

# Conduite à tenir pour le médecin de premier recours face aux situations de souffrance et travail

Dre ZAKIA MADIOUNI<sup>a</sup>, Dr BASTIEN CHIARINI<sup>a</sup>, MICHELA ZENONI<sup>a</sup>, JOANA MARTINS-RIBEIRO<sup>b</sup>,  
LYSIANE ROCHAT<sup>a</sup> et Dr KOSTANTINOS TZARTZAS<sup>c,d</sup>

Rev Med Suisse 2022; 18: 1303-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.788.1303

Le travail est un déterminant social important de la santé. Quand il est adapté, ses effets sur la santé des travailleurs sont bénéfiques. Des conditions de travail, rendues délétères par une gestion inadéquate d'éventuels facteurs de risque psychosociaux, peuvent entraîner des conséquences négatives sur la santé des travailleurs. Les médecins de famille sont souvent en première ligne pour établir le diagnostic de ces atteintes et coordonner leur prise en charge. Dans cet article, nous exposons les éléments-clés d'une première consultation chez le médecin de famille pour les situations de souffrance et travail et proposons une ébauche de structuration d'une filière de soins.

## Primary care and suffering at work situations

*Work is a social determinant of health. When it is adapted to the worker, its effects on health are beneficial. Unhealthy working conditions, with inadequate or absent management of psychosocial risk factors, can have negative consequences on workers' health. General practitioners are often on the front line in diagnosing these disorders and coordinating their treatment. In this article, we outline the key elements of an initial consultation with the general practitioner for situations of suffering and work and propose a draft structure for a care chain.*

## INTRODUCTION

Le travail est un déterminant social important de la santé.<sup>1</sup> Adapté au travailleur, ses effets sont bénéfiques.<sup>2</sup> Des conditions de travail délétères, notamment à cause d'une gestion inadéquate de facteurs de risque psychosociaux, peuvent avoir un impact négatif sur la santé des travailleurs. Les facteurs de risque psychosociaux sont «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»<sup>3</sup> (tableau 1). Les environnements de travail dysfonctionnels sont associés au développement de dépression<sup>4</sup> et d'idées suicidaires.<sup>5</sup> Les longues heures de travail sont associées à un risque accru d'accident vasculaire cérébral, de maladie

cardiaque<sup>6</sup> et à des consommations à risque de substances psychoactives.<sup>7,8</sup>

L'enquête suisse sur la santé de 2012<sup>9</sup> montre que l'exposition aux risques psychosociaux est corrélée avec un état général de santé perçu moins bon. L'enquête suisse sur la population active de 2020<sup>10</sup> relève que 12% des travailleurs déclarent souffrir de problèmes de santé causés ou renforcés par le travail. Les douleurs musculosquelettiques sont les plus fréquentes (58%), suivies par les atteintes psychiques (25%). Les conséquences sociales de ces atteintes sont importantes. Toujours en 2020, selon deux grands assureurs suisses, le nombre d'arrêts de travail a augmenté de 50% depuis 2012. Dans 6 cas sur 10, il s'agit de burnout ou de dépression.<sup>11</sup>

Les médecins de famille sont souvent en première ligne pour établir le diagnostic de ces atteintes et pour coordonner leur prise en charge. À notre connaissance, il n'existe pas en Suisse de guide faisant consensus pour aider les praticiens à prendre en charge et à orienter les patients vers des médecins du travail, d'autres médecins (médecins psychiatres, médecins de spécialité) ou des spécialistes non médicaux dans l'entreprise (personne de confiance, psychologue du travail, infirmière de santé au travail...) ou hors de l'entreprise (travailleurs sociaux, job coach...).

L'objectif de cet article est d'exposer les éléments-clés d'une première consultation pour souffrance et travail chez le médecin de famille et de proposer une ébauche de structuration d'une filière de soins, comme cela a pu l'être dans d'autres pays.<sup>12</sup>

TABLEAU 1	Facteurs de risque psychosociaux les plus fréquents
-----------	---

- Conflit de valeurs (par exemple, être contraint de réaliser un travail de mauvaise qualité)
- Sentiment d'être insuffisamment récompensé par rapport aux efforts fournis
- Déficit d'autonomie ou déficit de management
- Manque de soutien des collègues et de la direction
- Isolement au travail (pas de coopération entre les équipes)
- Surcharge de travail (rythme de travail élevé et/ou heures supplémentaires non souhaitées)
- Charge de travail insuffisante (rien à faire)
- Discrimination, humiliation, violence, intimidation et harcèlement au travail
- Situation difficile de l'entreprise en termes de finances, de changements organisationnels et de rotation du personnel dans des contextes où ces éléments ne sont pas communiqués ou discutés et où les changements ne sont pas accompagnés
- Précarité de l'emploi, statut d'intérim ou de salariat déguisé en autoentrepreneuriat

<sup>a</sup>Département de santé, travail et environnement, Unisanté, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Département vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, <sup>c</sup>Département des polycliniques, Polyclinique de médecine générale, Unisanté, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, <sup>d</sup>Unité d'expertises médicales, Département vulnérabilités et médecine sociale, Université de Lausanne, 1011 Lausanne  
zakia.medioni@unisanté.ch | bastien.chiarini@unisanté.ch  
michela.zenoni@unisanté.ch | joana.martins-ribeiro@unisanté.ch  
lysiane.rochat@unisanté.ch | konstantinos.tzartzas@unisanté.ch

## ÉLÉMENTS-CLÉS DE LA CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

La consultation de premier recours pour un motif rapporté à la place de travail est souvent complexe et longue car le médecin explore plusieurs domaines de la vie du patient. Les patients peuvent ne pas être conscients du lien possible entre leur état de santé et la place de travail. De ce fait, une investigation active de la situation de travail est nécessaire pour détecter précocement une éventuelle difficulté. Un deuxième rendez-vous, rapproché, peut d'emblée être proposé. Dans l'intervalle, le patient sera invité à écrire un résumé de ses problèmes au travail, leur chronologie et leur relation avec ses symptômes.

La consultation peut être divisée en deux phases. La première, centrée sur l'identification de la pathologie à l'origine de la plainte du patient; la seconde centrée sur les recommandations, en particulier asséurologiques, ces questions étant fréquentes dans ce contexte.

La première phase comprend d'abord une anamnèse et un examen physique. Elle explorera le symptôme qui a motivé la consultation, en particulier les troubles musculo-squelettiques souvent présents dans ce contexte.<sup>13</sup> À l'issue, les constatations médicales ne sont généralement pas spécifiques: douleurs mal systématisées, palpitations, perte d'appétit et troubles du sommeil. Une sensibilité aux infections, l'aggravation d'une pathologie chronique préexistante peuvent être présentes, de même qu'une augmentation des consommations de substances psychoactives. Sur le plan psychiatrique, le médecin recensera les antécédents, les hospitalisations, les dépendances et les facteurs de risque de passage à l'acte auto- ou hétéroagressif: idées suicidaires, tentatives de suicide, blessures auto-infligées. L'évaluation du potentiel suicidaire est importante face à un patient qui exprime un sentiment d'impasse. Les pathologies psychiatriques identifiables après cette investigation sont variées et non spécifiques. Le burnout est un syndrome évocateur.<sup>14</sup> Les traitements et suivis du patient seront notés. Une cartographie du réseau de soins du patient est conseillée pour avoir une vue d'ensemble de la situation médico-professionnelle du patient.

L'examen clinique est complété par l'évaluation de l'environnement de travail. Celle-ci débute par l'analyse de l'épisode actuel qui se déroule habituellement en trois phases. Une phase initiale au cours de laquelle le patient ne signale pas de difficulté, une phase à problèmes où les obstacles et les conflits apparaissent progressivement et une phase de crise, où le patient recherche et mobilise ses ressources. L'élément déclencheur peut souvent être identifié: changement de supérieur hiérarchique, mutation forcée, embauche d'un nouveau collaborateur... L'analyse des éléments de transition («qu'est-ce qui a changé?») et des éléments de résistance personnelle et collective sera détaillée. Inscrire la situation du collaborateur dans le contexte collectif peut apporter du sens à son histoire. Une restructuration, de nombreux arrêts de travail, un fort roulement de personnel peuvent être des indicateurs du style de management de l'entreprise, de sa culture organisationnelle et de la présence de facteurs de risque psychosociaux. Les ressources en entreprise et à l'extérieur de celle-ci, déjà mobilisées ou mobilisables, sont recherchées et notées.

L'environnement social et familial du patient sera également exploré. Il peut révéler des facteurs protecteurs ou aggravants. Une situation sociale précaire oblige souvent à conserver le même emploi, avec comme résultat le renforcement d'un sentiment d'impasse. Une action en justice en cours est également utile à connaître pour le praticien.

Après l'intégration de tous ces éléments, la phase de recommandations, coconstruites avec le patient, peut débiter. Un traitement symptomatique peut être nécessaire pour des troubles du sommeil, des angoisses ou des douleurs. En présence d'une symptomatologie plus sévère, le médecin de famille peut orienter le patient vers le médecin psychiatre. Il peut être nécessaire d'éloigner le patient du milieu de travail par un certificat d'incapacité totale de travail ou de diminuer la charge de travail et/ou les contacts avec le milieu professionnel par un certificat d'incapacité partielle. Le certificat d'incapacité est une prescription médicale, avec ses bénéfices et ses risques. Il doit être de courte durée et réévalué, compte tenu des objectifs de santé et de maintien en emploi établis avec le patient.

Concernant la place de travail, le patient doit être en état d'envisager son avenir professionnel avec sérénité, ce qui peut nécessiter un certain temps. Il s'agit d'identifier les valeurs professionnelles du patient, ses souhaits, y compris dans une perspective longue. Il n'existe pas de trajectoire type. Chaque patient, avec l'aide de ses médecins, identifiera une perspective professionnelle originale. Cette phase aboutit généralement à une discussion avec l'employeur. Dans ce contexte, le travail pluridisciplinaire avec le médecin du travail paraît indispensable.

### SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL: VERS UNE STRUCTURATION DE LA PRISE EN CHARGE?

Bien que les risques psychosociaux soient souvent évoqués par les médias, la prise en charge de ce qui paraît être un problème de santé publique n'est pas structurée. Elle dépend des connaissances, de l'expérience et des collaborations entre les acteurs de terrain. Cela peut suffire pour les situations simples mais est susceptible d'allonger les prises en charge plus complexes.

L'échange d'expérience entre pairs montre la nécessité de mobiliser le plus précocement possible certains acteurs pour éviter la désinsertion professionnelle. Passée la phase aiguë, l'arrêt de travail ne se justifie que si une action est entreprise à la place de travail pour l'adapter et/ou au niveau du patient pour opérer une reconfiguration mentale de la situation, si elle est possible et souhaitée. Il s'agit, pour le patient d'adopter une nouvelle grille de lecture de sa place de travail pour construire un positionnement qui ne soit plus générateur de souffrance. À défaut, le départ de l'entreprise ou une reconversion professionnelle peuvent être envisagés pour maintenir l'employabilité. La collaboration entre médecin de famille, médecin psychiatre et médecin du travail paraît naturelle dans ce contexte, le médecin de famille assurant le suivi du patient, le médecin psychiatre soignant la souffrance et travaillant autour du vécu psychique du patient et le médecin

du travail assurant l'interface avec l'entreprise. Une communication régulière entre ces trois intervenants est la pierre angulaire de cette collaboration.

L'intervention d'autres professionnels peut être utile. En cas de difficultés sociales, un assistant social réalisera un bilan et définira les actions à entreprendre selon les besoins du collaborateur, d'entente avec le réseau de soins. Il le soutiendra dans les démarches administratives pour éviter la précarisation et fournira un accompagnement pour les démarches juridiques. Un coaching par le case manager d'une assurance perte de gain peut se révéler utile pour préparer le retour au travail. L'intervention d'un psychologue du travail trouve sa place, dans l'entreprise, quand celle-ci souhaite corriger un dysfonctionnement organisationnel.

## CONCLUSION

Les situations de souffrance et travail sont fréquentes et complexes. Elles nécessitent souvent l'intervention de prestataires de soins en interdisciplinarité. Le travail en réseau des intervenants permet une conflictualisation constructive

et un apaisement des tensions par une élaboration de la « crise »<sup>15</sup> vers un éventuel changement chez le collaborateur et dans l'entreprise.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les médecins de famille sont souvent les soignants de première ligne qui prennent en charge les situations de souffrance et travail
- Ces consultations peuvent être longues et complexes et nécessitent d'envisager d'emblée une deuxième consultation
- L'intrication des facteurs précipitants de la situation de travail et souffrance nécessite habituellement l'intervention interdisciplinaire de prestataires de soins et de prestataires sociaux
- L'interdisciplinarité appliquée dans ces situations aurait un intérêt certain à évoluer vers un réseau intégré de soins sous forme de parcours de soins comprenant un médecin du travail pour assurer l'interface avec l'entreprise

1 Bodenmann P, Jackson Y, Bischoff T, et al. Précarité et déterminants sociaux de la santé : quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? Rev Med Suisse 2009;5:845-9.

2 Waddell G, Burton AK, Great Britain, Department for Work and Pensions. Is Work Good for Your Health and Well-Being? Londres: TSO, 2007. (Consulté le 2 mars 2022). Disponible sur : [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf)

3 \*\*Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. 11 avril 2011. Disponible sur : [www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000201.pdf](http://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000201.pdf)

4 \*Rugulies R, Aust B, Madsen IE. Effort-Reward Imbalance at Work and Risk of Depressive Disorders. A Systematic

Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. Scand J Work Environ Health 2017;43:294-306.

5 \*\*Nielsen MB, Nielsen GH, Notelaers G, Einarsen S. Workplace Bullying and Suicidal Ideation: A 3-Wave Longitudinal Norwegian Study. Am J Public Health 2015;105:e23-8.

6 \*Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long Working Hours and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published and Unpublished Data for 603,838 Individuals. Lancet 2015;386:1739-46.

7 \*Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long Working Hours and Alcohol Use: Systematic Review and Meta-Analysis of Published Studies and Unpublished Individual Participant Data. BMJ 2015;350:g7772.

8 \*Shahbazi S, Arif AA, Portwood SG,

Thompson ME. Risk Factors of Smoking among Health Care Professionals. J Prim Care Community Health 2014;5:228-33.

9 Office fédéral de la statistique. Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012. Août 2014. (Consulté le 8 mars 2022). Disponible sur : [www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/350838/master](http://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/350838/master)

10 \*\*Office fédérale de la statistique. Enquête suisse sur la population active (ESPA) 2020 : accidents et problèmes de santé liés au travail. 11 octobre 2021. (Consulté le 8 mars 2022). Disponible sur : [www.bfs.admin.ch/news/fr/2021-0142](http://www.bfs.admin.ch/news/fr/2021-0142)

11 Le Matin. Les burn-out ont pris l'ascenseur. 12 janvier 2020. (Consulté le 2 mars 2022). Disponible sur : [www.lematin.ch/story/les-burn-out-ont-pris-l-ascenseur-257374470428](http://www.lematin.ch/story/les-burn-out-ont-pris-l-ascenseur-257374470428)

12 van der Klink JJJ, van Dijk FJH. Dutch Practice Guidelines for Managing

Adjustment Disorders in Occupational and Primary Health Care. Scand J Work Environ Health 2003;29:478-87.

13 \*Hämmig O. Work- and Stress-Related Musculoskeletal and Sleep Disorders among Health Professionals: A Cross-Sectional Study in a Hospital Setting in Switzerland. BMC Musculoskelet Disord 2020;21:319.

14 von Känel R. The Burnout Syndrome: A Medical Perspective. Praxis (Bern 1994) 2008;97:477-87.

15 \*de Coulon N, Despland JN, von Overbeck Ottino S. La crise. Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie. 2e éd. Lausanne: Antipodes, 2021.

\* à lire

\*\* à lire absolument