

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**PERCEPTIONS PAR LES
EMPLOYEURS DE
L'INTERVENTION MEDICALE DANS
LES SITUATIONS DE SOUFFRANCE
PSYCHIQUE LIEE AU TRAVAIL**

FOURE Julien

Né le 17 Février 1989 à Soyaux (16)

VINCENT Fabien

Né le 21 Octobre 1983 à Beaupreau (49)

Sous la direction de M. BEGUE Cyril

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Président

Monsieur le Docteur BEGUE Cyril | Directeur

Madame le Professeur BARON Céline | Membre

Madame le Docteur PETIT Audrey | Membre

Soutenue publiquement le :
17 Mai 2018

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné FOURE Julien
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le : 24 Avril 2018

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné VINCENT Fabien
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le : 24 Avril 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine

KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Laurent CONNAN,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse,

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à ce travail et pour votre participation à notre formation de médecin généraliste.

A Monsieur le Docteur Cyril BEGUE,

De nous avoir fait l'honneur de diriger ce travail,

Votre disponibilité, vos conseils et votre patience nous ont permis de le mener à bien.

A Madame le Professeur Céline BARON,

De nous faire l'honneur de juger ce travail,

Pour votre rôle dans notre formation de médecin généraliste.

A Madame le Docteur Audrey PETIT,

De nous faire l'honneur de juger ce travail,

Pour votre participation active au travail de préparation des articles.

A l'ensemble des employeurs,

Pour avoir accepté de contribuer à ce travail et nous avoir ouvert avec bienveillance les portes de leurs entreprises,

Pour le temps accordé malgré leurs obligations et l'ouverture d'esprit dont ils ont su faire preuve.

Au Docteur Cécile ANGOULVANT et au Docteur Ghislaine JUDALET-ILLAND

Pour leur participation active au travail de préparation des articles.

Liste des abréviations

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

2. Le regard de l'employeur sur le monde médical

- 2.1. Quels sont les rôles du médecin traitant ?
- 2.2. Regard critique de l'employeur sur l'intervention du médecin traitant
- 2.3. Regard critique de l'employeur sur la médecine du travail

3. La prescription de l'arrêt de travail

- 3.1. Conséquences de la prescription médicale sur l'entreprise
- 3.2. Balance bénéfices/risques de l'arrêt de travail

4. Défauts de communication

- 4.1. Mise à l'écart de l'employeur
- 4.2. Isolement du médecin traitant
- 4.3. La médecine du travail et son rôle de médiateur

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

2. La place du médecin généraliste

3. Le secret médical et la communication

4. Les arrêts de travail

5. Médecine du travail et médiation

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Répartition du travail

FOURE Julien

Début Juin 2016, j'ai contacté le Dr.BEGUE Cyril afin de mener à bien une thèse sur le thème de la SPT. Fin Juin 2016, j'ai été contacté par Fabien VINCENT pour le rejoindre sur un projet de thèse en construction en association avec le Dr.BEGUE Cyril concernant la perception de la SPT par les employeurs. Durant l'été 2016, nous avons débuté un travail de recherche bibliographique et écrit notre fiche de thèse ainsi que le guide d'entretien. J'ai réalisé et retranscrit 8 entretiens, dont 1 entretien test, entre Novembre 2016 et Juin 2017. J'ai réalisé le codage de mes entretiens ainsi que ceux de Fabien VINCENT avant de procéder à une mise en commun. Après avoir réalisé l'ensemble des codages, nous avons travaillé ensemble sur la création des sous-thèmes et axes de la thèse durant l'été 2017. Nous avons ensuite rédigé ensemble l'intégralité des deux articles.

VINCENT Fabien

J'ai contacté le Dr.BEGUE Cyril en Mai 2015 pour effectuer un travail de thèse sur le thème de la SPT. Nous avons choisi d'effectuer une étude s'intéressant aux perceptions par les employeurs de leurs salariés en situation de SPT. Afin de réaliser un recrutement plus large et un double codage pouvant augmenter la puissance de l'étude, nous avons décidé de réaliser cette thèse à 2 co-thésards et avons contacté Julien FOURE également intéressé par ce thème qui a accepté de réaliser ce travail. Nous avons réalisé conjointement le projet de thèse et le guide d'entretien. Chacun a effectué 8 entretiens dont un entretien test. Chacun a effectué le codage de l'ensemble des entretiens puis nous avons mis en commun le codage des entretiens pour aboutir à un codage final. Nous avons réalisé ensemble l'analyse thématique des résultats, puis la rédaction du texte de chaque article.

RESUME

Objectif : Déterminer comment les employeurs percevaient l'intervention médicale auprès des salariés en situation de souffrance psychique liée au travail.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée entre Janvier et Novembre 2017. Chaque entretien a fait l'objet d'un double codage avant une analyse thématique de manière inductive au fil des entretiens.

Résultats : L'étude a porté sur 15 entretiens menés auprès d'employeurs ou de directeurs des ressources humaines d'entreprises employant de 5 à 900 salariés, localisées dans le Maine et Loire, la Sarthe et la Charente. Les critiques exprimées envers le corps médical ont été portées sur l'insuffisance des prises en charge et le sentiment de prise de parti du médecin contre l'employeur. Les employeurs ont été nombreux à aborder les conséquences, sur le fonctionnement de l'entreprise, des arrêts de travail et certains se sont interrogés sur l'évaluation, par le médecin généraliste, de la balance bénéfices/risques avant prescription. Certains employeurs déploraient leur non-accès aux informations couvertes par le secret médical et soulignaient l'isolement de chaque intervenant avec une insatisfaction du rôle de médiateur de la médecine du travail.

Conclusion : Le défaut de communication reproché aux médecins semblait déresponsabiliser les employeurs de leurs rôles de prévention et de prise en charge des cas de souffrance psychique liée au travail. Cette étude pousse à s'interroger sur les possibilités de promotion des actions de préventions au sein des entreprises et sur les possibilités d'amélioration de la communication entre employeurs et salariés et entre professionnels.

INTRODUCTION

La souffrance psychique au travail (SPT) est un phénomène sociétal émergent qui tient compte du contexte médical, psychologique, économique et législatif. Son cadre conceptuel reste imprécis mais recouvre un ensemble de notions habituellement utilisées dans la littérature (stress, burn out, dépression, harcèlement moral).

Les risques psychosociaux (RPS) apparaissent comme un nouvel enjeu de santé publique avec l'élaboration d'un troisième plan de santé au travail, sur la période 2016-2020, ayant pour objectif de mettre la qualité de vie au travail au centre des stratégies de l'entreprise et du dialogue social (1).

La SPT apparaît comme le deuxième groupe pathologique le plus fréquent dans le milieu professionnel, bien que n'entrant actuellement pas dans les tableaux de maladies professionnelles (2). Dans son bulletin épidémiologique de Mars 2015, l'institut de veille sanitaire (InVS) estime à plus d'un homme et à plus de 3 femmes actifs salariés sur 100 touchés par ce groupe d'affections (2).

Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié des travailleurs en situation de souffrance : selon l'enquête de 2009 de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), le médecin généraliste est consulté par 39 % des employés se disant stressés au travail (3). Il intervient dans le dépistage et le diagnostic de la SPT. Sur le plan thérapeutique, le médecin généraliste va pouvoir accompagner le patient, sans pouvoir agir directement sur le travail. Il occupe dans la prise en charge une place particulière notamment du fait de la prescription de l'arrêt de travail.

Actuellement en France, toutes les entreprises privées ou publiques doivent faire appel à un service de santé au travail, indépendamment de leur taille (Article L4622-1 et L4622-6 du code du travail). Le médecin du travail joue un rôle majeur dans l'entreprise par ses missions de préventeur et de médiateur en recueillant les plaintes médicales des salariés pour les convertir, le cas échéant, en recommandations pour l'employeur.

L'analyse de la littérature ne fait pas apparaître de travail s'intéressant à la perception par les employeurs de la SPT. Dans le but de comprendre l'impact de l'intervention médicale sur la prise en charge des patients en situation de SPT, il semble important de s'intéresser à la perception des employeurs face à nos actes médicaux et leurs répercussions sur le monde de l'entreprise.

L'objectif principal était de déterminer comment les employeurs percevaient l'intervention médicale auprès des salariés en situation de SPT.

MÉTHODES

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès d'employeurs ou de directeurs des ressources humaines (DRH) localisés dans le Maine et Loire, la Sarthe et la Charente. Deux entretiens tests ont été réalisés.

L'échantillonnage visait une variation maximale sur le sexe, l'âge, la taille de l'entreprise, le secteur d'activité et la localisation géographique.

La population cible initiale se limitait aux Très Petites Entreprises (TPE) et Petites et Moyennes Entreprises (PME) puis a été élargie au cours de l'étude.

Les employeurs et DRH ont été recrutés directement par e-mails, par un réseau de connaissances et par effet boule de neige (recommandation d'un autre employeur par un employeur ayant participé à l'étude).

L'élaboration du guide d'entretien a été réalisée à partir de recherches bibliographiques et avis d'experts. Le guide d'entretien, non modifié au cours de l'étude, explorait les dimensions suivantes : description d'une situation de SPT chez un salarié, représentations de l'arrêt de travail par l'employeur et possibilités d'interventions de l'employeur dans un cas de souffrance psychique au travail.

Les entretiens ont été menés de manière individuelle par deux chercheurs et se sont déroulés de Janvier à Novembre 2017 en visant la saturation des données. Chaque entretien était enregistré, puis retranscrit intégralement sur traitement de texte Word. Un double codage ouvert a été effectué à l'aide du logiciel Nvivo (version 11.4.2) puis a été réalisée une analyse thématique de manière inductive au fil des entretiens. Une fiche de consentement a été remise et signée avant réalisation de chaque entretien. L'ensemble des données a été anonymisé. Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique du CHU d'Angers (Avis N°2016/109).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Les entretiens ont été réalisés au sein des différentes entreprises auprès de dirigeants et de DRH. La durée moyenne était de 50 minutes (de 25 à 78 minutes). Le tableau I décrit les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des professionnels interrogés.

Il a été réalisé et intégré 15 entretiens dont 1 entretien test. Le deuxième entretien test n'a pas été intégré par défaut de méthodologie.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Entretien	Age (Années)	Genre (Femme/Homme)	Nombre de salarié	Poste de la personne interrogée	Secteur d'activité	Localisation
E1	37	H	[0 ; 10]	Dirigeant	Commerce	Maine et Loire (49)
E2	35	H	[10 ; 50]	Directeur salarié	Activité de service	Maine et Loire (49)
E3	47	H	[50 ; 250]	Dirigeant	Santé humaine et action sociale	Maine et Loire (49)
E4	?	F	[50 ; 250]	DRH	Industrie manufacturière	Maine et Loire (49)
E5	45	H	[10 ; 50]	Dirigeant	Commerce	Maine et Loire (49)
E6	50	H	[50 ; 250]	Dirigeant	Industrie manufacturière	Maine et Loire (49)
E7	68	H	[10 ; 50]	Dirigeant	Santé humaine et action sociale	Maine et Loire (49)
E8	46	F	[250 ; 500]	DRH	Santé humaine et action sociale	Maine et Loire (49)
E9	46	H	[250 ; 500]	Directeur salarié	Santé humaine et action sociale	Maine et Loire (49)
E10	61	H	[10 ; 50]	Dirigeant	Industrie manufacturière	Charente (16)
E11	?	H	[10 ; 50]	Dirigeant	Industrie manufacturière	Charente (16)
E12	57	F	[50 ; 250]	Directeur salarié	Santé humaine et action sociale	Charente (16)
E13	44	H	[10 ; 50]	Dirigeant	Industrie manufacturière	Sarthe (72)
E14	52	H	[250 ; 500]	DRH	Information et communication	Maine et Loire (49)
E15	48	F	[500 ; 1000]	DRH	Industrie manufacturière	Maine et Loire (49)

2. Le regard de l'employeur sur le monde médical

2.1. Quels sont les rôles du médecin traitant ?

La plupart des employeurs a reconnu au médecin traitant un objectif de soins, de soutien, d'écoute et de protection du salarié : « Mais je comprends aussi la volonté du docteur, c'est que le salarié se soigne, que sa plainte soit prise en compte et qu'elle soit soignée » (E13).

Une grande partie des employeurs a attribué au médecin traitant un rôle d'alerte dans la SPT. Plusieurs employeurs ont fait part de leur souhait d'être contactés directement par le médecin traitant pour envisager des actions au sein de l'entreprise : « Si c'est un problème avec une personne, l'action du médecin sera peut-être de rentrer en contact avec le chef d'entreprise [...] et après dans la discussion on peut trouver des solutions » (E6). Un employeur a mentionné la nécessité d'alerter la médecine du travail dans le but d'une prise en charge neutre : « Moi dans mon sens, c'est diriger essentiellement la personne vers le médecin du travail et peut-être avoir un retour ou un échange écrit avec le médecin du travail. Moi je verrais ça plus comme ça, comme un rôle d'alerte » (E12).

Quelques employeurs ont attribué un rôle d'enquête autour de la SPT au médecin traitant dans l'objectif de déterminer la cause de cette souffrance : « Comprendre vraiment la nature du problème, alors c'est quoi, est-ce que c'est la relation avec une personne ? Est-ce que c'est le travail ? Est-ce que c'est le client ? Est-ce que c'est son métier qu'il aime pas ? [...] Je pense que le travail il est là, d'aller le plus loin possible dans l'enquête quelque part. » (E6). Certains d'entre eux ont souhaité de la part des médecins traitants un regard objectif sur la situation, avec une remise en cause des propos du salarié, et la nécessité de ne pas statuer sur sa seule version.

Un employeur a rapporté la nécessité pour le médecin traitant de recommander le dialogue avec son employeur en cas de SPT.

Un employeur a fait part de ses difficultés à déterminer le rôle du médecin généraliste dans un cas de SPT.

2.2. Regard critique de l'employeur sur l'intervention du médecin traitant

Les employeurs ont été nombreux à s'interroger sur la capacité et la volonté des médecins généralistes à dépister la SPT derrière les plaintes somatiques de leurs patients : « Après que peut être les médecins vont pas forcément chercher plus loin, elle dit qu'elle a mal là, bon bah voilà [...] Et jamais il se dit « tiens elle a mal au ventre » mais il va pas chercher plus loin [...] Moi quand elles arrivent là, je me dis tiens il y a un problème et je vais essayer de chercher les infos. Peut- être que le médecin, il ne va pas chercher ça » (E8).

Certains employeurs ont également fait part de leurs interrogations sur la présence ou non d'un soutien psychologique organisé par le médecin généraliste en cas de SPT. Un employeur a émis un doute sur le fait que les salariés soient bien suivis faute de temps disponible des médecins généralistes. Un employeur a remis en cause les compétences du médecin généraliste pour assurer le suivi psychologique des patients et reprochait au médecin de ne pas avoir adressé le salarié à un spécialiste : « il est pris en charge par son médecin généraliste, qui le voit toutes les semaines, il a été en arrêt, pour dépression, plus d'un an, sans qu'elle l'ait envoyé voir un psychiatre ! Et en fait parce qu'elle se substituait, elle jouait sa psychologue et elle l'envoyait pas voir un psychiatre » (E15).

Quelques employeurs ont émis une critique remettant en cause l'honnêteté de certains médecins : suspicion de clientélisme, délivrance d'arrêts de travail de complaisance, satisfaction à découvrir un cas de harcèlement et réputation de certains à donner facilement des arrêts de travail « Après je ne sais pas, c'est vrai qu'il peut y avoir entre guillemets un certain clientélisme où le médecin va mettre de l'arrêt en disant : "c'est pas grave c'est la sécu qui paye", ça c'est des réflexions qu'on peut entendre au quotidien » (E2). Un employeur a rapporté un sentiment de fausses représentations du monde de l'entreprise par les médecins généralistes avec une vision négative du monde du travail.

Un grand nombre d'employeur a estimé qu'il était possible de tromper le médecin grâce à des plaintes physiques ou psychiques non objectivables. Ils ont été nombreux à rapporter des cas de suspicions de « manipulations » du médecin traitant : « Elle a pu jouer la comédie, arriver dans son cabinet en pleurs comme elle a déjà fait. Donc euh... c'est indécelable si on ne connaît pas la personne » (E7). La possible manipulation semblait favorisée par la seule connaissance de la version du salarié par le médecin.

2.3. Regard critique de l'employeur sur la médecine du travail

La plupart des employeurs a abordé le rôle de la médecine du travail dans les situations décrites : rôle de médiation, d'alerte, de maintien dans l'emploi et consultatif avant licenciement.

De nombreux employeurs ont exprimé leur insatisfaction globale vis-à-vis de la médecine du travail. Ils dénonçaient l'absence de contacts réguliers, le coût financier sans service rendu satisfaisant et la méconnaissance de l'entreprise par le médecin du travail : « On a des comportements de la médecine du travail complètement incompréhensibles... Ils ne comprennent rien... Font rien... Et racontent n'importe quoi... On a des arrêts pour inaptitudes temporaires/partielles/définitives qui sont ahurissantes » (E9). Certains employeurs ont déclaré leurs désaccords avec les décisions prises par la médecine du travail et remettaient en cause leurs compétences médicales. Certains employeurs ont jugé la médecine du travail inutile dans la prise en charge des cas de SPT : « Après vous me direz, il y a peut-être la médecine du travail etc... mais là en l'occurrence elle n'a pas été mise dans la boucle [...] Et puis en plus, qu'est-ce qu'elle aurait pu faire ? » (E13).

Certains employeurs ont, eux, décrit leur satisfaction de contacts réguliers avec la médecine du travail et l'ensemble des bénéfices apportés par des échanges réguliers avec notamment une meilleure compréhension globale des conditions de travail au sein de l'entreprise. Parmi eux, certains ont émis le souhait d'un rôle plus important de la médecine du travail dans la gestion de la SPT avec notamment la prescription de l'arrêt de travail.

Au cours des entretiens, une seule entreprise comprenait un service de médecine du travail intégrée à l'entreprise avec une coopération étroite entre DRH et service de médecine du travail avec une analyse commune de cas de SPT déclarés au sein de l'entreprise et des échanges multiples permettant la détection précoce des cas de SPT. Le médecin du travail apparaissait comme le coordinateur principal dans les cas de SPT (organisation du suivi, recours à une psychologue du travail si nécessaire). Cette entreprise a reconnu les RPS comme un risque émergeant au sein de l'entreprise et a déclaré une volonté particulière de prévention et de prise en charge de ces risques.

3. La prescription de l'arrêt de travail

3.1. Conséquences de la prescription médicale sur l'entreprise

La majorité des employeurs a rapporté un impact très important des arrêts de travail sur l'entreprise.

L'arrêt de travail a été décrit par plusieurs employeurs comme à l'origine d'une discontinuité du travail par son caractère brutal empêchant ainsi la transmission des informations entre salariés se remplaçant. Les employeurs ont décrit des difficultés à compenser l'absence des salariés en arrêt de travail, parfois par l'embauche de remplaçants mais principalement par une compensation des autres salariés ou par l'employeur lui-même. Deux employeurs ont décrit un impact plus important sur des postes clés non doublés au sein de l'entreprise mettant en péril le fonctionnement de l'entreprise.

De nombreux employeurs ont décrit que les arrêts de travail étaient pourvoyeurs d'une dégradation des conditions de travail et d'une majoration de la charge de travail des salariés restants : « Bah du coup plus d'heures, plus de boulot et puis ça rajoute du stress à tout le monde... » (E6). Certains employeurs ont décrit que l'arrêt de travail pouvait être à l'origine d'une dégradation du climat de l'entreprise et d'un sentiment d'injustice entre salariés : « Parce que ça s'autoalimente du coup... Au bout d'un moment elles tiennent plus. Puis au bout d'un moment c'est "ça va moi je ne suis jamais en arrêt et on m'en met plein la gueule du coup je me mets en arrêt" » (E8).

Certains employeurs ont décrit un coût financier important des arrêts de travail au sein de l'entreprise par le biais : du coût social des arrêts de travail, d'une mise en péril de la rentabilité et de la lourdeur de la gestion administrative. « Les arrêts de travail nous demandent un travail absolument inouï [...] un coût considérable en régulation pour l'encadrement qui doit passer peut-être la moitié de son temps de travail à gérer les remplacements. Alors je dis ça mais je n'ai pas de chiffre, mais c'est monstrueux » (E9).

Une grande partie des employeurs a décrit un impact négatif sur l'image de l'entreprise lors de cas de SPT ou d'arrêts de travail multiples au sein de l'entreprise : « Oui, et forcément ça a des conséquences sur le côté client à un moment ou un autre. Si l'ambiance se dégrade en interne ça a un impact, c'est ressenti à l'extérieur et ça a un impact négatif sur notre image » (E2).

3.2. Balance bénéfices/risques de l'arrêt de travail

Une grande partie des employeurs a reconnu une utilité à l'arrêt de travail en cas de SPT. Ils lui ont décrit un rôle bénéfique initial, un rôle thérapeutique, un rôle d'alerte pour l'employeur et un rôle protecteur en cas de mise en danger du salarié. Certains employeurs ont émis des conditions à l'utilité de l'arrêt de travail : que la SPT soit véritable et que l'arrêt est une durée limitée. Dans le secteur « Santé humaine et action sociale », la poursuite du travail en cas de SPT a été décrite comme un risque potentiel de maltraitance.

Les employeurs ont fait part de leurs attentes concernant les bénéfices de l'arrêt de travail. Cette période devait être propice à une prise de recul, à la recherche de solutions pour résoudre le problème ou à se questionner sur un changement de travail : « Oui pourquoi pas, mais il faut que ce ne soit pas un temps indéterminé quoi, il faut trouver une solution sur un temps bien précis et aider la personne à reprendre son travail » (E4).

Certains employeurs ont remis en cause l'utilité de l'arrêt de travail en cas de SPT. Certains employeurs rapportaient l'inutilité des arrêts de travail courts et répétitifs alors que d'autres décrivaient l'inutilité des arrêts de travail de longue durée. Quelques-uns ont décrit des conséquences psychologiques négatives de l'arrêt de travail avec risque d'isolement social et de victimisation du salarié. Quelques employeurs ont abordé l'aspect bénéfique d'un maintien dans l'emploi avec principalement l'absence de rupture de dialogue avec l'entreprise.

Certains employeurs se sont interrogés sur cette évaluation de la balance bénéfices/risques par le médecin généraliste avant la prescription d'un arrêt de travail. Ils se sont interrogés sur la recherche d'autres solutions avant la prescription d'un arrêt de travail « Moi ce que je comprends c'est qu'on a traitement = arrêt... » (E9). Ils ont également insisté sur la nécessité pour le médecin de prendre en compte les répercussions de la prescription de l'arrêt de travail sur l'entreprise : « Peut -être poser des questions aux salariés, pour savoir "est-ce que vous avez un job pour lequel vous pourriez être remplacé facilement ou pas"... Enfin bref, qu'il prenne en compte l'environnement de l'entreprise quoi... » (E13).

4. Défauts de communication

4.1. Mise à l'écart de l'employeur

La plupart des employeurs a exprimé leurs regrets concernant le manque d'accès aux informations médicales.

Certains employeurs n'ont pris connaissance de la SPT de leur salarié que tardivement, la plupart du temps au cours d'une procédure (enquête de l'assurance maladie, reconnaissance en maladie professionnelle, enquête de l'inspection du travail). Cette absence de connaissance semblait être entretenue à leurs yeux par l'ignorance des motifs d'arrêts de travail.

Certains employeurs ont fait part de leur souhait d'un accès aux informations médicales à l'embauche ou au cours des procédures administratives. Quelques employeurs ont exprimé leurs interrogations sur le contenu du secret médical et évoqué la possibilité pour le médecin traitant de communiquer des informations non médicales : « Peut-être que lui il aurait le droit de me dire [...] Tant que c'est pas un truc médical je m'en fous, il peut m'en parler non ? » (E8). Un employeur a reconnu le rôle protecteur du secret médical pour le salarié, alors qu'un employeur l'a décrit comme un frein à la résolution du problème au sein de l'entreprise avec le sentiment que le secret médical libérait le médecin de toute justification : « C'est-à-dire que le médecin prend une décision et n'a plus besoin de justifier quoi que ce soit, il a forcément raison comme le secret médical c'est secret. Donc il s'est trompé ou il ne s'est pas trompé... C'est comme ça... » (E7).

Certains employeurs ont exprimé un sentiment de mise à distance vis-à-vis de l'intervention médicale avec une absence d'écoute de leurs propositions : « Donc je lui avais dit "ben écoutez, essayez de voir avec votre docteur, peut-être que vous pourriez essayer de faire quelque chose de temporaire... je ne sais pas... un petit mi-temps... si vous n'êtes pas bien le matin... [...] son docteur lui a préconisé un arrêt total » (E13). Quelques employeurs ont décrit un sentiment de trop grande puissance de la décision médicale en cas de conflit avec absence de contre-pouvoir de l'employeur malgré parfois leur désaccord avec les décisions médicales.

La plupart des employeurs a exprimé le souhait d'une communication directe avec le médecin traitant. Le souhait de communication avait pour objectifs : éviter l'arrêt de travail, alerter l'employeur et envisager une adaptation dans l'entreprise. « Il faudrait qu'on ait un contact avec le médecin traitant ou avec le psy pour qu'on puisse dialoguer, où en est-on, qu'est-ce qu'on peut faire, est ce qu'il est en capacité de revenir, si oui est ce qu'il y a des conditions au préalable à mettre en œuvre pour l'accueillir au sein de l'entreprise » (E14). Aucun

employeur n'a déclaré avoir été contacté par le médecin traitant. Certains employeurs ont exprimé ne pas comprendre l'absence de contact du médecin traitant, quelques-uns ont suggéré un manque de temps ou un manque d'habitude.

Ce sentiment de mise à l'écart de l'employeur était également secondaire à l'absence de possibilité de confrontation des versions en cas de conflit avec un salarié en dehors des tribunaux.

4.2. **Isolement du médecin traitant**

Certains employeurs ont décrit une difficulté pour le médecin traitant d'agir correctement du fait de la méconnaissance du contexte professionnel du salarié : « Le médecin généraliste, je pense que pour lui c'est compliqué. D'abord il n'a aucune connaissance de l'entreprise aussi, donc qu'est-ce qu'il peut faire » (E7). Quelques employeurs ont également décrit un sentiment d'absence de préoccupation pour l'entreprise et une ignorance globale du monde de l'entreprise par le médecin traitant : « Déjà il faudrait que les médecins généralistes sachent ce que c'est une entreprise, première chose » (E14). Certains employeurs ont même exprimé une illégitimité du médecin traitant à intervenir dans les situations de SPT et leur volonté d'écartier le médecin traitant des problématiques en lien avec le monde du travail « Moi c'est mon avis, on peut pas demander à un généraliste de décider d'un arrêt maladie pour des conditions de travail d'un salarié, je veux dire le médecin généraliste il ne connaît pas l'entreprise il ne connaît pas l'employeur, il ne connaît pas le secteur d'activité » (E3).

Un employeur a également évoqué la possible dissimulation d'informations médicales par l'employé du fait de l'absence d'un dossier médical commun.

4.3. La médecine du travail et son rôle de médiateur

Certains employeurs ont décrit le souhait d'un rôle de médiation de la médecine du travail entre salariés et employeurs. La médecine du travail devait avoir un rôle de lien et de conseils dans les cas de conflit au sein de l'entreprise.

Certains employeurs ont décrit l'absence de coopération entre les différents intervenants comme un frein à la résolution des cas de SPT : « Donc sur ces cas-là, on peut souffrir du manque de relation sur lesquelles on a du mal à travailler un retour dans l'entreprise, parce que pour travailler un retour dans l'entreprise, là il faut quasiment travailler entre le médecin traitant, le médecin du travail et l'entreprise » (E15).

Un employeur a également attribué à la médecine du travail un rôle de confrontation des versions du salarié et de l'employeur : « si l'employeur ne veut pas discuter ce sera au médecin du travail de jouer son rôle de médiateur. Le rôle du médecin du travail est de conseiller le salarié et l'employeur. Si le salarié ne souhaite pas appeler son employeur, il peut demander au médecin du travail de le faire. Le médecin du travail, c'est le lien ! » (E12).

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

L'intégralité des entretiens a été réalisée à titre individuel, au sein de l'entreprise mais dans des lieux isolés propices à la liberté de discours. Pour deux d'entre eux, la durée a pu être limitée par le temps disponible des employeurs.

Cette étude apparaît originale sur le thème de la SPT car s'intéressant pour la première fois à la perception des employeurs.

Le recrutement de l'étude a permis d'explorer un échantillon en variation maximale sur l'ensemble des variables avec cependant une surreprésentation des sujets masculins et du Maine et Loire. La durée des entretiens a permis un recueil de données satisfaisant, avec une moyenne de 50 minutes. L'échantillon a permis d'explorer de nombreux domaines d'activité, avec une part plus importante de TPE/PME.

Le large champ exploré par le guide d'entretien a entraîné l'élaboration secondaire de deux articles avec deux questions de recherche au moment de la rédaction des résultats. Seuls les résultats concernant la perception par les employeurs de l'intervention médicale dans les situations de souffrance psychique au travail ont été présentés ici. La deuxième question portant sur la perception par leurs employeurs des salariés en situation de SPT a fait l'objet d'un deuxième article.

Les biais d'intervention et d'interprétation ont été limités par la réalisation d'un double codage et d'une double analyse des entretiens retranscrits par les deux chercheurs.

La saturation des données, semblant être obtenue au 13^{ème} puis 14^{ème} entretien, a été remise en cause par la réalisation d'un 15^{ème} entretien faisant apparaître de nouvelles données liées à une connaissance particulière de l'employeur des RPS, à la taille importante de l'entreprise et à la volonté de prévention au sein de cette entreprise.

2. La place du médecin généraliste

Au cours de l'étude, de nombreux employeurs ont émis leurs interrogations quant aux rôles du médecin généraliste. En 2002, la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) propose une définition européenne des rôles du médecin généraliste comprenant notamment : gérer le premier contact avec les patients, coordonner les soins avec d'autres professionnels, adopter une approche centrée sur la personne, utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient (4).

De nombreux employeurs ont mis en doute l'honnêteté de certains médecins à travers : la prescription d'arrêts de travail de complaisance, la prise de position partisane du médecin pour son patient contre l'entreprise et la prescription d'arrêts de travail sans chercher à déceler la possible « manipulation » du patient. A ce jour, la proportion d'arrêts de travail non justifiés reste difficile à évaluer. Les chiffres rapportés restent très variables avec un pourcentage de 6% évoqué par la CNAMTS contre des chiffres allant jusqu'à 50 % pour certains organismes privés de contrôle patronal (5). Le thème des arrêts de travail abusifs ou de complaisance ainsi que la facilité d'obtention d'un arrêt de travail est un thème repris régulièrement dans la presse (6). Ce traitement médiatique, bien que non établi sur une base de données fiable, pousse également à s'interroger sur l'impact de ces articles sur la perception des employeurs et de la population générale.

En 2008, une étude menée au Royaume-Unis montrait que les patients bénéficiant d'un arrêt de travail lors d'une consultation attendaient autre chose du médecin : ils apparaissaient demandeur d'une évaluation de leur situation par le médecin et pas seulement d'un arrêt de travail (7). Aucune étude similaire en France n'a été mené à ce jour, mais cette étude pourrait aller à l'encontre de certaines images péjoratives du salarié bénéficiant d'un arrêt de travail.

Le médecin généraliste, dans les cas de SPT, se retrouve confronté à différentes contraintes : une obligation de moyen pour le patient, se conformer au respect des bonnes pratiques et ne pas négliger les conséquences socio-économiques de ses actes. Au moment de la rédaction de l'arrêt de travail, le médecin généraliste incarne deux rôles : celui de soignant par le caractère thérapeutique de l'arrêt de travail et celui d'expert mandaté par la société pour évaluer la capacité du patient à travailler. Ce double rôle risque d'introduire une ambiguïté dans la relation médecin-patient, basée sur l'empathie du médecin envers son patient et sur une confiance mutuelle. Ainsi selon la psychologue Caroline Dedeystere : « Le fait d'approuver ou de ne pas approuver ou d'évoquer un arrêt de travail peut être vécu par le patient comme preuve de compréhension ou

comme un déni de ses difficultés, comme un manque ou une marque de confiance, une confirmation de sentiments d'insuffisance ou une valorisation de ses ressources » (8).

La requête du patient exprimant une demande d'arrêt de travail peut amener classiquement le médecin dans une situation où la demande lui paraît injustifiée et où il doit savoir dire non. Le « savoir dire non » apparaît comme une nécessité pour le médecin pour poser ses propres limites et éviter de se laisser envahir par des demandes abusives. De nombreux médecins expriment régulièrement leurs difficultés face à cette notion de « savoir dire non » avec comme principale peur la dégradation de la relation avec leur patient. La notion de « savoir dire non » amène à décrire les attitudes nécessaires à l'établissement d'une relation d'aide centrée sur le patient : l'empathie, la considération positive inconditionnelle (capacité à ne pas juger l'autre) et la congruence (aptitude à s'écouter soi-même) (9).

D'un point de vue réglementaire, le code de déontologie interdit la délivrance de certificat de complaisance (Article 28) et le code pénal condamne la rédaction de faux certificats, passible de 5 ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende (article 441-2 du code pénal).

Certains employeurs se sont interrogés sur les compétences des médecins généralistes devant les problématiques psychiques de leurs patients concernant : leur capacité à évoquer une origine psychique devant une plainte présentée comme somatique et leur compétence à assurer le suivi du patient présentant un trouble psychique. Le médecin généraliste, du fait de la relation avec le patient dans le temps et de son rôle de médecin traitant, est aujourd'hui majoritairement l'interlocuteur principal des patients. Ce rôle central lui permet d'interpréter la plainte du patient par une connaissance globale de la personne et d'aboutir à un diagnostic de situation. Le diagnostic et la prise en charge de la SPT fait partie des compétences attendues du médecin généraliste, avec le recours à un spécialiste en cas de nécessité. Le médecin généraliste va donc s'appuyer sur une approche globale du patient et effectuer un soutien psychologique par une psychothérapie qui lui est propre (10).

3. Le secret médical et la communication

Au cours de l'étude, le problème du secret médical est apparu à plusieurs reprises comme un aspect négatif pour les employeurs. Les employeurs ont rapporté une amertume à méconnaître les aspects médicaux au cours des différentes procédures et ont également fait apparaître le secret médical comme un frein à leur possibilité d'actions en cas de SPT.

Pour rappel, le secret professionnel est défini par l'article 4 du code de déontologie : « Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Les possibilités d'échanges des informations médicales, modifiées par la Loi de Santé 2016, sont définies dans l'article L1110-4 du code de santé publique : « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ».

Le médecin du travail, par son rôle de préventeur, entre donc dans la catégorie des professionnels susceptibles d'échanger des informations avec le médecin traitant. Cependant, le partage de l'information médicale avec le médecin du travail nécessite un consentement préalable du patient : « Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée » (Article L1110-4 Code de Santé Publique). Ce consentement peut être retiré à tout moment par le patient.

Aucun intervenant ne pouvant déroger au secret médical ni en être délié par le patient, la communication directe d'informations médicales à l'employeur reste impossible même avec l'accord du salarié.

La volonté des employeurs de promouvoir la communication entre médecin traitant/employeur/médecin du travail n'apparaît donc pas réalisable au regard du droit.

4. Les arrêts de travail

Au cours des entretiens, les employeurs ont rapporté des bénéfices et des risques secondaires à la prescription d'un arrêt de travail par le médecin généraliste dans les situations de SPT. Certains employeurs se sont notamment interrogés sur l'évaluation de cette balance bénéfices/risques par le médecin généraliste lors de sa prescription. Les bénéfices/risques décrits au cours de l'étude sont concordants avec le tableau bénéfice/risque établi par le SISTEPACA en 2015 (11). Ainsi, les employeurs reconnaissaient un rôle thérapeutique de l'arrêt de travail avec le bénéfice d'une mise à distance permettant un travail de réflexion pour le salarié et l'employeur. Ils décrivaient également le risque de cristalliser la situation sans la résoudre, et le risque de stigmatisation ou de dévalorisation professionnelle du salarié. Le risque de victimisation et d'isolement social, décrit par les employeurs, n'était cependant pas retrouvé dans la littérature.

Dans son tableau, le SISTEPACA décrit une possible recherche d'éviction du salarié de l'entreprise par l'employeur à travers des arrêts prolongés. Cette donnée, retrouvée plus spécifiquement dans le cadre du harcèlement, n'a pas été retrouvée en raison de l'absence de déclaration de harcèlement par les employeurs dans cette étude.

De nombreux employeurs ont également abordé le sujet de la durée des arrêts de travail, en décrivant à la fois l'inutilité des arrêts courts, répétés et des arrêts « longs ». Cette notion de durée d'arrêt de travail, dans le cadre de la SPT, est peu abordée dans la littérature et pose le problème de l'évaluation du patient avant son retour au travail. L'assurance maladie, dans ses référentiels, propose une durée d'arrêt de travail pour « troubles anxioc-dépressifs mineurs » évaluée à 14 jours, et ce indépendamment de la cause d'origine du trouble. En 2014, une étude réalisée auprès de médecins généralistes faisaient apparaître une durée moyenne des arrêts initiaux d'environ 14 jours (12). Cependant, la durée totale de l'arrêt de travail était la plupart du temps supérieure et les médecins revoyaient en majorité le patient avant la reprise du travail (12).

La plupart des employeurs considérait que le médecin généraliste devait prendre en compte, dans la balance bénéfices/risques, les conséquences directes de la prescription d'arrêts de travail sur l'entreprise. Cette demande, bien que légitime de leur part, n'entre pas dans le champ de compétences du médecin généraliste dont le rôle essentiel est d'assurer et de préserver la santé mentale et physique de son patient.

Les employeurs ont tous mentionné le coût social des arrêts de travail, et les conséquences des arrêts sur leur activité. Le médecin, en prescrivant l'arrêt de travail, entraîne le déclenchement des mesures de protections sociales et engendre une dépense pour l'assurance maladie. Le rapport à la commission des comptes

de la sécurité sociale 2017 fait apparaître un coût des indemnités journalières de 9 milliards d'euros pour les soins de ville, avec une tendance à la hausse de + 4,1 % entre 2016 et 2016 (13). Afin de contrôler ses dépenses, l'assurance maladie entreprend des actions auprès des médecins : communication des chiffres de dépense, instauration de référentiels sur la durée des arrêts de travail, établissement de statistiques pour chaque médecin, instauration d'objectifs de réduction et mise sous contrôle ou sanctions financières pour les médecins dépassant la moyenne locale. La durée des arrêts de travail, entrant également dans le cadre de la liberté de prescription, n'apparaît donc pas sans contrôle.

5. Médecine du travail et médiation

En France, l'employeur doit prendre les mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés (Article L4121-1 du code du travail). La médecine du travail s'applique à tous les salariés quelque soit leur régime ou leur type de contrat. Au cours de l'étude, nombreux sont les employeurs à avoir émis des critiques, parfois très sévères, à l'encontre des services de santé au travail.

Ces critiques étaient principalement basées sur un sentiment de trop grande distance, leur reprochant un manque de contact et le peu de présence dans l'entreprise. Les employeurs étaient demandeurs d'une plus grande présence des médecins afin de mieux connaître l'entreprise et ainsi faire des recommandations plus adaptées. Les contacts réguliers ainsi que la présence des médecins du travail aux réunions du CHSCT semblaient améliorer la qualité des prises en charge des cas de SPT et limiter les arrêts de travail évitables. Cependant, il n'a pas été retrouvé d'étude dans la littérature explorant l'impact d'une meilleure connaissance de l'entreprise par le médecin du travail, ni d'étude comparative entre un service inter-entreprise et un service autonome. Dans cette étude, la présence du médecin du travail au sein d'un grand groupe a été un exemple d'action possible, avec notamment l'étude de cas des salariés présentant une SPT au sein de l'entreprise avec pour objectif une amélioration de la prise en charge globale.

Certains employeurs souhaitaient voir augmenter le rôle et le champ d'action des médecins du travail dans la prise en charge des pathologies du travail, notamment par la prescription directe des arrêts de travail. Les employeurs semblaient trouver plus légitime la prise en charge directe par le médecin du travail. Ceci s'oppose directement au rôle uniquement préventeur et non curateur du médecin du travail.

De manière réglementaire le médecin du travail, à travers son rôle de préventeur, a un devoir de signalement des risques collectifs (Article L4624-9 du code du travail). Cette alerte a pour but d'identifier les situations préoccupantes de travail, voire dangereuses. Dès lors que le médecin constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il doit réaliser un écrit à destination de l'employeur, mis à disposition du CHSCT (14). Le CHSCT apparaît comme lieu de débat entre acteurs syndicaux, patronaux et médecins du travail (15). Les ordonnances du 23 Septembre 2017, réformant le code du travail, proposent une fusion des instances représentatives du personnel en un comité social et économique avec disparition de CHSCT autonomes. Ces ordonnances induisent, actuellement, une réaction de méfiance des médecins du travail craignant une dégradation de leur rôle de prévention au sein des entreprises (16).

CONCLUSION

La SPT et les RPS apparaissent aujourd’hui comme des enjeux de santé publique au carrefour de l’économie, de la santé et du rapport au travail. Ces problématiques font intervenir une triade d’acteur : le médecin généraliste, le médecin du travail et l’employeur. Le thème des RPS a fait l’objet de nombreuses études médicales mais aucune d’entre elles ne s’est intéressée à la perception des employeurs sur le monde médical.

Cette étude qualitative a permis de mettre en évidence les attentes et méconnaissances de l’employeur envers le monde médical. Les employeurs ont attribué aux médecins généralistes : une fonction de soins et de soutien, un rôle d’alerte auprès de la médecine du travail, un rôle d’enquête sur l’origine de la SPT. Certains employeurs ont apporté un regard critique envers le monde médical, voire de méfiance, avec un sentiment d’insuffisance de prise en charge et de prise à parti du médecin contre l’employeur. Les employeurs ont été nombreux à aborder les conséquences des arrêts de travail et certains se sont également interrogés sur l’évaluation, par le médecin généraliste, de la balance bénéfices/risques avant prescription. Une insatisfaction globale envers la médecine du travail s’est dégagée au cours de l’étude, notamment sur leur rôle de médiation et de lien avec le médecin généraliste.

La plupart des employeurs ont décrit les défauts de communication entre médecins généralistes et médecins du travail et entre médecins et l’employeur comme le frein principal à la résolution des cas de SPT. Ces défauts de communication semblaient déresponsabiliser les employeurs de leurs rôles de prévention et de prise en charge des cas de SPT. Cette étude pousse à s’interroger sur les possibilités de promotion des actions de prévention au sein des entreprises et sur les possibilités d’amélioration de la communication entre employeur, salarié et entre professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

1. Plans de santé au travail (PST). Ministère du Travail. 2015. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/article/plans-de-sante-au-travail-pst>
2. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol M-C, et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en france entre 2007 et 2012 à partir du programme MCP. InVS; 2015. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB_12612](http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/(id)/PMB_12612)
3. ANACT. Le stress au travail. 2009.
4. La définition européenne de la médecine générale. WONCA; 2002.
5. Contrôle médical, outil contre l'absentéisme. Disponible sur: <https://www.service-medical.fr/>
6. Comment j'ai obtenu 3 semaines d'arrêt maladie... sans être malade. leplus.nouvelobs.com. Disponible sur: <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/215137-comment-j-ai-obtenu-3-semaines-d-arret-maladie-sans-etre-malade.html>
7. O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. Fam Pract. 1 févr 2008;25(1):20- 6.
8. Dedeystère C, Stiefel F, Michaud L. S'il vous plaît docteur, mettez-moi en arrêt. Rev Med Suisse; 9; 360-4; 2013.
9. Galam E, Régis-Dumas F. Oser dire « non » avec sérénité. Revue du praticien médecine générale ; Tome 21 ; N°788-789. 2007.
10. Tranché-Vergé V. De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste : Attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique ? . 2008 Disponible sur: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_verge.pdf
11. SISTEPACA. Souffrance liée au travail - Conduite à tenir. 2015. Disponible sur: <http://www.sistepaca.org/souffrance-travail/conduite-a-tenir-souffrance-travail>
12. Begue C. Prise en charge de la souffrance psychique par les médecins généralistes. 2014.
13. Rapport à la Commissioon des comptes de la Sécurité sociale. 2017.
14. Huez D, Devaux A. Le médecin du travail doit partager son expertise. Revue Santé et Travail. 2016. Disponible sur: http://www.sante-et-travail.fr/le-medecin-du-travail-doit-partager_fr_art_1450_76996.html

15. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Ministère du Travail. 2008. Disponible sur: [http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/chsct-et-autres-interlocuteurs/comite-d-hygiene-de-securite-et-des-conditions-de-travail/chsct](http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/chsct-et-autres-interlocuteurs/comite-d-hygiene-de-securite-et-des-conditions-de-travail/qu-est-ce-qu-un-chsct/article/le-comite-d-hygiene-de-securite-et-des-conditions-de-travail-chsct)
16. Rossard M. Mobilisation pour les CHSCT . Revue santé et travail. 2017. Disponible sur: http://www.sante-et-travail.fr/mobilisation-pour-les-chsct_fr_art_641_79831.html

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	13
-----------------	----

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	6
RESUME.....	9
INTRODUCTION.....	10
MÉTHODES	12
RÉSULTATS.....	13
1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	13
2. Le regard de l'employeur sur le monde médical	14
2.1. Quels sont les rôles du médecin traitant ?	14
2.2. Regard critique de l'employeur sur l'intervention du médecin traitant	15
2.3. Regard critique de l'employeur sur la médecine du travail.....	16
3. La prescription de l'arrêt de travail	17
3.1. Conséquences de la prescription médicale sur l'entreprise	17
3.2. Balance bénéfices/risques de l'arrêt de travail.....	18
4. Défauts de communication.....	19
4.1. Mise à l'écart de l'employeur	19
4.2. Isolement du médecin traitant	20
4.3. La médecine du travail et son rôle de médiateur.....	21
DISCUSSION	22
1. Forces et faiblesses de l'étude	22
2. La place du médecin généraliste	23
3. Le secret médical et la communication.....	25
4. Les arrêts de travail	26
5. Médecine du travail et médiation	27
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	30
LISTE DES TABLEAUX	32
TABLE DES MATIERES.....	33
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide entretien

Préambule :

=> Présentation entreprise : Taille / Secteur / Type de contrats
=> Parcours personnel de l'employeur

1. Avez vous déjà eu connaissance que l'un de vos salariés était en situation de souffrance psychique dans son travail ?

Si oui, pouvez vous nous raconter cette situation ? Quel a été votre rôle dans cette situation ?
Si non, avez-vous des moyens mis en place pour éviter ce genre de situation ? Si oui, lesquels ?

Relance : - Quel est selon vous le rôle du médecin généraliste/médecin traitant ?

2. Que pensez vous de l'arrêt de travail dans le cas d'une situation de souffrance psychique liée au travail ?

Relance : - A t il sa place dans la gestion de la souffrance au travail ?
- Pour vous quels seraient ou quelles peuvent être les répercussions pour la vie de l'entreprise ?

3. Face à une situation de souffrance psychique liée au travail, quelles sont vos possibilités d'intervention ?

Relance : - Quels sont les freins auxquels vous êtes confrontés dans ce genre de situations ?
- Vous sentez vous compétent pour agir face à cela ?

Si réponse négative à la 1^{ère} question :

3. Dans le cas où vous seriez face à une situation de souffrance psychique liée au travail, quelles seraient vos possibilités d'intervention ?

Relance : - Quels seraient les freins auxquels vous pourriez être confronté dans ce genre de situations ?
- Vous sentiriez vous compétent pour agir face à cela ?

=> Lieu de rencontre / Attitude de l'employeur

Annexe 2 : Avis du comité d'éthique



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Dr Aurore Armand

Département de Médecine d'Urgence
auarmand@chu-angers.fr

Angers, le 21 octobre 2016

A Mr FOURE Julien,

A Mr VINCENT Fabien

Chers Collègues,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 12 octobre 2016 votre étude : « *Perceptions des salariés en situation de souffrance psychique au travail par leurs employeurs* » enregistrée sous le numéro 2016/109 .

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Je vous prie de croire, Messieurs, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

RÉSUMÉ

FOURE Julien – VINCENT Fabien

Perceptions par les employeurs de l'intervention médicale dans les situations de souffrance psychique liées au travail

Objectif : Déterminer comment les employeurs percevaient l'intervention médicale auprès des salariés en situation de souffrance psychique liée au travail. **Méthode :** Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée entre Janvier et Novembre 2017. Chaque entretien a fait l'objet d'un double codage avant une analyse thématique de manière inductive au fil des entretiens. **Résultats :** L'étude a porté sur 15 entretiens menés auprès d'employeurs ou de directeurs des ressources humaines d'entreprises employant de 5 à 900 salariés, localisées dans le Maine et Loire, la Sarthe et la Charente. Les critiques exprimées envers le corps médical ont été portées sur l'insuffisance des prises en charge et le sentiment de prise de parti du médecin contre l'employeur. Les employeurs ont été nombreux à aborder les conséquences, sur le fonctionnement de l'entreprise, des arrêts de travail et certains se sont interrogés sur l'évaluation, par le médecin généraliste, de la balance bénéfices/risques avant prescription. Certains employeurs déploraient leur non-accès aux informations couvertes par le secret médical et soulignaient l'isolement de chaque intervenant avec une insatisfaction du rôle de médiateur de la médecine du travail. **Conclusion :** Le défaut de communication reproché aux médecins semblait déresponsabiliser les employeurs de leurs rôles de prévention et de prise en charge des cas de souffrance psychique liée au travail. Cette étude pousse à s'interroger sur les possibilités de promotion des actions de préventions au sein des entreprises et sur les possibilités d'amélioration de la communication entre employeurs et salariés et entre professionnels.

Mots-clés : Arrêt Travail, Employeur, Médecine générale, Médecine travail, Souffrance morale

ABSTRACT

Objective: To determine how employers perceived medical intervention among employees in situations of psychic suffering related to work. **Method:** A qualitative study by semi-directed individual interviews was conducted between January and November 2017. Each interview was double coded before a thematic analysis inductively over the course of the interviews. **Results:** The study covered 15 interviews conducted with employers or human resources directors of companies employing 5 to 900 employees, located in Maine et Loire, Sarthe and Charente. The criticisms expressed towards the medical profession were focused on the insufficiency of the care and the feeling of party of the doctor against the employer. Many employers addressed the impact of work stoppages on business operations, and some questioned the general practitioner's assessment of the pre-prescription benefit / risk balance. Some employers regretted their lack of access to information covered by medical confidentiality and emphasized the isolation of each worker with dissatisfaction with the role of mediator of occupational medicine. **Conclusion:** The lack of communication reproached to doctors seemed to disempower the employers of their roles of prevention and management of cases of psychic suffering related to work. This study raises the question of the possibilities of promoting preventive actions within companies and the possibilities of improving communication between employers and employees and between professionals.

Keywords : Work stoppage, Employer, General medicine, Occupational medicine, Moral Suffering