

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 46

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINEÉvaluation de la collaboration entre médecins du travail
et psychiatresPrésentée et soutenue publiquement
le 6 avril 2018

Par

Ivan NAISSE

Né le 17 mars 1984 à Dreux (28)

Codirigée par Mme Le Docteur Annie Le Gonidec, Médecin du travail
et M. Le Docteur Nathan Bernat, MG

Jury :

M. Le Professeur Dominique Choudat, PU-PH Président
M. Le Professeur François Guillon, PU-PH
M. Le Professeur Damien Léger, PU-PH
Mme Le Docteur Émilie Pépin, PHExcept where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

A Monsieur le Professeur Dominique CHOUDAT de nous faire le grand honneur de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur François GUILLON, à Monsieur le Professeur Damien LEGER et à Madame le Docteur Emilie PEPIN qui ont eu l'amabilité d'accepter d'être les membres de ce jury.

A Madame le Docteur Annie LE GONIDEC d'avoir bien voulu diriger ce travail, et pour tous ces savoirs transmis. Qu'elle trouve ici l'expression de toute ma gratitude et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Nathan BERNAT pour son aide, son soutien, sa disponibilité. Je ne le remercierai jamais assez de ce qu'il a fait pour moi.

A Madame le Docteur Florence BASTIEN d'avoir bien voulu relire ce travail, et pour ces deux années enrichissantes passées à ses côtés.

A Monsieur le Docteur François SAINTOYANT pour sa relecture.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel DOMERGUE notamment pour son enseignement.

A ma compagne, Marlène, pour sa patience et son soutien indéfectible durant ces longs mois difficiles, pour son aide, et surtout pour son amour.

A ma mère, Latyfa, pour son courage, son éducation et sa présence inconditionnelle.

A mon frère, Aksam, pour notre relation si chère à mes yeux, pour son aide et sa présence tout au long de ma vie. A ma belle sœur Alexandra qui est comme ma sœur, je la remercie pour ses encouragements.

A Nadine et Pierre, que je considère comme ma tante et mon oncle, d'avoir toujours été à nos côtés. Je remercie Pierre pour ses relectures.

A mes beaux parents, Patricia et Jean-Louis, à ma belle-sœur Nadia et mon beau-frère Damien, à ma nièce Jade et mon neveu Nolan, vous qui m'avez si bien accueilli dans votre famille.

A tous mes amis, ma deuxième famille.

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations (par ordre alphabétique)	6
I. Introduction	7
II. Matériels et Méthodes	9
A- Type d'étude	9
B- Le questionnaire (Annexe 1)	9
C- Population étudiée	10
D- Analyse statistique	10
III. Résultats	12
A- Caractéristiques socio-professionnelles	12
1) <i>Sexe</i>	12
2) <i>Age</i>	12
3) <i>Nombre d'années d'exercice</i>	13
4) <i>Lieu d'exercice</i>	14
5) <i>Nombre de salariés suivis</i>	14
6) <i>Formation en psychiatrie</i>	15
7) <i>Types de formation en psychiatrie</i>	15
B- Population suivie	16
1) <i>Salariés suivis ayant un trouble psychiatrique</i>	16
2) <i>Salariés suivis avec une restriction d'aptitude/aménagement de poste</i>	17
3) <i>Restrictions d'aptitude liées à un trouble psychiatrique</i>	18
4) <i>Restrictions d'aptitude d'origine psychiatrique liées au travail</i>	19
5) <i>Nombre de salariés déclarés inaptes les deux années précédentes</i>	21
6) <i>Inaptitudes liées à un trouble psychiatrique</i>	22
7) <i>Inaptitudes d'origine psychiatrique liées au travail</i>	23
C- Collaboration entre médecins du travail et psychiatres	24
1) <i>Salariés ayant un trouble psychiatrique suivis par un psychiatre</i>	24
2) <i>Fréquence des contacts avec les psychiatres par courrier</i>	25
3) <i>Fréquence des contacts avec les psychiatres par téléphone</i>	26
4) <i>Fréquence de la réponse des psychiatres</i>	27
5) <i>Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant le diagnostic</i>	28
6) <i>Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant le traitement</i>	30
7) <i>Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant les restrictions et/ou aménagements de poste nécessaires</i>	32
8) <i>Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant l'aptitude au travail</i>	34
9) <i>Fréquence des contacts spontanés des psychiatres</i>	35
10) <i>Evaluation de la qualité de la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres</i>	36
11) <i>Compréhension par les psychiatres du métier de médecin du travail</i>	38
12) <i>Réticences des psychiatres à transmettre des informations médicales</i>	38
13) <i>Méfiance des psychiatres à l'égard de l'indépendance des médecins du travail</i>	39

IV. Discussion	41
A- Intérêt et place de l'étude.....	41
1) <i>Maintien dans l'emploi et devenir socio-professionnel</i>	41
2) <i>Le travail un facteur protecteur</i>	42
3) <i>Le travail un facteur de souffrance morale</i>	42
B- Biais et limites de l'étude.....	43
C- Interprétation des résultats.....	44
1) <i>Caractéristiques socioprofessionnelles</i>	45
2) <i>Population suivie</i>	46
3) <i>Collaboration entre médecins du travail et psychiatres</i>	50
D- Pistes d'amélioration	57
1) <i>Formation des médecins du travail en psychiatrie</i>	57
2) <i>Formation des psychiatres en santé au travail</i>	58
3) <i>Recommandations de bonnes pratiques</i>	59
4) <i>Le dossier médical partagé</i>	60
V. Conclusion	62
Bibliographie	64
Annexe 1.....	69
Annexe 2.....	74

Liste des abréviations (par ordre alphabétique)

ACMS : Association interprofessionnelle des Centres Médicaux et Sociaux de santé au travail de la région Ile-de-France

APSMT : Association Patronale de Santé en Milieu de Travail

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRRMP : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance à 95%

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

I. Introduction

Au cours de mon internat, j'ai effectué un stage en médecine préventive hospitalière et j'ai assisté à des consultations de souffrance au travail dans un service de pathologie professionnelle. Notre spécialité nous confronte fréquemment à la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques. J'ai choisi de faire un stage en psychiatrie de secteur pour aborder cette spécialité avec mon point de vue de médecin du travail.

J'ai mesuré la difficulté du suivi des patients atteints de troubles psychiatriques et le risque important de désinsertion professionnelle de cette population. La question du retour et du maintien dans l'emploi de ces patients est centrale. Elle implique une réflexion sur la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres, sur l'inclusion par les psychiatres des médecins du travail dans la prise en charge de leurs patients, et sur la communication entre ces deux spécialités.

Dans ce contexte, la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres est essentielle.

Selon l'OMS, 25 % de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental (1). Elle estime que la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'addiction, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif font partie des 10 pathologies les plus préoccupantes du 21^{ème} siècle (2). Selon le Centre d'Analyse Stratégique, la schizophrénie concerne près de 1% de la population, le trouble anxieux généralisé 2%, l'état dépressif caractérisé 3% (3). La prévalence du trouble bipolaire en France est estimée entre 1 à 2,5% en population générale (4).

Pour ces pathologies, selon la Cour des Comptes, le coût économique et social total est évalué à environ 107 milliards d'euros par an (5).

Une enquête de la DARES et de la DREES montrait que le maintien dans l'emploi est plus difficile chez les individus souffrant d'un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé (6). En 2010, 86% des femmes et 82% des hommes porteurs de ces troubles ont conservé une activité professionnelle, contre 92% et 93% des personnes n'en déclarant pas.

Le médecin du travail est à l'interface entre le médical et le milieu de travail. Son rôle et ses missions sont définis par le Code du Travail.

L'article L4622-2 du Code du Travail stipule que les services de santé au travail « *conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin (...) de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs* » (7).

Dans ce sens, le Plan Santé au Travail 3 fixe le maintien dans l'emploi comme un des 3 axes prioritaires (8).

Le psychiatre est un acteur essentiel du maintien dans l'emploi des patients.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 fixe dans ses orientations stratégiques l'amélioration de la participation sociale et de l'accès à la vie professionnelle (9). Il invite à promouvoir le retour et le maintien à l'emploi des personnes vivant avec des troubles psychiques. On peut regretter qu'il ne soit pas fait mention des services de santé au travail et des médecins du travail dans ce plan.

Dans ce contexte, la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres doit-elle être améliorée ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres afin de savoir si celle-ci doit être améliorée.

II. Matériels et Méthodes

A- Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et quantitative. Un questionnaire a été diffusé par e-mail aux médecins du travail exerçant dans un service interentreprises de la région Ile-de-France.

Le questionnaire devait être rempli en ligne avant de nous être retourné.

Le recueil des données a été effectué entre le 18 novembre 2015 et le 12 avril 2016.

B- Le questionnaire (Annexe 1)

Au vu de la charge de travail des médecins du travail, nous avons opté pour un questionnaire court, composé en majorité de questions à choix multiples et d'échelles visuelles analogiques. Le questionnaire a été relu, modifié et validé par deux médecins du travail de deux services interentreprises différents.

Il était accompagné d'un courrier définissant le trouble psychiatrique. Le trouble psychiatrique a été défini comme étant un trouble psychique dont le médecin du travail interrogé pensait qu'il nécessitait un suivi par un psychiatre, ou lorsque le suivi était déjà en place.

Le questionnaire comportait 27 questions, structuré en 3 domaines :

- les caractéristiques socio-professionnelles des médecins du travail ;
- la population suivie par ces médecins ;
- la collaboration entre médecins du travail et psychiatres.

Les caractéristiques socio-professionnelles des médecins demandées étaient le genre, l'âge, le nombre d'années d'exercice de la médecine du travail, le lieu d'exercice, le nombre de salariés suivis et la formation en psychiatrie.

La partie concernant la population suivie explorait la proportion de salariés suivis ayant un trouble psychiatrique, et 2 ensembles de questions à choix multiples concernant les salariés avec restriction d'aptitude et les salariés déclarés inaptes.

La partie concernant la collaboration entre médecins du travail et psychiatres explorait les échanges, les attentes relatives aux réponses des psychiatres, l'évaluation de la qualité de la collaboration et l'avis des médecins du travail sur leur image auprès des psychiatres.

Le questionnaire a été envoyé via « Google Formulaire » par e-mail. Les réponses alimentaient une base de données anonyme Excel.

C- Population étudiée

Pour faciliter la diffusion du questionnaire, nous l'avons envoyé aux médecins du travail exerçant dans un service interentreprises d'Ile-de-France.

Nous avons envoyé le questionnaire entre le 16 novembre et le 18 décembre 2015 à 18 médecins coordinateurs de 18 services différents, à un médecin relais d'un autre service, aux sièges sociaux de 3 autres services, à 2 sociétés régionales de médecine du travail, à une association nationale de médecine du travail et à un syndicat national de professionnels de la médecine du travail.

D- Analyse statistique

L'analyse statistique a été faite grâce au logiciel Epi Info 3.5.4.

Les variables qualitatives ont été décrites par le nombre d'observations et le pourcentage de chaque catégorie. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne, l'écart type, la médiane et les quartiles.

Nous avons réalisé une analyse des résultats en sous-groupes (Annexe 2) en fonction de la formation en psychiatrie (oui/non) et du nombre d'années d'exercice de la médecine du travail (plus ou moins de 20 ans d'exercice). Les comparaisons ont utilisé les tests statistiques du Chi2

et de Fischer.

Pour toutes ces analyses, les tests étaient bilatéraux avec un risque d'erreur de première espèce alpha à 5 %.

III. Résultats

106 médecins du travail ont répondu au questionnaire.

A- Caractéristiques socio-professionnelles

1) Sexe

79 femmes (74,5% ; IC [65,1% ; 82,5%]) et 27 hommes (25,5% ; IC [17,5% ; 34,9%]) ont participé à l'étude.

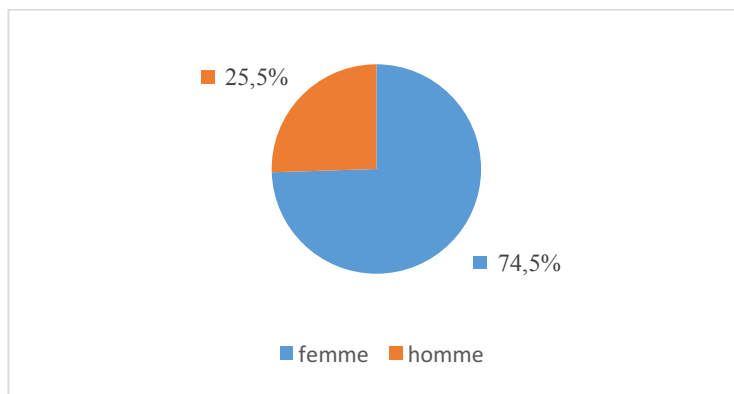


Figure 1 : Répartition des médecins du travail par genre

2) Age

La moyenne d'âge des médecins du travail était de 53,2 ans. L'écart type était de +/- 11,6. Les âges minimum et maximum étaient respectivement de 29 et 78 ans. La médiane était de 56 ans. Les premier et troisième quartiles étaient respectivement de 44 et 62 ans.

3) Nombre d'années d'exercice

Nombre d'années d'exercice	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Moins de 5 ans	21 (19,8%)	12,7%-28,7%
Entre 5 et 10 ans	12 (11,3%)	6%-18,9%
Entre 10 et 20 ans	19 (17,9%)	11,2%-26,6%
Plus de 20 ans	54 (50,9%)	41%-60,8%

Tableau 1 : Nombre d'années d'exercice de la médecine du travail

68,8% des médecins du travail exerçaient la médecine du travail depuis plus de 10 ans, 50,9% des médecins du travail exerçaient depuis plus de 20 ans (Tableau 1).

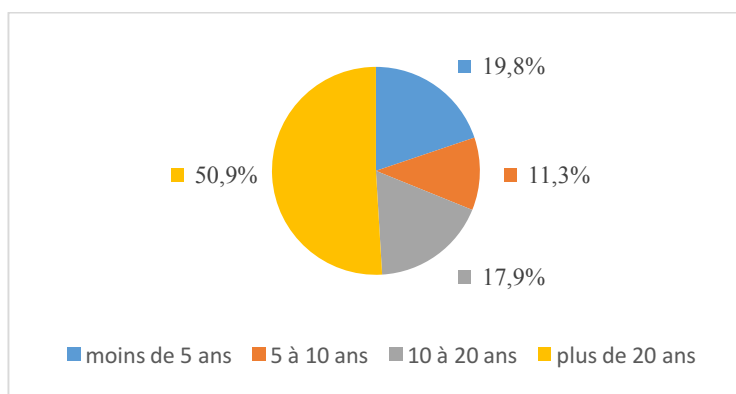


Figure 2 : Répartition des médecins du travail par le nombre d'années d'exercice de la médecine du travail

4) Lieu d'exercice

Lieu d'exercice (n° département)	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
75	31 (29,2%)	20,8%-38,9%
92	18 (17%)	10,4%-25,5%
94	14 (13,2%)	7,4%-21,2%
91	13 (12,3%)	6,7%-20,1%
77	9 (8,5%)	4%-15,5%
78	7 (6,6%)	2,7%-13,1%
93	6 (5,7%)	2,1%-11,9%
95	5 (4,7%)	1,5%-10,7%
Plusieurs départements	3 (2,8%)	0,6%-8%

Tableau 2 : Lieu d'exercice par département

5) Nombre de salariés suivis

Nombre de salariés suivis	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Moins de 1000 salariés	0	
Entre 1000 et 2000 salariés	10 (9,4%)	4,6%-16,7%
Entre 2000 et 3000 salariés	25 (23,6%)	15,9%-32,8%
Entre 3000 et 4000 salariés	38 (35,8%)	26,8%-45,7%
Plus de 4000 salariés	33 (31,1%)	22,5%-40,9%

Tableau 3 : Nombre de salariés suivis

66,9% des médecins du travail déclaraient suivre plus de 3000 salariés, 31,1% plus de 4000 (Tableau 3).

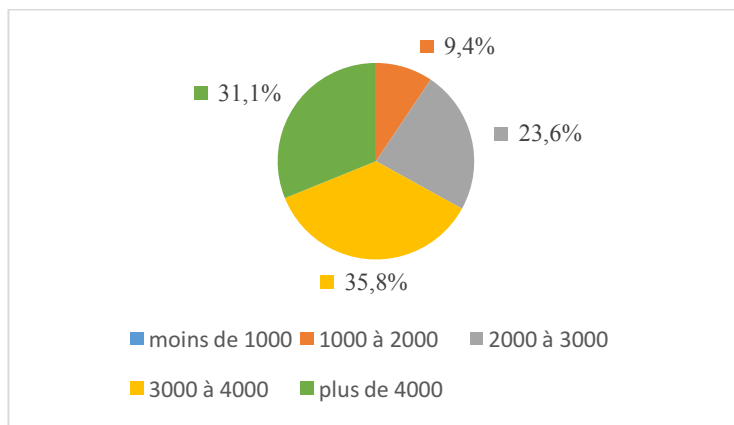


Figure 3 : Répartition des médecins du travail par le nombre de salariés suivis

6) Formation en psychiatrie

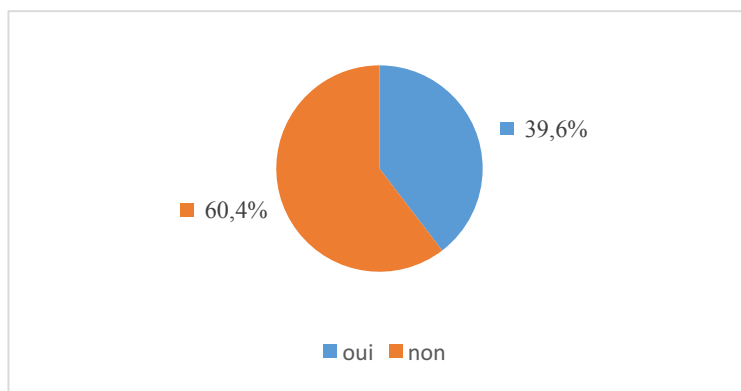


Figure 4 : Répartition des médecins du travail selon la formation en psychiatrie

64 médecins déclaraient ne pas avoir eu de formation en psychiatrie (soit 60,4% ; IC [50,4% ; 69,7%]).

42 médecins déclaraient en avoir eu une (soit 39,6% ; IC [30,3% ; 49,6%]).

7) Types de formation en psychiatrie

4 médecins du travail déclaraient avoir été formés en psychiatrie uniquement par un DU/DIU (soit 9,5% ; IC [2,7% ; 22,6%]).

21 uniquement par le biais de réunions professionnelles ou de formation continue (soit 50% ; IC [34,2% ; 65,8%]).

8 uniquement par un autre biais (soit 19% ; IC [8,6% ; 34,1%]).

9 médecins déclaraient avoir bénéficié d'au moins 2 types de formation sus-cités (soit 21,4% ; IC [10,3% ; 36,8%]).

En prenant en compte toutes les réponses, 31 médecins (soit 73,8%) déclaraient avoir été formés par des réunions professionnelles ou formation continue, et 7 médecins (soit 16,7%) déclaraient avoir été formés par un DU/DIU.

B- Population suivie

1) Salariés suivis ayant un trouble psychiatrique

Pourcentage de salariés suivis ayant un trouble psychiatrique	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Moins de 5%	47 (44,3%)	34,7%-54,3%
Entre 5 et 10%	46 (43,4%)	33,8%-53,4%
Plus de 10%	13 (12,3%)	6,7%-20,1%

Tableau 4 : Salariés suivis ayant un trouble psychiatrique

87,7 % des médecins du travail déclaraient suivre moins de 10% de salariés ayant un trouble psychiatrique, 44,3% déclaraient en suivre moins de 5% (Tableau 4).

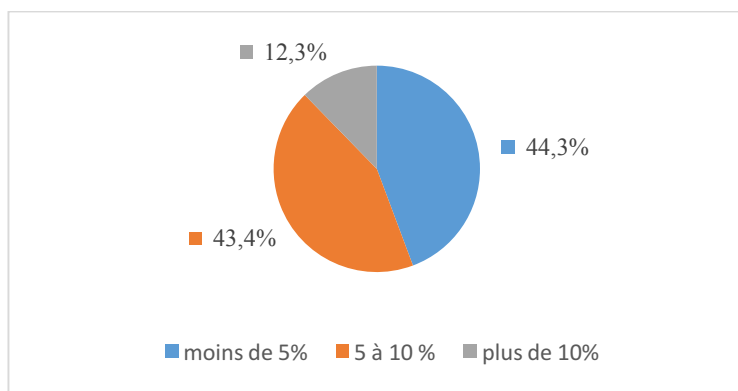


Figure 5 : Proportion de salariés suivis ayant un trouble psychiatrique selon les médecins du travail

Les médecins formés en psychiatrie étaient plus nombreux que ceux qui n'ont pas été formés à estimer que leur population psychiatrique représentait plus de 10% des salariés qu'ils suivaient (14,3% vs 10,9% ; $p = 0,77$). Les médecins qui n'ont pas été formés étaient plus nombreux à estimer qu'ils représentaient moins de 5% (46,9% vs 40,5%). Ces différences n'étaient pas statistiquement significatives (Annexe 2).

Salariés avec restriction d'aptitude

2) Salariés suivis avec une restriction d'aptitude/aménagement de poste

Pourcentage de salariés suivis avec une restriction d'aptitude/aménagement de poste	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Moins de 5%	34 (32,1%)	23,3%-41,8%
Entre 5 et 10%	37 (34,9%)	25,9%-44,8%
Entre 10 et 15%	24 (22,6%)	15,1%-31,8%
Plus de 15%	11 (10,4%)	5,3%-17,8%

Tableau 5 : Salariés suivis ayant une restriction d'aptitude/aménagement de poste

67% des médecins du travail déclaraient suivre moins de 10% de salariés ayant une aptitude avec restriction/aménagement de poste, 32,1% déclaraient en suivre moins de 5% (Tableau 5).

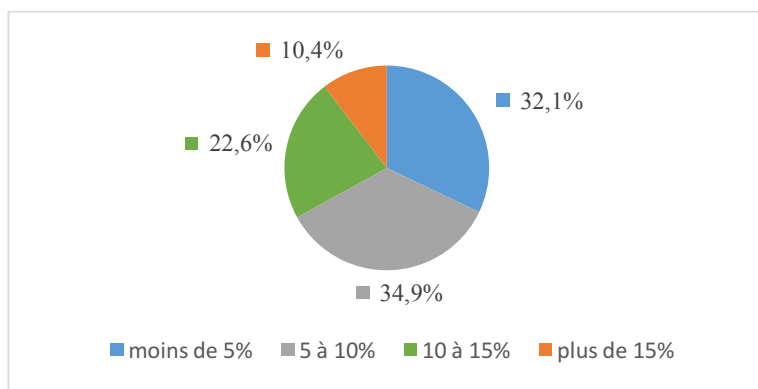


Figure 6 : Proportion des salariés suivis ayant une restriction d'aptitude/aménagement de poste selon les médecins du travail

3) Restrictions d'aptitude liées à un trouble psychiatrique

Pourcentage de restrictions d'aptitude/aménagements de poste pouvant être lié à un trouble psychiatrique	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Moins de 10%	76 (71,7%)	62,1%-80%
Entre 10 et 25%	21 (19,8%)	12,7%-28,7%
Entre 25 et 50%	8 (7,5%)	3,3%-14,3%
Plus de 50%	1 (0,9%)	0%-5,1%

Tableau 6 : Restrictions d'aptitude/aménagements de poste pouvant être liés à un trouble psychiatrique

71,1% des médecins du travail déclaraient que moins de 10% des salariés ayant une restriction d'aptitude seraient liés à un trouble psychiatrique. Pour 19,8% des médecins cela serait le cas chez 10 à 25% des salariés (Tableau 6).

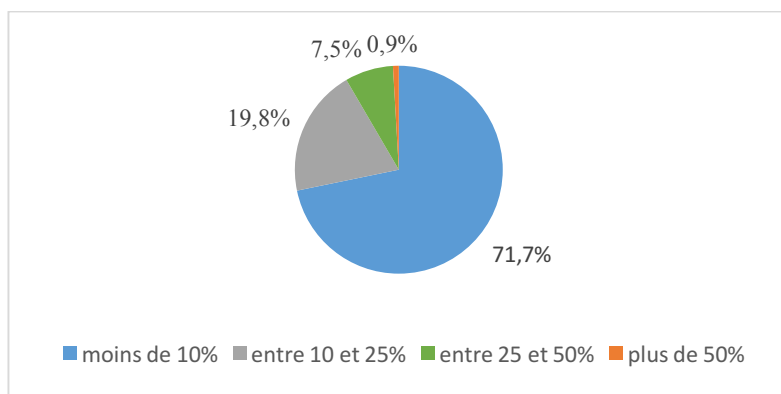


Figure 7 : Proportion des restrictions d'aptitude pouvant être liées à un trouble psychiatrique selon les médecins du travail

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux que ceux qui n'ont pas été formés à estimer que les restrictions d'aptitude ayant pour origine un trouble psychiatrique représentaient moins de 10% des aptitudes avec restrictions (73,8% vs 70,3% ; $p = 0,77$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux que ceux ayant moins de 20 ans d'exercice à estimer que les restrictions d'aptitude ayant pour origine un trouble psychiatrique représentaient moins de 10% des aptitudes avec restrictions (75,9% vs 67,3% ; $p = 0,23$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

4) Restrictions d'aptitude d'origine psychiatrique liées au travail

Pourcentage de restrictions d'aptitude d'origine psychiatrique pouvant être lié au travail	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Moins de 25%	58 (54,7%)	44,8%-64,4%
Entre 25 et 50%	28 (26,4%)	18,3%-35,9%
Entre 50 et 75%	14 (13,2%)	7,4%-21,2%
Plus de 75%	6 (5,7%)	2,1%-11,9%

Tableau 7 : Restrictions d'aptitude d'origine psychiatrique pouvant être liées au travail

54,7% des médecins du travail déclaraient que moins de 25% des restrictions d'aptitude d'origine psychiatrique seraient liés au travail. Pour 26,4% des médecins cela serait le cas dans 25 à 50% des restrictions d'aptitude d'origine psychiatrique (Tableau 7).

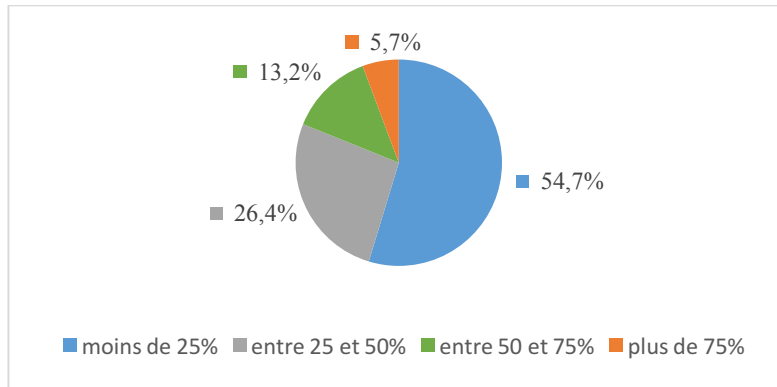


Figure 8 : Proportion des restrictions d'aptitude d'origine psychiatrique pouvant être liées au travail selon les médecins du travail

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux que ceux qui n'ont pas été formés à estimer que le travail serait en cause dans moins de 50% des restrictions d'aptitude d'origine psychiatrique (83,4% vs 79,7% ; $p = 0,85$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

Salariés déclarés inaptes :

5) Nombre de salariés déclarés inaptes les deux années précédentes

1 médecin n'a pas répondu à cette question.

Nombre de salariés déclarés inaptes les 2 années précédentes	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Moins de 5	13 (12,4%)	6,8%-20,2%
Entre 5 et 10	30 (28,6%)	20,2%-38,2%
Entre 10 et 20	22 (21%)	13,6%-30%
Plus de 20	40 (38,1%)	28,8%-48,1%

Tableau 8 : Nombre de salariés déclarés inaptes les 2 années précédentes

59,1% des médecins du travail estimaient avoir déclaré inapte plus de 10 salariés les 2 années précédentes, 38,1% estimaient en avoir déclaré plus de 20 (Tableau 8).

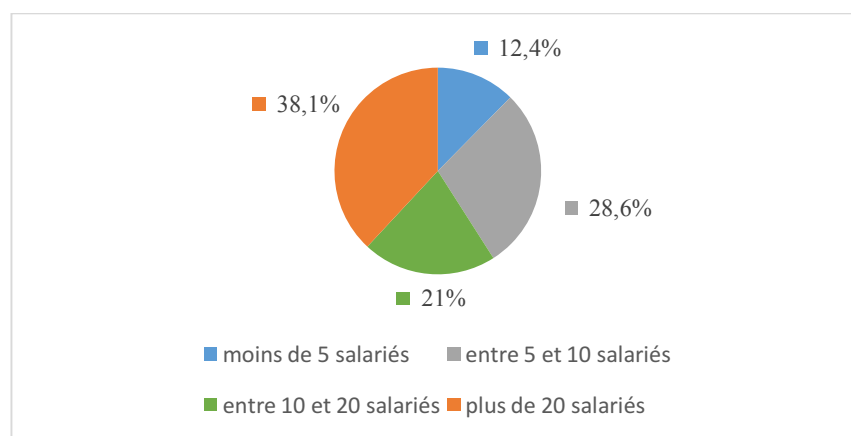


Figure 9 : Nombre de salariés déclarés inaptes par les médecins du travail les 2 années précédentes

6) Inaptitudes liées à un trouble psychiatrique

1 médecin n'a pas répondu à cette question.

Pourcentage d'inaptes pouvant être lié à un trouble psychiatrique	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Moins de 25%	59 (56,2%)	46,2%-65,9%
Entre 25 et 50%	29 (27,6%)	19,3%-37,2%
Entre 50 et 75%	12 (11,4%)	6%-19,1%
Plus de 75%	5 (4,8%)	1,6%-10,8%

Tableau 9 : Inaptitudes pouvant être liées à un trouble psychiatrique

56,2% des médecins du travail déclaraient que moins de 25% de ces inaptitudes seraient liées à un trouble psychiatrique. Pour 27,6% des médecins entre 25 et 50% de ces inaptitudes seraient liées à un trouble psychiatrique (Tableau 9).

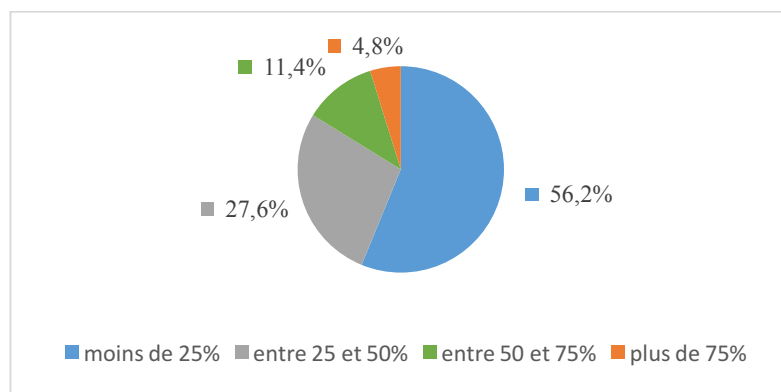


Figure 10 : Proportion d'inaptitudes pouvant être liées à un trouble psychiatrique selon les médecins du travail

7) Inaptitudes d'origine psychiatrique liées au travail

3 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Pourcentage d'inaptes d'origine psychiatrique pouvant être lié au travail	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Moins de 25%	52 (50,5%)	40,5%-60,5%
Entre 25 et 50%	20 (19,4%)	12,3%-28,4%
Entre 50 et 75%	15 (14,6%)	8,4%-22,9%
Plus de 75%	16 (15,5%)	9,1%-24%

Tableau 10 : Inaptitudes d'origine psychiatrique pouvant être liées au travail

50,5% des médecins du travail déclaraient que moins de 25% de ces inaptitudes qui ont pour origine un trouble psychiatrique seraient liées au travail.

Pour 30,1% des médecins, plus de 50% de ces inaptitudes qui ont pour origine un trouble psychiatrique seraient liées au travail (Tableau 10).

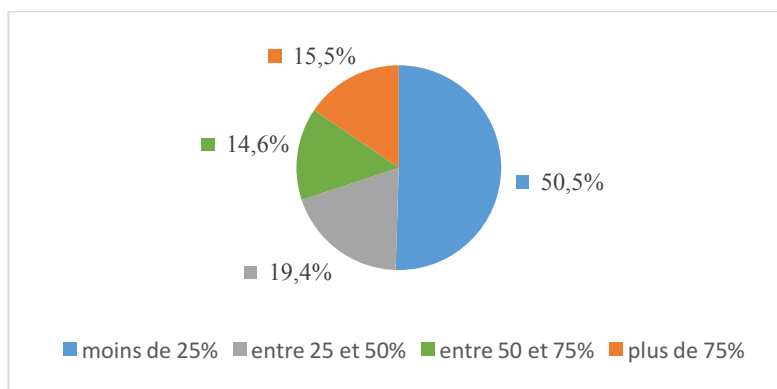


Figure 11 : Proportion d'inaptitudes d'origine psychiatrique pouvant être liées au travail selon les médecins du travail

C- Collaboration entre médecins du travail et psychiatres

1) Salariés ayant un trouble psychiatrique suivis par un psychiatre

Pourcentage de salariés ayant un trouble psychiatrique suivis par un psychiatre	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Moins de 25%	26 (24,5%)	16,7%-33,8%
Entre 25 et 50%	52 (49,1%)	39,2%-59%
Plus de 50%	28 (26,4%)	18,3%-35,9%

Tableau 11 : Salariés ayant un trouble psychiatrique suivis par un psychiatre

73,6% des médecins du travail estimaient que moins de 50% des salariés atteints d'un trouble psychiatrique étaient suivis par un psychiatre, et pour 24,5% des médecins ils étaient moins de 25% à avoir ce suivi (Tableau 11).

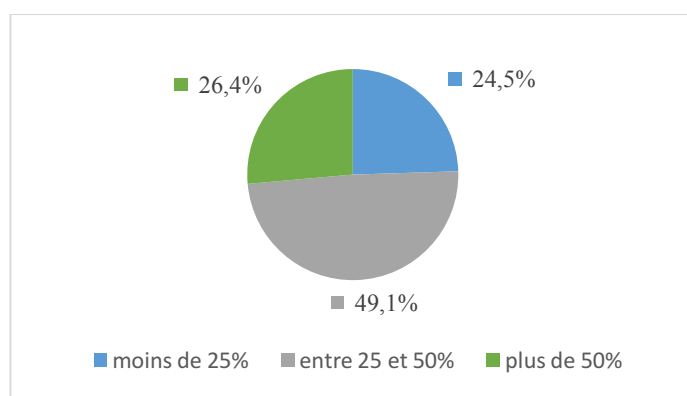


Figure 12 : Proportion des salariés ayant un trouble psychiatrique suivis par un psychiatre selon les médecins du travail

2) Fréquence des contacts avec les psychiatres par courrier

Contacts des médecins du travail avec les psychiatres par courrier	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Jamais	3 (2,8%)	0,6%-8%
Rarement	39 (36,8%)	27,6%-46,7%
Souvent	51 (48,1%)	38,3%-58%
Très souvent	13 (12,3%)	6,7%-20,1%

Tableau 12 : Contacts des médecins du travail avec les psychiatres par courrier

60,4% des médecins du travail déclaraient contacter souvent ou très souvent les psychiatres par courrier. 36,8% des médecins déclaraient contacter rarement les psychiatres par courrier (Tableau 12).

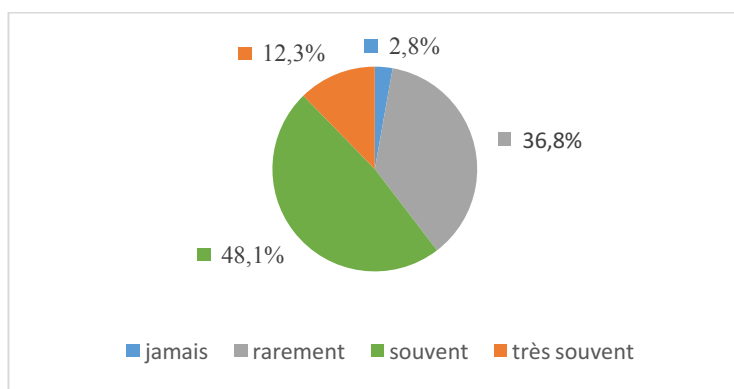


Figure 13 : Fréquence des contacts des médecins du travail avec les psychiatres par courrier

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux à déclarer envoyer souvent ou très souvent un courrier aux psychiatres que ceux qui n'ont pas été formés (69,1% vs 54,7% ; $p = 0,27$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux à déclarer envoyer souvent ou très souvent un courrier aux psychiatres que ceux ayant moins de 20 ans d'exercice (63% vs 57,7% ; $p = 0,26$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

3) Fréquence des contacts avec les psychiatres par téléphone

Contacts des médecins du travail avec les psychiatres par téléphone	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Jamais	4 (3,8%)	1%-9,4%
Rarement	68 (64,2%)	54,3%-73,2%
Souvent	27 (25,5%)	17,5%-34,9%
Très souvent	7 (6,6%)	2,7%-13,1%

Tableau 13 : Contacts des médecins du travail avec les psychiatres par téléphone

68% des médecins du travail déclaraient contacter jamais ou rarement les psychiatres par téléphone (Tableau 13).

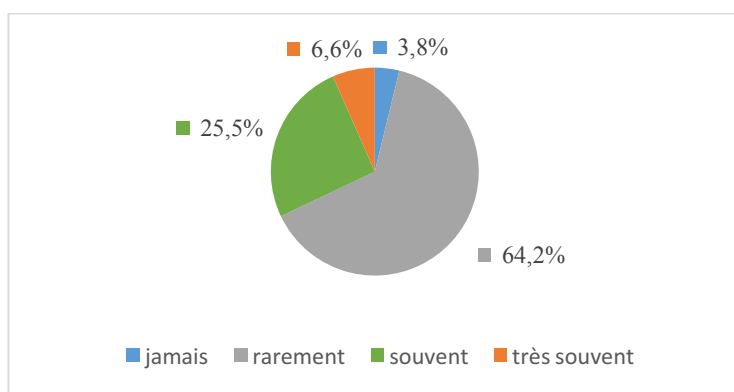


Figure 14 : Fréquence des contacts des médecins du travail avec les psychiatres par téléphone

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux que ceux qui n'ont pas été formés à déclarer contacter souvent ou très souvent les psychiatres par téléphone (35,7% vs 29,7% ; $p = 0,33$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux que ceux ayant moins de 20 ans d'exercice à déclarer contacter souvent ou très souvent les psychiatres par téléphone (35,2% vs 28,8% ; $p = 0,52$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

4) Fréquence de la réponse des psychiatres

Fréquence de la réponse des psychiatres	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Jamais	6 (5,7%)	2,1%-11,9%
Rarement	40 (37,7%)	28,5%-47,7%
Souvent	46 (43,4%)	33,8%-53,4%
Très souvent	14 (13,2%)	7,4%-21,2%

Tableau 14 : Réponse des psychiatres

56,6% des médecins du travail déclaraient que les psychiatres leur répondaient souvent ou très souvent et 43,4% qu'ils ne leur répondaient jamais ou rarement (Tableau 14).

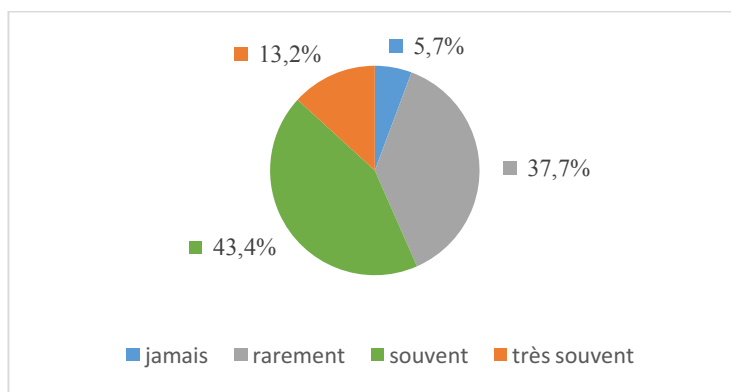


Figure 15 : Fréquence de la réponse des psychiatres selon les médecins du travail

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux que ceux qui n'ont pas été formés à déclarer recevoir souvent ou très souvent une réponse des psychiatres (64,3% vs 51,6% ; $p = 0,38$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient moins nombreux que ceux ayant moins de 20 ans d'exercice à déclarer recevoir souvent ou très souvent une réponse des psychiatres (53,7% vs 59,6% ; $p = 0,30$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

5) Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant le diagnostic

Réponse aux attentes concernant le diagnostic Echelle visuelle analogique (1 à 6)	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
1 (ne répond pas du tout aux attentes)	8 (7,5%)	3,3%-14,3%
2	20 (18,9%)	11,9%-27,6%
3	20 (18,9%)	11,9%-27,6%
4	24 (22,6%)	15,1%-31,8%
5	28 (26,4%)	18,3%-35,9%
6 (répond totalement aux attentes)	6 (5,7%)	2,1%-11,9%
1 à 3	48 (45,3%)	35,6%-55,2%
4 à 6	58 (54,7%)	44,8%-64,4%

Tableau 15 : Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant le diagnostic

54,7% des médecins du travail estimaient que les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes concernant le diagnostic (Tableau 15).

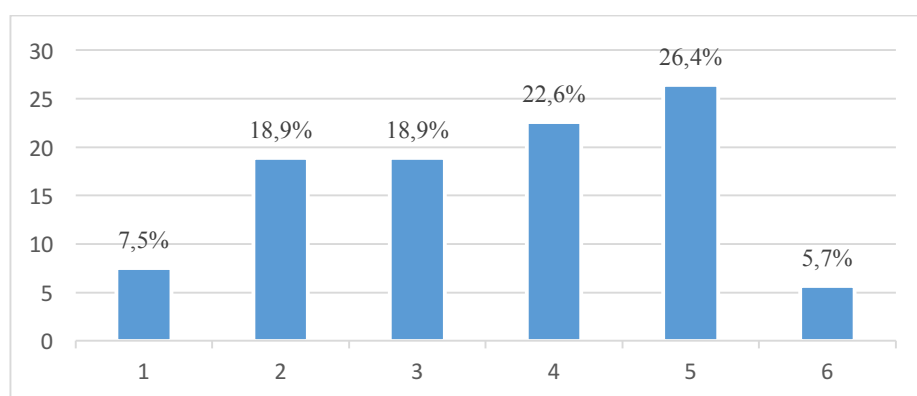


Figure 16 : Répartition de l'évaluation par les médecins du travail de la réponse des psychiatres à leurs attentes concernant le diagnostic (1 : ne répond pas du tout aux attentes ; 6 : répond totalement aux attentes)

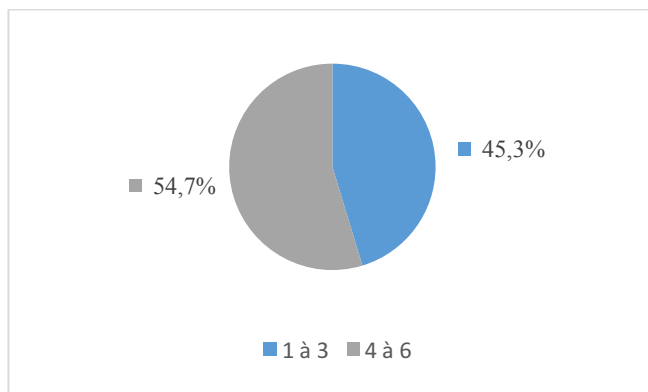


Figure 17 : Répartition de l'évaluation par les médecins du travail de la réponse des psychiatres à leurs attentes concernant le diagnostic (1 à 3 : ne répond plutôt pas aux attentes ; 4 à 6 : répond plutôt aux attentes)

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux que ceux qui n'ont pas été formés à estimer que les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes (4 à 6 sur 6) concernant le diagnostic (57,1% vs 53,1% ; $p = 0,42$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux que ceux ayant moins de 20 ans d'exercice à estimer que les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes (4 à 6 sur 6) concernant le diagnostic (57,4% vs 51,9% ; $p = 0,36$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

6) Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant le traitement

Réponse aux attentes concernant le traitement Echelle visuelle analogique (1 à 6)	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
1 (ne répond pas du tout aux attentes)	6 (5,7%)	2,1%-11,9%
2	11 (10,4%)	5,3%-17,8%
3	16 (15,1%)	8,9%-23,4%
4	22 (20,8%)	13,5%-29,7%
5	39 (36,8%)	27,6%-46,7%
6 (répond totalement aux attentes)	12 (11,3%)	6%-18,9%
1 à 3	33 (31,1%)	22,5%-40,9%
4 à 6	73 (68,9%)	59,1%-77,5%

Tableau 16 : Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant le traitement

68,9% des médecins du travail estimaient que les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes concernant le traitement (Tableau 16).

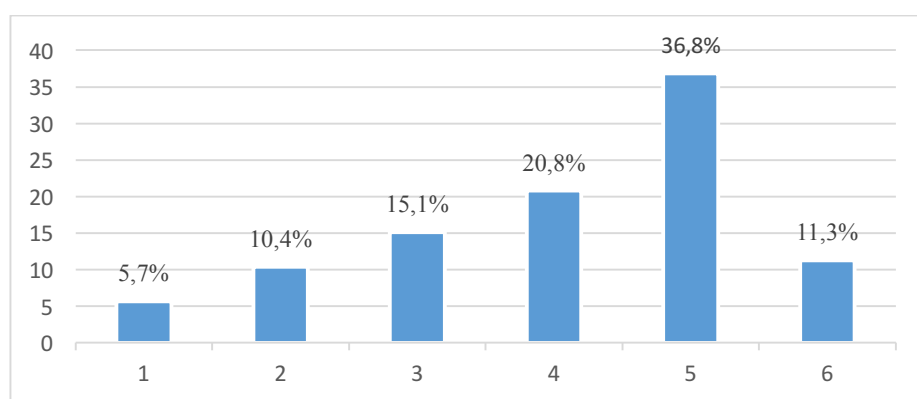


Figure 18 : Répartition de l'évaluation par les médecins du travail de la réponse des psychiatres à leurs attentes concernant le traitement (1 : ne répond pas du tout aux attentes ; 6 : répond totalement aux attentes)

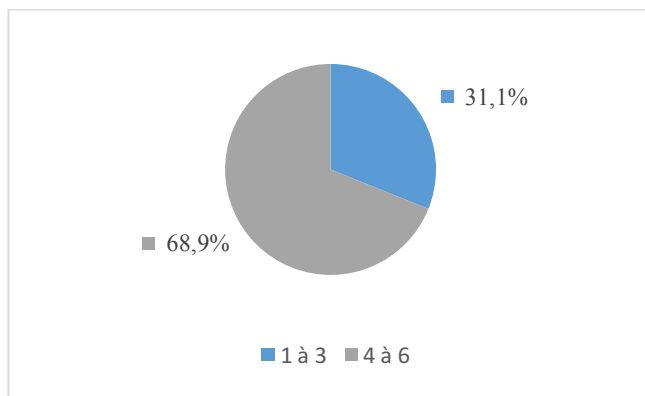


Figure 19 : Répartition de l'évaluation par les médecins du travail de la réponse des psychiatres à leurs attentes concernant le traitement (1 à 3 : ne répond plutôt pas aux attentes ; 4 à 6 : répond plutôt aux attentes)

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient moins nombreux que ceux qui n'ont pas été formés à estimer que les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes (4 à 6 sur 6) concernant le traitement (64,3% vs 71,9% ; $p = 0,27$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

7) Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant les restrictions et/ou aménagements de poste nécessaires

Réponse aux attentes concernant les restrictions nécessaires Echelle visuelle analogique (1 à 6)	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
1 (ne répond pas du tout aux attentes)	15 (14,2%)	8,1%-22,3%
2	22 (20,8%)	13,5%-29,7%
3	19 (17,9%)	11,2%-26,6%
4	28 (26,4%)	18,3%-35,9%
5	19 (17,9%)	11,2%-26,6%
6 (répond totalement aux attentes)	3 (2,8%)	0,6%-8%
1 à 3	56 (52,8%)	42,9%-62,6%
4 à 6	50 (47,2%)	37,4%-57,1%

Tableau 17 : Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant les restrictions/aménagements de poste nécessaires

52,8% des médecins du travail estimaient que les psychiatres répondaient plutôt mal à leurs attentes concernant les restrictions et/ou aménagements de poste nécessaires (Tableau 17).

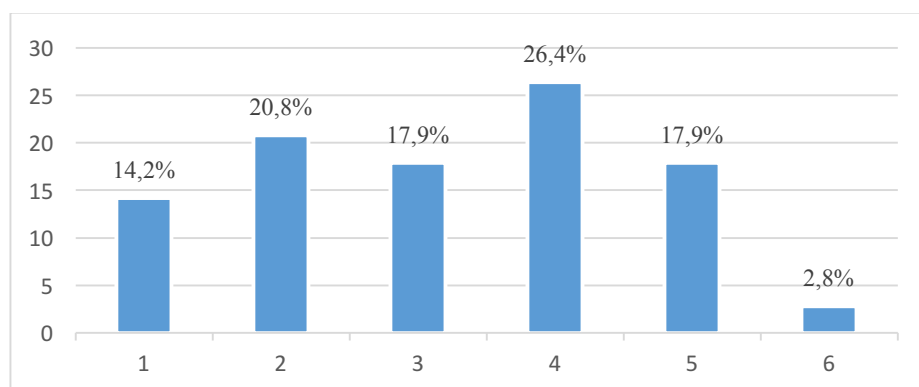


Figure 20 : Répartition de l'évaluation par les médecins du travail de la réponse des psychiatres à leurs attentes concernant les restrictions/aménagements de poste nécessaires (1 : ne répond pas du tout aux attentes ; 6 : répond totalement aux attentes)

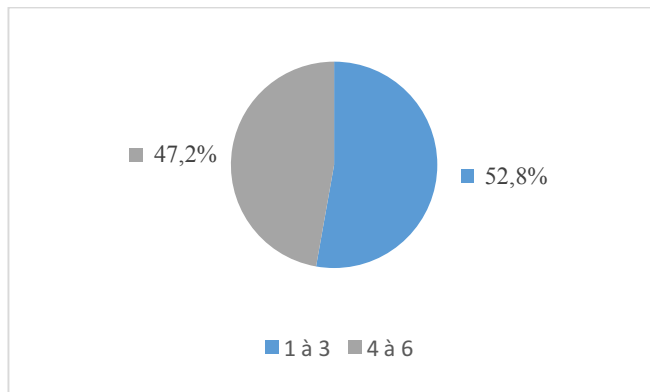


Figure 21 : Répartition de l'évaluation par les médecins du travail de la réponse des psychiatres à leurs attentes concernant les restrictions/aménagements de poste nécessaires (1 à 3 : ne répond plutôt pas aux attentes ; 4 à 6 : répond plutôt aux attentes)

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient majoritaires et plus nombreux que ceux ayant moins de 20 ans d'exercice à estimer que les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes (4 à 6 sur 6) concernant les restrictions et/ou aménagements de postes nécessaires (51,9% vs 42,3% ; $p = 0,22$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

8) Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant l'aptitude au travail

Réponse aux attentes concernant l'aptitude au travail Echelle visuelle analogique (1 à 6)	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
1 (ne répond pas du tout aux attentes)	14 (13,2%)	7,4%-21,2%
2	22 (20,8%)	13,5%-29,7%
3	20 (18,9%)	11,9%-27,6%
4	25 (23,6%)	15,9%-32,8%
5	23 (21,7%)	14,3%-30,8%
6 (répond totalement aux attentes)	2 (1,9%)	0,2%-6,6%
1 à 3	56 (52,8%)	42,9%-62,6%
4 à 6	50 (47,2%)	37,4%-57,1%

Tableau 18 : Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail concernant l'aptitude au travail

52,8% des médecins du travail estimaient que les psychiatres répondaient plutôt mal à leurs attentes concernant l'aptitude au travail (Tableau 18).

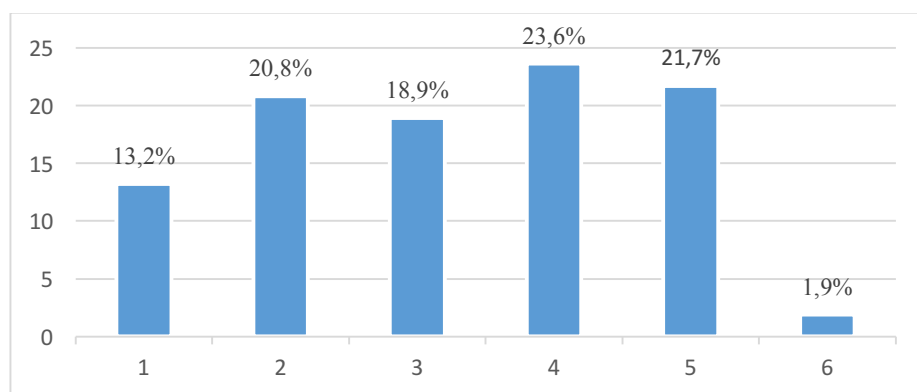


Figure 22 : Répartition de l'évaluation par les médecins du travail de la réponse des psychiatres à leurs attentes concernant l'aptitude au travail (1 : ne répond pas du tout aux attentes ; 6 : répond totalement aux attentes)

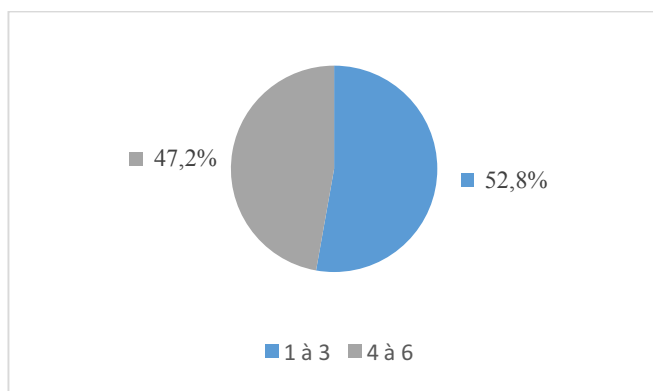


Figure 23 : Répartition de l'évaluation par les médecins du travail de la réponse des psychiatres à leurs attentes concernant l'aptitude au travail (1 à 3 : ne répond plutôt pas aux attentes ; 4 à 6 : répond plutôt aux attentes)

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux que ceux qui n'ont pas été formés à estimer que les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes (4 à 6 sur 6) concernant l'aptitude au travail (50% vs 45,3% ; $p = 0,39$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

9) Fréquence des contacts spontanés des psychiatres

Contactés spontanés des psychiatres	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
Jamais	28 (26,4%)	18,3%-35,9%
Rarement	71 (67%)	57,2%-75,8%
Souvent	7 (6,6%)	2,7%-13,1%
Très souvent	0	

Tableau 19 : Contacts spontanés des psychiatres

93,4% des médecins du travail déclaraient que les psychiatres les contactaient spontanément rarement ou jamais (Tableau 19).

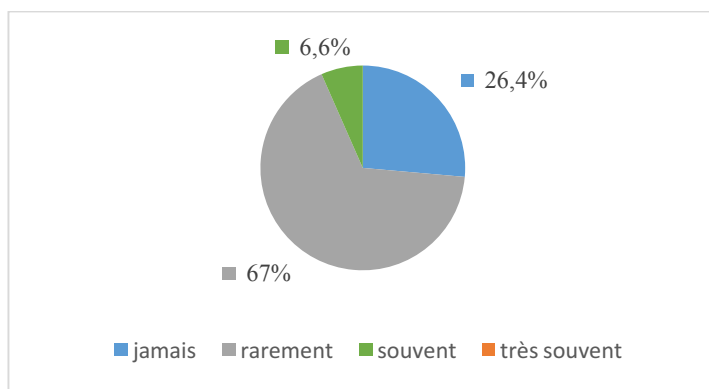


Figure 24 : Fréquence des contacts spontanés des psychiatres selon les médecins du travail

10) Evaluation de la qualité de la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres

Avis sur la qualité de la collaboration entre médecins du travail et psychiatres Echelle visuelle analogique (1 à 6)	Effectif (Proportion en %)	Intervalle de confiance à 95% limite inférieure-limite supérieure en %
1 (mauvaise)	11 (10,4%)	5,3%-17,8%
2	20 (18,9%)	11,9%-27,6%
3	31 (29,2%)	20,8%-38,9%
4	25 (23,6%)	15,9%-32,8%
5	17 (16%)	9,6%-24,4%
6 (très satisfaisante)	2 (1,9%)	0,2%-6,6%
1 à 3	62 (58,5%)	48,5%-68%
4 à 6	44 (41,5%)	32%-51,5%

Tableau 20 : Evaluation de la qualité de la collaboration entre médecins du travail et psychiatres

58,5% des médecins du travail jugeaient leur collaboration avec les psychiatres comme étant plutôt mauvaise, 10,4% l'ont évalué comme étant mauvaise (Tableau 20).

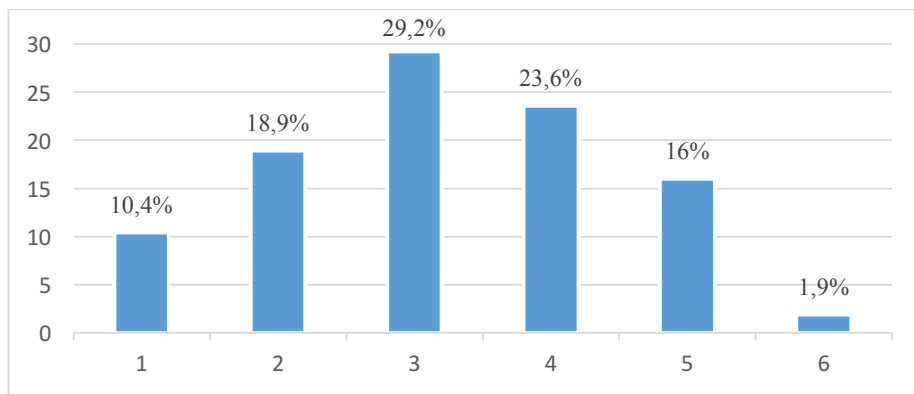


Figure 25 : Répartition de l'évaluation par les médecins du travail de la qualité de la collaboration entre médecins du travail et psychiatres (1 : mauvaise ; 6 : très satisfaisante)

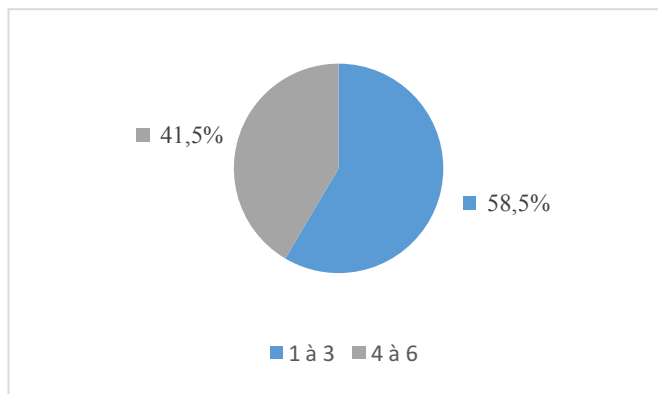


Figure 26: Répartition de l'évaluation par les médecins du travail de la qualité de la collaboration entre médecins du travail et psychiatres (1 à 3 : plutôt mauvaise ; 4 à 6 : plutôt satisfaisante)

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux à estimer que la collaboration était plutôt mauvaise (1 à 3 sur 6) que ceux qui n'ont pas été formés (61,9% vs 56,3% ; $p = 0,35$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux à estimer que la collaboration était plutôt mauvaise (1 à 3 sur 6) que ceux ayant moins de 20 ans d'exercice (61,1% vs 55,8% ; $p = 0,36$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

11) Compréhension par les psychiatres du métier de médecin du travail

71 médecins du travail ne pensaient pas que les psychiatres comprenaient bien le métier de médecin du travail (soit 67% ; IC [57,2% ; 75,8%]).

35 médecins pensaient qu'ils le comprenaient bien (soit 33% ; IC [24,2% ; 42,8%]).

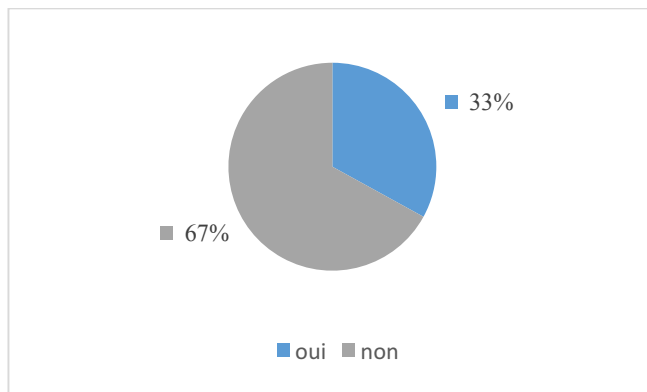


Figure 27 : Répartition des avis des médecins du travail sur la bonne compréhension par les psychiatres du métier de médecin du travail

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux que ceux qui n'ont pas été formés à penser que les psychiatres ne comprenaient pas bien le métier de médecin du travail (69% vs 65,6% ; $p = 0,44$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

12) Réticences des psychiatres à transmettre des informations médicales

78 médecins du travail pensaient que les psychiatres étaient réticents à leur transmettre des informations médicales (soit 73,6% ; IC [64,1% ; 81,7%]), et 28 médecins pensaient qu'ils ne l'étaient pas (soit 26,4% ; IC [18,3% ; 35,9%]).

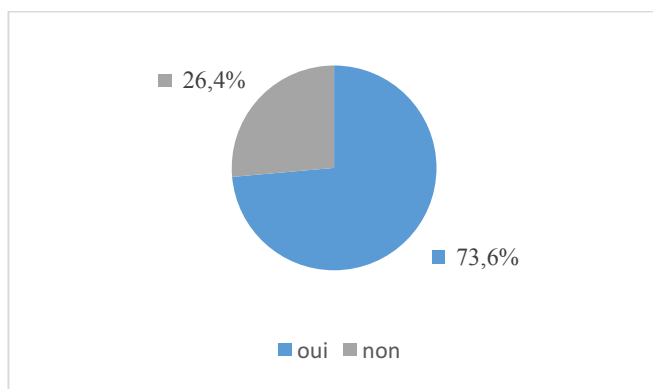


Figure 28 : Répartition des avis des médecins du travail sur la réticence des psychiatres à leur transmettre des informations médicales

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux que ceux ayant moins de 20 ans d'exercice à penser que les psychiatres étaient réticents à leur transmettre des informations médicales (75,9% vs 71,2% ; $p = 0,37$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

13) Méfiance des psychiatres à l'égard de l'indépendance des médecins du travail

74 médecins du travail pensaient que les psychiatres étaient méfiants à l'égard de l'indépendance des médecins du travail (soit 69,8% ; IC [60,1% ; 78,3%]).

32 médecins pensaient qu'ils ne l'étaient pas (soit 30,2% ; IC [21,7% ; 39,9%]).

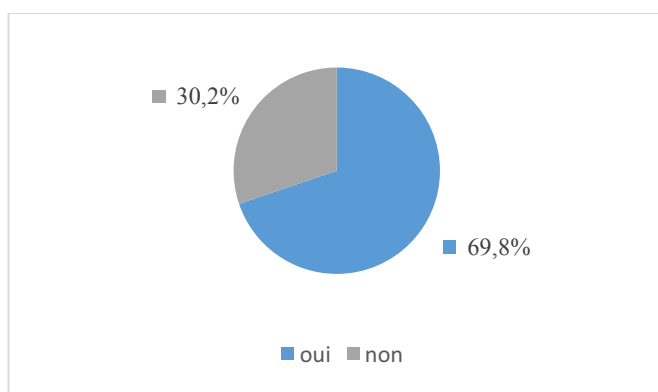


Figure 29 : Répartition des avis des médecins du travail sur la méfiance des psychiatres à l'égard de l'indépendance des médecins du travail

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux que ceux ayant moins de 20 ans d'exercice à penser que les psychiatres étaient méfiants à l'égard de l'indépendance des médecins du travail (74,1% vs 65,4% ; $p = 0,22$), mais cette différence n'était pas statistiquement significative (Annexe 2).

IV. Discussion

A- Intérêt et place de l'étude

Nous n'avons pas retrouvé d'étude française évaluant la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres. Nous n'avons pas retrouvé d'étude de ce type dans la littérature internationale.

L'intérêt d'une étroite collaboration réside dans la difficulté du maintien dans l'emploi des patients atteints d'un trouble psychiatrique et du rôle essentiel du travail qui peut avoir des répercussions positives et négatives sur la santé.

1) Maintien dans l'emploi et devenir socio-professionnel

Différentes études trouvaient un taux d'insertion professionnelle plus faible, un risque de désinsertion professionnelle plus important et un maintien dans l'emploi plus faible chez les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique.

Cela a été observé notamment chez les individus souffrant de troubles psychiatriques tels que l'épisode dépressif caractérisé ou le trouble anxieux (6), et le trouble bipolaire (10,11). Les patients souffrant d'une schizophrénie présentaient une très faible insertion professionnelle (12,13). Dans le cas des conduites addictives, l'insertion professionnelle était également plus faible (14).

Les troubles psychiatriques faisaient partie des 3 principaux motifs d'arrêts de travail de 2 à 4 mois (près d'un assuré sur cinq) (15). Ils représentaient environ une reconnaissance administrative de handicap sur dix (16,17), et la principale cause médicale de mise en invalidité (18).

A partir de ce constat, la place du médecin du travail s'avère centrale afin de favoriser le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle de cette population. Cela nécessite des échanges collaboratifs avec les psychiatres.

2) Le travail un facteur protecteur

Selon l’OMS, l’emploi offre des expériences psychologiques favorisant le bien-être mental, telles que la temporalité, le contact social, un objectif et une identité sociale (19).

Le travail est considéré comme l’un des composants essentiels de l’identité (20).

Une personne en emploi avait une meilleure perception de sa santé, moins de conduites addictives et moins de tentatives de suicides qu’une personne sans emploi (21). Elle avait moins de risque d’avoir eu un épisode dépressif ou un syndrome d’allure psychotique (22).

Dans le cas de patients schizophrènes, Roland Kuhn décrivait les situations de deux patients qui, en ayant trouvé une activité qui leur convenait, ont vu leurs psychoses disparaître ou, au moins, passer à l’arrière-plan (23). D’autres témoignages montraient la centralité du travail dans la vie quotidienne de ces patients (24,25). Le travail leur permettait de mettre à distance leur vécu hallucinatoire et délirant et de se sentir moins agités.

3) Le travail un facteur de souffrance morale

En 1956 Louis Le Guillant, représentant du récent concept de psychopathologie du travail, participa à un écrit sur la névrose des téléphonistes (26). Ses auteurs cherchaient les éléments des conditions de travail qui pouvaient expliquer les troubles observés, tel que l’altération de l’humeur.

Par la suite, les travaux menés par Karasek et al., puis Siegrist, montraient que la présence de différents facteurs de risques psychosociaux sur le lieu de travail et leur combinaison avaient des effets délétères sur la santé (27–29). Il a été montré le lien entre la combinaison de ces facteurs et la survenue de troubles mentaux « courants » (30).

En France, les risques psychosociaux sont devenus ces dernières années une priorité. En témoignent les Plans Santé Travail 2 et 3 qui inscrivent leur prévention comme action prioritaire (8,31), les différents écrits cherchant à les identifier et à les prévenir (32,33), et la reconnaissance dans la loi en 2015 des pathologies psychiques comme maladie professionnelle par le système complémentaire (34).

Depuis quelques années, le nombre de pathologies psychiques reconnues en maladies

professionnelles par le CRRMP a fortement augmenté (35).

Les psychiatres libéraux constataient une explosion du nombre de consultations concernant la souffrance au travail (36).

Cette place centrale du travail dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques est un argument fort en faveur d'une étroite collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres. Elle confirme le caractère essentiel de l'évaluation de cette collaboration.

B- Biais et limites de l'étude

L'échantillon pouvait comporter un biais de sélection étant donné que les médecins du travail ayant répondu au questionnaire avaient peut-être un intérêt particulier pour ce sujet. La participation de médecins du travail plus critiques sur la collaboration avec les psychiatres a peut-être été plus importante. Il est possible que les résultats ne prennent pas en compte l'avis des médecins peu ou pas intéressés par ce sujet.

La population cible était les médecins du travail exerçant dans un service interentreprises en Ile-de-France. De ce fait, nos résultats ne sont pas transposables aux médecins du travail exerçant dans d'autres structures (autonomes, fonction publique, MSA) ou dans d'autres régions. Cela constituait un biais de sélection.

Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir l'effectif total des médecins du travail auquel a été envoyé le questionnaire, ainsi cela ne nous permet pas de connaître avec précision la proportion de médecins ayant répondu à l'étude.

Nous avons fait le choix d'une définition large du trouble psychiatrique. Il nous semblait que ce choix d'une définition simple favoriserait la participation à l'étude. De plus tous les médecins du travail ne disposant pas d'outils informatiques permettant une codification précise des troubles psychiatriques, ils n'auraient pas été en mesure de nous répondre avec exactitude. Nous pouvons nous interroger sur le degré d'objectivité des réponses.

Nous avons fait le choix de ne pas contraindre la réponse au questionnaire à la consultation d'un rapport annuel ou au logiciel informatique utilisé. Nous pouvons penser que la consultation de ces outils aurait pris du temps aux médecins et que cela aurait pu être un frein à leur participation. Nous pouvons nous interroger sur le degré d'objectivité des réponses.

L'utilisation d'un questionnaire à choix multiples ne permettait pas aux médecins de commenter et/ou de préciser leurs réponses s'ils le désiraient. Mais cette méthode de recueil d'information avait pour avantage de prendre moins de temps pour répondre, et donc a pu permettre d'obtenir une plus forte participation à l'étude.

Les médecins du travail ont répondu au questionnaire sur la base des troubles qu'ils ont dépistés ou de ce qui a été porté à leur connaissance. Mais les patients atteints de troubles psychiatriques ne les leur déclarent pas forcément, voire sont anosognosiques, et les médecins de soins ne leur transmettent pas toujours l'information. Il peut donc y avoir une sous-estimation de la population psychiatrique par les médecins du travail.

L'étude portant sur l'avis des médecins du travail, elle ne reflétait qu'une vision partielle de la collaboration. Des études ultérieures permettraient de recueillir l'avis des psychiatres sur ce sujet.

C- Interprétation des résultats

Le questionnaire a été envoyé à 22 services de santé au travail interentreprises sur les 25 services que comptaient l'Ile-de-France à l'époque (37). Il a également été envoyé à 2 des 3 sociétés de médecine du travail d'Ile-de-France (38), à une association nationale de médecine du travail et à un syndicat national ayant une présence en Ile-de-France. Nous avons donc essayé de le diffuser le plus largement possible.

106 médecins ont répondu au questionnaire, soit 10,8% des 980 médecins du travail exerçant dans un service interentreprises en Ile-de-France fin 2015 (39). Ce taux de participation nous semblait satisfaisant au regard des difficultés rencontrés pour diffuser le questionnaire. Celui-ci ayant été diffusé par le biais de personnes relais.

1) Caractéristiques socioprofessionnelles

D'après l'atlas de démographie médicale 2016, la moyenne d'âge des médecins du travail d'Ile-de-France était de 56,1 ans, et l'effectif comprenait 72,7% de femmes (40). Cela est comparable à la population qui a répondu à notre questionnaire avec respectivement une moyenne d'âge retrouvée de 53,2 ans et 74,5% de femmes. Cette similarité nous laisse penser que notre population était représentative, et que nous pouvons exploiter nos résultats.

Dans notre étude, environ un médecin sur deux (50,9%) avait plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail, et plus des deux-tiers (68,8%) avaient plus de 10 ans d'exercice. Ces résultats révèlent que les médecins ayant participé à l'étude avaient une longue expérience en médecine du travail. Nous avons posé cette question car il existait des passerelles permettant aux autres spécialités médicales d'accéder à la médecine du travail. En plus de l'âge, il nous semblait utile de connaître l'expérience professionnelle en santé au travail des médecins répondants.

Environ un médecin du travail sur trois (29,2%) exerçait à Paris. Venait ensuite les Hauts-de-Seine avec 17%. Les autres départements étaient à peu près équivalents avec une sous-représentation de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise. Nous n'avons pas pu retrouver la répartition des médecins du travail par département. En revanche, la répartition de la population salariée par département en Ile-de-France semblait être proche de la répartition des médecins du travail de notre étude (37).

Environ deux tiers des médecins du travail (66,9%) déclaraient suivre plus de 3000 salariés, et environ un tiers (31,1%) déclarait en suivre plus de 4000. Ces chiffres sont comparables aux données extraites de la DIRECCTE qui retrouvaient en moyenne environ 3350 salariés suivis par médecin du travail (39). Cela soutient encore la représentativité de notre population.

L'ensemble de ces caractéristiques socio-professionnelles renforce la représentativité de notre population, et donc justifie l'exploitation de nos résultats.

Dans notre étude, 39,6% des médecins du travail déclaraient avoir eu une formation en psychiatrie. Nos résultats reflètent un manque de formation des médecins du travail en psychiatrie. Au regard du risque plus important de désinsertion professionnelle de la population

atteinte d'un trouble psychiatrique (6,10,11), il nous semble primordial que les médecins du travail soient davantage formés à ces questions. Il pourrait être intéressant d'explorer les raisons pour lesquelles une majorité de médecins n'étaient pas formés.

Parmi les médecins formés, 16,7% des médecins déclaraient l'avoir été par un DU ou DIU et 73,8% par des réunions professionnelles ou formation continue (congrès, séminaires, colloques...). Ces dernières semblaient être le moyen de formation privilégié par les médecins du travail.

2) Population suivie

L'immense majorité des médecins du travail (87,7 %) déclarait suivre moins de 10% de salariés ayant un trouble psychiatrique. 44,3% déclaraient en suivre moins de 5%.

Ces résultats nous semblent faibles au regard de la littérature. Rien que pour l'épisode dépressif caractérisé et le trouble anxieux généralisé, l'enquête Santé et itinéraire professionnel retrouvait qu'en 2006 12% des femmes et 6% des hommes en emploi en souffraient (6). L'enquête Santé Mentale en Population Générale retrouvait que 9,9% des hommes et 14,2% des femmes actifs au travail souffraient d'au moins un trouble de l'humeur, 17,3% des hommes et 25,7% des femmes actifs au travail souffraient d'au moins un trouble anxieux, et que 7,4% des hommes et 1,6% des femmes actifs au travail souffraient d'une dépendance ou d'une consommation abusive d'alcool (41).

Cette différence peut s'expliquer par une sous-estimation de la part des médecins du travail par manque de connaissance en psychiatrie. Nous avons en effet retrouvé que les médecins formés en psychiatrie déclaraient suivre plus de salariés ayant un trouble psychiatrique que les médecins non formés. Les médecins formés étaient probablement plus attentifs à ces pathologies et les détectaient mieux.

Elle peut également s'expliquer par le fait que les salariés ne déclarent pas toujours leur pathologie psychiatrique à leur médecin du travail, comme cela a été souligné dans l'étude de E. Médard sur les troubles bipolaires et le milieu de travail (11), ou encore par manque de transmission des informations médicales de la part des médecins de soins en charge du suivi.

a) Salariés avec restriction d'aptitude

L'article L4624-1 du Code du Travail définit que « *Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment [...] à l'état de santé physique et mentale des travailleurs* » (42).

Dans notre étude, deux-tiers des médecins du travail (67%) déclaraient suivre moins de 10% de salariés ayant une aptitude avec restriction/aménagement de poste, environ un tiers (32,1%) déclarait en suivre moins de 5%. Les médecins du travail étaient donc confrontés de manière habituelle à ces situations complexes. L'aptitude médicale avec restrictions, associée à des préconisations d'aménagement de poste, s'inscrit dans une logique de réintégration et de maintien dans l'emploi. Ainsi, une enquête réalisée par un service interentreprises du Loir-et-Cher en 2011 retrouvait que 87% des salariés déclarés aptes avec restrictions restaient dans l'entreprise (43). Afin de parvenir au mieux à cet objectif, le médecin du travail a besoin des éléments médicaux et peut avoir besoin de l'avis du médecin de soins pour proposer des aménagements cohérents et adaptés aux postes de travail et à l'état de santé des salariés.

Nous avons calculé les chiffres des avis d'aptitude avec restriction et aménagement de poste à partir des données publiées par l'ACMS en 2015 et dans le rapport Issindou (44,45). Nous avons retrouvé qu'ils représentaient respectivement 9,2% et 8,9% des avis rendus par les médecins du travail. Il s'agissait bien d'avis rendus, or étant donné qu'un salarié ayant une restriction d'aptitude peut être vu plusieurs fois par le médecin du travail, nous pouvons penser que la proportion de salariés avec une restriction d'aptitude serait plus faible que les chiffres que nous avons obtenus.

Ces chiffres sont comparables à nos résultats, toutes choses égales par ailleurs. Cela appuie une nouvelle fois la représentativité de notre population.

Une forte majorité des médecins du travail (71,1%) estimait qu'un trouble psychiatrique serait en cause chez moins de 10% des salariés ayant une restriction d'aptitude, et pour un médecin sur cinq (19,8%) il le serait dans 10 à 25% des cas. Nous constatons au travers de ces résultats que les médecins du travail étaient régulièrement confrontés à la nécessité d'aménager des postes de travail pour un trouble psychiatrique. Ces résultats sont comparables à ceux indiqués dans l'enquête du Loir-et-Cher en 2011 qui retrouvait que parmi les salariés déclarés aptes avec

restrictions ou aménagements de poste, 11% avaient pour origine une pathologie psychiatrique (43).

Les médecins formés en psychiatrie et les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux que leurs confrères non formés et moins expérimentés à estimer qu'un trouble psychiatrique était en cause chez moins de 10% des salariés déclarés aptes avec restriction. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la formation et une longue expérience professionnelle permettaient une meilleure évaluation des besoins d'aménagement de poste des salariés atteints d'un trouble psychiatrique, tous les salariés atteints d'un trouble psychiatrique n'ayant pas nécessairement besoin d'un aménagement de poste.

Pour plus de la moitié des médecins du travail (54,7%) le travail serait en cause dans moins de 25% des aptitudes avec restriction d'origine psychiatrique. Pour un quart des médecins (26,4%), il serait en cause dans 25 à 50% des aptitudes avec restriction d'origine psychiatrique.

Le travail semblait donc en cause dans beaucoup de situations de restrictions d'aptitude d'origine psychiatrique. Ces résultats sont comparables à l'enquête du Loir-et-Cher qui retrouvait que parmi les salariés déclarés aptes avec restrictions, 23% des « maladies à caractère professionnelle » avaient pour origine une pathologie psychiatrique (43).

La communication entre les médecins du travail et les psychiatres est ici primordiale. En effet, dans le cas où le médecin du travail n'est pas au courant des troubles dont souffrent le salarié et éventuellement de ses origines, la communication de ces informations par le psychiatre est indispensable. Cela permettrait au médecin du travail, après étude du poste et des conditions de travail, d'identifier avec précision les éléments de souffrance au travail en cause, d'y remédier lorsque cela est possible et d'éviter que le salarié se retrouve confronté à terme à une décision d'inaptitude médicale au poste de travail. Cela lui permettrait aussi d'être attentif aux autres salariés exposés aux mêmes risques dans l'entreprise, et donc d'éviter que leur santé soit altérée, ou au moins de dépister plus précocement une altération de leur santé. Le médecin du travail devrait, quant à lui, communiquer au psychiatre les éléments du poste de travail pouvant être à l'origine des troubles et l'évolution de l'état de santé du salarié qu'il constate. Cela pourrait permettre au psychiatre d'affiner son analyse et d'adapter sa prise en charge thérapeutique aux besoins du patient.

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux que les médecins non formés à estimer que le travail était en cause dans moins de 50% des restrictions d'aptitude d'origine psychiatrique. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la formation permettait aux

médecins du travail de mieux interroger les salariés atteints d'un trouble psychiatrique, et de mieux rechercher les facteurs environnementaux en cause dans la souffrance exprimée. Ils incrimineraient ainsi moins souvent le travail comme étant l'origine principale du trouble.

Dans ce contexte, l'évaluation de la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres est pertinente.

b) Salariés déclarés inaptes

Lorsque le maintien du salarié à son poste n'est plus possible « *le salarié est déclaré par le médecin du travail inapte à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment...* » avec un risque de licenciement au décours, bien qu'il existe pour l'employeur une obligation de reclassement (46,47).

Environ deux médecins du travail sur trois (59,1%) estimaient avoir déclaré inapte plus de 10 salariés au cours des 2 années précédant l'étude, et plus d'un tiers des médecins (38,1%) estimaient en avoir déclaré plus de 20. Ces chiffres sont plutôt élevés. Les médecins du travail étaient donc régulièrement confrontés à ces situations qui exposent les salariés à un risque important de désinsertion professionnelle. En effet, il ressort de différentes études que suite à une déclaration d'inaptitude, environ 88% des salariés étaient licenciés (43,48,49).

Dans la littérature, les chiffres sont ceux des avis d'inaptitudes et ils sont généralement exprimés en pourcentage. Ils représentaient environ 1% des avis rendus par les médecins du travail (50,51).

A partir du rapport d'activité 2015 de l'ACMS, nous avons calculé que les médecins du travail avaient rendu environ 26,4 avis d'inaptitude sur 2 ans (44). Cela ne signifie pas que 26,4 salariés avaient été déclarés inaptes. La procédure d'inaptitude s'articulait généralement en 2 visites, sauf en cas de danger immédiat (52). Toutes choses égales par ailleurs, nous pouvons considérer que nos résultats sont comparables.

Pour plus de la moitié des médecins du travail (56,2%), ces inaptitudes seraient liées à un trouble psychiatrique dans moins d'une inaptitude sur quatre. Et pour plus d'un quart des médecins (27,6%) dans 25 à 50% des cas. Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvés dans

différentes études qui vont de 18,7% en Midi-Pyrénées (53), à 27,6% en Meurthe-et-Moselle (49) et 27,5% en Nord-Pas-de-Calais (48), et jusqu'à 36% en Loir-et-Cher (43).

Face au constat que les troubles psychiatriques étaient souvent en cause dans les déclarations d'inaptitude, il était légitime d'évaluer la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres pour savoir si elle doit être améliorée. Nous pouvons penser que si elle était insuffisante, elle favoriserait ces situations où le patient ne peut plus être maintenu à son poste. Dans le cas où l'inaptitude est inévitable, les échanges devraient être effectués le plus tôt possible afin de préparer de part et d'autre le salarié à cette situation difficile pouvant déséquilibrer son état psychique. Cela permettrait également au médecin du travail de tout mettre en œuvre pour trouver des solutions de reclassement adaptées à l'état de santé du salarié.

Pour la moitié des médecins du travail (50,5%) moins d'une inaptitude sur quatre ayant pour origine un trouble psychiatrique serait liée au travail, et pour un médecin sur trois (30,1%) c'est le cas dans plus d'une inaptitude sur deux. Les chiffres retrouvés dans la littérature sont disparates. Ils vont de 18,8% des inaptitudes causées par une pathologie mentale liées à une souffrance au travail en Nord-Pas-de-Calais (48), à 87,1% qui seraient liées à l'exercice professionnel en Meurthe-et-Moselle (49). L'enquête réalisée en Loir-et-Cher retrouvait que parmi les salariés déclarés inaptes à cause d'une « maladie à caractère professionnelle », 58% avaient pour origine une pathologie psychiatrique (43).

Le travail semblait donc être en cause dans beaucoup d'inaptitudes d'origines psychiatriques. Des échanges précoces pourraient permettre au médecin du travail de rechercher les facteurs de risques psychosociaux à l'origine des troubles, et si cela est possible, d'y remédier afin d'éviter que le salarié soit déclaré inapte à son poste et que son état de santé se dégrade. Cela permettrait également au médecin du travail, à partir des facteurs de risques psychosociaux identifiés, de rechercher si d'autres salariés y sont exposés, et dans ce cas de rechercher si leur état de santé en est altéré. Cela permettrait aussi d'éviter que d'autres salariés y soient exposés.

3) Collaboration entre médecins du travail et psychiatres

Dans notre étude, les trois-quarts des médecins du travail (73,6%) estimaient que moins d'un salarié sur deux atteints d'un trouble psychiatrique était suivi par un psychiatre, pour un quart des médecins (24,5%) ils étaient moins de 25% à avoir ce suivi.

Nos résultats partageaient avec d'autres études le constat du faible suivi par un psychiatre des patients souffrants de troubles psychiatriques. 13,3% de la population ayant eu un épisode dépressif majeur a consulté un psychiatre (54), et 9,5% des personnes ayant pris un anxiolytique étaient suivies par un psychiatre, contre 17,2%, 23,8% et 48,7% lorsqu'il s'agissait respectivement de la prise d'antidépresseurs, de neuroleptiques et de lithium (55).

a) Echanges entre médecins du travail et psychiatres

Dans le cadre du parcours de soin coordonné, toute personne de plus de 25 ans souhaitant consulter un psychiatre doit être orientée par son médecin traitant si elle souhaite être pleinement prise en charge par la Sécurité Sociale (56). De ce fait, si le médecin du travail dépiste un trouble psychiatrique, il adressera généralement le salarié vers son médecin traitant pour une première consultation en psychiatrie. Nous avons donc questionné les médecins du travail sur leurs échanges concernant le suivi des salariés déjà pris en charge par un psychiatre.

Les principes d'échanges entre médecins sont inscrits dans le code de déontologie médicale. L'article 60 aborde le sujet de l'orientation d'un patient vers un confrère (57). Dans ses commentaires, le CNOM détaille que « *C'est un devoir pour tout médecin que de proposer une telle consultation, pour demander l'avis d'un confrère spécialisé, lorsqu'il se trouve lui-même en difficulté, souhaite un avis complémentaire ou estime que l'état du patient requiert une intervention spécialisée* » et que dans ce cadre les échanges doivent se faire par écrit. En cas d'urgence, l'échange peut être téléphonique.

L'article 64 stipule que « *Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés* » (58). Dans ses commentaires, le CNOM rajoute que « *Chaque intervention correspond aux compétences particulières de chaque médecin qui en informera au fur et à mesure le patient mais gagnera souvent à échanger son point de vue avec celui de ses confrères* ».

Dans notre étude, il apparaît que les médecins du travail privilégiaient les échanges par courrier plutôt que par téléphone. Environ deux-tiers des médecins (60,4%) déclaraient contacter par courrier souvent ou très souvent le psychiatre effectuant le suivi du salarié, et deux-tiers des médecins (68%) déclaraient le contacter jamais ou rarement par téléphone. Ces pratiques sont conformes au code de déontologie médicale.

Bien que la plupart des médecins du travail semblait contacter régulièrement les psychiatres par courrier, un tiers des médecins (36,8%) déclarait les contacter rarement par courrier. Ce résultat nous paraît encore élevé. Des réflexions doivent donc être menées afin d'améliorer la communication des médecins du travail avec les psychiatres.

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux que les médecins non formés à déclarer contacter souvent ou très souvent les psychiatres par courrier et par téléphone. Ces résultats tendraient à montrer le bénéfice de la formation sur la communication des médecins du travail avec les psychiatres. Les médecins du travail formés étaient certainement plus sensibles et plus intéressés par les troubles psychiatriques, et par l'intérêt d'échanger avec les psychiatres. Ils renforçaient probablement leur communication avec les psychiatres afin d'affiner leurs diagnostics et leur prise en charge.

De même, les médecins du travail ayant plus de 20 ans d'exercice étaient plus nombreux que les médecins moins expérimentés à déclarer contacter souvent ou très souvent les psychiatres par courrier et par téléphone. Leur expérience leur a probablement appris qu'il y avait un intérêt à communiquer avec les psychiatres dans la prise en charge de leurs salariés. Il semblerait donc nécessaire de sensibiliser davantage les médecins avec moins d'expérience aux bénéfices de la communication avec les psychiatres de manière à ce qu'elle soit améliorée.

Plus de la moitié des médecins du travail (56,6%) déclarait que les psychiatres leur répondaient souvent ou très souvent. Ce résultat est plutôt satisfaisant, notamment au regard de l'avis des médecins généralistes qui déclaraient à 74% ne recevoir aucun retour de leur part (59), ou déclaraient à 86% ne recevoir jamais ou rarement de retour suite à l'adressage d'un patient (60). Avec 43,4% des médecins du travail qui déclaraient que les psychiatres leurs répondaient jamais ou rarement, cela reste insuffisant.

Les psychiatres, lorsqu'ils étaient sollicités par les médecins du travail, étaient peut-être assez sensibles à la nécessité de communiquer avec lui. A ce moment, ils prenaient probablement conscience du risque de désinsertion professionnelle et du bienfait du maintien dans l'emploi de leurs patients. Ils interagissaient alors plutôt bien avec les médecins du travail.

On voit d'ailleurs qu'ils communiquaient très peu spontanément avec les médecins du travail. En effet, l'immense majorité des médecins de notre étude (93,4%) déclarait que les psychiatres ne les contactaient spontanément que jamais ou rarement. De façon habituelle, il semblerait que les psychiatres, dans leur prise en charge, ne prenaient que peu ou pas en compte la sphère socio-professionnelle. Ils sous-estimaient ou n'avaient pas conscience des bienfaits des

échanges avec les médecins du travail. Ils n'en prenaient conscience que lorsque les médecins du travail les sollicitaient.

Ces résultats font donc apparaître une grande marge d'amélioration quant à la communication des psychiatres avec les médecins du travail.

Nous ne pouvons pas exclure par ailleurs le fait que les patients atteints de troubles psychiatriques, notamment lorsqu'ils souffrent de troubles psychiatriques lourds, puissent ne pas remettre au médecin du travail le courrier que le psychiatre leur a adressé. Mais selon nous, cela n'explique pas totalement ce manque de communication de la part des psychiatres. Nous l'expliquons par une possible méconnaissance du métier de médecin du travail et par d'éventuelles réticences de la part des psychiatres que nous aborderons plus loin.

Les médecins formés en psychiatrie étaient plus nombreux que les médecins non formés à estimer que les psychiatres leur répondaient souvent ou très souvent. Etant donné que les médecins formés semblaient contacter plus les psychiatres, ils leurs répondaient peut-être davantage. Mais cette hypothèse est à prendre avec prudence. En effet, cette tendance n'était pas observée chez les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail, alors qu'il semblait qu'eux aussi contactaient plus les psychiatres. Nous pouvons penser que les médecins formés étaient peut-être plus précis dans leur sollicitation. Cela pouvait permettre aux psychiatres de mieux comprendre cette démarche, et ainsi favoriser une réponse de leur part.

Les échanges entre les médecins du travail et les psychiatres étaient donc insatisfaisants au regard du code de déontologie médicale.

Face à ce constat, la communication entre les médecins du travail et les psychiatres doit être améliorée.

b) Réponse des psychiatres aux attentes des médecins du travail

Dans notre étude, les médecins du travail estimaient majoritairement qu'après les avoir sollicités, les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes concernant le diagnostic et surtout le traitement (respectivement 54,7% et 68,9% des médecins les ont évaluées entre 4 et 6 sur 6). Ces résultats sont plutôt satisfaisants, notamment concernant le traitement, et ils appuient l'intérêt de renforcer les échanges entre les médecins du travail et les psychiatres. En

effet, lorsque les psychiatres étaient sollicités par les médecins du travail, ils correspondaient avec eux et ils répondaient plutôt bien à leurs attentes concernant les informations médicales. Mais ces résultats restent insuffisants. Effectivement, le médecin du travail a besoin du diagnostic du psychiatre pour évaluer la gravité du trouble psychiatrique et sa compatibilité avec le maintien du salarié à son poste. Il a aussi besoin de connaître le traitement mis en place afin d'évaluer sa compatibilité avec le maintien au poste de travail.

Les médecins formés en psychiatrie et ceux ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux que les médecins non formés et moins expérimentés à estimer que les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes concernant le diagnostic. Nous émettons l'hypothèse qu'ils comprenaient mieux les difficultés des psychiatres à communiquer un diagnostic. En effet, le psychiatre s'expose au risque que son patient lise son courrier, avec pour conséquence une possible rupture de la confiance du patient dans sa relation avec son thérapeute., ce qui serait préjudiciable au patient.

Les médecins formés étaient par contre plus nombreux que les médecins non formés à estimer que les psychiatres répondaient plutôt mal à leurs attentes concernant le traitement. Contrairement à la communication du diagnostic, la transmission de cette information par le psychiatre risque moins d'entraîner une rupture de l'alliance thérapeutique si toutefois le patient lisait le courrier. Cela pourrait expliquer que les médecins formés comprenaient moins bien les raisons pour lesquelles les psychiatres ne leur communiquaient pas cette information.

Tandis que les psychiatres semblaient répondre aux attentes des médecins du travail concernant les informations médicales, cela ne semblait pas être le cas pour les questions relatives à la prise en charge socio-professionnelle. En effet, les médecins du travail estimaient majoritairement qu'après les avoir sollicités, les psychiatres répondaient plutôt mal à leurs attentes concernant les restrictions et/ou aménagements de poste nécessaires et l'aptitude au travail, (52,8% des médecins les ont évaluées entre 1 et 3 sur 6). Cela pourrait refléter un manque de connaissance du rôle et des missions du médecin du travail par les psychiatres et/ou une crainte des psychiatres de voir leur responsabilité engagée.

Or, le médecin du travail est le seul médecin habilité à proposer des aménagements de poste et à émettre un avis d'aptitude ou d'inaptitude (42,46,47,61). Mais le médecin du travail peut avoir besoin de l'avis consultatif du psychiatre pour confirmer ou infirmer une de ses décisions, comme par exemple un avis d'aptitude/inaptitude ou un aménagement de poste. Il peut également solliciter un avis afin de chercher à convaincre le salarié du bien-fondé de sa décision

pour obtenir son consentement, comme par exemple à la possibilité d'une reprise du travail dans le cadre ou non d'un aménagement du poste de travail, ou dans le cas d'une inaptitude. Par ailleurs, avec l'augmentation importante du nombre de contestations d'avis d'aptitude/inaptitude (environ 130 en 2008 et environ 480 en 2015 en Ile-de-France), certains médecins du travail peuvent également solliciter l'avis du psychiatre afin d'enrichir le dossier médical, espérant ainsi restreindre la possibilité de voir leur avis modifié (37). Une telle éventualité peut en effet porter atteinte à la crédibilité du médecin du travail auprès du ou des salariés de l'entreprise et/ou de l'employeur.

Dans ce sens, il semblerait nécessaire de sensibiliser les psychiatres au rôle et aux missions du médecin du travail, à sa place dans la prise en charge de leurs patients, et au bénéfice qu'ils ont à répondre à leurs questions relatives à la prise en charge socio-professionnelle dans l'intérêt de leurs patients.

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient majoritaires à penser que les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes concernant les aménagements de poste nécessaires, contrairement à leurs confrères moins expérimentés. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'avec l'expérience, les médecins du travail avaient plus conscience des freins que les psychiatres avaient pour répondre sur ce sujet. Ils étaient alors peut-être plus précis dans leurs sollicitations, permettant ainsi une réponse des psychiatres correspondant plus à leurs attentes.

Les médecins formés en psychiatrie étaient plus nombreux que les médecins non formés à estimer que les psychiatres répondaient plutôt bien à leurs attentes concernant l'aptitude au travail. Nous pensons qu'ils formulaient peut-être plus précisément leurs questions, permettant une réponse des psychiatres plus proches de leurs attentes sur ce sujet.

Des études ultérieures permettraient d'explorer le contenu des courriers adressés par les médecins du travail aux psychiatres, afin de comprendre s'ils permettaient aux psychiatres de répondre à leurs attentes.

c) Evaluation de la qualité de la collaboration entre médecins du travail et psychiatres

Une nette majorité des médecins du travail jugeait leur collaboration avec les psychiatres comme étant plutôt mauvaise (58,5% des médecins l'ont évaluée entre 1 et 3 sur 6), et un médecin sur dix (10,4%) la jugeait comme mauvaise (évaluée à 1 sur 6). Ce résultat confirme la nécessité d'améliorer la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres de l'avis des médecins du travail.

De plus, les médecins formés en psychiatrie et les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux que les médecins non formés et moins expérimentés à juger plutôt mauvaise leur collaboration avec les psychiatres. Cela pourrait refléter le fait qu'une formation en psychiatrie et une longue expérience professionnelle permettait une plus importante prise de conscience de l'insuffisance de la collaboration avec les psychiatres, et sensibiliserait davantage à la nécessité de l'améliorer.

d) Avis des médecins du travail sur leur image auprès des psychiatres

Deux-tiers des médecins du travail (67%) pensaient que les psychiatres ne comprenaient pas bien leur métier. Cela pourrait expliquer leur insatisfaction lorsqu'ils sollicitaient les psychiatres sur des questions relatives à la prise en charge socio-professionnelle. Nous avons émis cette hypothèse précédemment.

Les trois-quarts (73,6%) pensaient que les psychiatres étaient réticents à leurs transmettre des informations médicales, et plus des deux-tiers (69,8%) pensaient qu'ils étaient méfiants à l'égard de l'indépendance des médecins du travail.

Or, le médecin du travail est, comme tout médecin, soumis au secret médical inscrit à l'article 4 du code de déontologie médicale, ainsi qu'à l'indépendance professionnelle inscrite à l'article 5 (62,63). Le CNOM dans ses commentaires souligne même que « *le médecin du travail ne se prononce pas en fonction de l'employeur ni des syndicats mais dans l'intérêt de l'individu et de la collectivité des salariés qu'il examine* » (63).

Malgré cela, une forte majorité des médecins du travail pensait que les psychiatres avaient des doutes sur leur indépendance professionnelle et sur leur respect du secret médical.

Nous ne pouvons pas savoir si les psychiatres méconnaissaient effectivement le métier de médecin du travail et partageaient ces doutes, des études ultérieures permettraient d'y répondre.

Etant donné nos résultats, nous pouvons penser qu'un travail important doit être mené auprès des psychiatres pour leur expliquer le rôle et les missions du médecin du travail, et lever leurs doutes en leur faisant valoir que le code de déontologie médicale s'applique aussi aux médecins du travail.

Les médecins du travail formés en psychiatrie étaient plus nombreux que les médecins non formés à estimer que les psychiatres ne comprenaient pas bien leur métier. Nous pouvons penser que les médecins formés percevaient plus au cours de leurs échanges la méconnaissance de leur métier par les psychiatres.

Les médecins ayant plus de 20 ans d'exercice de la médecine du travail étaient plus nombreux que les médecins moins expérimentés à estimer que les psychiatres étaient réticents à leur transmettre des informations médicales et qu'ils étaient méfiants quant à leur indépendance. Nous pouvons penser qu'avec l'expérience des échanges avec les psychiatres, les médecins du travail avaient davantage pris conscience des doutes des psychiatres sur leur indépendance et leur respect du secret médical.

D- Pistes d'amélioration

Face au constat que la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres doit être améliorée, nous proposons quelques pistes d'amélioration.

1) Formation des médecins du travail en psychiatrie

Dans notre étude, il nous semblait que la formation en psychiatrie permettait aux médecins du travail une meilleure évaluation des situations relevant de la psychiatrie. Elle semblait permettre une communication plus importante de leur part avec les psychiatres. De même, une longue expérience professionnelle semblait permettre une communication plus importante des médecins du travail avec les psychiatres. Ces résultats sont à interpréter avec prudence, puisque ces tendances n'étaient pas statistiquement significatives. Mais ils nous permettent de proposer la formation en psychiatrie comme piste d'amélioration, notamment pour les médecins du travail les moins expérimentés.

Au regard du nombre insuffisant de médecins du travail formés en psychiatrie, il serait souhaitable de développer l'accès à cette formation. Dans notre étude, un grand nombre de médecins formés l'ont été par des réunions professionnelles ou par la formation continue. Il semblerait donc que ce soit là le moyen le plus simple qui permettrait de former un maximum de médecins du travail. D'autant que la formation médicale continue est une obligation déontologique et légale (64,65). Il serait donc souhaitable de développer le contenu en psychiatrie dans les réunions professionnelles et la formation continue.

Dans la maquette de l'internat de médecine du travail il est possible de faire un stage dans un service de psychiatrie, mais cette démarche reste volontaire. Afin de former les futurs médecins du travail à la psychiatrie, nous pourrions réfléchir au fait de rendre ce stage obligatoire pour l'ensemble des internes en médecine du travail.

2) Formation des psychiatres en santé au travail

Nous avons retrouvé dans notre étude que les psychiatres entraient insuffisamment en contact avec les médecins du travail selon ces derniers, alors que la prise en charge de leur patients comprend aussi la sphère professionnelle (9).

La formation des psychiatres en santé au travail pourrait permettre d'améliorer cette situation. Des études ultérieures permettraient d'évaluer le nombre de psychiatres formés en santé au travail, et par quels moyens ils l'ont été.

Comme pour les médecins du travail, cette formation pourrait passer par le développement du sujet de la santé au travail dans les réunions professionnelles et la formation continue des psychiatres. Dans ce sens, le Plan Santé Travail 2 proposait dans ses actions de former les médecins de soins à l'identification des maladies professionnelles par un programme de formation initiale et continue (31).

De plus, un rapport dressait le constat que sur les six premières années de médecine, seules 9 heures étaient consacrées en moyenne à la « médecine et santé au travail », ce qui ne favoriserait pas à long terme les échanges entre médecins (66). Il serait donc souhaitable d'augmenter le nombre d'heures traitant de ce sujet, comprenant l'explication du rôle et des missions du médecin du travail et sa place dans la prise en charge des patients. La mission estimait

indispensable pour tout médecin pouvant être confronté à des pathologies résultant d'une exposition professionnelle, d'introduire a minima un enseignement de santé au travail dans la formation des futurs médecins. Elle préconisait vivement que soient développés les stages sur le terrain, comme les stages dans les services de santé au travail en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année de médecine.

Ces mesures pourraient permettre aux psychiatres de comprendre la place du médecin du travail et l'intérêt d'avoir des échanges collaboratifs dans la prise en charge de leurs patients. Elles permettraient aussi de lever les doutes que pourraient avoir les psychiatres concernant notamment le respect du secret médical et l'indépendance professionnelle des médecins du travail. Une étude portant sur la collaboration entre les médecins du travail et les médecins généralistes retrouvait que les médecins généralistes connaissant le rôle du médecin du travail étaient plus nombreux à le solliciter de manière systématique que s'ils déclaraient ne pas le connaître (67). De la même manière, nous pouvons penser qu'en améliorant la connaissance du rôle du médecin du travail, les psychiatres communiqueraient davantage avec les médecins du travail.

3) Recommandations de bonnes pratiques

Le rapport « La santé au travail, vision nouvelle et professions d'avenir » reconnaissait que la médecine du travail était l'une des rares spécialités médicales pour laquelle il n'existait que trop peu de recommandations de bonnes pratiques validées par la HAS pour informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et des connaissances (66). Cela pourrait participer de la méconnaissance du métier de médecin du travail, et donc du manque de communication des psychiatres avec ce dernier.

Dans ce sens, le Plan Santé Travail 3 proposait dans ses actions, dans le cadre spécifique du burn-out, d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques validées par la HAS à destination des médecins du travail et autres professionnels de santé (8).

Nous pouvons par exemple nous inspirer de la recommandation de bonne pratique de 2010 soutenue par la HAS, élaborée en vue d'améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres (68). Elle détaillait le contenu des courriers à échanger lors de l'orientation d'un patient par le médecin généraliste pour une première consultation en

psychiatrie. Des études ultérieures pourraient permettre d'identifier les attentes des médecins du travail et des psychiatres sur le contenu des courriers échangés. Cela pourrait aider à élaborer une recommandation de bonne pratique sur le contenu des courriers à échanger dans le cadre de la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres.

De plus, tandis que le Plan Santé Mentale 2011-2015 expliquait la nécessité d'améliorer l'accès à la vie professionnelle des patients atteints de troubles psychiatriques et de promouvoir leur retour et leur maintien dans l'emploi, il ne mentionnait pas le médecin du travail (9). Cet exemple illustre le manque de représentation du médecin du travail dans différents rapports et plans. Cela pourrait encore une fois contribuer à la méconnaissance du métier de médecin du travail, et donc au manque de communication des psychiatres avec ce dernier. Il serait donc nécessaire d'intégrer davantage le médecin du travail dans les futurs rapports et plans relatifs à la santé mentale.

4) Le dossier médical partagé

Le dossier médical partagé va progressivement être déployé par l'Assurance maladie d'ici la fin 2018. Il permettra aux professionnels de santé, lorsque le patient le souhaite, d'avoir accès par voie électronique à des informations médicales telles que les comptes-rendus d'hospitalisation, les actes diagnostiques ou les traitements prescrits (69). Cet outil a été élaboré en vue de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins. Or, depuis sa création en 2004 sous le nom de dossier médical personnel, il n'est pas accessible aux médecins du travail (70).

Nous rejoignons l'avis formulé dans le rapport « La santé au travail, vision nouvelle et professions d'avenir », selon lequel la volonté d'interdire aux médecins du travail de participer au dossier médical partagé porte atteinte à leur image auprès des autres professionnels de santé (66). En effet, cela pourrait laisser penser qu'il existe un doute quant au respect par les médecins du travail du secret médical et de l'indépendance professionnelle. Comme nous l'avons déjà rappelé, les médecins du travail sont comme les autres médecins soumis à ces obligations. Il nous semble donc nécessaire, comme le propose la mission, que l'accès au dossier médical partagé soit autorisé aux médecins du travail, toujours avec l'accord du salarié. Cela permettrait des échanges d'informations entre les médecins du travail et les psychiatres, et l'amélioration de l'accès des médecins du travail au moins au diagnostic et aux traitements, dans le but

d'assurer un meilleur suivi individuel des salariés et d'améliorer la coordination de leur prise en charge.

V. Conclusion

L'objectif de notre étude était d'évaluer la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres, afin de savoir si elle devait être améliorée. Notre étude a mis en évidence la nécessité d'améliorer cette collaboration.

58,5% des médecins du travail de notre étude jugeaient la qualité de cette collaboration comme étant plutôt mauvaise. Notre étude révélait un manque de communication de la part des psychiatres, surtout lorsqu'il s'agissait de contacter spontanément le médecin du travail. Le contenu de leurs réponses était jugé insatisfaisant sur les questions relatives à l'aptitude au travail et aux aménagements nécessaires au maintien du salarié à son poste. La communication des médecins du travail en direction des psychiatres devait aussi être augmentée. Les médecins du travail estimaient que les psychiatres ne comprenaient pas bien leur métier, qu'ils étaient réticents à leur transmettre des informations médicales et qu'ils avaient des doutes sur leur indépendance professionnelle.

La nécessité d'améliorer cette collaboration était légitimée par le fait que les médecins du travail estimaient être régulièrement confrontés à la prise en charge de salariés souffrant de troubles psychiatriques nécessitant des restrictions d'aptitude et surtout une inaptitude médicale.

Il nous semblait que la formation en psychiatrie et/ou une longue expérience professionnelle favorisaient une communication plus importante des médecins du travail avec les psychiatres. Ces tendances n'étaient pas statistiquement significatives. Mais face à ce constat, et au regard du manque de formation en psychiatrie des médecins du travail, nous proposons comme piste d'amélioration de développer l'accès à cette formation. Les réunions professionnelles et la formation continue semblaient être le moyen le plus simple pour y parvenir.

Afin d'améliorer la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres, nous proposons également d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques qui pourraient détailler le contenu des courriers à échanger. Nous suggérons également de permettre l'accès au dossier médical partagé aux médecins du travail et de former davantage les psychiatres à la santé au travail.

Des études complémentaires permettraient d'obtenir le point de vue des médecins du travail exerçant dans d'autres régions et dans d'autres structures (autonomes, fonction publique, MSA). Il serait intéressant qu'une étude similaire soit menée auprès des psychiatres afin de recueillir leur avis sur leur collaboration avec les médecins du travail.

Bibliographie

1. Sayers J. The world health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Bull World Health Organ, Bull World Health Organ. 2001;79:1085-1085.
2. Mathers C, Fat DM, Boerma JT, World Health Organization, éditeurs. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. 146 p.
3. Kovess V. La santé mentale, l'affaire de tous. Paris: Centre d'analyse stratégique. 2009;
4. Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours - note de cadrage [Internet]. 2014 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf
5. Cour des Comptes. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2010 [Internet]. 2011 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/L_organisation_des_soins_psychiatriques_les_effets_du_plan_Psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2010.pdf
6. Barnay T, Defebvre E. Troubles mentaux: quelles conséquences sur le maintien dans l'emploi? Etudes et résultats. 2014;
7. Code du travail - Article L4622-2. Version en vigueur du 19 août 2015 au 1 octobre 2017.
8. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Plan santé au travail 2016-2020 [Internet]. [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>
9. Ministère chargé de la Santé, Ministère chargé des Solidarités. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [Internet]. [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2011-2015.pdf
10. Fajutrao L, Locklear J, Prialux J, Heyes A. A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 23 janv 2009;5:3.
11. Medard E, Dubertret C, Peretti CS, Ades J, D'escatha A. Descriptive Study of the Occupational Outcome of Bipolar Patients. J Occup Rehabil. 1 sept 2010;20(3):293-8.
12. Bebbington PE, Angermeyer M, Azorin J-M, Brugha T, Kilian R, Johnson S, et al. The European Schizophrenia Cohort. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. sept 2005;40(9):707-17.
13. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. mai 2004;39(5):337-49.
14. Observatoire des drogues et des toxicomanies. Recueil commun sur les addictions et les prises en charge [Internet]. 2015 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/RECAP_2015.pdf

15. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Description des populations du Régime Général en arrêt de travail de 2 à 4 mois [Internet]. 2004 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Absentisme_2004_etude_CNAMTS_Med_conseil.pdf
16. Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques. L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011 [Internet]. 2013 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-066.pdf>
17. Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés. Communiqué de presse : résultats 2011 de l'AGEFIPH. 2012.
18. ameli.fr - N° 16 - Causes médicales de l'invalidité en 2006 [Internet]. [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-16-causes-medicales-de-l-invalidite-en-2006.php>
19. Harnois G, Gabriel P, International Labour Organisation, Nations for Mental Health, World Health Organization, Department of Mental Health. Mental health and work impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organization, Dept. of Mental Health; 2000.
20. Garner H, Méda D, Sénik C. La place du travail dans les identités. *Economie et statistique*. 2006;393(1):21-40.
21. Blanquet M, Labbe-Lobertreau E, Sass C, Berger D, Gerbaud L. Occupational status as a determinant of mental health inequities in French young people: is fairness needed? Results of a cross-sectional multicentre observational survey. *Int J Equity Health* [Internet]. 8 août 2017;16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5549318/>
22. Bellamy V, Roelandt J-L, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et résultats*. 2004;347:1-12.
23. Kuhn R. L'errance comme problème psychopathologique ou déménager. Présent à Henry Maldiney. 1973;
24. Clément Bonnet, Antoine Fontaine, Juliette Huret, Françoise Loux, Laurent Muldworf, Agnès Pédron, et al. *Vivre et dire sa psychose*. Eres; 2007. 288 p.
25. Bonnet C, Arveiller J-P. Les enjeux de l'emploi pour les personnes handicapées psychiques. *L'information psychiatrique*. 2008;84(9):835-40.
26. Leguillant, Roelens, Begoin, Bequart, Hansen, Lebreton. La névrose des téléphonistes. *Presse médicale*. 1956;64(13):274-277.
27. Robert A. Karasek J author. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;(2):285.
28. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic books; 1992.
29. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. janv 1996;1(1):27-41.
30. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. déc 2006;32(6):443-62.

31. Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique. Plan santé au travail 2010-2014 [Internet]. [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/6-_Plan_sante_au_travail_2010-2014.pdf
32. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Cases C, Davezies P, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue social [Internet]. 2011; Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
33. Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de travail, Institut Nationale de Recherche et de Sécurité, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir [Internet]. 2015 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf
34. Code de la sécurité sociale - Article L461-1.
35. Assurance Maladie. Rapport de gestion 2015 [Internet]. 2015 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/RAPPORT-AT-MP-2015.pdf
36. Chevalier F, Rougevin-Baville S, Pont V, Noguès F. Souffrance psychique au travail : rôle des psychiatres libéraux. Enquête qualitative menée auprès de 46 psychiatres libéraux d'Ile-de-France [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/171003-URPS-FJN-souffrance-au-travail.pdf>
37. Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi Ile de France. Chiffres clés, Edition 2017 [Internet]. 2017 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://idf.direccte.gouv.fr/sites/idf.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/direccte_chiffrescles2017_web_060617_2_.pdf
38. Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi Ile de France. Adresses utiles en santé au travail Ile-de-France [Internet]. 2017 [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: http://idf.direccte.gouv.fr/sites/idf.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/adresses_utiles_sante_au_travail_idf_nov_2017.pdf
39. Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi Ile de France. Orientations de la politique régionale d'agrément des services de santé au travail en Ile de France 2017 [Internet]. 2017 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://idf.direccte.gouv.fr/sites/idf.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/politique_agrement_2017.pdf
40. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2016.
41. Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête «Santé mentale en population générale: images et réalités». Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2007;1-6.
42. Code du travail - Article L4624-1. Version en vigueur du 19 août 2015 au 28 janvier 2016.

43. APSMT. Enquête concernant le devenir des salariés ayant été déclarés inaptes ou aptes avec restrictions en 2011 [Internet]. 2012 oct 19. Disponible sur: imtv1.fr/files/file/Etudes/Enquête%20précarité_vfinal.ppt
44. ACMS. Rapport d'activité 2015 [Internet]. 2016 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.acms.asso.fr/sites/default/files/RA%202015%20V.internet.pdf>
45. Issindou M, Ploton C, Fantoni-Quinton S, Bensadon A-C, Gosselin H. Rapport du groupe de travail " Aptitude et médecine du travail. Rapport à la ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et au ministre du Travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social 2014-142R, Mai. 2015;
46. Code du travail - Article L1226-2. Version en vigueur du 1 mai 2008 au 1 janvier 2017.
47. Code du travail - Article L1226-10. Version en vigueur du 24 mars 2012 au 1 janvier 2017.
48. Buewaert V, Leroyer A, Thorez P, Surquin M. Suivi d'indicateurs sur les inaptitudes en Nord Pas de Calais - Résultats année 2014 [Internet]. 2015 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://istnf.fr/_docs/Fichier/2016/3-160112043459.pdf
49. Manet C. L'inaptitude médicale au poste de travail: enquête épidémiologique descriptive dans trois services de santé au travail de Meurthe et Moselle en 2007-158p. Th D: Médecine du travail: Nancy. 2008;
50. Clainchard E. Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi. rapport pour l'Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés en Île-de-France. 2005;
51. Gosselin H. Aptitude et inaptitude médicale au travail: diagnostic et perspectives. Rapport pour le Ministre délégué à l'Emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, janvier Encadré. 2007;4.
52. Code du travail - Article R4624-31. Version en vigueur du 1 juillet 2012 au 1 janvier 2017.
53. Partenariat Orientation Evaluation Stage et Emploi. Améliorer l'employabilité des personnes handicapées suite à la maladie mentale – Risques professionnels et Santé Mentale [Internet]. 2007 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.id3.asso.fr/forumequal/pdd/oreste/Etude%20Risques%20professionnels%20et%20sante%20mentale.pdf>
54. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. L'Encéphale. juin 2010;36:D48-58.
55. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H. Médicaments psychotropes: consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. Revue médicale de l'Assurance Maladie. 2003;34(2):75-84.
56. Assurance Maladie. Consultations en métropole : vos remboursements [Internet]. [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>
57. Article 60 - Appel à un consultant ou spécialiste | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-60-appel-un-consultant-ou-specialiste-284>

58. Article 64 - Exercice collégial | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-64-exercice-en-equipe-288>
59. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale «Place de la santé mentale en médecine générale». *L'information psychiatrique*. 2014;90(5):311–317.
60. Dordonne G. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres: évaluation des courriers échangés [PhD Thesis]. 2014.
61. Code du travail - Article R4624-47. Version en vigueur du 14 juillet 2014 au 30 décembre 2016.
62. Article 4 - Secret professionnel | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
63. Article 5 - Indépendance professionnelle | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-5-independance-professionnelle-229>
64. Article 11 - Développement professionnel continu | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235>
65. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins | Legifrance [Internet]. [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620824>
66. Dellacherie C, Frimat P, Leclercq G. La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir. Rapport remis aux Ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministre de la Santé et des Sports [Internet]. 2010; Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000434.pdf>
67. Doussin F. Relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail (reprise d'une enquête de 1997 réalisée par des médecins de la Mutualité Sociale Agricole) [PhD Thesis]. 2009.
68. Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique [Internet]. 2010 sept [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: https://docs.wixstatic.com/ugd/8c7aab_fcc5c8bf8c4142c6b279350687107556.pdf
69. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. 2016-914 juillet, 2016.
70. Code de la sécurité sociale - Article L161-36-3. Version transférée au 23 juillet 2009.

Annexe 1

Questionnaire collaboration entre médecins du travail et psychiatres

Caractéristiques socio-professionnelles

1. Etes-vous ?

- ☐ une femme
- ☐ un homme

2. Quel âge avez-vous ?

.....

3. Depuis combien d'années exercez-vous la médecine du travail ?

- ☐ moins de 5 ans
- ☐ entre 5 et 10 ans
- ☐ entre 10 et 20 ans
- ☐ plus de 20 ans

4. Quel est votre lieu d'exercice ?

- ☐ 75
- ☐ 77
- ☐ 78
- ☐ 91
- ☐ 92
- ☐ 93
- ☐ 94
- ☐ 95

5. Combien de salariés suivez-vous ?

- ☐ moins de 1000
- ☐ entre 1000 et 2000
- ☐ entre 2000 et 3000
- ☐ entre 3000 et 4000
- ☐ plus de 4000

6. Avez-vous eu une formation en psychiatrie ?

- ☐ oui
- ☐ non

7. Si oui, laquelle ?

- DU/DIU
- réunions professionnelles ou formation continue (congrès, séminaires, colloques...)
- autres

Population suivie

8. Selon vous, combien de salariés ayant un trouble psychiatrique suivez-vous ?

- moins de 5%
- entre 5 et 10%
- plus de 10%

SALARIES AVEC RESTRICTION D'APTITUDE

9. Selon vous, combien de salariés que vous suivez ont une aptitude avec restriction/aménagement de poste ?

- moins de 5%
- 5 à 10%
- 10 à 15%
- plus de 15%

10. Parmi eux, combien seraient liés à un trouble psychiatrique ?

- moins de 10%
- entre 10 et 25%
- entre 25 et 50%
- plus de 50%

11. Parmi ceux ayant un trouble psychiatrique, combien seraient liés au travail ?

- moins de 25%
- entre 25 et 50%
- entre 50 et 75%
- plus de 75%

SALARIES DECLARES INAPTES

12. Selon vous, combien de salariés avez-vous déclaré inapte ces deux dernières années ?

- moins de 5 salariés
- entre 5 et 10 salariés
- entre 10 et 20 salariés
- plus de 20 salariés

13. Parmi eux, combien seraient liés à un trouble psychiatrique ?

- moins de 25%
- entre 25 et 50%
- entre 50 et 75%
- plus de 75%

14. Parmi ceux ayant un trouble psychiatrique, combien seraient liés au travail ?

- moins de 25%
- entre 25 et 50%
- entre 50 et 75%
- plus de 75%

Collaboration entre médecins du travail et psychiatres

15. Selon vous, combien de salariés ayant un trouble psychiatrique sont suivis par un psychiatre ?

- moins de 25%
- entre 25 et 50%
- plus de 50%

16. Parmi ceux qui sont suivis par un psychiatre, vous arrive-t-il de contacter le psychiatre par courrier ?

- jamais
- rarement
- souvent
- très souvent

17. Parmi ceux qui sont suivis par un psychiatre, vous arrive-t-il de contacter le psychiatre par téléphone ?

- ☐ jamais
- ☐ rarement
- ☐ souvent
- ☐ très souvent

18. Selon vous, avec quelle fréquence vous répondent-ils ?

- ☐ jamais
- ☐ rarement
- ☐ souvent
- ☐ très souvent

Répondent-ils à vos attentes ?

19. En ce qui concerne le diagnostic

1 2 3 4 5 6

ne répond pas du tout à vos attentes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ répond totalement à vos attentes

20. En ce qui concerne le traitement

1 2 3 4 5 6

ne répond pas du tout à vos attentes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ répond totalement à vos attentes

21. En ce qui concerne les restrictions et/ou les aménagements de poste nécessaires

1 2 3 4 5 6

ne répond pas du tout à vos attentes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ répond totalement à vos attentes

22. En ce qui concerne l'aptitude au travail

1 2 3 4 5 6

ne répond pas du tout à vos attentes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ répond totalement à vos attentes

23. Les psychiatres vous contactent-ils spontanément ?

- ☐ jamais
- ☐ rarement
- ☐ souvent
- ☐ très souvent

24. Selon vous, quelle est la qualité de la collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres ?

1 2 3 4 5 6
mauvaise o o o o o o très satisfaisante

25. Pensez-vous que les psychiatres comprennent bien le métier de médecin du travail ?

- ☐ oui
- ☐ non

26. Pensez-vous que les psychiatres soient réticents à vous transmettre des informations médicales ?

- ☐ oui
- ☐ non

27. Pensez-vous qu'ils soient méfiants à l'égard de l'indépendance des médecins du travail ?

- ☐ oui
- ☐ non

Annexe 2

Tableau 21 : Analyse en sous-groupes des résultats en fonction de la formation en psychiatrie et de l'ancienneté en médecine du travail

	Formation Psychiatrie Non (n=64)	Formation Psychiatrie Oui (n=42)	Ancienneté < 20 ans (n=52)	Ancienneté > 20 ans (n=54)
Salariés suivis ayant un trouble psychiatrique				
Moins de 5%	30 (46,9%)	17 (40,5%)	20 (38,5%)	27 (50%)
Entre 5 et 10%	27 (42,2%)	19 (45,2%)	26 (50%)	20 (37%)
Plus de 10%	7 (10,9%)	6 (14,3%)	6 (11,5%)	7 (13%)
	p = 0,77		p = 0,39	
Restrictions liées à un trouble psychiatrique				
Moins de 10%	45 (70,3%)	31 (73,8%)	35 (67,3%)	41 (75,9%)
Entre 10 et 25%	14 (21,9%)	7 (16,7%)	14 (26,9%)	7 (13%)
Entre 25 et 50%	5 (7,8%)	3 (7,1%)	3 (5,8%)	5 (9,3%)
Plus de 50%	0	1 (2,4%)	0	1 (1,9%)
	p = 0,59		p = 0,23	
Restrictions d'origine psychiatrique liées au travail				
Moins de 25%	36 (56,3%)	22 (52,4%)	28 (53,8%)	30 (55,6%)
Entre 25 et 50%	15 (23,4%)	13 (31%)	16 (30,8%)	12 (22,2%)
Entre 50 et 75%	9 (14,1%)	5 (11,9%)	7 (13,5%)	7 (13%)
Plus de 75%	4 (6,3%)	2 (4,8%)	1 (1,9%)	5 (9,3%)
	p = 0,85		p = 0,35	
Inaptitudes liées à un trouble psychiatrique				
Moins de 25%	36 (57,1%)	23 (54,8%)	30 (58,8%)	29 (53,7%)
Entre 25 et 50%	19 (30,2%)	10 (23,8%)	15 (29,4%)	14 (25,9%)
Entre 50 et 75%	6 (9,5%)	6 (14,3%)	3 (5,9%)	9 (16,7%)
Plus de 75%	2 (3,2%)	3 (7,1%)	3 (5,9%)	2 (3,7%)
	p = 0,63		p = 0,37	
Inaptitudes d'origine psychiatrique liées au travail				
Moins de 25%	33 (52,4%)	19 (47,5%)	25 (48,1%)	27 (52,9%)
Entre 25 et 50%	11 (17,5%)	9 (22,5%)	12 (23,1%)	8 (15,7%)
Entre 50 et 75%	11 (17,5%)	4 (10%)	5 (9,6%)	10 (19,6%)
Plus de 75%	8 (12,7%)	8 (20%)	10 (19,2%)	6 (11,8%)
	p = 0,53		p = 0,32	

	Formation Psychiatrie Non (n=64)	Formation Psychiatrie Oui (n=42)		Ancienneté < 20 ans (n=52)	Ancienneté > 20 ans (n=54)
Salariés ayant un trouble psychiatrique suivis par un psychiatre					
Moins de 25%	16 (25%)	10 (23,8%)		13 (25%)	13 (24,1%)
Entre 25 et 50%	32 (50%)	20 (47,6%)		26 (50%)	26 (48,1%)
Plus de 50%	16 (25%)	12 (28,6%)		13 (25%)	15 (27,8%)
	p = 0,92			p = 0,95	
Contacts avec les psychiatres par courrier					
Jamais	1 (1,6%)	2 (4,8%)		1 (1,9%)	2 (3,7%)
Rarement	28 (43,8%)	11 (26,2%)		21 (40,4%)	18 (33,3%)
Souvent	28 (43,8%)	23 (54,8%)		21 (40,4%)	30 (55,6%)
Très souvent	7 (10,9%)	6 (14,3%)		9 (17,3%)	4 (7,4%)
	p = 0,27			p = 0,26	
Contacts avec les psychiatres par téléphone					
Jamais	3 (4,7%)	1 (2,4%)		3 (5,8%)	1 (1,9%)
Rarement	42 (65,6%)	26 (61,9%)		34 (65,4%)	34 (63%)
Souvent	17 (26,6%)	10 (23,8%)		13 (25%)	14 (25,9%)
Très souvent	2 (3,1%)	5 (11,9%)		2 (3,8%)	5 (9,3%)
	p = 0,33			p = 0,52	
Fréquence de la réponse des psychiatres					
Jamais	5 (7,8%)	1 (2,4%)		2 (3,8%)	4 (7,4%)
Rarement	26 (40,6%)	14 (33,3%)		19 (36,5%)	21 (38,9%)
Souvent	24 (37,5%)	22 (52,4%)		21 (40,4%)	25 (46,3%)
Très souvent	9 (14,1%)	5 (11,9%)		10 (19,2%)	4 (7,4%)
	p = 0,38			p = 0,30	
Réponse aux attentes concernant le diagnostic					
1 à 3	30 (46,9%)	18 (42,9%)		25 (48,1%)	23 (42,6%)
4 à 6	34 (53,1%)	24 (57,1%)		27 (51,9%)	31 (57,4%)
	p = 0,42			p = 0,36	

	Formation Psychiatrie Non (n=64)	Formation psychiatrie Oui (n=42)		Ancienneté < 20 ans (n=52)	Ancienneté > 20 ans (n=54)
Réponse aux attentes concernant le traitement					
1 à 3	18 (28,1%)	15 (35,7%)		16 (30,8%)	17 (31,5%)
4 à 6	46 (71,9%)	27 (64,3%)		36 (69,2%)	37 (68,5%)
	p = 0,27			p = 0,55	
Réponse aux attentes concernant les restrictions					
1 à 3	34 (53,1%)	22 (52,4%)		30 (57,7%)	26 (48,1%)
4 à 6	30 (46,9%)	20 (47,6%)		22 (42,3%)	28 (51,9%)
	p = 0,55			p = 0,22	
Réponse aux attentes concernant l'aptitude					
1 à 3	35 (54,7%)	21 (50%)		28 (53,8%)	28 (51,9%)
4 à 6	29 (45,3%)	21 (50%)		24 (46,2%)	26 (48,1%)
	p = 0,39			p = 0,496	
Contacts spontanés des psychiatres					
Jamais	18 (28,1%)	10 (23,8%)		17 (32,7%)	11 (20,4%)
Rarement	42 (65,6%)	29 (69%)		31 (59,6%)	40 (74,1%)
Souvent	4 (6,3%)	3 (7,1%)		4 (7,7%)	3 (5,6%)
Très souvent	0	0		0	0
	p = 0,88			p = 0,28	
Qualité de la collaboration					
1 à 3	36 (56,3%)	26 (61,9%)		29 (55,8%)	33 (61,1%)
4 à 6	28 (43,8%)	16 (38,1%)		23 (44,2%)	21 (38,9%)
	p = 0,35			p = 0,36	
Compréhension du métier de médecin du travail					
Non	42 (65,6%)	29 (69%)		35 (67,3%)	36 (66,7%)
Oui	22 (34,4%)	13 (31%)		17 (32,7%)	18 (33,3%)
	p = 0,44			p = 0,55	

	Formation Psychiatrie Non (n=64)	Formation psychiatrie Oui (n=42)		Ancienneté < 20 ans (n=52)	Ancienneté > 20 ans (n=54)
Réticences à la transmission d'informations médicales					
Non	17 (26,6%)	11 (26,2%)		15 (28,8%)	13 (24,1%)
Oui	47 (73,4%)	31 (73,8%)		37 (71,2%)	41 (75,9%)
	p = 0,58			p = 0,37	
Méfiance sur l'indépendance des médecins du travail					
Non	19 (29,7%)	13 (31%)		18 (34,6%)	14 (25,9%)
Oui	45 (70,3%)	29 (69%)		34 (65,4%)	40 (74,1%)
	p = 0,53			p = 0,22	

Titre : Évaluation de la collaboration entre médecins du travail et psychiatres.

Résumé :

Objectif : Le maintien dans l'emploi des salariés atteints d'un trouble psychiatrique est difficile. L'objectif de notre étude était d'évaluer la collaboration entre médecins du travail et psychiatres afin de savoir si elle doit être améliorée.

Méthode : Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et quantitative par questionnaire diffusé en ligne. Notre population cible était les médecins du travail exerçant dans un service interentreprises d'Ile-de-France.

Résultats : 106 médecins du travail ont répondu au questionnaire. 58,5% jugeaient la collaboration avec les psychiatres comme étant plutôt mauvaise. 60,4% contactaient souvent ou très souvent les psychiatres par courrier, 68% les contactaient jamais ou rarement par téléphone. 56,6% estimaient que les psychiatres leur répondaient souvent ou très souvent, et 93,4% estimaient que les psychiatres les contactaient spontanément jamais ou rarement. Après sollicitation, les psychiatres répondaient plutôt bien aux attentes des médecins du travail concernant les informations médicales, et plutôt mal concernant la prise en charge socioprofessionnelle. Les médecins du travail pensaient que les psychiatres ne comprenaient pas bien leur métier, qu'ils étaient réticents à leur transmettre des informations médicales et qu'ils avaient des doutes sur leur indépendance professionnelle.

Conclusion : Notre étude a montré que selon les médecins du travail, la collaboration entre médecins du travail et psychiatres doit être améliorée. Des études ultérieures permettraient de compléter nos résultats.

Mots clés : médecin du travail ; psychiatre ; collaboration ; relations interprofessionnelles

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06