».

Dans ces cas, il est très souhaitable que la décision de maintien au travail soit clairement étayée et portée par écrit dans le dossier médical de santé au travail du salarié.

Le 4 x 4 du médecin du travail.

Cet outil permet une exploration rapide et simple, directement utilisable lors de l'entretien avec le salarié, afin de dépister d'éventuelles anomalies permettant la recherche d'une souffrance mentale au travail. Les questions et les thèmes retenus ne l'ont pas été au hasard. La conjonction de ces questions permet d'explorer les grands thèmes généralement reconnus comme ayant un lien avec la souffrance mentale au travail.
Le terme de « 4 x 4 » a été retenu pour son aspect mnémotechnique, avec évocation du « tout terrain » et du « passe partout ». C'est un outil « primaire », y compris au sens strict, et qui se revendique comme tel.

Il est très difficile de limiter le nombre de questions. La tentation est grande de proposer une question supplémentaire, par ci, par là, sur tel ou tel point. Le choix réalisé ici a été clair : la consigne formelle était de nous limiter aux quatre questions ou indicateurs ***de base*** *dans chaque catégorie. L'outil proposé DOIT rester bref et pratique ; il est à adapter aux besoins de chaque utilisateur.*

Bien entendu, en aucun cas, un indicateur n'a de sens par lui-même. Il doit être rattaché au contexte et doit être interprété. Chaque question ou item proposé, peut et doit être adapté à la situation, en fonction du salarié et de l'établissement. Par ailleurs, les réponses correspondent à un « vécu » et sont nécessairement le reflet d'une certaine subjectivité.

L'ensemble sera également pondéré par le « ressenti » du praticien, telle ou telle question pouvant être développée ou complétée, selon sa perception, son approche de l'entité de travail concernée : nous avons tous des consultations où en découvrant simplement le nom d'un service ou d'une entreprise, nous savons que nous sommes loin d'avoir fini notre journée… Sans avoir de point d'alerte franc pour tel ou tel salarié, le simple fait d'avoir l'attention attirée par le nom d'une entreprise sur notre liste de consultations, peut déjà être un signe.

Les documents dont nous nous sommes inspirés sont, entre autres :
- Les questionnaires de référence : KARASEK, SIEGRIST, WOCCQ
- Les recommandations de l'ANACT et de l'INRS
- Certains travaux publiés en psychologie et sociologie du travail.

Ce « 4 x 4 » est structuré autour de quatre grands thèmes, sur lesquels portent à chaque fois quatre questions ou observations à réaliser.

1. Quatre questions à poser sur le **VECU** du travail.
2. Quatre **SIGNES CLINIQUES** évocateurs.
3. Quatre « clignotants » au niveau de **L'ENTREPRISE**
4. Quatre questions liées à **L'ORGANISATION DU TRAVAIL**.

La neutralité et l'ouverture des questions sont des éléments fondamentaux pour éviter des réponses induites ou manquant de spontanéité : inhibition ou, au contraire, expression de difficultés qui n'auraient pas de réalité.

Quatre questions sur le vécu du travail

1. Etes-vous globalement satisfait de votre travail ?
2. Comment sont vos relations avec les autres dans l'entreprise ?
3. Avez-vous des retours (positifs ou négatifs) sur le résultat de votre travail ?
4. Vous sentez-vous (parfois) seul face à votre travail ?

Toutes les questions sont suffisamment ouvertes pour permettre d'engager le dialogue.

- La question 1 donne un aperçu global de la satisfaction. Parler de satisfaction n'a pas forcément le même sens que demander au salarié s'il est « content », et va plus loin que de demander si « tout va bien ? ». L'expression de l'insatisfaction est déjà un premier indice de frustration vis-à-vis d'un état de complète réalisation, de « parfait état de santé » (si l'on reprend la définition de la santé donnée par l'OMS), voire de souffrance morale, quelle qu'en soit la cause. La « satisfaction » peut renvoyer à la notion de « plaisir au travail » développée en psycho dynamique du travail.
- La question 2 explore la dimension du « collectif » et du « soutien » qui sont des éléments faisant partie des « fondamentaux » de l'analyse de la situation de travail. Nous sommes ici dans l'exploration du « soutien social » de KARASEK. C'est aussi un élément permettant d'évaluer le sentiment « d'appartenance ».
- La question 3 explore la dimension du soutien social, mais aussi la « reconnaissance », la prise en considération humaine, de la part de la hiérarchie, des autres salariés et éventuellement de la clientèle, sous un autre aspect que celui évoqué par la question 2. Elle amorce aussi l'étude de l'isolement éventuel que l'on retrouve dans la question 4.
- La question 4 est tournée vers la notion de solitude au travail du fait de l'absence, de la disparition ou du dysfonctionnement des collectifs de travail, certains auteurs insistant sur la question de la « pathologie de la solitude ». Elle peut évoquer l'absence de reconnaissance, voire d'appartenance. Elle permet d'ouvrir sur les problématiques relatives à l'insécurité et la peur au travail.

Les questions 1, 2 et 4 permettent d'utiliser une échelle visuelle analogique (EVA)en vue d'un suivi dans le temps (voir mode d'emploi dans les outils cliniques).

Quatre signes cliniques d'appel

1. La fatigue
2. Les troubles du sommeil
3. Les addictions ou augmentation des tendances addictives
4. Les somatisations

Il s'agit ici de chercher des signes précurseurs et non des troubles avérés. Ils ont été retenus car présents chez la quasi-totalité des salariés lorsque s'installe un tableau de souffrance mentale liée au travail.

La clinique permet d'en déceler d'autres, notamment dans la série des troubles de l'humeur, mais ils nous semblent moins constants et plus difficiles à mettre en évidence que les signes cardinaux retenus : ces troubles de l'humeur, parce qu'ils sont perçus par l'entourage du salarié, sont rapportés plus tardivement.

- Question 1 : la fatigue est souvent banalisée, voire disqualifiée. Dans cette phase précoce, le salarié ne s'exprime pas, il s'isole et se contente de « tenir », développant parfois même une hyper vigilance et une hyperactivité au travail.
- Questions 2 et 3 : il convient d'en observer le sens, par rapport au « bruit de fond », aux habitudes de vie de l'intéressé.
- Question 4 : nous incluons dans la « somatisation » les troubles musculo-squelettiques, dermatologiques, cardio-vasculaires, digestifs, respiratoires, neurologiques…; ces symptômes sont à comparer à la situation antérieure.

Il s'agit de « symptômes » apportés par le salarié sur son vécu de l'entreprise. Le médecin du travail aura à les synthétiser, à les recouper et à les vérifier pour acquérir une vision globale de la « santé » de l'entreprise.

Le départ massif d'« anciens de la maison », le ratio « intérimaires et CDD » versus « personnel permanent », le taux d'absentéisme, le nombre important d'AT-MP, les conflits sociaux et leur gestion, constituent autant d'indicateurs relatifs à l'entreprise, à mettre en perspective avec le vécu individuel de chaque salarié. Ce travail de synthèse est plus difficile en service interentreprises où le médecin du travail est moins informé de certains de ces indicateurs.

L'échelle visuelle analogique peut être utilisée dans ce cadre clinique. Quatre « clignotants » sur l'entreprise

1. Comment va l'entreprise ?
2. Comment est l'ambiance dans votre entreprise ?
3. Y-a-t-il beaucoup d'absences ?
4. Y-a-t-il beaucoup de départs ?

- La question 1 explore la perception qu'a le salarié de l' « état de santé » de son entreprise. La réponse est subjective, mais souvent représentative d'une réalité. Peu importe que la représentation de l'état de l'entreprise soit « juste » ou « fausse », l'important est sa perception par le salarié.
- La question 2 est très ouverte, elle délie souvent les langues… ou les gestes, en provoquant des attitudes particulières en communication « non verbale ». Il est donc fondamental de regarder le visage du salarié et ses réactions en la posant. Elle peut provoquer des crispations, des replis sur soi, des réactions de déni, des émotions avec, parfois, des manifestations nettes de tristesse, voire des pleurs… Les conflits interpersonnels, qu'ils soient spontanément mentionnés ou non, doivent interroger le travail et faire rechercher des dysfonctionnements organisationnels.
- Les questions 3 et 4 reprennent les questions de l'absentéisme répété et du turn-over, notions dont les liens avec la souffrance au travail ne sont plus à démontrer.

Quatre questions liées à l'organisation du travail

1. Vos horaires de travail vous conviennent-ils ?
2. Avez-vous le sentiment d'avoir le temps de bien faire votre travail ?
3. Vous donne-t-on les moyens de vous adapter aux exigences de votre travail ?
4. Etes-vous libre de vous organiser pour faire votre travail ?

Commentaires :

Ces données permettent de visualiser quatre grands éléments :

- L'appréciation de la qualité et de la structuration du temps de travail
- les notions de pression temporelle, d'obligation d'adaptation permanente et d'ajustement immédiat,
- la notion d'adaptation technique et d'apprentissage avec pour corollaire la question de la formation continue,
- la dimension compensatrice d'autonomie et de liberté organisationnelle ou de son contraire : l'absence de marges de manœuvre.

La notion d'avoir le sentiment de « bien faire son travail » renvoie également aux approches sur le « plaisir au travail » (C. DEJOURS) ou de « sens du travail » (Y. CLOT). Les questions 3 et 4 se rapportent davantage aux questions de latitude décisionnelle, de liberté organisationnelle et de « Job Strain » dans le modèle de KARASEK.

Il s'agit ici de préciser quel type d'organisation du travail existe pour en repérer les principaux facteurs de risques, étant entendu que, pour ne prendre que cet exemple, les questions posées permettent d'aborder le type de management, la structure hiérarchique, l'organigramme, ….

Les formes de décompensation : le burnout et le syndrome de stress post traumatique

Le type de décompensation dépend à la fois de la situation de travail (notamment des formes d'organisation du travail), mais aussi de l'organisation psychique de chaque salarié.
C'est la raison pour laquelle les médecins du travail rencontrent dans leur pratique quotidienne toutes les formes de décompensations névrotiques, comportementales (comme la violence) et psychosomatiques.
La difficulté pour le médecin du travail est de parvenir à distinguer ce qui relève du travail, de la personnalité ou de la sphère privée dans le mécanisme de la décompensation.

Dans cette quête de l'étiologie, il ne devra pas oublier que la distinction travail/hors travail n'est pas opérante pour la vie psychique.

Nous avons choisi de traiter le burnout et le syndrome de stress post traumatique, souvent invoqués dans notre activité quotidienne et relativement bien décrits à ce jour.

Le burnout

Le terme de « burnout » - littéralement « brulé complètement, consumé » - provient de l'aéronautique et correspond à l'état d'une fusée ayant consommé tout son carburant alors qu'il reste de l'oxygène. Le résultat en est la surchauffe et la combustion des moteurs eux-mêmes, alors que l'enveloppe externe et la trajectoire sont momentanément préservées.

Bien que ce terme soit aujourd'hui très utilisé - peut-être parfois trop -, le burnout n'est, à ce jour, pas défini comme une entité clinique à part entière dans les classifications internationales de référence en psychiatrie.

Selon une étude de 2014 du cabinet TECHNOLOGIA, 3 millions d'actifs présenteraient un risque élevé de burnout en FRANCE.

Définitions :

✓ Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé) : sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail

✓ Selon FREUDENBERGER : état causé par l'utilisation excessive [par le sujet] de son énergie, de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué.

Le burnout s'inscrit dans un contexte de déséquilibre entre les exigences objectives du travail et les ressources internes et externes dont dispose l'individu, générant un stress important et une lutte frénétique pour maintenir ses performances et ses objectifs idéalisés. Le sujet en sort finalement épuisé et vaincu.

Il s'identifie dans sa forme complète par l'existence d'un **trépied** caractéristique :

1. **Epuisement émotionnel** : sentiment d'être «vidé » émotionnellement, difficulté à ressentir ou à exprimer une émotion, à montrer sa sensibilité, ses affects ;
2. **Dépersonnalisation d'autrui** : résultat d'une stratégie de prise de distance aboutissant à des postures détachées,

froides, négatives, voire cyniques envers les personnes (ou missions) dont on est responsable ;

3. **Réduction de l'accomplissement personnel** : en dépit d'un investissement important et parfois d'une augmentation de son temps de travail, le professionnel voit s'amenuiser sa satisfaction et n'atteint pas les objectifs qu'il s'était fixés, ce qui le conduit à un sentiment d'inutilité, d'incompétence, de culpabilité et à la perte de confiance en soi.

Facteurs de risques :

✓ Professions

A l'origine, il s'agissait de celles comportant un contact avec les usagers, en particulier les professions aidantes et soignantes. Actuellement, sont concernées toutes les activités imposant un fort investissement personnel,

- soit du fait des relations qu'elles impliquent (patients, clients, usagers),
- soit du fait d'exigences organisationnelles comprenant de fortes attentes (ex : management par objectif).

✓ Anomalies dans l'organisation du travail

- intensification et surcharge
- absence de reconnaissance : inadéquation entre les efforts que le salarié estime avoir produits et le retour qu'il en perçoit de la part de son organisation, de son employeur ou de sa clientèle
- qualité empêchée
- demandes contradictoires
- manque de clarté dans les définitions des postes, les objectifs, les moyens
- absence de soutien social
- au final, tout ce qui dans l'organisation du travail est générateur de stress.

✓ Prédispositions individuelles

Certaines personnalités surinvesties, combatives, compétitrices, perfectionnistes, qui veulent tout contrôler et se vivent comme indispensables, pourraient être plus vulnérables.

Diagnostic :

✓ Symptômes

Le syndrome de burnout nécessite du temps pour se développer et ne peut apparaitre en quelques semaines.

Très souvent, le sujet n'est pas conscient de ce qui lui arrive : son comportement professionnel change, ses résultats baissent, ses rapports aux autres se dégradent et il ne s'en rend pas compte.

Il n'existe pas de symptôme spécifique, mais différents types de manifestations :

- sur le plan **émotionnel** : sentiment de vide, d'impuissance, baisse de l'estime de soi, irritabilité, pessimisme, agressivité, anxiété, perte d'empathie, insatisfaction professionnelle ;
- sur le plan **cognitif** : difficultés de concentration, impossibilité de prendre des décisions, altération de la qualité du travail ;
- sur le plan **physique** : symptômes multiples et variés allant de la fatigue importante aux troubles du sommeil en passant par toutes les maladies psychosomatiques, les troubles alimentaires, voire les addictions ;
- Sur le plan **comportemental** : attitude de fuite, désinvestissement ou surinvestissement, désintérêt, froideur, cynisme, détachement, posture de retrait, apathie, présentéisme avec allongement important de la journée de travail sans efficacité.

Au début de l'évolution, ces troubles sont soulagés par le repos ou les congés mais de manière transitoire ; dans les phases avancées de démobilisation et d'épuisement, les risques d'erreurs et négligences augmentent de façon significative.

Évolution :

du plaisir à l'épuisement professionnel, quatre phases caractéristiques :

✓ Phase 1 : **le plaisir au travail**

o Implication forte, acceptation des aspects négatifs du travail, sentiment d'être récompensé pour ses efforts

o « J'ai trouvé ma vocation »

✓ Phase 2 : **le sur-engagement**

o La sphère de travail envahit progressivement tout le champ intérieur du

salarié qui accorde de moins en moins d'importance à ses besoins personnels (sport, loisirs, amis) et augmente son temps de travail exagérément.

o « je ne peux pas décrocher, je n'ai plus le temps de faire autre chose »

✓ Phase 3 : **l'acharnement frénétique**

o Le plaisir au travail disparait devant l'accumulation des contraintes. L'anxiété grandit, l'estime de soi diminue, ainsi que l'empathie. Les critiques et agressions verbales apparaissent. Le caractère compulsif du sur-engagement est évident, y compris dans la sphère privée.

o « je ne pense plus qu'à ça »

✓ Phase 4 : **l'effondrement**

o Il succède au décrochage, semblable à celui d'un avion lors d'un trou d'air : le salarié « craque ». Cet effondrement affecte les dimensions physique et mentale et peut conduire à la dépression profonde, voire au suicide.

o « je coule, je me noie »

Conduite à tenir :

✓ adopter une attitude d'**écoute active, bienveillante** et aider l'intéressé à prendre conscience de la situation et des mécanismes en jeu ;

✓ dépister les premiers signes et évaluer la phase du burnout éventuel, en s'appuyant par exemple sur tout ou partie du test de MASLACH (cf. annexe) ;

✓ ne pas négliger d'éventuels risques suicidaires ;

✓ persuader le sujet, selon la clinique, de l'intérêt d'un retrait temporaire du milieu de travail en accord avec le médecin traitant ou le spécialiste ;

✓ utiliser l'appui que constituent les consultations de pathologie professionnelle si besoin ;

✓ à la reprise, envisager un aménagement organisationnel du poste, une mutation, une formation, voire une inaptitude ;

✓ inciter à préserver ou restaurer la sphère privée ;

✓ intervenir au niveau de l'entreprise :

- rencontrer l'employeur,
- rédiger les courriers d'alerte individuelle et / ou collective,
- proposer une étude centrée sur l'organisation du travail de l'entreprise ou du service concerné, en mobilisant l'équipe de santé au travail (IPRP, ergonome, psychologue…) ou des organismes conseils spécialisés...

✓ Organiser le suivi médical attentif des collègues du patient.

Prévention :

✓ informer les employeurs et les salariés des facteurs de risques, des symptômes et des dangers du burnout, tant pour les individus que pour les entreprises (fiche d'entreprise, CHSCT…) ;

✓ rappeler à l'employeur que les risques psychosociaux doivent être pris en compte et évalués dans le DUER (document unique d'évaluation des risques) ;

✓ recommander et participer à la mise en place des plans de prévention pour les risques psychosociaux dans les entreprises et par branches professionnelles.

Le syndrome de stress post traumatique

Le syndrome de stress post-traumatique ou la névrose traumatique (terme ancien) est un trouble anxieux répertorié dans les références du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), qui apparaît en réaction à un évènement traumatique perçu comme grave au cours duquel le patient a subi ou a été témoin d'une atteinte ou d'une menace à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui, dans un contexte de peur intense et d'impuissance à agir. Le sujet, pris par surprise, n'a pas pu mobiliser de moyens de défense adaptés.

Souvent décrits chez les soldats revenant de guerre, ces troubles peuvent aussi apparaître après des accidents, des agressions, des viols ou des catastrophes naturelles. Dans le domaine professionnel, il peut s'agir de hold-up, d'agressions physiques ou verbales, d'accidents de travail graves ou mortels, les

troubles pouvant apparaitre aussi bien chez les témoins que chez les victimes.

Le tableau apparait le plus souvent dans les mois qui suivent le traumatisme après une petite période de latence mais parfois aussi tardivement, après quelques années, à la faveur d'un incident réactivant le traumatisme initial.

Diagnostic :

Il se fait sur la concomitance des symptômes suivants :

✓ *La reviviscence :*

Le sujet revit sans cesse l'évènement traumatique qui s'impose à lui sous forme de :

- souvenirs envahissants et récurrents accompagnés d'images et de perceptions sensorielles
- rêves et cauchemars répétitifs
- épisodes de flash-back

✓ *L'évitement et l'émoussement :*

Le patient tend à éviter tout ce qui pourrait l'amener à repenser au traumatisme et à en déclencher le souvenir (personnes, odeurs, objets, lieux, pensées, sentiments, évocations de l'évènement, etc.) quitte à se détourner de centres d'intérêts autrefois très importants pour lui, à se replier sur lui-même, à émousser ses émotions, voire même à provoquer l'amnésie totale ou partielle de l'évènement traumatisant.

✓ *L'hyperréactivité*

Elle traduit une hyperstimulation du système neurovégétatif :

- Hypervigilance
- sursauts
- irritabilité
- troubles du sommeil
- difficultés de concentration

Conduite à tenir :

En cas d'évènement traumatique sur le lieu de travail :

✓ inciter fortement à déclarer le traumatisme psychologique en accident de travail: il s'agit d'une démarche conservatoire qui vise à préserver les droits du salarié à la réparation ultérieure des éventuelles conséquences pathologiques liées à l'évènement ;

✓ favoriser la prise en charge psychologique rapide des patients et des témoins ;

✓ revoir dans les mois qui suivent les salariés exposés, en insistant notamment sur les symptômes de reviviscence et d'évitement ;

✓ orienter vers le médecin traitant et/ou le psychologue ou psychiatre dès que des troubles apparaissent ;

✓ préconiser un changement de poste ou le retrait temporaire du milieu de travail (arrêt de travail) en cas de besoin.

Accompagner la souffrance aigue en milieu de travail
La prise en charge individuelle et collective par l'Equipe de santé au travail.

I- CONDUITE A TENIR FACE A UN SALARIE SUICIDAIRE OU EN GRANDE DÉTRESSE

1°) Procédure en cas d'appel téléphonique reçu par l'assistant de service de santé au travail
Une formation du personnel est indispensable pour la maîtriser.

a) durant l'appel, la prise en charge :
Une conduite à tenir de prise en charge doit être formalisée au niveau du SST afin de permettre aux assistants médicaux de répondre professionnellement aux situations rencontrées. Chaque service de santé au travail se l'appropriera en fonction de ses besoins et de son organisation.
Ce type d'appel est une priorité absolue et doit faire cesser toute autre tâche.
→ VOIR le LOGIGRAMME EN ANNEXE A

b) après l'appel, la fiche de liaison :
Une fiche de liaison doit être remplie - pendant l'entretien téléphonique ou, le plus souvent, immédiatement après - comme support de transmission des informations recueillies pour servir à l'orientation.
Il convient de la conserver dans le dossier médical au titre des « notes personnelles ».
→ VOIR MODELE DE FICHE DE LIAISON EN ANNEXE B

2°) prise en charge médicale
Toute situation de grande détresse ou de risque suicidaire doit être évaluée sans délai par un médecin du travail lorsque c'est possible.
a) EVALUER, reconnaître et apprécier la dangerosité
- Reconnaître la crise :
  - Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.

Cet état est réversible et temporaire. L'identifier doit permettre, après une prise en charge adaptée, la prévention du passage à l'acte.
- Elle nécessite une écoute active, bienveillante, empathique *ainsi que souvent l'aide de l'entourage (médecin traitant,…)*

- Diagnostic :

o En dehors d'un syndrome dépressif franc, ou d'une pathologie psychiatrique connue, il faut rechercher :

	OUI	NON
Le contexte suicidaire :		
La présence d'idées suicidaires		
L'intention, communiquée au praticien ou à des tiers		
Le sentiment de désespoir		
Des conduites de préparation de l'acte		
Des signes de vulnérabilité psychique :		
Des troubles de l'image de soi		
Des signes d'impulsivité, d'agressivité		
Une instabilité comportementale		
Une tendance à l'anxiété, des attaques de panique		
Des changements de comportements récents :		
Une modification de la vie relationnelle		
Des conduites à risques		
Des facteurs individuels :		
Antécédents de tentatives de suicide (TS)		
Pathologie mentale		
Addictions, dépendances		
Des facteurs familiaux :		
Antécédents suicidaires		
Conflits		
Des facteurs psychosociaux :		
Difficultés professionnelles		
Isolement (social, affectif, professionnel)		

o Dangerosité et urgence seront évalués au travers du ou des :

	inexistant	modéré	fort
Niveau de souffrance :			
Désespoir			
Repli sur soi			
Apathie			
Dévalorisation			
Culpabilité			
Degré d'intentionnalité			
Idées envahissantes, plans, scénario…			
Eléments d'impulsivité :			
Instabilité comportementale			
Agitation motrice			
Antécédents de passage à l'acte			
Eléments précipitants existants : (Conflits, échec…)			
Moyens létaux à disposition			
Qualité du soutien de l'entourage proche			

Le médecin, à partir de la fiche de liaison et des éléments collectés en référence à ces tableaux, établit son diagnostic de niveau d'urgence en vue de la prise en charge qu'il va mettre en œuvre et conclut à une urgence faible/ urgence moyenne/ urgence élevée

Les éléments collectés, issus de la conférence de consensus sur la crise suicidaire, sont à conserver dans le dossier médical de santé au travail au titre de la traçabilité.

b) Rechercher un LIEN avec le TRAVAIL

Le médecin du travail recherche s'il existe un lien avec le travail :

*Conflit individuel préexistant

*Evénement professionnel vécu comme stressant ?

- conflits
- changement de poste, changement majeur d'organisation
- entretien individuel professionnel ou d'évaluation
- dégradation des conditions/relations de travail et/ou de la qualité de vie au travail

Une fois le diagnostic de crise suicidaire posé par le médecin du travail, celui-ci adressera le ou la salarié(e) à un thérapeute. Dans un deuxième temps, il s'attachera à passer de l'individuel au collectif en vue de la prévention globale.

En cas d'appel d'une personne en détresse, que devient le secret médical ?

Comment s'articulent ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER et SECRET PROFESSIONNEL des médecins ?

L'article 223-6 du CODE PENAL semble sans ambiguïté **:**

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq années d'emprisonnement et de 75.000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Ce texte s'applique à tous sans distinction, médecins compris.

Si, par conséquent,

- des « symptômes révélateurs d'un état mental dangereux » - tels que la menace de suicide - doivent déclencher la mise en œuvre d'une assistance par le médecin du travail ;
- les conséquences de l'inaction pourraient être gravement plus préjudiciables pour un individu et pour la santé publique que celles liées au respect strict d'une règle déontologique ;
- **et dans la mesure où le risque de mise en cause personnelle au titre de la non-assistance à personne en danger prend évidemment le pas sur celui de mise en cause pour violation du secret médical ;**

il n'en demeure pas moins que le médecin du travail doit s'en tenir à une information des tiers «*nécessaire, pertinente et non excessive*» conforme aux règles du secret partagé.

Ainsi, prudence et discrétion sont de rigueur auprès de l'employeur comme des collègues de travail quant à l'épisode qui a provoqué l'alerte et l'assistance, quelle qu'en soit l'issue.

En tout état de cause, fondamentalement, l'obligation du secret demeure.

II- CONDUITE A TENIR FACE A UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE GRAVE EN ENTREPRISE

On évoque ici

- un **évènement grave** : la « confrontation brève ou prolongée à une situation stressante, exceptionnellement menaçante ou catastrophique qui provoquerait des sentiments évidents de détresse chez la plupart des individus. » (OMS) et
- **le traumatisme** : la conséquence globale de l'évènement sur le sujet (atteinte de son fonctionnement somatique et / ou psychique).

Tout évènement grave n'est pas traumatique de la même manière, chez tous les sujets. Seule une évaluation médicale peut apprécier le retentissement de l'évènement sur l'individu.
Le médecin du travail *en tant que conseiller des salariés et de l'employeur* doit les informer de la possibilité et de l'intérêt de bénéficier d'un suivi psychologique et / ou médical dans les suites de l'évènement.

1) Prise en charge du salarié

Le salarié victime ou témoin direct d'un évènement traumatique au travail : agression, menaces de mort, hold-up, violences, accident du travail grave, décès subit … doit pouvoir bénéficier à sa demande d'un entretien médical par le médecin du travail, dans les 72 heures suivantes, sur son temps de travail. Cette consultation permettra l'évaluation du traumatisme, son retentissement et l'orientation thérapeutique éventuelle.

2) prise en charge collective au sein de l'entreprise

Le médecin du travail, face à un évènement traumatique survenu au sein d'une entreprise dont il assure le suivi, doit se donner les moyens d'être réactif.

➢ EN TANT QUE CONSEILLER DE L'EMPLOYEUR, il est important pour le médecin du travail de :

❖ prendre toutes dispositions (par exemple lors de l'adhésion, ou de l'établissement / mise à jour de la fiche d'entreprise) afin d'être prévenu d'un évènement grave ;
❖ pouvoir joindre l'employeur (responsable du site) dès que l'information lui est parvenue afin de connaitre sa version de l'évènement et
❖ lui proposer l'assistance du SST et de son équipe pour la gestion de la crise ;
❖ mettre à sa disposition le guide « accompagner un évènement traumatique en milieu de travail » (voir bibliographie)

❖ En dehors du contexte d'urgence, amorcer et suivre une démarche de prévention primaire afin d'éviter toute récidive (évaluation des risques, plan d'action…).

➢ EN TANT QUE CONSEILLER DES SALARIES, il est important pour le médecin du travail de se déclarer disponible et de faire preuve de réactivité pour :

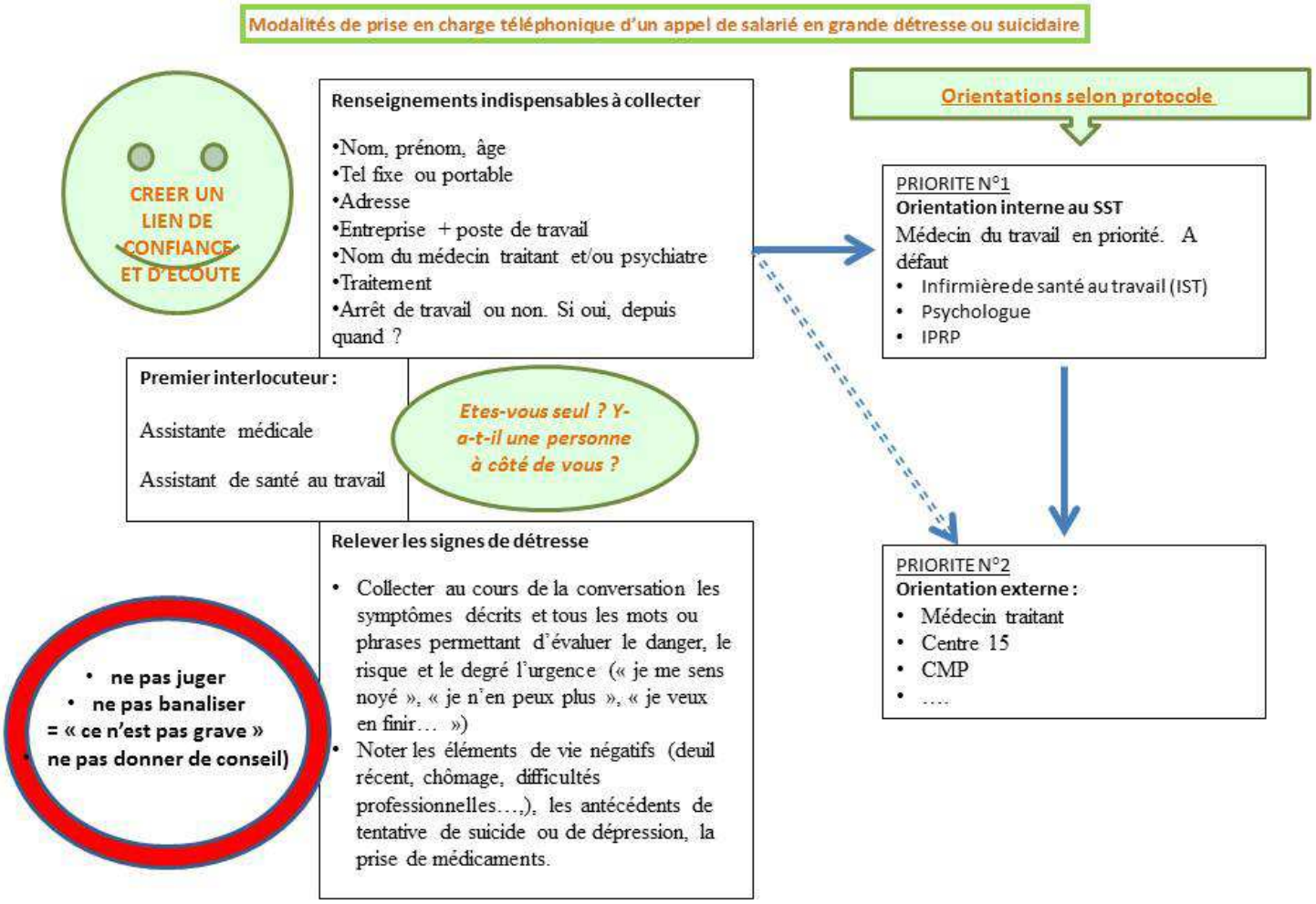
❖ participer à toutes réunions collectives éventuelles au sein de l'entreprise (CHSCT extraordinaire, cellule de crise) ;
❖ réaliser des entretiens individuels à la demande des salariés, pouvant avoir lieu sur le temps de travail ;
❖ relayer l'intervention éventuelle d'un psychologue spécialisé ou d'un victimologue pour le suivi individuel, et établir un lien professionnel étroit avec lui dans le respect de la déontologie de chacun) ;
❖ sensibiliser à la déclaration en AT des éventuelles pathologies survenues.

Pour aller plus loin

Mini bibliographie :

Recommandations de la Conférence de consensus : « La crise suicidaire, reconnaitre et prendre en charge ». 19 et 20 octobre 2000. HAUTE AUTORITE DE SANTE.
Guide « Accompagner un évènement traumatique en milieu de travail ». Coordination territoriale « Prévention du suicide et promotion de la santé mentale ». CHARENTE MARITIME. Février 2012

Annexe A


Modalités de prise en charge téléphonique d'un appel de salarié en grande détresse ou suicidaire
CREER UN LIEN DE CONFIANCE ET D'ECOUTE
Renseignements indispensables à collecter
•Nom, prénom, âge
•Tel fixe ou portable
•Adresse
•Entreprise + poste de travail
•Nom du médecin traitant et/ou psychiatre
•Traitement
•Arrêt de travail ou non. Si oui, depuis quand ?
Orientations selon protocole
PRIORITE N°1
Orientation interne au SST
Médecin du travail en priorité. A défaut
• Infirmière de santé au travail (IST)
• Psychologue
• IPRP
Premier interlocuteur :
Assistante médicale
Assistant de santé au travail
Etes-vous seul ? Y-a-t-il une personne à côté de vous ?
Relever les signes de détresse
• Collecter au cours de la conversation les symptômes décrits et tous les mots ou phrases permettant d'évaluer le danger, le risque et le degré l'urgence (« je me sens noyé », « je n'en peux plus », « je veux en finir… »)
• Noter les éléments de vie négatifs (deuil récent, chômage, difficultés professionnelles…,), les antécédents de tentative de suicide ou de dépression, la prise de médicaments.
PRIORITE N°2
Orientation externe :
• Médecin traitant
• Centre 15
• CMP
• ….
• ne pas juger
• ne pas banaliser
= « ce n'est pas grave »
• ne pas donner de conseil)

Annexe B

Fiche de liaison

✓ Nom :

✓ Prénom :

✓ Tél. : Portable :

✓ Age

✓ Arrêt de travail : ❑ Oui ❑ non

Motif de l'appel :

Expressions utilisées par le patient :

Conclusions / suites données / orientation :

Partie 3 : Outils d'évaluation et d'alerte

Fiche 1	Quels indicateurs pour le médecin du travail et son équipe ?
Fiche 2	Les écrits individuels et collectifs du médecin du travail
Fiche 2-1	Le dossier médical en santé au travail et sa transmission dans le cadre des RPS
Fiche 2-2	RPS et fiche d'entreprise
Fiche 2-3	Les courriers d'alerte
Fiche 2-4	Les certificats ▪ Signalement de maladie à caractère professionnel (MCP) ▪ Maladie professionnelle (MP) ▪ Accident du travail (AT)
Fiche 2-5	RPS et fiche d'aptitude
Fiche 3	ODP-RPS : un nouvel outil de dépistage des RPS au travail pour les entreprises de plus de 10 salariés.

Quels indicateurs pour le médecin du travail et son équipe ?

« Les indicateurs sont des outils d'évaluation et d'aide à la décision grâce auxquels on va pouvoir mesurer une situation ou une tendance, de façon relativement objective à un instant donné » *(merci WIKIPEDIA)*.

Nous nous intéresserons d'abord aux

- indicateurs dont peuvent disposer le médecin du travail et son équipe pour sensibiliser et alerter un employeur sur des risques psychosociaux, puis aux
- indicateurs qu'ils peuvent rechercher avec les partenaires sociaux pour les accompagner dans l'évaluation et la prévention.

Il faudra pour cela mettre en relation des indicateurs quantitatifs qui évaluent le vécu au travail et l'état de santé des salariés, avec des indicateurs qualitatifs qui apprécient les situations et les facteurs délétères.

1. Des indicateurs pour alerter

Pour alerter, le médecin du travail va s'appuyer essentiellement sur des indicateurs quantitatifs. Mais il peut d'ores et déjà, à ce stade, poser des hypothèses sur les facteurs en cause en croisant les informations qu'il aura recueillies au cours de ses entretiens avec les salariés et les observations recueillies au cours de l'activité en milieu de travail (AMT).

1 .1 Le premier niveau : « les indicateurs intuitifs »

Le premier niveau concerne le recueil des indicateurs dont l'équipe dispose sans avoir à procéder à une étude ou à une recherche particulière. On les appellera des indicateurs «intuitifs» car ils reflètent le ressenti du médecin ou de l'infirmière lors des entretiens médico-professionnels et des visites d'entreprises. Il s'agit de :

- l'expression des salariés sur leur vécu au travail, notamment les plaintes, dont on peut déjà noter dans le dossier médical les « verbatim », mais aussi l'évocation de dysfonctionnements, du type de management … ;

- l'état de santé des salariés avec les signes d'alerte. Parmi ceux-ci, la fatigue, les troubles du sommeil, les somatisations, la prise de substances addictives du fait du travail font partie de tout interrogatoire en santé au travail. La prise de substances psychotropes vient confirmer l'atteinte psychique ;

- la perception des conditions de travail par l'équipe de santé au travail lors des visites d'entreprise, des études de poste et des réunions, la prise de connaissance des documents produits par l'entreprise (bilans annuels,

CHSCT, CE…) ; l'équipe pourra alors noter l'existence de facteurs de risques organisationnels comme le travail en horaire atypique, le travail répétitif sous contrainte de temps, ou l'existence de métiers « à risques » tels que ceux de l'aide ou du soin, les métiers en relation avec le public ou une clientèle …

A ce stade des éléments doivent d'ores et déjà être quantifiés :

- nombre de salariés émettant des plaintes spontanées,
- nombre de salariés consommant des psychotropes, des substances addictives…

Ils peuvent être complétés par des indicateurs directement issus de l'activité du médecin :

- nombre d'examens d'embauche dans l'établissement, qui reflète le turnover en le replaçant bien entendu dans le contexte général de l'entreprise,
- nombres d'examens de reprise et de pré reprise qui reflètent partiellement l'absentéisme,
- nombre d'inaptitudes ou de restrictions d'aptitude qui traduit l'inadéquation entre l'état de santé des salariés et les contraintes de travail,
- nombre d'examens à la demande de salariés (consultations) venus se confier au médecin; la durée de ces entretiens peut également être utilisée comme indicateur.

1.2 Le deuxième niveau : les indicateurs recueillis spécifiquement

Généralistes, et pouvant être mis en place sans la collaboration de l'employeur et des instances représentatives du personnel (IRP) - qui peuvent néanmoins être informés selon le contexte -, ces indicateurs concernent l'ensemble des salariés de l'entreprise ou de l'établissement. On peut utiliser :

- deux échelles EVA (voir fiches spécifiques), l'une explorant le vécu au travail, l'autre la santé du salarié ;
  - en ce qui concerne la première échelle, la question posée est : *« Dans l'ensemble, comment vous sentez-vous dans votre travail ? »*
  - en ce qui concerne la deuxième échelle, la question posée est : *« Comment évaluez-vous globalement votre état de santé ? »*

- d'autres indicateurs sont utilisables tels que le questionnaire EVREST, un questionnaire de type «stress» vécu, le 4 X 4 du médecin du travail, etc. (voir fiche 4 partie 2)

L'enregistrement des résultats est possible dans la plupart des logiciels de santé au travail et il permet un suivi transversal et longitudinal des RPS (avec une bonne qualité d'évaluation et de reproductibilité).

- Le repérage des situations à risques ou des facteurs de RPS est aussi possible à ce stade :
  - repérage du travail stressé au sens de KARASEK par quelques questions adaptées (cf. fiche sur les questionnaires)
  - recueil des « verbatim » des salariés que l'on classera en fonction du modèle d'évaluation des facteurs de risques retenu : KARASEK, SIEGRIEST, Collège d'expertise, ARACT ….

- On pourra aussi comparer l'état de santé de populations de salariés confrontés à des situations de travail données si l'on dispose d'un nombre global suffisant de salariés : par atelier, métier, qualification…

2. Des indicateurs, détenus par l'employeur, pour accompagner les partenaires sociaux dans la démarche d'évaluation et de prévention.

A ce niveau d'intervention, l'employeur (ainsi que les représentants du personnel) souhaite évaluer les RPS dans le cadre de son obligation légale d'évaluation des

risques et prend conseil auprès du service de santé au travail. Parfois, la situation est dégradée, les salariés se plaignent de « stress », voire d'une dégradation de leur état de santé ; l'alerte a été donnée par les salariés eux-mêmes, les IRP et / ou le médecin, et l'employeur souhaite aller plus loin dans l'évaluation pour conduire une démarche de prévention.

En plus des indicateurs que peut utiliser le médecin du travail pour alerter, l'employeur, lui, dispose d'autres indicateurs. Les guides de l'INRS ED 6012 « Dépister les risques psychosociaux - Des indicateurs pour vous guider » et ED 6013 «Management de la santé et de la sécurité au travail – construire vos indicateurs pour atteindre vos objectifs» offrent un catalogue exhaustif.
On y retrouve des indicateurs liés au fonctionnement de l'entreprise et des indicateurs en santé – sécurité.

Deux situations sont alors possibles :

- **Le niveau de dialogue social permet un consensus autour du choix, du recueil et de l'exploitation des indicateurs décrits précédemment;**
- **Le niveau de dialogue social ne permet pas de consensus**.

a) **le niveau de dialogue social permet un consensus autour du choix, du recueil et de l'exploitation des indicateurs décrits précédemment**

Le chef d'entreprise pourra mettre en place, en concertation avec les IRP (ou le CHSCT quand il existe), un « tableau de bord » de suivi des indicateurs décrit précédemment.

Les partenaires sociaux devront se référer à l'ED 6011 de l'INRS *« Stress au travail - les étapes d'une démarche de prévention »* qui définit la **démarche participative** avec un comité de pilotage auquel participe le médecin du travail ou un membre de son équipe.

A ce stade, on s'attachera surtout à recueillir les indicateurs qualitatifs qu'il faudra parfois quantifier.

Les indicateurs qualitatifs sont indispensables pour comprendre les situations de travail, leurs interactions avec les salariés et leur santé (notamment les stratégies qu'ils mettent en place pour parvenir à réaliser les objectifs tout en préservant le sens du travail et leur santé). Ils doivent permettre un diagnostic précis des facteurs de risques psychosociaux et de leurs déterminants, et la mise en place de mesures correctrices.

Le médecin du travail reçoit les salariés en entretien, il a accès aux situations de travail, il rencontre l'employeur et participe au CHSCT. Cette double expertise (cf. la clinique médicale du travail) lui permet de poser des hypothèses sur les facteurs de RPS en cause et orienter ainsi le choix des indicateurs à rechercher pour étayer le diagnostic.

Ces indicateurs qualitatifs seront recueillis au cours des entretiens avec l'employeur, les salariés et leurs représentants, l'étude des situations de travail et, notamment, l'étude des situations « problèmes ».

Ces indicateurs qualitatifs choisis en fonction des hypothèses et des objectifs poursuivis peuvent être quantifiés par des questionnaires comportant des questions fermées sur les facteurs de RPS en référence aux modèles existants (KARASEK, SIEGRIST, Collège d'expertise) ou des questions ouvertes (cf. la fiche sur les questionnaires).

Cette étape de quantification des indicateurs qualitatifs peut ne pas être utile si un diagnostic partagé sur les facteurs de RPS s'est imposé lors de l'étude des situations de travail. Mais si les partenaires ne parviennent pas à trouver **un consensus pour l'action,** et si la taille de

l'entreprise (au moins 10 salariés partageant les mêmes situations de travail) le permet, le chiffrage des indicateurs qualitatifs peut permettre de « promouvoir sur le terrain des espaces de discussion et faire valider par les acteurs concernés ses propres résultats » (Serge VOLKOFF).

Trois outils intégrant ces indicateurs dans une démarche participative peuvent être conseillés aux entreprises :
-pour les entreprises de plus de 50 salariés, l'ED 6140 de l'INRS « Evaluer les risques psychosociaux. L'outil RPS-DU » propose une grille d'évaluation des facteurs de RPS élaborée à partir des travaux du collège d'expertise sur les indicateurs de facteurs de RPS (2011).

-pour les entreprises de moins de 50 salariés, le site www.travailler-mieux.gouv propose l'outil « faire le point ».

-selon le contexte de l'entreprise, l'équipe de santé au travail peut proposer la démarche construite ODP-RPS décrite dans ce vadémécum qui permet de croiser des indicateurs de santé, de stress et de facteurs de RPS recueillis avec des questions ouvertes sur les situations de travail (cf. fiche 3 partie 3).

b) le niveau de dialogue social ne permet pas un consensus autour du choix, du recueil et de l'exploitation des indicateurs

L'objectif visé pour l'équipe de santé au travail est à la fois de conseiller l'entreprise sur la mise en place et l'analyse des indicateurs, mais aussi de saisir cette opportunité de demande de conseils pour favoriser le dialogue au sein de l'entreprise autour du travail (travail réel) et de sortir ainsi des conflits interpersonnels.

Le service de santé devra élaborer avec ses partenaires institutionnels (CARSAT, ARACT, Inspection du Travail…) une stratégie de communication et d'information, voire de formation afin d'amener *l'employeur et ses salariés, en particulier leurs représentant, à partager des représentations communes.*
L'équipe de santé au travail pourra alors jouer pleinement son rôle de conseiller, en informant sur la démarche participative, sur les modèles théoriques des risques psychosociaux existants, et sur l'intérêt de ceux qui privilégient l'analyse des situations de travail.

Le plus souvent, dans ces situations de conflit, il sera nécessaire d'aider les partenaires sociaux à élaborer le cahier des charges pour un intervenant extérieur.

La faiblesse ou l'absence de dialogue social peut être connue ou apparaitre d'emblée, mais elle peut se révéler au cours de la démarche, notamment lors de l'analyse des situations de travail, quand les enjeux de cette mise en débat peuvent mettre en danger les salariés, les directions et même l'avenir de l'entreprise. C'est le cas aussi quand les véritables décideurs ne participent pas à la démarche (cas d'entreprises filiales, d'associations « loi de 1901 » …).

L'analyse régulière d'un **tableau de bord » de suivi des indicateurs retenus** par l'équipe de santé au travail doit lui permettre alors d'assurer sa mission de préventeur en dépassant un certain sentiment d'impuissance. L'équipe pourra aussi s'appuyer sur les indicateurs des relations sociales et notamment l'aspect qualitatif (ex : vécu des entretiens individuels ; vécu des réunions d'information ascendantes et descendantes ; vécu de la procédure d'accueil par un nouvel embauché lorsqu'elle existe……). Grace à cette analyse, le médecin pourra repérer toutes les opportunités pour favoriser le dialogue.

Conclusion

Passée la période d'alerte par le médecin du travail où il choisit ses propres indicateurs, la mise en place des indicateurs pour l'évaluation et la

prévention des RPS nécessite un consensus des partenaires sociaux dans l'entreprise.
Le médecin du travail devra évaluer la volonté de l'entreprise de s'investir dans la démarche. Celle-ci doit être participative et l'accord des partenaires doit être obtenu à toutes les étapes sous peine d'échec. Le SST peut accompagner la démarche si les IPRP et les médecins sont formés pour cela.

En pratique…

Le degré de satisfaction et le niveau de stress rapportés par le salarié lors de l'entretien sont des indicateurs pertinents dans le cadre des RPS, tant au niveau individuel que *collectif (à condition, dans ce dernier cas, d'avoir la possibilité de rencontrer un nombre suffisant de salariés de la même entreprise sur un temps assez court pour avoir une vue instantanée des RPS dans cette entreprise, tout en se méfiant de l'effet "travailleur sain" qui ferait que les salariés les plus impactés seraient en arrêt au moment des entretiens).* Sur le plan individuel, l'évolution de ces deux critères (satisfaction et stress) entre deux entretiens représente un élément majeur du suivi médico-professionnel (clinique médicale du travail).

Le suivi des traitements à visée psychiatrique prescrits au salarié (antidépresseurs, anxiolytiques, normothymisants, neuroleptiques, hypnotiques, ainsi que les prises en charge psychothérapiques, de soutien ou analytiques) peut être mis en relation avec les indicateurs de satisfaction et de stress. Il en est de même des troubles du sommeil, des addictions, ….

Toutefois, pour que ces indicateurs soient utilisables en pratique, il faut qu'ils soient dénombrables et reproductibles en limitant autant que faire se peut l'effet "opérateur".

Une méthodologie créée dans ce but, expérimentée puis utilisée depuis une dizaine d'années en pratique quotidienne par un médecin de BOURGOGNE peut permettre de renforcer une alerte RPS en entreprise et de débloquer des situations en convainquant l'employeur de l'impartialité du recueil et de l'interprétation de ces indicateurs.

En amont, le suivi collectif de ces indicateurs par le médecin du travail ou l'infirmière en santé travail peut mettre en évidence des groupes ou des situations à risque, sans en passer par une enquête formelle, de méthodologie beaucoup plus lourde.

La méthode proposée s'adapte à tout système de gestion du DMST(tel que STETHO par exemple), voire même, de par sa simplicité, au système "papier-crayon ".

Pour utiliser ce mode de recueil et de classification de l'état psychosocial d'un salarié lors d'un examen médical ou entretien infirmier, il convient d'abord de créer 2 nouvelles rubriques cliniques à insérer dans la maquette de saisie (appelée « visite type » dans STETHO) :

- une rubrique nommée « SATISFACTION » avec 8 réponses *dont certaines peuvent se combiner* :

  - "Très satisfait(e) de ses conditions de travail"
  - "Moyennement satisfait(e) de ses conditions de travail"
  - "Très mécontent(e) de ses conditions de travail"
  - "Doléances spontanées "
  - "Pas de doléances spontanées"
  - "Accepterait une embauche dans cette entreprise"
  - "Démission/départ envisagé"
  - "Démission/départ en cours"

- une rubrique nommée « KARASEK » (avec 4 modalités exclusives : "Travail actif", « Travail passif", "Travail détendu" et "Travail stressé")

Les principes de codification *(à respecter absolument si l'on veut disposer d'informations objectives et comparables : il est essentiel de ne pas induire de réponse, et donc de poser la question introductive toujours de la même façon, d'un ton neutre, sans signes non-verbaux : "Comment vous sentez-vous en ce moment dans votre travail ?")*

- On analyse le discours du salarié, spontané ou à la suite d'une sollicitation neutre ("Comment vous sentez-vous en ce moment dans votre travail ?") et on le classe dans les cases *ad hoc* selon un choix exclusif :
  - *Très satisfait :* le salarié dit tout le bien qu'il pense de son travail (par exemple : "C'est un super boulot" / "Enfin j'ai trouvé un travail qui me va" / "Heureusement que j'ai ce travail" / "Avec un chef comme ça, on ne peut pas se plaindre", etc.).
  - *Très mécontent* : c'est l'exact inverse. Spontanément, ou à la suite de la même question neutre, les plaintes se déversent, de tous ordres, parfois très générales parfois beaucoup plus précises.
  - *Moyennement satisfait* : concerne tous les autres cas, avec des réponses du type : "Rien à signaler"/ "Ben, c'est un travail comme un autre" / "Faire ça ou autre chose…" / "J'ai connu pire" / "C'est déjà bien d'avoir du boulot", etc.

A titre indicatif, si l'on admet que la satisfaction au travail, critère très pluridimensionnel, doit se répartir dans une entreprise "normale" selon une loi normale (gaussienne), on peut s'attendre, à partir d'un certain effectif (30 salariés au moins), à constater 15% de « très mécontents », 15% de « très satisfaits » et 70% de « moyennement satisfaits ». Ce sont d'ailleurs les chiffres que l'on retrouve dans les enquêtes tout-venant en France : 70 à 80 % de personnes sont satisfaites ou très satisfaites de leur travail. Tout écart important par rapport à ces chiffres demande une interprétation : biais de l'observateur ou fonctionnement atypique (dans le bon ou le mauvais sens) de l'entreprise.

- On note ensuite les éventuelles doléances "spontanées" (voir ci-dessus) et on les détaille en texte libre dans les commentaires de la réponse. Un point particulier : les doléances qui, sans être "spontanées", peuvent surgir au cours de l'entretien, suite par exemple à des questions plus précises. A ce moment-là, on note "Pas de doléances spontanées" mais on indique en commentaires que le salarié signale tout de même des points à améliorer, dont il n'aurait peut-être pas parlé si l'on ne lui avait pas posé la question. Il s'agit d'éviter d'induire des réponses par des questions ciblées.

  - Remarque : on peut éventuellement associer "Très mécontent" et "Pas de doléances spontanées" si le salarié manifeste un mécontentement général mais ne souhaite pas préciser de quoi il se plaint. C'est la « surgénéralisation » (exemple : « Toutes les entreprises de cette branche sont pourries ») qui ne permet aucune analyse et aucune action, mais qu'il faut néanmoins noter dans le dossier.

  - De même, on peut aussi recevoir parfois des doléances spontanées de la part d'un salarié qui se déclare par ailleurs très satisfait de sa propre condition : on peut être « heureux » au travail et trouver, en même temps, que l'informatique gagnerait à être remplacée…

- Les 3 items suivants permettent de qualifier les intentions du salarié vis-à-vis de son organisation :
  - "Accepterait une embauche dans cette entreprise" : mention réservée aux contrats temporaires ou intérimaires ; permet de prendre en compte l'impression générale d'une personne extérieure à l'entreprise, afin de tempérer, de relativiser ou au contraire de confirmer, l'opinion qu'en ont les plus anciens.
  - " Démission/départ envisagé" : le salarié, pour une raison qu'il faut noter en commentaire, a commencé à "faire son marché", à "mettre le nez à la fenêtre". Les projets de démission (quand ce n'est pas pour une raison liée à la vie privée : mutation du conjoint, etc.) sont un indicateur important de dégradation des conditions de travail, même s'ils ne se réalisent pas. Attention : toute démission n'a pas la même valeur d'alerte selon le statut, l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle….
  - " Démission/départ en cours " : une lettre est partie ou des négociations sont en cours. Il faut noter le motif, qui peut être privé et n'avoir aucun rapport avec l'entreprise.

Ces 8 items (qui peuvent paraitre simplistes) permettent de décrire avec une certaine finesse l'état de satisfaction d'un salarié, avec une bonne reproductibilité inter-opérateurs. La mise en liste des réponses de tous les salariés d'une entreprise, d'un service, d'un atelier… permet de produire un bilan chiffré, éventuellement longitudinal, intéressant pour les acteurs de l'entreprise. Un exemple simple, tiré d'une situation réelle en milieu de travail, est proposé ci-dessous.

En référence au modèle de KARASEK (stress), 3 ou 4 questions adaptées au contexte de l'entreprise, glissées dans l'entretien au moment adéquat, permettent de classer (approximativement) les salariés dans les 4 champs de ce modèle.
On aboutit ainsi à une évaluation du rapport demande/moyens/soutien ressenti par le salarié.
Par exemple, les questions :

- ✓ "Trouvez-vous en général que vous avez le temps de **bien** faire votre travail ?", ou "Etes-vous obligé de faire des infractions au code de la route pour arriver à boucler votre tournée dans les temps ?" relèvent de la DEMANDE ;
- ✓ "Etes-vous équipé/installé correctement à votre poste ?" ou "Vous sentez-vous suffisamment autonome sur ce poste ?" relèvent des MOYENS
- ✓ "Disposez-vous de consignes claires ?" ou "Pouvez-vous bénéficier de l'aide de vos collègues/supérieurs/employeur en cas de difficulté ?" relèvent du SOUTIEN.

Il est évident que certains salariés seront difficiles à classer (ceux proches du centre du modèle) ; il faut alors se rappeler que ceux qui nous « intéressent », médicalement parlant, sont les "stressés" au sens de KARASEK et qu'il convient de les identifier car ils présentent un risque accru de *burnout* et, selon certaines études, de pathologies cardio-vasculaires.

Exemple d'utilisation des indicateurs de satisfaction et de consommation médicamenteuse pour étayer une alerte du médecin du travail sur une certaine catégorie de personnel.

Contexte général :
Une entreprise de la grande distribution, entre 400 et 500 salariés (selon le nombre de CDD et de stagiaires) répartis en : administratifs, employés de libre-service ("rayons"), professionnels (bouchers, boulangers, etc.) et hôtesses de caisse (code CSP* = 552A).* = catégorie socio-professionnelle

Problématique :
le médecin du travail qui suit l'entreprise depuis 15 ans observe depuis plusieurs mois une montée des plaintes spontanées venant des hôtesses de caisse à propos de problèmes liés au management de proximité, contrastant avec l'ambiance paisible régnant dans le reste du magasin. Hormis la gestion au cas par cas de certaines souffrances individuelles, les messages d'alerte du médecin du travail peinent à convaincre, notamment au niveau du CHSCT. Le malaise général observé est volontiers mis sur le compte d'une "dynamique de groupe féminine" et, en

filigrane, d'une écoute (trop ?) empathique de la part du médecin lui-même. Il s'agissait donc de convaincre l'employeur et le CHSCT de la nécessité d'agir en prévention primaire afin d'éviter une aggravation de la situation psychosociale.

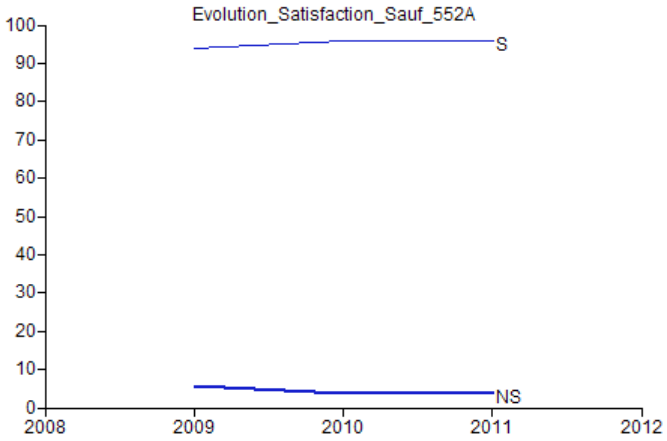
Méthode :
Recueil systématique sur 1 an des indicateurs "Satisfaction" et "Consommation médicamenteuse", et comparaison avec l'année précédente (d'où l'intérêt de relever systématiquement ces indicateurs, même en période calme, en vue d'une exploitation ultérieure). Les résultats de cette très simple étude sont présentés ci-dessous tels qu'ils l'ont été au CHSCT.

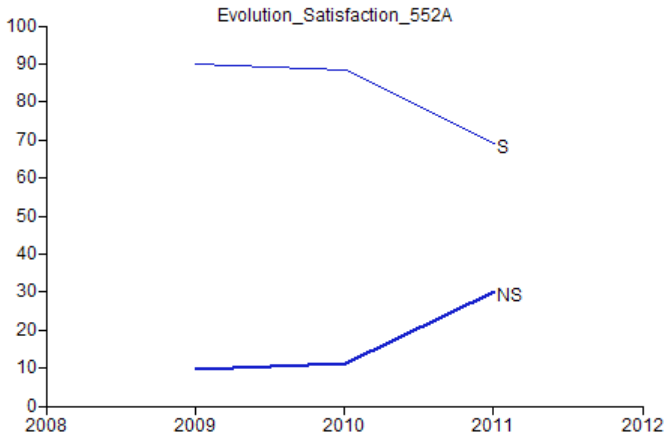
Résultats :
Quelques semaines après cette présentation et grâce aussi à l'appui du contrôleur de la CARSAT et de l'Inspecteur du travail, un devis était signé avec un cabinet de psychologues pour une intervention immédiate. Cette intervention, étalée sur 1 an environ, a permis de normaliser la situation et au jour de la validation de cette fiche (octobre 2015), l'amélioration se maintient, les plaintes étant revenues à un niveau « normal ».

	Antidépresseurs		Psychothérapie	
552A (n=95)	22	23.16%	4	4.21%
Autres CSP (n=344)	10	2.96%	3	0.87%

Traitements psychotropes en cours (11/11/2010 - 11/11/2011)

S = satisfaits
NS = non satisfaits (très mécontents)





Interprétation :
La CSP 552A correspond aux Hôtesses de caisse. Toutes les autres catégories sont regroupées, pour mettre en évidence les spécificités du pool de caissières. La différence au niveau des prises d'antidépresseurs constatées par le médecin du travail et l'infirmière de santé au travail est évidente et importante. L'évolution de la satisfaction au travail entre 2009 et 2011 est également très parlante (S = Très satisfaits + Moyennement satisfaits ; NS = Très mécontents). On voit notamment comment la dégradation de la satisfaction des Hôtesses de caisse impacte la performance globale de satisfaction de l'entreprise qui, autrement, serait très bonne.

Les écrits individuels et collectifs du médecin du travail

Article L4624-3 modifié par la LOI n°2015-994 du 17 août 2015 - art. 26

I.- Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un **écrit motivé et circonstancié** des mesures visant à la préserver.
L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait **connaître par écrit les motifs** qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

II.- Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L. 4622-3, il fait **connaître ses préconisations par écrit.**

III.- Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, prévues aux I et II du présent article, sont transmises au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel, à l'inspecteur ou au contrôleur du travail, au médecin inspecteur du travail ou aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L. 4643-1.

L'écrit fonde donc désormais l'action du médecin du travail, c'est la loi….

Le dossier médical en santé au travail et sa transmission dans le cadre des RPS

Dans le cadre d'une pathologie liée aux RPS, il n'est pas rare qu'un salarié, directement ou par le truchement de son avocat, sollicite la consultation et / ou la transmission de son dossier médical de santé au travail (DMST) prévu à l'article D 4624-46 du code du travail.

Depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, la transmission de son dossier au patient est un droit reconnu par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique auquel le médecin ne peut pas s'opposer.

Dans la mesure où, bien souvent, cette transmission s'inscrit dans le cadre d'une action en justice envisagée ou en cours, il va de soi que le DMST revêt une importance médico-légale particulière.

Il convient de distinguer :

⇨ les observations du médecin proprement dites, portées directement au dossier, qu'il s'agisse d'un dossier « papier » ou d'un dossier informatisé ;
⇨ les notes personnelles du médecin, généralement rédigées sur feuillets libres détachables du dossier proprement dit ;
⇨ les documents « formalisés » annexés au dossier : résultats d'examens complémentaires, courriers des médecins traitants, comptes rendus et rapports divers (expertises, comptes rendus opératoires, interventions d'IPRP, du SAMETH…), papiers médico-administratifs ou administratifs divers, impression de courriels, copies ou doubles de fiche d'aptitude…

La règle qui préside à la transmission du dossier au patient est la règle de la plus grande transparence à son égard et, par conséquent, c'est l'ensemble du dossier qui, en principe, doit être transmis. ("Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues à quelque titre que ce soit par des professionnels et établissements de santé [….]" = article L. 1111-7 du code de la santé publique).

Restent les exceptions et questions qui font débat :

- diverses pièces qui proviendraient de tiers ou les mentionneraient alors qu'ils ne sont pas intervenus dans le suivi médico-professionnel du salarié (NB : selon le Conseil national de l'Ordre, l'employeur est un « tiers » dont l'intervention en matière de reclassement du salarié est prescrite juridiquement - cf. infra -) ;

- depuis le décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale, **les notes personnelles, qui ne sont ni transmissibles, ni accessibles** et restent la « propriété » personnelle du médecin ; e**n pratique, il convient donc** de les différencier du reste du dossier en utilisant des feuilles volantes ou des « post-it ».

Demeure une question : le médecin du travail doit-il informer le salarié de l'existence de ces notes personnelles et, au cours du colloque singulier, du moment où les notes prises par le médecin passent du statut de complément du DMST à celui de « notes personnelles »? En cas de syndrome lié aux RPS, et compte tenu de la transmission éventuelle du dossier en aval, cette question est loin d'être formelle : le salarié, qui a

observé que le médecin du travail prenait « plein de notes » lors de la consultation, risque de ne pas comprendre la disparition de ces notes lors de la transmission de son dossier… Au demeurant, l'indépendance technique du médecin le rend seul juge du statut de ses écrits. Afin d'éviter tout malentendu préjudiciable, il est sans doute préférable de jouer la carte de la transparence et de convoquer le salarié afin de lui expliquer ce qui est possible et souhaitable de transmettre, dans le respect de chacun.

- les échanges écrits entre employeur et médecin du travail concernant le salarié ; en règle générale, selon les règles de la correspondance médicale édictées par le CNOM, le patient, ici le salarié, devrait être mis en information de tout courrier du médecin du travail adressé à l'employeur. Mais si l'employeur n'a pas lui-même cru utile, dès son premier courrier, d'informer le salarié de sa teneur, il peut être difficile pour le médecin de répondre selon des modalités différentes. Si l'échange reste « technique » et neutre, il est transmissible car il fait partie intégrante de la démarche préventive et thérapeutique concernant le salarié. S'il est assorti de considérations, de digressions, de jugements de valeur sur la personnalité, les qualités de travail ou autres, voire sur la moralité du salarié, ou celle de son entourage, il convient d'être beaucoup plus prudent, de prendre des avis et de traiter au cas par cas.

Pour aller plus loin :

https://www.macsf.fr/vous-informer/organisation-des-soins/dossier-du-patient.html
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_757826/fr/le-dossier-medical-en-sante-au-travail

RPS et fiche d'entreprise

Quelques remarques préalables :

• Les RPS sont peu évoqués dans le modèle règlementaire de fiche d'entreprise ou d'établissement (FE) prévu dans le cadre de l'article D.4624-41 et de son arrêté du 29 mai 1989 pour le régime général.
Mais rien n'interdit, bien au contraire, au médecin du travail qui, rappelons-le, signe ou cosigne la fiche avec un membre de son équipe pluridisciplinaire, d'y

⇨ ajouter **un ou des feuillets proposant des items spécifiques** de contraintes et risques organisationnels et psychosociaux

• Dès lors que la fiche d'entreprise ou d'établissement informe et délimite les responsabilités et différences d'approche et de finalité entre la fiche d'entreprise établie par l'équipe de santé au travail et le document unique d'évaluation des risques établi par l'employeur, apparait l'intérêt d'

⇨ un **courrier d'accompagnement** qui peut reprendre tout ou partie des courriers de sensibilisation ou d'alerte vus dans la fiche suivante

• Le but de la FE est d'informer et de sensibiliser sur les RPS à propos desquels le chef d'entreprise, surtout dans les petites entreprises, est parfois méfiant :

⇨ il convient donc d'**écrire simple, pragmatique et compréhensible**

• Certaines **données chiffrées** très présentes au niveau de la FE telles que le « nombre de salariés exposés » ne sont pas forcément pertinentes en matière de RPS lors de l'établissement de la FE, d'autant que le RPS concerne potentiellement 100 % des salariés de chaque entreprise.
⇨ préférer le qualificatif du facteur de risque « présent / absent » qui, au surplus, ouvre le débat sur le risque lui-même, versus le nombre d'exposés bien souvent évalué « à la louche »….

Un feuillet intitulé CONTRAINTES ET RISQUES ORGANISATIONNELS ET PSYCHO SOCIAUX ajouté à la FE pourrait être divisé en :

CONTRAINTES ET RISQUES relatifs à l'ORGANISATION du TEMPS DE TRAVAIL

- **Horaires atypiques**

travail de nuit, travail en équipes alternantes, amplitude journalière importante -plus de 10 heures -, astreintes, tous aménagements du temps de travail non « standards » (5 jours réguliers du lundi au vendredi, travail entre 7 et 20 heures, suivis de deux jours de repos)

Risque Présent ❑
Absent ❑

- **Horaires imprévisibles**

changements d'horaires de dernière minute non exceptionnels, inclus dans l'organisation du travail

Risque Présent ❑
Absent ❑

- **Travail sous contrainte de temps**

contraintes de rythme (cadences), délais imposés, travail au rendement

Risque Présent ❑
Absent ❑

CONTRAINTES ET RISQUES LIES AU CONTENU et à l'EXECUTION DU TRAVAIL

- **Nombreux postes à polyvalence non choisie ou non prévue**

Absence de fiches de poste, de fiches de mission ou de fiche de fonction ; « glissements » de tâches (taches non prévues dans le cadre de la fonction ou de la qualification, exécutées par défaut de personnel dédié, pas de gestion prévue des absences, sous-effectif chronique, fonctionnement fréquent en mode dégradé)

Risque Présent ❑
Absent ❑

- **Travail monotone / répétitif**

Risque Présent ❑
Absent ❑

- **Faible autonomie / marges de manœuvre restreintes**

Risque Présent ❑
Absent ❑

- **Contact physique, téléphonique ou dématérialisé avec du public, des clients, ou usagers**

Travail à exigences émotionnelles, « devoir paraitre », contact avec la souffrance, violences….)

Risque Présent ❑ Absent ❑

- **Conflits éthiques, conflits de valeurs….**

Risque Présent ❑
Absent ❑

- **Nombreux postes de sécurité ou à fortes responsabilités**

Risque Présent ❑
Absent ❑

CONTRAINTES ET RISQUES LIES AUX RELATIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES DE TRAVAIL

- ***Evaluation de chaque salarié par entretien individuel***

Même lorsqu'ils semblent « bien se passer », les entretiens individuels constituent en eux-mêmes un RPS

Risque Présent ❑
Absent ❑

- ***Existence de relations de travail dégradées, conflits interpersonnels***

Il se dégage de la synthèse que peuvent faire le médecin du travail ou l'infirmière après quelques consultations ou entretiens, un nombre significatif de plaintes relatives aux ambiances psychologiques de travail

Risque Présent ❑
Absent ❑

- ***Absence ou faiblesse des possibilités d'échanges sur le travail, d'espaces d'expression collective…***

Risque Présent ❑
Absent ❑

- ***Absence ou faiblesse des possibilités d'évolution professionnelle, de formation, de prise en compte du vieillissement***

Risque Présent ❑
Absent ❑

- ***Insécurité emploi / salaires***

Entreprise en santé économique précaire

Risque Présent ❑
Absent ❑

Les risques énumérés ne sont naturellement pas exhaustifs - c'est précisément une des insuffisances de l'approche par *checklist* -, et chaque équipe de santé au travail ou Service de santé au travail peut en ajouter ou en retirer autant que de besoin pour son propre modèle de fiche.

Les courriers d'alerte

Mode d'emploi

Comme dans le Vademecum publié en 2008, ces différents modèles de courriers ont pour but d'aider le médecin du travail à sensibiliser et à alerter l'employeur des entreprises dont il a la charge en matière de risques psycho-sociaux (RPS).

Plus encore que par le passé, la loi, en son article L. 4624-3 du code du travail, impose en effet au médecin du travail d'ECRIRE ses constatations et de proposer des mesures.

Il convenait par conséquent de mettre à jour ces documents, en tenant compte des évolutions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, de la prise en compte, globalement plus répandue, des RPS, ainsi que des remarques et conseils - de forme et de fond - formulés par quelques confrères utilisateurs, ou par certaines autorités compétentes de la profession.

Selon les cas et les pratiques habituelles du médecin, l'envoi des courriers d'alerte peut être ou non précédé d'un échange ou d'un contact verbal, au moins téléphonique avec l'employeur, que le courrier vient ensuite formaliser.
Ces courriers peuvent être repris comme tels mais, dans la plupart des cas, ils doivent sans doute être adaptés au contexte particulier de chaque établissement.

C'est pourquoi ils sont communiqués sous un format qui permet de les modifier aisément et de les personnaliser. Certains passages en italique sont facultatifs et/ou à adapter.

❶ Le premier courrier vise à la sensibilisation. L'entreprise type à laquelle il est destiné ne présente pas de problème particulier à l'instant T, mais le médecin a de bonnes raisons de penser qu'une sensibilisation serait utile : secteur difficile connu pour générer des RPS, employeur / management / ou salariés semblant globalement peu attentifs à la problématique, organisation du travail déficiente, accueil réservé au médecin ou à ses collaborateurs venus établir la fiche d'entreprise …

❷ Le deuxième courrier constitue un courrier d'alerte de premier niveau. La situation n'est pas dramatique mais des « clignotants » s'allument : salariés « sentinelles » en difficulté, motivation en berne, organisation du travail déficiente ou en « laissé aller », personnalités « particulières », nouvelles méthodes managériales, certains indicateurs « à l'orange »…

❸ Dans le cas du troisième courrier, la situation est préoccupante, inquiétante même, constituant une alerte de deuxième niveau. S'adressant à un employeur généralement dans le déni - actif ou passif -, son objectif est de tenter de le faire (ré)agir, ce qu'il s'est abstenu de faire jusqu'à présent.
Le fait que le médecin fonde sa démarche sur son inquiétude, du seul point de vue de la santé des salariés, doit apparaitre, car provenant d'un médecin, elle lui confère un certain poids.
De même, s'agissant d'un employeur dans le déni, la production de données chiffrées apparait comme importante à ce stade.

Enfin, la question se pose de la mise en « copie pour information » de ces alertes, en direction de quelle « autorité » ?

Tout est ici affaire d'opportunité, de ressenti de la situation de travail et du stade qu'elle atteint, plus ou moins délétère pour la santé.

Si la mise en information du médecin inspecteur du travail et des délégués du personnel ne parait guère soulever de questions de principe, l'un du fait de son statut de médecin, les autres en raison de leur appartenance à l'entreprise, l'alerte de l'inspecteur du travail fait débat.
En attendant d'éventuelles révisions doctrinales liées aux modifications récentes de l'article 44 du code de déontologie, on s'en tiendra à la position officielle de l'Inspection médicale en matière de secret médical : l'Inspecteur du travail ne serait pas une des « autorités administratives » susceptibles d'être « alertées » par le médecin du travail lorsqu'il décèle qu'une personne n'est « pas en mesure de se protéger en raison de son état […] psychique ». Cette position est confirmée par le Conseil national de l'Ordre qui considère que l'existence d'un droit d'alerte et de retrait susceptible de s'appliquer dans une situation de harcèlement (par exemple) permet de ne pas appliquer l'article précité.

❹ Le quatrième courrier concerne le cas d'un salarié en difficulté, personnellement demandeur (spontanément, ou conseillé par le médecin du travail) d'une intervention du médecin du travail auprès de son employeur.
Il est proposé deux versions de ce courrier (v1 et v2) selon que le médecin du travail souhaite ou non attirer l'attention de l'employeur sur le ou les RPS qui seraient selon lui à l'origine des difficultés du salarié.

Il est entendu que ce courrier n'a d'intérêt que si l'on se situe dans la perspective du maintien dans l'emploi du salarié.

Le médecin doit s'abstenir de désigner nommément l'identité de quiconque (collègue, cadre…), ou de permettre de la connaitre ; c'est pourquoi les termes d' « encadrement » ou « management » n'ont pas été utilisés car risquant d'être compris sur le mode de la dénonciation individuelle.
De même, le médecin ne doit pas exprimer le fait que le salarié présenterait une maladie ou une pathologie.

Ces courriers peuvent tous être considérés comme des annexes à la fiche d'entreprise.
Le courrier relatif à un cas individuel sera annexé en outre utilement au dossier médical du travail de l'intéressé.

Cela fait débat…

Informer et alerter est indispensable. Mais comment être « thérapeutique » ? Comment, pour inciter à agir, donner davantage de poids aux écrits du médecin et, notamment, à ses courriers ?

« Classiquement », c'est par le truchement de la « copie pour information » et de ses destinataires, soigneusement sélectionnés, que l'impact d'un courrier peut être renforcé.

Mais le médecin du travail est avant tout un médecin, respectueux de la déontologie et du secret médical. Qui peut-il informer de ses courriers adressés au chef d'entreprise ?
Un seul destinataire semble faire consensus : le médecin inspecteur régional du travail (un médecin, donc…) qui a les mêmes prérogatives que l'inspecteur, sauf le pouvoir de coercition.

Pour le Conseil National de l'Ordre, en tout cas, pas question que le médecin du travail puisse informer l'Inspecteur du travail de RPS graves par courrier et ce, même lorsqu'il s'agit d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son état psychique (cf. l'article 44 du code de déontologie médicale) : tout ce que le médecin du travail a « vu, entendu, ou compris » au sein de l'entreprise ne doit en aucun cas en sortir, tout comme s'il s'agissait d'une « maison » dont le maitre serait le chef d'entreprise.
.

RISQUES PSYCHO SOCIAUX
COURRIER A L'EMPLOYEUR

SENSIBILISATION GÉNÉRALE

A ….., le ……

Monsieur,

Comme vous le savez, la mission des services de santé au travail, consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Par « santé » des salariés, il convient d'entendre et de prendre en compte non seulement leur santé physique, mais aussi leur santé mentale en vue de la prévention des « risques psychosociaux » en lien avec le travail.

Dans ce cadre, je souhaite vous informer de ces risques et de leurs conséquences pour la santé afin que vous puissiez les inclure dans votre « document unique » d'évaluation des risques, notamment organisationnels, qu'il convient d'établir.

Je me tiens à votre disposition, ainsi que l'équipe pluridisciplinaire que je coordonne, pour toutes informations complémentaires et pour toute assistance que nous pourrions vous apporter.

La fiche d'entreprise *(établissement)*, que j'ai établie et que je vous ai communiquée, pourra utilement être consultée.

Veuillez agréer, monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur....

RISQUES PSYCHO SOCIAUX
COURRIERS A L'EMPLOYEUR

SIGNALEMENT COLLECTIF - ALERTE 1

A ….., le ……

Monsieur,

Comme vous le savez, la mission des services de santé au travail, consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Par « santé » des salariés, il convient d'entendre et de prendre en compte non seulement leur santé physique, mais aussi, depuis la loi de 2002, leur santé mentale, ce qui confère à l'employeur des responsabilités nouvelles en matière de prévention des « risques psychosociaux ».

En effet, la jurisprudence instaure une « obligation de sécurité et de résultats » contractuelle, considérant que son manquement, de la part de l'employeur, pourrait revêtir, dans certaines circonstances, le caractère d'une « faute inexcusable » au sens de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale.

Mes constats médicaux et autres données concordantes me permettent de vous conseiller de prendre en compte ces risques et de vous interroger *avec votre encadrement* sur ce qui les génère, afin de les réduire selon les principes généraux de prévention (articles L. 4121-1 et R. 4121-1 du code du travail).

En tant que médecin du travail, je manquerais à ma mission si je ne vous alertais à ce niveau.

Je me tiens à votre disposition, ainsi que l'équipe pluridisciplinaire que je coordonne, pour toutes informations complémentaires et pour toute assistance que nous pourrions vous apporter.

La fiche d'entreprise *(établissement)*, que j'ai établie et que je vous ai communiquée, pourra utilement être consultée et ce courrier devra y être annexé.

Veuillez agréer, monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Dr ……

RISQUES PSYCHOSOCIAUX
COURRIER A L'EMPLOYEUR

SIGNALEMENT COLLECTIF - ALERTE 2

A ….., le ……

Monsieur,

En tant que médecin spécialiste en santé au travail, je vous confirme être *très* inquiet par l'apparition de pathologies en relation avec des risques psychosociaux au sein de votre entreprise *(établissement).*

Comme je vous en ai déjà informé (cf. mon courrier du.....), mes observations cliniques au cours des entretiens individuels, et autres éléments concordants, m'incitent à vous alerter.

En effet, selon les données dont je dispose, sur un effectif moyen de.....salariés pour l'année.....

Données chiffrées selon les indicateurs recommandés

Les conséquences de ces données en termes de santé peuvent être graves et difficiles à prévoir.

Je me permets de vous rappeler vos responsabilités en matière d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux et votre « obligation de sécurité et de résultats » contractuelle, selon la Cour de Cassation, quant à la protection de la santé physique et mentale des salariés que vous employez.

Je me tiens à votre disposition, ainsi que l'équipe pluridisciplinaire que je coordonne, pour toutes informations complémentaires et pour toute assistance que nous pourrions vous apporter dans cette situation médicalement préoccupante et vous prie d'annexer ce courrier à la fiche d'entreprise *(établissement)* que j'ai établie.

Vous voudrez bien prendre en considération cette alerte et me faire connaitre les suites que vous entendez lui donner, conformément à l'article L. 4624-3 du code du travail.

Dans cette attente, veuillez agréer, monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Docteur……

Copie pour information :

- *Madame ou monsieur le médecin inspecteur du travail*
- *Mesdames et messieurs les délégués du personnel*

ou madame ou monsieur le secrétaire du CHSCT

RISQUES PSYCHO SOCIAUX
COURRIERS A L'EMPLOYEUR

SIGNALEMENT CAS INDIVIDUEL

Monsieur,

Je souhaite, par ce courrier établi avec son accord, attirer votre attention sur la situation de M. …….. que je suis dans le cadre de la médecine du travail depuis le….., *[date du premier examen]*.

Ce salarié
est (ou a été) en arrêt maladie depuis (ou du.... au .....)

Il me dit que sa situation professionnelle se serait dégradée, avec des conséquences sur son état de santé.

Actuellement, ce salarié souhaite *reprendre son travail*
poursuivre son activité professionnelle.

dans des conditions lui permettant de préserver sa santé physique et mentale.

Conformément à mes missions, je vous conseille de procéder dans les meilleurs délais à l'évaluation de la situation de travail de M. X, et de prendre toutes dispositions visant à réduire et prévenir les risques professionnels. Dans ce cadre, je me permets de vous rappeler votre « obligation de sécurité et de résultats » contractuelle en matière de protection de l'état de santé physique et mentale des salariés que vous employez.

Je me tiens à votre disposition, ainsi que l'équipe pluridisciplinaire que je coordonne, pour toutes informations complémentaires et pour toute assistance que nous pourrions vous apporter.

Vous voudrez bien prendre en considération cette situation et me faire connaitre les suites que vous entendez lui donner, conformément à l'article L. 4624-3 du code du travail.

Veuillez agréer, monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur……..

RISQUES PSYCHO SOCIAUX
COURRIERS A L'EMPLOYEUR

SIGNALEMENT CAS INDIVIDUEL

A……., le……

Monsieur,

Je souhaite, par ce courrier établi avec son accord, attirer votre attention sur la situation de M. ..... que je suis dans le cadre de la médecine du travail depuis le....., *[date du premier examen]*.

Ce salarié
est (ou a été) en arrêt maladie depuis (ou du.... au .....)

Il me dit que sa situation professionnelle se serait dégradée dans les suites de
[*évènements objectifs = changement de poste ou d'affectation, - modifications dans l'organisation du travail, modifications de la charge de travail ou du temps de travail, restructurations de l'entreprise, de son service, responsabilités nouvelles ...*]

et /ou

[*Situation ressentie = difficultés relationnelles générales au sein de l'unité de travail, sentiment d'insécurité ; certains faits : entretien individuel / sentiment d'injustice / conflits éthiques / incidents avec le public / rumeurs / malveillance ….*].

Actuellement, ce salarié souhaite *reprendre son travail*
poursuivre son activité professionnelle.

dans des conditions lui permettant de préserver sa santé physique et mentale.

Conformément à mes missions, je vous conseille de procéder dans les meilleurs délais à l'évaluation de la situation de travail de M. X, et de prendre toutes dispositions visant à réduire et prévenir les risques professionnels. Dans ce cadre, je me permets de vous rappeler votre « obligation de sécurité et de résultats » contractuelle en matière de protection de l'état de santé physique et mentale des salariés que vous employez.

Je me tiens à votre disposition, ainsi que l'équipe pluridisciplinaire que je coordonne, pour toutes informations complémentaires et pour toute assistance que nous pourrions vous apporter.

Vous voudrez bien prendre en considération cette situation et me faire connaitre les suites que vous entendez lui donner, conformément à l'article L. 4624-3 du code du travail.

Veuillez agréer, monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur……

Les certificats

En cas de maladie à caractère professionnel (MCP)

Les MCP sont ces maladies du travail qui, pourtant bien réelles, confirmées ou diagnostiquées par le médecin du travail, sont exceptionnellement déclarées parce que « non réparables », ni dans le cadre des tableaux des maladies professionnelles (MP), ni au titre du système complémentaire du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

Dans le cadre du travail régional MCP RPS (cf. fiche 8 partie 1), nous avons proposé un **formulaire de signalement** adressé au médecin inspecteur régional à des fins statistiques ou épidémiologiques.

Ce document n'est pas un certificat : il n'a pas de valeur médico-légale à proprement parler, même s'il convient de le conserver au dossier du salarié. Il n'est donc pas destiné à être lui être remis, contrairement à ce qu'il en est…

En cas de souffrance mentale générant une pathologie pour laquelle le salarié envisage de demander réparation en droit commun

La délivrance d'un certificat médical est un droit du patient et un devoir déontologique du médecin *(article 50 du code de déontologie médicale* : « Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit »).

En tout état de cause, la pathologie doit être avérée : constatée par le médecin du travail lui-même ou attestée par un certificat du médecin ou du psychiatre traitants.

Il convient donc, tout en faisant preuve de prudence et de discernement, de rédiger un certificat expressément demandé par un salarié, même longtemps après les faits, d'où l'importance de renseigner avec soin le dossier médical ; la remise systématique d'un certificat à un salarié qui ne le sollicite pas n'est pas recommandée car elle risque d'induire un processus de « victimisation ».

Il est indispensable, comme certifié, que le certificat soit remis en mains propres au salarié et à lui seul* (même s'il a été demandé par son avocat) lors d'une consultation au cours de laquelle le médecin du travail peut être amené à apporter un certain nombre d'explications, éclaircissements ou commentaires sur les formulations qu'il a utilisées.
* exceptionnellement, en cas de décès, le certificat peut être remis aux « ayant droits ».

Une copie, contresignée par le salarié, peut être utilement conservée dans le dossier médical.

Le médecin doit être conscient que le certificat établi au profit du salarié risque d'être utilisé en justice et ne pas ignorer que l'avocat de l'employeur en sera destinataire, les avocats s'informant mutuellement des pièces contenues dans leurs dossiers respectifs.

Il est donc important :

- de rester « descriptif »
- de ne jamais faire référence à un ou des tiers identifiables par leur nom ou leur fonction
- de ne jamais évoquer la notion de « harcèlement moral » même alléguée par le salarié

L'employeur, surtout dans une petite structure, risque parfois de considérer que le médecin du travail, en établissant un certificat, prend parti de fait dans le conflit qui l'oppose au salarié. Sans qu'il s'agisse d'un principe, il peut être souhaitable de prévenir l'employeur de l'obligation déontologique qui est celle du médecin et, qu'en tout état de cause, ce dernier a répondu à une demande sans autant prendre de position partisane.

En cas de souffrance mentale générant une pathologie pour laquelle le salarié demande réparation au niveau de la Sécurité sociale : la reconnaissance des « affections psychiques » dans le cadre du CRRMP (Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles)

Pour qu'il y ait réparation dans le cadre de la Sécurité sociale, il faut qu'un taux d'IP de 25 % soit considéré comme « prévisible » par le médecin conseil de la Caisse primaire dont dépend le salarié. Après déclaration du salarié et certificat à l'appui, la Caisse adresse le dossier le plus complet possible au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles au titre des maladies hors tableau (4ème alinéa de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale).

Ce Comité, composé d'un Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, d'un médecin inspecteur du travail et du médecin conseil régional de la Direction du service médical de la CNAM (ou de leurs représentants respectifs) s'attache à établir l'existence d'**un lien « direct et essentiel»** entre la pathologie présentée et le travail…

« Direct »…, c'est-à-dire qu'il n'est pas retrouvé, par exemple, un état préexistant ou antérieur qui aurait pu placer le facteur « travail » au second plan.

« Essentiel »…, c'est-à-dire qu'il n'est pas retrouvé d'autres causes - extraprofessionnelles donc - qui auraient pu interférer, fragiliser le salarié, s'ajouter au travail de façon significative.

Dans la réalité, les choses sont très complexes : le CRRMP émet un avis en référence à des faits qui remontent souvent à plusieurs années, dont les acteurs et les structures ont souvent changé, voire disparu.

Comment lire la réalité de personnalités et de relations de travail au travers d'écrits, de rapports, de témoignages ?

Comment ne pas être - ou être - dans la compassion, le jugement moral, l'affectivité, la recherche de la culpabilité, l'intime conviction ? Comment ne pas « se mettre à la place »…. Ou comment s'y mettre ?

En 2014, les 19 CRRMP ont reconnu 339 « affections psychiques » sur 693 déclarées (soit pratiquement une sur deux) et le CRRMP de BOURGOGNE FRANCHE COMTE en a retenu 13 sur 35 déclarées soit un peu plus d'une sur trois.

ATTENTION : la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, dite "loi Rebsamen", stipule dans son article 33 que "*le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er juin 2016, un rapport sur l'intégration des affections psychiques dans le tableau des maladies professionnelles ou l'abaissement du seuil d'incapacité permanente partielle pour ces mêmes affections.*". Donc, à suivre…

Le certificat proposé peut naturellement être utilisé par le salarié en appui de la déclaration qu'il adresse à sa caisse primaire en vue de la reconnaissance en MP.

En pratique, il est assez rare cependant que le médecin du travail soit l'auteur de ce certificat.

Par contre, l'AVIS du médecin du travail est obligatoirement sollicité par le CRRMP dans le cadre de l'instruction du dossier… et il est très utile pour les praticiens qui le composent : lorsque le lien direct et essentiel est difficile à établir, la dimension « travail » apportée par le spécialiste de terrain est capitale, d'où l'importance de donner au CRRMP un avis le plus circonstancié possible ; on ne demande pas en effet au médecin du travail de se prononcer sur l'état de santé d'un salarié ou sur une pathologie mais sur L'EXISTENCE d'un LIEN, selon son avis d'expert en santé au travail, entre une pathologie avérée et un poste de travail ou une situation professionnelle, dans la mesure où il est réputé bien connaitre les deux. L'information du salarié est possible et parfois même souhaitable ; elle n'est cependant en rien obligatoire … surtout si l'avis donné n'est pas favorable au salarié.

Cela fait débat…

Qu'une institution de Sécurité sociale demande **son avis** au médecin du travail quant au lien santé / travail semble ne troubler personne…

Mais qu'un médecin du travail, de sa propre initiative, ou répondant aux sollicitations d'un salarié, atteste de la réalité de ce lien semble beaucoup plus difficile à admettre.

C'est ainsi que ces trois dernières années, on estime à plus d'une centaine le nombre de plaintes aux Conseils départementaux de l'Ordre déposées par des employeurs contre le médecin du travail ayant rédigé et remis un tel document d'attestation au salarié.
Au-delà du débat sur l'opportunité, pour les chambres disciplinaires régionales de l'Ordre, d'instruire des plaintes émanant d'employeurs, un autre débat agite la profession : un médecin, fût-il du travail, peut-il attester de ce qu'il n'a pas constaté ?

En référence au certificat de « coups et blessures » dans lequel le médecin doit se borner à décrire les lésions sans s'engager sur le terrain de leur cause ou de leur auteur, les uns pensent qu'en aucun cas le médecin du travail ne peut certifier d'un lien qu'il n'a pas été en mesure d'observer, relativement à une matière complexe et des données scientifiques non consensuelles et non normées.

A l'inverse, d'autres praticiens considèrent que l'écrit médical, au-delà même du seul certificat, pose un diagnostic étiologique qui relève du devoir déontologique du médecin envers son patient : l'obligation de moyens.

L'enjeu de ce débat est majeur car il touche à l'élaboration de règles de bonnes pratiques professionnelles dont la spécialité « médecine du travail » a grand besoin.

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL PROPOSÉ

(à rédiger sur papier à entête du médecin, de préférence dactylographié)

Je soussigné(e), *nom prénom*, médecin du travail, certifie avoir examiné le *date du jour de l'examen,*
nom prénom, date de naissance du salarié, salarié(e) de *nom de l'entreprise ou de l'établissement* que je suis dans le cadre de la médecine du travail depuis le *date du premier examen.*

Selon ses dires, ce(tte) salarié(e) est en arrêt maladie pour *diagnostic* depuis *date*, consécutivement à
[évènements objectifs = changement de poste ou d'affectation, prise de fonction de - nouveau responsable, nouveau collègue non désignés nommément... - modifications dans l'encadrement, l'organisation du travail, modifications de la charge de travail, restructurations de l'entreprise, de son service, ...]
et /ou
[Situation ressentie = difficultés relationnelles, propos jugés désobligeants, certains faits / rumeurs /
appréciations / notations /….].

Il (elle) me dit présenter ou avoir présenté…
et /ou
J'ai constaté lors de mon / mes examens du (des)
liste des symptômes.

Ces troubles de santé *qui m'ont été confirmés par son médecin traitant* ont nécessité un suivi médical
spécialisé et la mise en place d'un traitement par *thérapeutiques mises en place (psychotropes,*
psychothérapie…).

Actuellement,
[état clinique – éléments thérapeutiques et pronostiques, notamment au regard du travail].

Certificat établi le *date de rédaction (qui peut être différente de la date de l'examen)* à la demande de
l'intéressé(e) et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Signature manuscrite et tampon du médecin du travail

RPS et fiche d'aptitude

A propos du « danger immédiat »

Le « danger immédiat » (à ne pas confondre avec le danger « grave et imminent » qui permet le droit de retrait) est prévu par l'article R.4624-31 du code du travail : « sauf dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un **danger immédiat** pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail qu'après avoir réalisé deux examens médicaux espacés de deux semaines ».

Il s'agit donc ici d'une notion, APPRECIEE par le SEUL MEDECIN DUTRAVAIL, qui considère que le maintien du salarié à son poste, même pour seulement deux semaines, est de nature à mettre immédiatement en danger la santé du salarié ou celle de ses collègues de travail.

Pour le législateur en effet, le délai des deux semaines est un délai de réflexion / action pendant lequel le salarié est censé travailler. En tout cas, le contrat de travail n'est pas suspendu après le premier examen envisageant l'inaptitude définitive au poste.

En même temps qu'il instaurait ce délai visant à « donner du temps au temps » et à éviter toute précipitation afin de maintenir l'emploi, le législateur était bien entendu conscient des limites médicales de cette clause : dans certains cas, l'occupation d'un poste de travail, ne serait-ce que quelques jours, voire une seule journée, pourrait avoir des conséquences préjudiciables en termes de santé. C'est pourquoi, il laisse au médecin le soin d'agir en opportunité pour, finalement, « alléger » la procédure, naturellement au regard du seul état de santé du salarié.

On voit bien que, dès lors, le « danger immédiat » n'est pas la CAUSE de l'inaptitude, mais qu'il constitue un élément de contexte aggravant par lequel le médecin s'autorise à agir en un seul examen : le salarié n'est donc pas « inapte POUR danger immédiat » ou « A CAUSE » d'un danger immédiat comme on le lit parfois, mais, éventuellement, inapte AVEC danger immédiat. La cause réelle de l'inaptitude demeure bien l'inadéquation entre le poste de travail du salarié et son état de santé : la notion de danger immédiat dispense du « luxe » du délai de réflexion / action.

Mais il faut bien reconnaitre que les mots ne sont pas anodins et que, dans un contexte parfois difficile, voire conflictuel, la notion de « danger immédiat » est souvent de nature à **dramatiser** une situation déjà complexe : on a vu ci-dessus le « danger grave et imminent », mais le terme évoque aussi la « conscience du danger » que l'employeur aurait dû avoir en cas de « faute inexcusable », voire la « mise en danger d'autrui »….

Quant au salarié, il peut comprendre qu'il est lui-même dangereux pour ses collègues ou se voir conforté dans l'idée d'une situation de travail particulièrement délétère, validant médicalement une démarche judiciaire : « Vous vous rendez compte, le docteur m'a mis en « danger immédiat ! » entend-on parfois. La victimisation est en route…

L'usage du mot « danger » devient lui-même … dangereux.

En d'autres termes, et ce surtout dans les entreprises de petite taille, où paradoxalement le danger immédiat est le plus « utilisé », notamment dans un contexte de RPS, il est clair que le danger immédiat « passe » très mal s'il n'est pas **assorti d'observations** visant à en expliquer les fondements médico-juridiques, voire à « rassurer ».

Au surplus, « immédiat » ne veut pas dire « imminent » et le fait de statuer sur l'inaptitude ne relève qu'exceptionnellement de l'urgence absolue qui ne souffrirait d'aucune temporisation minimale ou explication pédagogique.

Enfin, les nouvelles modalités rédactionnelles de l'article R4624-31 du code du travail imposent dorénavant, au médecin du travail, d'avoir réalisé, ou fait réaliser par un membre de son équipe pluridisciplinaire, **l'étude du poste et l'étude des conditions de travail** dans l'entreprise **avant chaque inaptitude**, y compris lorsqu'il entend statuer en un seul examen.

L'utilisation du « danger immédiat » exige donc, de la part du médecin du travail, prudence et explications aux parties en présence.

Ces réserves posées, la formule : « inapte définitif à son poste ; compte tenu de ce que son maintien à ce poste entraîne un danger immédiat pour sa santé, il ne sera pas procédé au deuxième examen prévu à l'article R.4624-31 du code du travail » est à inscrire dans les « Conclusions » de la fiche actuelle, en n'omettant pas de cocher les cases convenables.

A propos de l'inaptitude temporaire

Elle n'existe pas dans le code du travail - et le juge ne la connait donc pas -…. alors qu'elle est / a été pourtant largement utilisée, car elle figure en bonne place dans le modèle de rapport annuel d'activité du médecin du travail établi par un arrêté de… 1990 non abrogé.

En pratique, dans le cadre des RPS, il s'agit en d'un salarié qui consulte, à sa demande ou à l'occasion d'un examen de reprise le plus souvent, et pour lequel le médecin du travail estime que son état de santé ne lui permet pas de poursuivre le travail, ou qu'il ne doit pas le reprendre.

En termes juridiques, le médecin considère que le contrat de travail doit être suspendu car le salarié doit être éloigné, pour un temps, de son travail.
Il s'agit donc en fait d'une incapacité totale de travail diagnostiquée à ce stade, justifiant d'un retrait temporaire du milieu de travail, quel qu'il soit, et non d'une situation où l'état de santé demeurerait provisoirement compatible avec un éventuel autre poste*****.

En d'autres termes, il s'agit, en l'espèce, pour le médecin du travail de proposer au salarié une période de repos hors travail, une mesure conservatoire visant à « faire le point », à rompre avec une situation analysée comme pathogène et, le cas échéant, à débuter ou poursuivre un traitement dans de meilleures conditions.

Dans la majorité de ces cas, il est préférable de s'abstenir de rédiger une fiche d'aptitude. Le repos est une forme de traitement et relève donc de la mission du médecin traitant auquel il convient d'adresser un courrier l'informant de la situation et lui demandant la prescription d'un arrêt de travail pour son patient afin que celui-ci puisse bénéficier d'une suspension de son contrat de travail ouvrant droit aux indemnités journalières de Sécurité sociale. Eventuellement, il peut parfois s'agir de congés.

Dans certains cas cependant, le médecin du travail doit rédiger une fiche d'aptitude :

- parce qu'il souhaite signifier à l'employeur qu'il est à l'origine de la prescription de l'arrêt, en attirant de la sorte son attention « du côté du travail » versus d'éventuels problèmes de vie privée ;
- parce que le salarié manifeste le désir de « tenir » alors qu'il en est à l'évidence incapable, sauf à courir de sérieux risques pour sa santé ;

- parce que le chef d'entreprise est à l'origine de l'examen au titre de l'article R.4624-17 du code du travail et qu'il le lui demande au motif qu'il s'agit d'une prescription réglementaire prévue à l'article R.4624-47 du code du travail : « A l'issue de chacun des examens médicaux […], le médecin du travail établit une fiche d'aptitude en double exemplaire ».

Dans ces cas, une fiche indiquant :
« M / Mme ..... doit être temporairement retiré(e) du milieu de travail et consulter son médecin traitant. A revoir lors de la reprise du travail »paraît préférable à la formulation « inapte temporaire», ambigüe.

*La "vraie" inaptitude temporaire existe pourtant, mais rarement en matière de RPS : elle s'entend

- par rapport au poste initialement occupé,
- dans l'attente de son aménagement,
- limitée dans le temps, de quelques jours à un maximum de quelques semaines.

De l'inaptitude comme « substitut » à la rupture conventionnelle

Dans les conditions fixées par les articles L. 1237-11 à L. 1237-16 du Code du travail, issus de la loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 « portant modernisation du marché du travail », l'employeur et le salarié peuvent convenir d'un commun accord des conditions de la rupture du contrat de travail à durée indéterminée (CDI) qui les lie.

Sans qu'on ait les moyens de le vérifier ni de les comptabiliser, cette mesure a probablement réduit le volume des inaptitudes « à tout poste » parfois utilisées auparavant comme seul moyen de rompre une relation de travail dégradée.
Mais que se passe-t-il lorsque le « commun accord » précité n'est pas trouvé et qu'une des deux parties ne veut pas de la rupture ?

C'est alors le retour du statu quo ante, et les inaptitudes de régulation des relations interpersonnelles de travail réapparaissent, soulevant de nouveau les questions de la crédibilité et des missions en prévention primaire et maintien dans l'emploi du médecin du travail et de son équipe.

Sans parler des contestations au titre de l'article L.4624-1 du code du travail quasi-automatiques dès lors qu'une des parties se voit imposer, par le truchement de l'inaptitude, une rupture qu'elle a refusée par la voie conventionnelle….

A propos des propositions de reclassement en cas d'inaptitude définitive

Dans certains cas, seule la rupture définitive du contrat de travail paraît permettre de sortir d'une situation enkystée, une fois le diagnostic médical posé et le pronostic clairement établi de ce que la reconstruction de la santé mentale du salarié passe par la rupture de tout lien avec l'entreprise.

Les médecins du travail savent qu'il existe de véritables « phobies d'enseignes », la moindre évocation du nom ou du logo de l'entreprise générant des réactions critiques ou émotionnelles.

Dans ces cas, notamment s'il s'agit de petites structures de quelques salariés, voire moins, il est délicat pour le médecin du travail de formuler des propositions de reclassement précises et crédibles dans la mesure où l'inaptitude constatée résulte d'une organisation du travail néfaste, de relations de travail dégradées, de problèmes de management, voire de personnalités incompatibles…

Dans ces situations, que le médecin choisisse d'agir en deux ou en un seul examen eu égard à l'existence d'un danger immédiat, une rédaction telle que :

« M. / Mme ..... est définitivement inapte à son poste de ..... ainsi qu'à tous les postes existants dans l'établissement, en l'état actuel de l'organisation du travail et de la structure de l'établissement qui ne permettent pas de proposer des mesures individuelles de mutation ou de transformations de poste » peut être proposée.

Cette dernière phrase formalise l'impossibilité dans laquelle se trouve le médecin d'effectuer des propositions en terme de poste. Elle alerte l'employeur qui, lui, se doit de définir des mesures individuelles et / ou collectives, précises, concrètes et adaptées pour réduire, éliminer et prévenir les problèmes liés aux organisations du travail, aux comportements individuels abusifs, aux difficultés de communication….

Elle ne dispense donc nullement le chef d'entreprise de procéder à la recherche ou à la création de postes éventuellement compatibles avec l'état de santé de l'intéressé(e) au sein de l'établissement d'origine comme dans d'autres établissements de l'entreprise.

Dans les suites, surtout en cas d'apparition d'autres cas, l'article L.4624-3 du code du travail devrait trouver sa pleine application : « Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié, des mesures visant à la préserver. L'employeur doit prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, faire connaitre par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite ».

L'inaptitude définitive d'un salarié oblige les acteurs de l'entreprise à passer de l'individuel au collectif.

ODP-RPS : un nouvel outil de dépistage des RPS au travail pour les entreprises de plus de 10 salariés.

ODP-RPS est une méthode d'approche, de dépistage et d'évaluation du stress et des RPS en entreprise, incluant un questionnaire, destinée aux préventeurs de terrain, médecins ou non-médecins. Il s'agit de leur permettre d'aider les chefs d'entreprise qui souhaitent aborder ces problématiques d'une façon neutre et standardisée, et les aider dans la mise à jour de leur DUER.

Cette méthode a été développée par un médecin du travail, puis testée, améliorée et validée dans le cadre de l'IMTEB (Institut de Médecine du Travail et d'Ergonomie de Bourgogne/Franche-Comté) avec le concours du GSM (Groupe Santé Mentale) de BOURGOGNE réuni par le Médecin Inspecteur du Travail.
L'ensemble de la procédure, destinée à la prévention primaire, est encapsulée dans la méthode SOBANE (au niveau Dépistage) et respecte les principes de base de la prévention des risques professionnels, tels qu'établis par l'INRS.
La méthode SOBANE, d'origine belge, vise à organiser la prévention de tous les types de risques professionnels et se décline en 4 niveaux (d'où l'acronyme) de complexité croissante : **S**creening (dépistage), **OB**servation, **AN**alyse, **E**xpertise. Le principe de base est que l'on ne passe à un niveau supérieur qu'après avoir épuisé les possibilités préventives du niveau précédent. La méthode ODP-RPS se cantonne au premier niveau (dépistage) et n'utilise que des outils validés pour ce niveau.

A ce premier niveau, la connaissance du milieu de travail prime sur l'expertise de l'intervenant ; il s'agit donc d'impliquer fortement le personnel dans une démarche participative et c'est en réalité toute la difficulté de la méthode.
Le questionnaire qui est au cœur de la méthode est constitué du croisement de plusieurs outils préexistants, chacun étant largement validé pour son propre compte :
1°) sur le plan quantitatif : le GHQ-12 (questionnaire de santé générale et de bien-être psychologique), l'échelle EVA (score global de satisfaction au travail), la MSP-9 (questionnaire québécois permettant de coter le niveau de stress psychologique), le SPPN (extrait du WOCCQ©, permet de différencier la stimulation et le stress) ;
2°) sur le plan qualitatif : questions ouvertes et relevés de «situations problèmes» et situations favorables.

La méthode comporte plusieurs étapes, standardisées pour s'adapter à tout type d'entreprise, en sachant que les analyses statistiques ne seront possibles qu'au-delà de 10 salariés (et au mieux à partir de 30 salariés). L'outil peut tout de même constituer un apport pour les très petites entreprises, moyennant certaines précautions méthodologiques et déontologiques.
L'objectif de cette méthode est de construire une image collective de l'entreprise sur le plan psychosocial à partir d'observations

individuelles, de chiffrer et d'objectiver le mieux possible **les 3 composants principaux du stress** compris comme le noyau des RPS :

1°) les facteurs de stress exprimés en termes de "tensions-régulations" par la méthode de Benjamin SAHLER (ANACT), avec un chiffrage et une hiérarchisation du poids relatif de chaque dimension dans la charge globale de stress,

2°) le niveau de stress et/ou de stimulation (MSP-9 ou SPPN) exprimé sous forme chiffrée et susceptible de comparaisons,

3°) les conséquences physiques et psychologiques de ce niveau de stress (par la quantification du niveau de satisfaction globale au travail à l'aide de l'échelle EVA, par la quantification de l'état d'équilibre psychologique à l'aide du GHQ-12 et par l'étude de l'activité clinique du médecin du travail de l'entreprise étudiée).

Au terme de cette analyse, on distinguera 3 situations possibles dans l'entreprise, nécessitant chacune la mise en œuvre d'une prévention adaptée:

1°) prévention primaire pure : présence de facteurs de stress plus ou moins équilibrés par certains modes de régulation, sans élévation du niveau de stress collectif ;

2°) prévention primo-secondaire : élévation du niveau de stress collectif en réponse à des facteurs de stress identifiés, sans retentissement mesurable sur la santé des salariés ou de l'entreprise ;

3°) remédiation : en plus des éléments précédents, constatation d'une dégradation des indicateurs de santé et/ou de productivité.

La distinction entre prévention et remédiation est capitale car elle conditionne le type d'intervention qui sera préconisé et sa synchronisation.
L'analyse des « situations problèmes » et situations favorables permet dans bien des cas de désigner des pistes d'amélioration et d'enclencher si possible au niveau de l'entreprise un processus de type « qualité ».
La méthode prétend répondre à la demande, aussi bien des employeurs et des salariés que des services de Santé au travail, d'une aide à l'évaluation des risques. Elle permet de valoriser l'action du médecin du travail et de son équipe pluridisciplinaire, et d'initier une démarche complète et pérenne de prévention des RPS dans laquelle le service de santé au travail sera identifié comme un acteur à part entière (ce qui n'est pas toujours le cas quand l'initiateur de la démarche est un institutionnel ou un cabinet privé).

Pour appliquer ODP-RPS, il faut un minimum de connaissance du mécanisme des RPS et de la façon de les aborder en entreprise. Les préparatifs peuvent être longs mais aucune étape ne doit être évitée. Notamment, il faut s'assurer non seulement de l'accord, mais aussi de l'implication de l'employeur et des salariés. Cela passe par un cahier des charges suffisamment précis, et par un engagement écrit de l'employeur et des instances représentatives des salariés, engagement à faciliter le déroulement de l'enquête et à accepter de débattre en réunion des résultats et des propositions qui en découleront. A ce niveau, le CHSCT joue un rôle important en officialisant dans un PV l'accord de l'employeur et des salariés à la démarche qui aura été construite avec l'aide d'un comité de pilotage ou d'un groupe de travail *ad hoc*.

Il convient de mettre en garde contre la tentation fréquente de multiplier les "variables indépendantes" comme l'âge, l'ancienneté, le grade, la fonction, le lieu de travail, etc., dans l'idée d'identifier des groupes à risque pour concentrer l'attention et les actions sur eux. Cet abord n'est pas *a priori* erroné mais conduit d'une part à complexifier considérablement l'analyse statistique (la méthode doit rester simple) et à changer de niveau SOBANE (la méthode est censée s'appliquer en *dépistage* et non en *observation*).

Cette remarque n'interdit pas de sélectionner quelques variables indépendantes pertinentes (comme par exemple le lieu de

travail si l'entreprise est divisée entre plusieurs établissements) ; l'âge et l'ancienneté sont fréquemment relevés même si ces données ne sont pas toujours très contributives. Dans tous les cas, aucun sous-groupe ne doit comporter moins de 10 sujets.

Un des principaux intérêts de cette méthode, à côté de sa relative simplicité, de sa standardisation, de son adaptation à tous les secteurs d'activité, est son caractère *modulaire* qui la destine à être utilisée dans un cadre pluridisciplinaire : si l'application de la méthode exige la participation du médecin du travail, chaque étape peut être déléguée en tout ou en partie. Par exemple :

- la récupération des questionnaires peut être confiée à un(e) infirmier(e) de santé au travail ou à un(e) psychologue, ce qui ajoutera l'intérêt d'un contact direct avec les répondants,
- le codage et le dépouillement des questionnaires peuvent être délégués et répartis entre plusieurs intervenants non médicaux (assistant(e)s des SST, IPRP, …)
- l'analyse statistique peut être faite par le médecin lui-même ou bénéficier, si besoin, des compétences d'un biostatisticien, voire d'un intervenant extérieur (Institut, ORS, etc.),

L'utilisation autonome d'ODP-RPS par un intervenant non spécialisé requiert quelques compétences de base et la compréhension du fonctionnement de l'outil, qui peuvent être acquises au cours d'une formation de 2 jours dispensée dans le cadre de l'IMTEB par le Pr H.-J. SMOLIK et le Dr F. CLOCHE, initiateur de la méthode.

(Contact : Mme Sabrina LESPRIT
sabrina.lesprit@u-bourgogne.fr
Tél.:03.80.67.37.48)

Le médecin qui souhaite appliquer la méthode pour la première fois dans une de ses entreprises peut solliciter l'aide de Bourgogne Ergonomie (B.E.) par l'intermédiaire d'une saisine, l'intervention de BE étant gratuite pour les entreprises qui cotisent à un service de Santé au travail de Bourgogne/Franche Comté.

Remerciements

Cette deuxième édition est, tout comme la première, un travail collectif auquel chacune et chacun a contribué à sa mesure :

Dr Pierre ABECASSIS	Médecin inspecteur du travail	DIRECCTE de BOURGOGNE
Dr Véronique BERTHE	Médecin du travail	MT 71 (Service de santé au travail de SAONE-ET-LOIRE)
Dr Marlène BOIDIN	Médecin du travail	Service de santé au travail du Jovinien
Dr Annick BOIRON	Médecin de prévention	RECTORAT de BOURGOGNE
Mme Pascale BOUSTIE	Psychologue	MTN Prévention (Comité interentreprises de Médecine du travail de la NIEVRE)
Dr Albane CHAILLOT	Médecin du travail	Centre hospitalier spécialisé de la Chartreuse - DIJON
Dr Florence CHAPELIER	Médecin du travail	SST BTP 21 – (Service de santé au travail du BTP de la COTE D'OR)
Dr Catherine CHARRIAU-COGET	Médecin du travail	AIST 21 - (Association Interprofessionnelle de Santé au Travail de la COTE D'OR))
Dr Francis CLOCHE	Médecin du travail	Santé au travail - Nord de l'YONNE
Dr Françoise GAGNEPAIN	Médecin du travail	Service de santé au travail inter-établissements hospitaliers de SAONE-ET-LOIRE
Dr Anne GAILLARD	Médecin du travail	MTN Prévention (Comité interentreprises de Médecine du travail de la NIEVRE)
Dr Geneviève JEANNIN	interne de spécialité	
Dr Anne MERCEY	Médecin de prévention	
Dr Alain MICHEL	Médecin du travail	AIST 21 (Association Interprofessionnelle de Santé au Travail de la COTE D'OR))
Dr Noelle RINGOT	Médecin du travail	(Comité interentreprises de Médecine du travail de la Nièvre)
Dr Brigitte SENEQUE	Médecin du travail	AIST 21 (Association Interprofessionnelle de Santé au Travail de la COTE D'OR))
Dr Isabelle THOMAS	Médecin du travail	AIST 21 (Association Interprofessionnelle de Santé au Travail de la COTE D'OR))

Avec le soutien amical des docteurs Aleth CHANCENOTTE, Anne GUERY, Sandrine GUYENOT, Pierre LAGARDE, Arnaud VAN STEENKISTE, Jean Louis WACK…
et les compétences techniques d'Isabelle GRANGERET et de Jean-Marc OLIVE.

Par leur implication et leurs productions respectives, elles et ils ont permis à la **Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi** de BOURGOGNE de réaliser ce vade-mecum. Qu'ils en soient vivement remerciés.