ARRET de TRAVAIL / SOUFFRANCE AU TRAVAIL

QUELQUES DEFINITIONS: TERMES et CONTEXTE

SAVOIR DE QUOI L'ON PARLE POUR CONNAITRE COMMENT L'ECRIRE (et le faire valoir) – Quelques définitions.

SOUFFRANCE et MAL-ETRE AU TRAVAIL

« Commence par le simple mal-être au travail et une souffrance mentale et/ou physique des personnes qui y sont exposées » - (CARSAT).

Le mal-être est un sentiment de profond malaise,

La souffrance correspond à un état prolongé de douleur physique ou morale.

STRESS CHRONIQUE

Cette réaction de l'organisme soumis à des agressions répétées, peut aussi être définie comme un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources.

Les conséquences du **stress** <u>chronique</u> sont bien identifiées : augmentation du risque de troubles du sommeil et de dépression, de maladies cardio- vasculaires (ex. : HTA, infarctus), de troubles digestifs (ex. troubles du transit, ulcères gastriques) et de Troubles Musculo Squelettique, etc.

BURN-OUT

Ou **syndrome d'épuisement psychologique d'origine professionnelle,** apparait lorsque la personne s'est épuisée à faire face à la situation (caractère progressif d'apparition).

Ses manifestations sont aujourd'hui bien définies : lassitude et fatigue extrême d'ordre physique et émotionnel, dépersonnalisation avec regard froid et cynique sur la situation, replis sur soi et diminution de l'efficacité, etc.

BORE-OUT

Est quant à lui défini par un syndrome d'épuisement psychologique généré par une sous-charge quantitative ou qualitative de travail.

Il se caractérise par une situation d'ennui au travail, manifestée par une perte d'intérêt, une baisse de l'estime de soi, un sentiment d'inutilité, une fatigue chronique voire un état pré-dépressif ou dépressif

A différencier des **TROUBLES DEPRESSIFS** et des **TROUBLES D'ANXIETE** qui seront pourtant plus utiles et surtout plus à propos d'utiliser pour les déclarations d'arrêt de travail.

CONTEXTE et RISQUES IDENTIFIES – (justification implicite).

Que l'on peut retrouver à la FICHE HAS de mai 2020 : « Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 - Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter ».

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/rr souffrance des professionnels du monde la sante version cd vdef dlg mel.pdf

CONSEILS PRATIQUES

Du MAL-ETRE à l'ARRET DE TRAVAIL

PRINCIPES

Principe N°1: Le diagnostic motivant l'arrêt de travail est clinique. <u>Il ne peut en aucun cas faire le lien avec la cause possible</u> (en terme déontologique serait interprété comme colportage de rumeur). Ceci relève de l'expertise (*Consultation de Souffrance et Travail*).

Principe N°2 : La démarche de soin est transcrite au dossier médical à chaque étape, en préparation d'une éventuelle contradiction, ou d'une évolution vers la reconnaissance du lien au travail.

Principe N°3: La rédaction du certificat d'arrêt de travail, <u>mentionne le diagnostic</u> (*Peut être écrit en codage CIM10* - *L'article L.162-4-1*, *1er alinéa du Code de la Sécurité sociale <u>impose</u> de mentionner sur le volet 1 du formulaire d'avis de travail (Cerfa n° S3116g) les éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail.)* <u>et éventuellement des résultats d'échelles</u>, comme <u>des éléments programmés de la prise en charge</u> (évite bien souvent les contrôles). Annoncer qu'une consultation spécialisée de souffrance au travail peut être utile si l'arrêt se prolonge ou que l'on se dirige vers la reconnaissance en accident du travail ou maladie professionnelle. Mais éviter de le faire trop tôt.

Principe N°4: Utiliser le codage de l'acte de la consultation d'évaluation en CCAM (ALQP003), afin de bien être identifié comme ayant utilisé ces échelles.

Principe N°5: Adapter la rédaction selon le statut du patient. <u>Un employé hospitalier est généralement sous le statut d'employé de la fonction hospitalière, qui répond aux mêmes règles que la fonction territoriale</u>. L'ensemble des feuillets des certificats médicaux peuvent être remis directement à la DRH de l'établissement. Il est important alors de ne pas détailler le diagnostic. Si l'arrêt se prolonge, il est par contre nécessaire de faire un certificat différent demandant l'octroi d'un Congé de Longue Maladie (CLM), qui sera accordé par le Comité Médical Départemental, après expertise d'un médecin agréé territorial. La démarche prend généralement 6 mois!

LA CONSULTATION

⇒ Motif de consultation : « ça ne va pas... je ne vais pas bien... je n'en peux plus... ».

La cause peut être évoquée par le patient (et éventuellement mises aux notes du dossier), mais n'emporte jamais le diagnostic et n'est jamais notée dans l'observation au dossier (si possible. Sinon préciser que c'est une note).

⇒ DEMARCHE CLINIQUE = DEMARCHE D'EVALUATION et de RE-EVALUATION

- Inscrite au dossier
- Permet la relecture du parcours de soins
- Utilisation des échelles :
- O Diagnostic initial / surveillance et ré-évaluation :

ANXIETE: ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ http://medicalcul.free.fr/anxietehamilton.html

DEPRESSION:

ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON

https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm

INVENTAIRE DE DEPRESSION DE BECK

http://test-addicto.fr/tests/sans-produit/beck-depression-inventory.html

DEPRESSION et TROUBLES ANXIEUX: Mini Entretien Neuropsychiatrique International Français courant DSM-IV

file:///C:/Users/drpp6/Downloads/M5-0 French current 2013.pdf

- → Échelle algorithmique complète avec évaluation du risque suicidaire
- o Diagnostic de conclusion :

BURN-OUT (rappel : est déjà un diagnostic de lien entre la souffrance et le travail) : <u>Test de</u> <u>MASLACH</u> - Burn out Inventory (MBI test)

https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-maslach burn-out.htm

⇒ DEMARCHE de PRISE EN CHARGE du SOIN – PARCOURS DE SOIN

- Eventuel traitement
- Psychothérapies
 - → Peut contribuer à commencer à lier la souffrance au travail
- Autres Thérapies complémentaires...
- o Réévaluations : les programmer d'avance à chaque consultation
 - → Met en place les différentes interventions : des thérapies complémentaires à la médecine du travail voir de la consultation spécialisée de souffrance au travail
 - → Toujours mettre au dossier les résultats d'échelles pour apporter une relecture possible des évaluations en cas de contrôle

ARRET DE TRAVAIL en MALADIE

- → Éventuellement prolongé à chaque ré-évaluation
- → Initial de 2 semaines si EDM et prolongations sans contrôle du service médical des CPAM avant 3ième mois
- → Porte le diagnostic et jamais le lien avec le travail tant qu'il n'y a pas d'éléments d'expertise

⇒ MOTIFS POSSIBLES :

- Référentiels AMELI (si « l'arrêt de travail est en lien avec les fiches repères)
 https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5054/document/codification-motif-arret-travail assurance-maladie.pdf
- Fiche repères ameli: Troubles anxio-dépressifs mineurs
 https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4957/document/arret-travail-troubles-anxio-depressifs assurance-maladie.pdf
- Motifs à utiliser avant le syndrôme dépressif caractérisé: "réaction anxieuse ou trouble d'anxiété", ... à situation de stress, ... à une situation éprouvante / réaction de stress... / réaction anxio-dépressif d'épuisement (ne fait pas le lien au travail, mais exprime l'épuisement).
- En classification CIM 10 : F41.9 (Trouble anxieux, sans précision) https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F41.9

o Médecine du Travail

- → Peut permettre d'apporter un écrit témoignant du lien avec le travail
- → Consultation de pré-reprise en cas d'arrêt long et projet de reprise progressive
- Consultation « souffrance et travail »
 - → RDV à 1 voir 2 mois
 - → Va apporter la preuve du lien avec le travail
 - → https://annuaire.souffrance-et-travail.com/
 - CERTIFICAT INITIAL DE MALADIE PROFESSIONNELLE ou ACCIDENT DE TRAVAIL
 - → À l'issue de la consultation de souffrance au travail
 - o RQTH (Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé)
 - → Démarche à élaborer en fonction de la présence et de la sévérité d'un burn-out
 - Réponse à 6mois

DOSSIER MEDICAL

Tout patient peut demander son dossier médical (et non les notes). Il peut en être en possession si contrôle (comme il le serait de résultats d'imagerie).

Il retrace les éléments du diagnostic à la prise en charge et aux prescriptions d'arrêt de travail et en apporte des éléments de preuve quelque peu objectives et surtout réelles.

Diapo 1

Rappel des recommandations du Bon Usage des ATD au cours des Troubles Dépressifs de l'Adulte

- · Après la mise en place d'un TT, il est nécessaire de réévaluer le patient:
 - Moins de 10 jours: tolérance, risque suicidaire.
 - 10 à 21 jours: évolution clinique, aggravation possible; tolérance & observance.
 - 21 à 42 jours: efficacité (risque suicidaire, comorbidité....)
- Objectif du TT:
 - atteindre la posologie efficace (« réponse »): 1 à 3 semaines
 - atteindre l'euthymie (« réponse complète »): 2 à 8 semaines
- · L'association systématique de BZD ou apparentés n'est pas recommandée.
- La durée totale du TT doit être de 6 à 12 mois après obtention de l'euthymie
- · L'arrêt du TT sera progressive et programmée avec le patient
- · La compliance au TT passe par la psycho-éducation du patient (information)

Diapo 2

Consensus sur le TT des Troubles Anxieux de l'Adulte

- Le TT d'un trouble anxieux ne se résume pas au traitement des crises ou des exacerbations.
- - Les BZD:

 Sont réservées aux épisodes anxieux aigus dont attaques de panique

 Peuvent être utilisés en association lorsque l'effet anxiolytique des ATD est attendu (mais n'est pas recommandée systémardiquement: risque d'accroître les dépendances aux BZD)

 Durée limitée à 12 semaines

 Les autres molécules anxiolytiques: hydroxyzine (ATARAX) et buspirone (BUSPAR) (attention aux possibles interactions de la phytothérapie avec les IRS)
- Les mesures non médicamenteuses:

 Conseils d'hygiène de vie (réduction café, alcool, tabac...)

 Les TCC

 - Les TC.
 La psychodeducation
 Les techniques de relaxation
 Les techniques de relaxation
 La rééducation respiratoire
 Les méthodes d'exposition in vivo (phobies spécifiques, phobies sociales, TAG mais aussi Tr. Panique, Agoraphobie...) La restructuration cognitive

 - La thérapie de soutien (espace de parole / MG)
 Les MDR
- Réévaluation régulière / règle des Tr.Anxieux = comorbidité et substrat commun avec la dépression

INTERPRETATION des ECHELLES

Echelle d'anxiété de Hamilton

Interprétation :

Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56.

Remarque : l'échelle de Hamilton est souvent surévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnels comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

Echelle de dépression de Hamilton :

Interprétation :

L'échelle de dépression de Hamilton est le test le plus utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Il est valable pour toutes les personnes, y compris les personnes âgées bien que certains aspects puissent être parfois inopérants (par ex. ceux qui font référence aux activités professionnelles alors qu'il peut s'agir de personnes en retraite).

L'évaluation est généralement faite toutes les deux semaines. Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

Score de 10 à 13 : symptômes dépressifs légers.

Score de 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés.

Score supérieur à 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères.

Echelle de dépression de Beck :

Interprétation :

Cette échelle est l'une des mieux validées en anglais et en français et a été étudiée dans de nombreux pays.

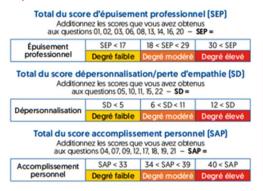
Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items.

Des seuils ont été établis par Beck:

- < 10: score normal</p>
- 10–18: dépression légère
- 19-29: dépression modérée
- 30: dépression sévère.

Test de Maslach:

Interprétation :



Degré de burn-out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge ! Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (burn-out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatigant, stressant Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.				
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, colègues); c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observable par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.				
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment de «soupape de sécurité» qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il est le garant d'un épanouissement au travail, d'un regard positif sur les réalisations professionnelles.				

POUR ALLER PLUS LOIN