

Handicap psychique et maintien dans l'emploi : quels enjeux pour le médecin du travail et le psychiatre ?

Dr Marie Pierre PIRLOT, médecin coordonnateur, Orange

Dr Pierre POLOMENI / Psychiatre / Chef de Service -Hôpitaux

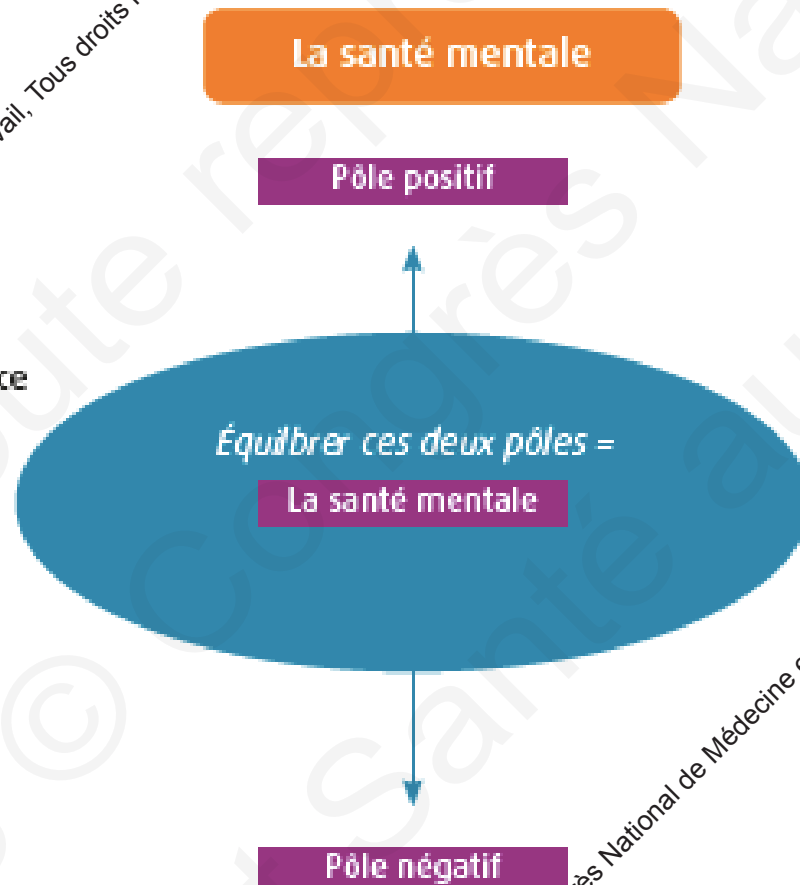
Universitaires Paris Seine Saint Denis / Consultant pour Orange

Santé Mentale

Ressources psychologiques de l'individu : résilience, capacité à faire face à des situations

Traits de personnalité : optimisme, sens de la cohérence

Phénomènes émotionnels et cognitifs : bien-être, joie, satisfaction, capacité d'action



Déresse psychologique : période de fragilité psychologique

Troubles / maladie psychique : problème à caractère clinique

Handicap psychique : situation de handicap liée à une maladie psychique

Epidémiologie ?

En population générale

2 enquêtes américaines nationales majeures

- Epidemiologic catchement area (1990 – 20 291 individus)
22.5% des américains victimes de troubles psy « lifetime »
- National comorbidity survey (1994 – 8 091 individus)

« Les maladies mentales sont en hausse, les suicides sont en hausse et l'accès aux soins psychiatriques se détériore. »

3,4 % de la population qui sont victimes de dépressions, de stress ou d'angoisses, qui nécessitent un suivi médical (3% il y a dix ans).

(Judith Weissman ; Psychiatric Services Revue Avril 2017)

Table 1. Lifetime prevalence of DSM-IV/WHO-CIDI disorders by sex and cohort¹ (n=9282)

Lifetime	Total		Sex			
			Female		Male	
	%	SE	%	SE	%	SE
I. Anxiety Disorders						
Panic disorder	4.7	(0.2)	6.2	(0.3)	3.1	(0.3)
Agoraphobia without panic ⁶	1.3	(0.1)	1.6	(0.2)	1.1	(0.2)
Specific phobia	12.5	(0.4)	15.8	(0.6)	8.9	(0.6)
Social phobia	12.1	(0.4)	13.0	(0.6)	11.1	(0.6)
Generalized anxiety disorder ⁶	5.7	(0.3)	7.1	(0.3)	4.2	(0.4)
Post-traumatic stress disorder ²	6.8	(0.4)	9.7	(0.7)	3.6	(0.3)
Obsessive-compulsive disorder ³	2.3	(0.3)	3.1	(0.5)	1.6	(0.3)
Adult/Child separation anxiety disorder ²	9.2	(0.4)	10.8	(0.6)	7.4	(0.5)
Any anxiety disorder ⁵	31.2	(1.0)	36.4	(1.1)	25.4	(1.2)
II. Mood Disorders						
Major depressive disorder ⁶	16.9	(0.5)	20.2	(0.5)	13.2	(0.8)
Dysthymia ⁶	2.5	(0.2)	3.1	(0.3)	1.8	(0.2)
Bipolar I-II-sub disorders	4.4	(0.3)	4.5	(0.3)	4.3	(0.4)
Any mood disorder	21.4	(0.6)	24.9	(0.6)	17.5	(0.9)
III. Impulse-control Disorders						
Oppositional-defiant disorder ^{4,6}	8.5	(0.7)	7.7	(0.9)	9.3	(0.8)
Conduct disorder ⁴	9.5	(0.8)	7.1	(0.9)	12.0	(1.0)
Attention-deficit/hyperactivity disorder ⁴	8.1	(0.6)	6.4	(0.7)	9.8	(1.0)
Intermittent explosive disorder ⁶	7.4	(0.4)	5.7	(0.4)	9.2	(0.6)
Any impulse-control disorder ⁴	25.0	(1.1)	21.6	(1.4)	28.6	(1.5)
IV. Substance Disorders						
Alcohol abuse with/without dependence ²	13.2	(0.6)	7.5	(0.5)	19.6	(0.9)
Drug abuse with/without dependence ²	8.0	(0.4)	4.8	(0.4)	11.6	(0.7)
Nicotine dependence ²	29.6	(0.8)	26.5	(1.3)	33.0	(1.0)
Any substance disorder ²	35.3	(0.9)	29.6	(1.3)	41.8	(1.1)
V. Any Disorder						
Any ⁵	57.4	(1.1)	56.5	(1.5)	58.4	(1.4)

ESEMeD (European Study of Mental Disorders) 2000

9,8 % des Français adultes ont souffert dans l'année de troubles anxieux (agoraphobie, trouble anxieux généralisé, trouble panique, phobie sociale ou spécifique, état de stress post-traumatique),
6,7% de troubles dépressifs (dysthymie, épisode dépressif majeur)

La « moyenne » des 6 pays européens est à

6,4 % pour les troubles anxieux,
4,2 % pour les troubles dépressifs

ESEMeD montre que l'utilisation des psychotropes reste élevée: 21 % des Français y ont recours chaque année, contre 12 % dans les autres pays européens

Enquête multicentrique internationale "Santé mentale en population générale : images et réalités"

Tableau 1	Prévalence des troubles de l'humeur selon les variables socioprofessionnelles en population générale											
	Hommes						Femmes					
	N	ED récent %	ED récurrent %	Dysthymie %	E. maniaque vie entière %	Au moins un trouble de l'humeur %	N	ED récent %	ED récurrent %	Dysthymie %	E. maniaque vie entière %	Au moins un trouble de l'humeur %
Âge en classe												
[18-30[	4 810	10,6	5,6	1,6	2,3	12,9	5 136	15,0	7,8	2,9	1,1	18,0
[30-40[	3 659	9,1	4,5	1,9	2,9	12,3	3 977	12,5	7,0	3,1	1,4	15,9
[40-50[	3 260	9,2	4,6	2,2	2,4	12,2	3 650	13,5	7,1	3,3	1,2	16,5
[50-65[	4 005	8,6	4,5	1,5	1,4	10,3	4 480	12,7	6,8	2,9	1,3	15,4
[65-]	2 546	6,5	2,6	1,3	0,6	7,9	4 094	12,2	5,4	3,0	0,4	14,2
Statut d'emploi												
Actif au travail	10 968	7,4	3,9	1,4	1,9	9,9	10 118	11,3	6,3	2,7	1,3	14,2
Retraité	3 597	6,9	3,0	1,5	0,7	8,4	5 117	12,5	6,0	2,9	0,5	14,4
Chômeur	1 494	18,5	9,2	2,9	3,7	22,1	1 296	20,7	11,0	4,3	2,3	25,1
Etudiant	1 511	9,4	4,5	1,6	2,0	11,1	2 194	14,8	7,0	2,7	1,9	17,6
Au foyer	49	9,5	3,7	4,1	0,0	13,6	1 825	12,6	6,8	3,5	0,8	15,2
Autre inactif	661	22,3	11,4	4,3	6,9	26,7	787	17,3	7,2	3,8	1,6	21,0
PCS actifs												
Agriculteur	307	3,3	1,4	0,2	1,0	4,6	105	9,9	4,0	2,9	0	12,8
Artisan-com.	904	7,8	4,6	0,8	1,5	9,6	596	11,6	7,1	1,9	0,4	13,6
Cadre	1 598	5,0	2,8	1,1	1,5	7,8	1 119	7,8	3,3	1,6	0,8	9,9
Prof. Interm.	1 849	5,9	3,2	1,6	1,7	8,4	1 774	8,3	4,5	2,3	1,0	11,0
Employé	2 537	9,5	5,1	2,0	2,2	12,5	4 091	12,9	7,3	3,1	1,6	16,1
Ouvrier	3 773	8,8	4,4	1,6	2,2	11,3	1 377	13,9	8,7	3,0	1,5	16,4
Ensemble	18 820	8,9	4,4	1,7	1,9	11,2	21 337	13,1	6,8	3,0	1,2	15,9

NB : ED : épisode dépressif - N : effectif de l'échantillon - % : pourcentage pondéré.

Addictions

Troubles santé mentale pop. générale

Troubles santé mentale au travail (tout n'est pas psychiatrique)

Troubles santé mentale avec Handicap

Dépressions

Pathologies induites /pathologies inscrites

Troubles santé mentale liés au travail

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa

Evolutions

Le recours auprès de l'ensemble du système de soins s'accroît partout où il a pu être mesuré (**secteurs, ville**).

Augmentation de 56% du nombre de personnes suivies par les secteurs de psychiatrie en dix ans (de 1989 à 1999) et à 19,4 % celle des consultations par les psychiatres de ville entre 1992 et 2001 (**DREES, 2003**).

1,2 million environ de personnes déclaraient consulter régulièrement pour trouble mental ou psychique en 1999 (**Anguis, 2003**).

56 000 personnes étaient hospitalisées dans les établissements de psychiatrie, ce qui correspond à un taux d'hospitalisation de 96 pour 100 000 habitants (**Chapireau, 2002**).

Les dépressions représentent un quart du total **des recours aux soins (y compris médecins généralistes)** contre 7 % pour les psychoses.

ALD 2016

Code CIM10	Code ALD	Libellé de de la CIM 10	Effectif	Rang	Prévalence* pour 100 000	TCAM période 2016/2005	% femmes	Age moyen (ans)	Taux de décès en 2016 (%)
F20	23	Schizophrénie	137 940	21	224	2,0	35	48	1,5
F22	23	Troubles délirants persistants	37 780	59	61	-1,0	53	56	2,4
F28	23	Autres troubles psychotiques non organiques	25 200	77	41	1,0	56	56	2,5
F29	23	Psychose non organique, sans précision	94 910	34	154	9,0	48	51	1,9
F31	23	Trouble affectif bipolaire	146 380	18	238	6,0	66	56	1,8
F32	23	Épisodes dépressifs	387 830	7	631	10,0	71	58	2,0
F33	23	Trouble dépressif récurrent	31 630	70	51	41,0	73	58	1,6
F41	23	Autres troubles anxieux	32 700	67	53	12,0	70	61	2,3
F50	23	Troubles de l'alimentation, non organique	10 120	124	16	7,0	93	34	0,8
F60	23	Troubles spécifiques de la personnalité	189 970	14	309	0,0	56	53	2,1

TCAM taux croissance annuel moyen

AMELI 2017

Catégories de populations supérieures à 1 million de personnes	Dépenses en milliards d'€ en 2015	Effectifs en millions de pers. en 2015	Evolution 2012-2015 en nb de pers.	Evolution 2012-2015 en millions d'€ et en TCAM*
Hospitalisations ponctuelles	30,7	7,827	+ 335 000	+ 2 120 / + 2,4 %
Santé mentale (maladies psychiatriques + traitements psychotropes)	19,3	7,202	- 102 600	+ 1 279 / + 2,3 %

Les troubles de la santé mentale sont très répandus en France (7,2 millions de personnes concernées en 2015). Ils sont d'intensité légère à modérée dans la majorité des cas et essentiellement pris en charge par le médecin généraliste.

La psychothérapie est préconisée en première intention par les recommandations françaises et internationales (efficacité comparable aux médicaments). Cependant, le non-remboursement est un frein à son accès.

Le handicap psychique

1^{ère} cause d'invalidité reconnue par la Sécurité Sociale : 27% des personnes entrent chaque année dans le régime de l'invalidité

700 000 personnes handicapées psychiques en France (2014, chiffres !)

1 demandeur sur 2 d'Allocation Adulte Handicapé (AAH) souffre d'une maladie mentale

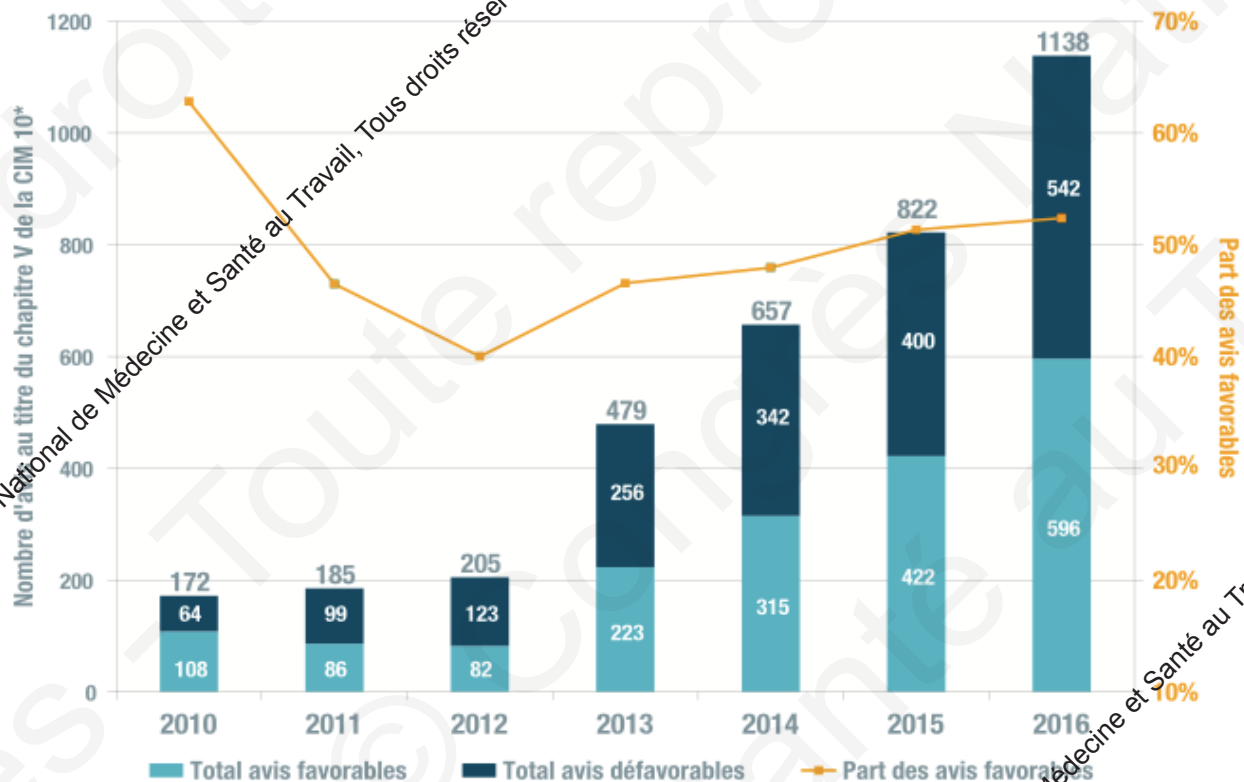
(source handipacte-mde.fr fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique)

« 2,6 millions de personnes avec une reconnaissance administrative de handicap au travail. 13 auraient un handicap psychique (sous-estimé car associés à d'autres handicaps) » AGEFIPH 2017

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Solidarités et de la Santé lancent :

mentale.atlasante.fr, un atlas interactif qui constitue une base de données territorialisée en santé mentale inédite

AVIS DES CRRMP RELATIFS À DES AFFECTIONS PSYCHIQUES DE 2010 À 2016



Les nombres d'avis se lisent sur l'échelle de gauche, la part d'avis favorables sur l'échelle de droite.

*le chapitre V de la CIM 10 correspond aux troubles mentaux du comportement

Les diagnostics en psychiatrie

Troubles psychotiques

Troubles de l'humeur

Troubles anxieux

Troubles de la personnalité

(autres...)

Sémiologie psychiatrique

- 1 .Trouble de la présentation et du contact
- 2 .Troubles de l'humeur
- 3 .Trouble des émotions
- 4 .Trouble de la conscience du corps
- 5 .Trouble de la conscience de soi
- 6 .Trouble du sommeil
- 7 .Trouble de l'orientation
- 8 .Trouble de la vigilance et de l'attention
- 9 .Trouble de la mémoire
- 10.Trouble de la pensée
- 11.Trouble des perceptions
- 12.Trouble des conduites





2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa

Du diagnostic psychiatrique au diagnostic médico-professionnel

- **Diagnostic psychiatrique** : diagnostic « hors –sol » ?
- **Diagnostic médico-professionnel** : diagnostic opérationnel, construit dans la durée, sur l'observation longue, dans un contexte précis
- **Expression de la pathologie dans l'environnement professionnel** précis du salarié/patient

Unicité du diagnostic mais expression labile

- Pathologies psychiatriques : pathologies chroniques, alternance de périodes critiques (qui ne les résument pas) et de périodes de relative stabilité

- Expression imprévisible dépendante des composantes de l'environnement

- Instabilité de l'expression de la pathologie répond à l'instabilité du milieu professionnel lui-même

- Diagnostic psychiatrique ≠ incapacités en situation professionnelle

constante: impact sur les rapports du salarié au travail et au collectif

Diagnostic médico-professionnel : un trépied

Caractéristiques théoriques du
diagnostic psychiatrique

*Anticipation
difficile*

Diagnostic
MP

Milieu de travail : aspects
délétères et protecteurs

Observation des déficiences
in situ

Du diagnostic médico-professionnel au handicap psychique

- **limitation des interactions d'un individu** avec son environnement en raison d'une déficience temporaire ou permanente
- **compensation** : sortie de la situation de handicap
- **handicap ≠ pathologie étiologie**
- **notion plus sociale et contextuelle** que médicale
- **handicap psychique : dysfonctionnement de la personnalité => troubles de la relation...**
 - comportement
 - difficultés d'adaptation
 - diminution des habiletés sociales

Du diagnostic médico-professionnel au handicap psychique

- handicap : écart entre les attentes de l'entreprise (variables) et ce que le salarié donne à voir, entendre...
- handicap : capacité de l'entreprise à recevoir et intégrer ces écarts (fonction de sa structure, sa culture, sa gestion des RH...)
- handicap psychique : notion jamais consolidée
- pathologies psychiatriques ou simples troubles de la personnalité
=> handicap

Du diagnostic médico-professionnel au handicap psychique

- questions posées aux médecins du travail :
 - question directe de « l'aptitude du salarié »,
 - inquiétudes fréquentes du collectif et de l'employeur
- en maintenant le salarié à son poste, le médecin du travail aura à répondre DES troubles et incidents qui immanquablement surviendront.

Le médecin du travail a des décisions à prendre:

- qui sont déterminantes
- qui sont souvent « attendues » par l'entreprise

Diagnostic (évaluation) partagé



Diagnostic

descriptif

comment est ...

normatif

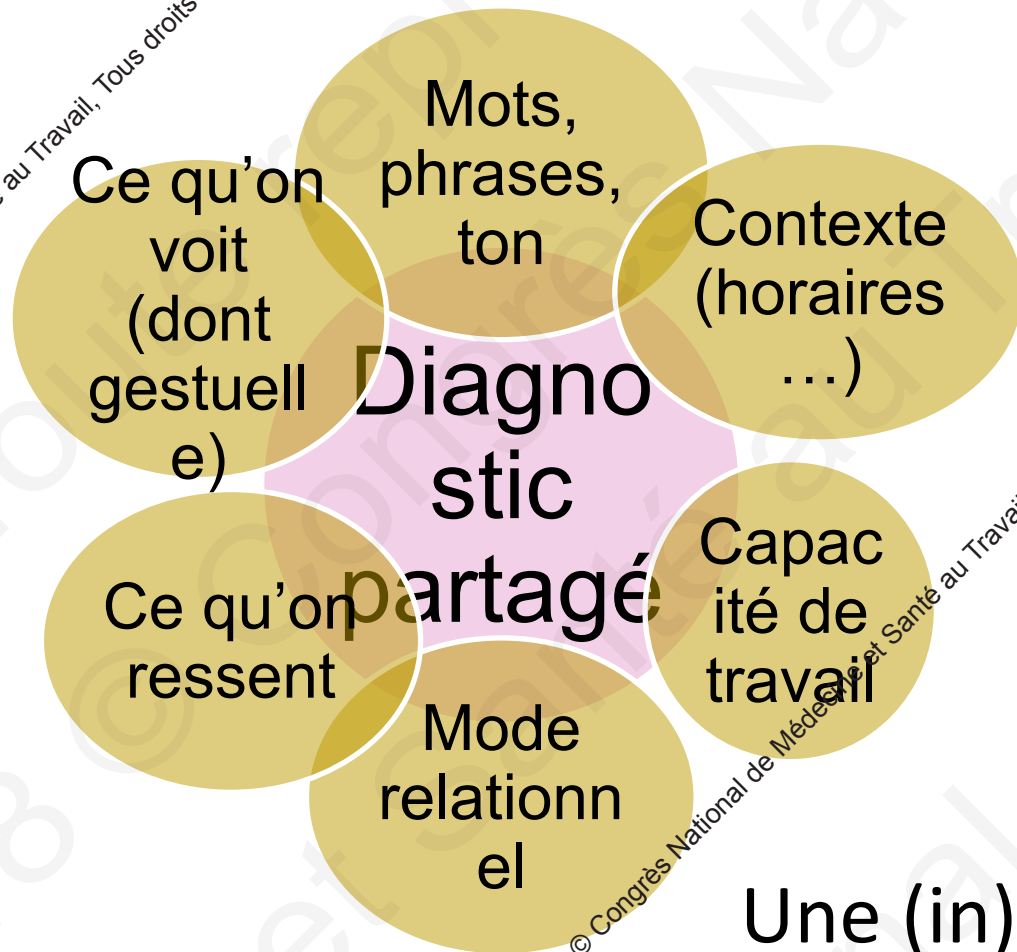
comment devrait-être...

prescriptif

ce qui est à faire

COMMENT NE DEVRAIT PAS ETRE (REDUCTION
DES RISQUES et DES DOMMAGES)

Une observation



Une (in)tolérance

Une échelle de perception



Son état, le nôtre, les faits, le mode relationnel...

La notion de handicap psychique 11 fev 2005

(le handicap mental résulte le plus souvent de pathologies identifiables (traumatisme, anomalie génétique, accident cérébral). Il associe une limitation des capacités intellectuelles qui n'évolue pas, une stabilité dans les manifestations des symptômes, et une prise de médicaments très modérée).

le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique

Capacités intellectuelles indemnes, possibilités de les utiliser déficiente.
Symptomatologie instable, imprévisible. Médicaments le plus souvent indispensables, associée à autres techniques de soins

Conséquence de diverses maladies :

- les psychoses, et en particulier la schizophrénie
- le trouble bipolaire
- les troubles graves de la personnalité (personnalité borderline, par exemple)
- certains troubles graves comme les TOC (troubles obsessionnels compulsifs)

Dans le handicap psychique l'organisation est en cause

..comme l'organisation du temps, l'anticipation des conséquences d'un acte, la possibilité de communiquer de façon participative, mémoriser, concevoir les réactions des autres... associés à la non reconnaissance des troubles, à la dénégation (le déni), à l'absence de participation sociale.

La situation de handicap rend la vie difficile pour la personne malade et son entourage.

Cinq domaines de la vie courante sont à prendre en considération au quotidien pour évaluer l'importance du handicap :

- la capacité à prendre soin de soi
- à établir des relations durables
- à se former et à assurer une activité
- à se maintenir dans un logement
- à organiser une vie sociale et des loisirs

La connaissance des particularités de la situation de handicap psychique permet d'aider la personne malade à faire des projets et à retrouver une place parmi les autres.

Si un diagnostic précis n'est pas possible

faire une description

S'entendre sur des termes importants : désinhibition, Inadaptation, souffrance et/ou peur des autres, « inaccessibilité » du salarié.

qui parle d'une personne dans son environnement

fait référence à la norme

déclenche un processus de « comprendre » à plusieurs, décider à plusieurs. On voit se dessiner le salarié, on imagine des questions pour aller plus loin.

Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep

Interventions pour obtenir ou maintenir un emploi pour des adultes souffrant d'une maladie mentale sévère

Objectif : Sur 48 études, près de 9000 personnes, identifier et comparer ce qui se fait (interventions de réhabilitation professionnelle)

Résultats : multiples comparaisons, faiblesse des conclusions, tendance à bénéfice supérieur pour « emploi assisté augmenté » (emploi, suivi au cours, formations, psychiatrie)



2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa

3 dimensions du maintien dans l'emploi : l'individu, le collectif, leur relation

- mission centrale du médecin du travail : à tout prix? à quel prix?
- aménagements : ensemble des « actions » permettant de réduire l'écart entre :
 - les attentes explicites de l'entreprise (production, employabilité...)
 - les attentes implicites de l'entreprise (compétences sociales...)
 - les besoins spécifiques et les attentes du salarié
 - explorés, posés, explicités et partagés
- centrés :
 - sur l'individu
 - sur le collectif de travail et l'entreprise
 - sur leurs relations et interactions

3 dimensions du maintien dans l'emploi : l'individu, le collectif, leur relation

- **le salarié : idéalement expert de sa pathologie**, la connaît et peut exprimer les difficultés professionnelles et sociales qu'elle occasionne et en déduire ses besoins pour mener à bien son travail
- **la difficulté du déni**, de la triche, des contradictions : le salarié, auteur de notre échec
- **l'auto-stigmatisation** : par intégration des représentations supposées du collectif de travail
- **aménagements** : adaptation d'horaire, de charge de travail, possibilité de télétravail, construction d'un parcours professionnel, formation...
 - ↳ **accompagnement** : tutorat, travail sur l'auto-stigmatisation et la valorisation de l'estime de soi...

3 dimensions du maintien dans l'emploi : l'individu, **le collectif, leur relation**

- handicap psychique :

- coproduit par des éléments individuels et par les spécificités d'un environnement professionnel

- intrinsèquement pathologie de la relation, elle-même élément central du maintien dans l'emploi ou de l'exclusion

- **le collectif de travail peut donc être régulateur et modérateur du handicap, en tout cas composante essentielle de l'aménagement**

- **accorder au collectif (et au salarié) le droit à l'erreur : mise en situation et son observation : s'autoriser des modulations et des adaptations, des évolutions de ces aménagements.**

- Le collectif de travail devient le support voire l'acteur de cet aménagement. **Il est donc essentiel de le préserver pour qu'il puisse pleinement ce rôle.**

3 dimensions du maintien dans l'emploi : l'individu, le collectif, leur relation

3 pièges :

- **confidentialité totale** . Information nécessaire mais neutre
- **collectif thérapeute, gardien, vigile**. Collectif partie prenante, acteur mais pas responsable, poser les craintes et les doutes, les représentations et les démystifier.
- **poste de travail alibi, fabriqué**. Ressenti comme du favoritisme

3 enjeux :

- **reconnaissance de la singularité individuelle** mais dans une dynamique collective de l'espace, du temps et du travail commun.
- **légitimité du salarié** passe par la reconnaissance par le collectif de sa plus-value et de sa participation à la production commune, qui le positionne dans un statut de **salarié à part entière**

servation du collectif : symétrie des attentions : manager/TH ;
ger / collectif : équité

-Savoir que nous trébuchons sur un pourcentage faible des salariés (« personne ne sait quoi faire »)

-Réfléchir ensemble sans injonction pour dépasser ses propres difficultés (liées à soi, ou au salarié)

-Résister à la tension ambiante, s'extraire pour penser les choses

L'environnement

Souffrance du collectif

Paradoxes à intégrer

Gap entre problèmes « réels ou ressentis » et réalité psychiatrique

L'autre comme dérangentant, dans son expression

Interactions entre personnalités, les effets de groupes, les effets de sexe

Diagnostic et peur

Diagnostic et colère

Diagnostic et inquiétude

Des appuis et des limites

Culture commune

Réunions avec auto formation

(l'alcool en exemple son traitement a beaucoup changé)

Mais !!! Société dépressogène, addictogène, individualisme/ repli, revendication/
réseaux sociaux, quête de bénéfice

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même



2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa

paradoxalement....

- maintien dans l'emploi des personnes handicapées psychiques : problématique répandue, tendant à être majoritaire
- la dimension « santé mentale » : mentionnée dans le code du travail
- plans santé mental : de l'emploi en secteur protégé vers l'emploi en milieu ordinaire
- rapport de l'IGAS 2017: 1 chapitre spécifique
- plan quinquennal : 2 fiches pratiques
- des méta-analyses qui donnent des pistes de solution...

MAIS

- sujet difficile voire tabou en entreprise
- reste dans une sphère « annexe » : emplois adaptés et ESAT
dominants

En guise de conclusion

- Deux écueils de l'avis du psychiatre:

- celui du diagnostic spécialisé hors sol inutilisable par le médecin du travail
- celui d'un avis sur l'avis (d'aptitude ou d'inaptitude au poste)

- Exigence pour le médecin du travail

- clarté absolue quant à l'intention de cet avis d'expert
- précision de la question et des éléments d'observation qui la sous-tendent.

Ne pas oublier que ce sont ces éléments d'observation qui nous permettent d'élaborer le diagnostic médico-professionnel (et donc de déterminer les dimensions du handicap) et que le psychiatre n'a pas accès à cette observation.

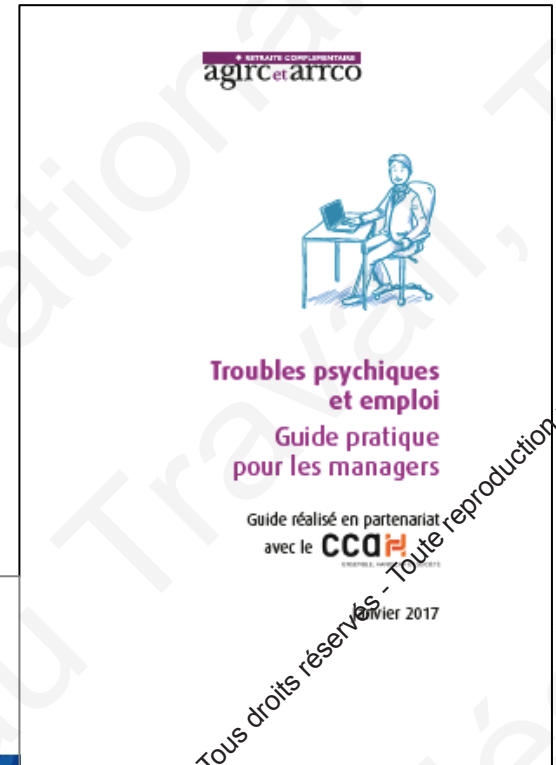
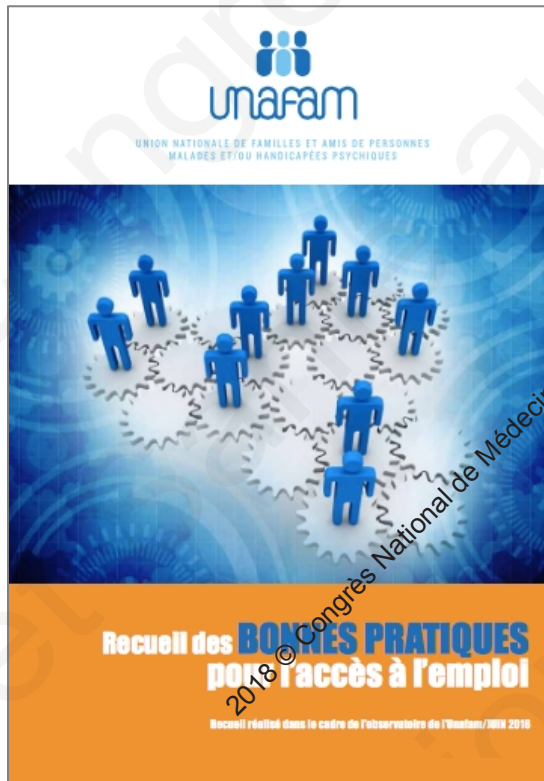
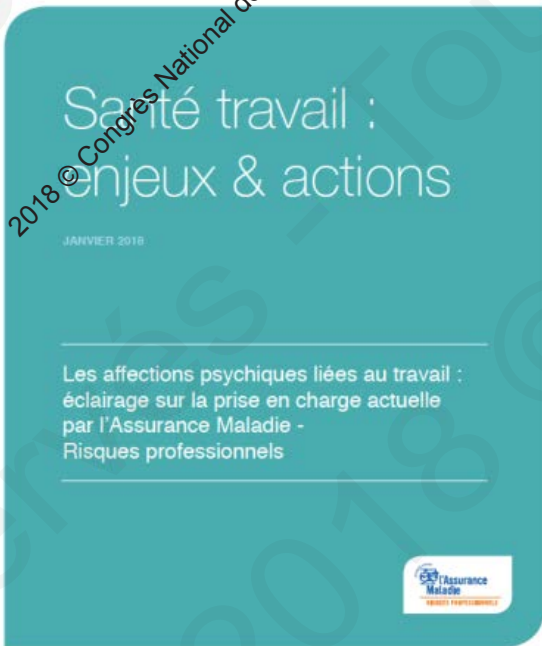
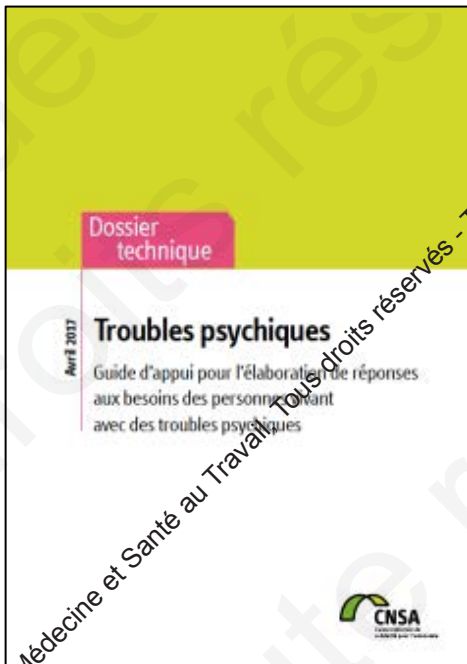
À ce prix que la complémentarité des deux regards pourra
exister.

Ouverture sur les questions du champ managérial voire disciplinaire du sujet...

Pour l'entreprise, les actions pédagogiques des médecins porteront sur:

- les limites de la médicalisation des situations qui ont aussi une dimension sociale, professionnelle, relationnelle en lien avec l'expression de la pathologie et les troubles du comportement
- la difficile question de l'efficacité et de la légitimité du champ managérial voire disciplinaire...

Quel médecin du travail ne s'est pas retrouvé face à la question incongrue de « l'aptitude » d'un salarié à recevoir une sanction, révélant sans doute les difficultés de l'entreprise à appréhender la totalité de sa responsabilité en matière de santé mentale?



Cas simple , solution impossible

Cas 1, libertin pas érotomane

Un homme de 50 ans écrit une lettre à une de ses collègues (35 ans) pour lui décrire en termes crus et explicites, les relations qu'il aimerait avoir avec elle. La salariée transmet la lettre, une procédure est lancée, le médecin du travail doit donner un avis. Il est soumis aux arguments des 3 intervenants.

Le « principe de précaution »

Cas simple , solution impossible...

Cas 2, agressif, lunatique, caractériel

Monsieur est dans l'entreprise depuis longtemps. Il travaille bien, mais a toujours eu des problèmes relationnels. Il est vite irrité, revendicatif, voire insultant envers ses collègues (F/H) qui en ont peur, manager compris. Ces moments ne s'aggravent pas, surviennent tous les 2 mois. Jamais de passage à l'acte. Vie familiale. Diagnostic exigé du médecin du travail.

Handicap et inquiétude

Cas complexe, solution quand même....

Cas 3 : autiste, condescendant, docile, en confiance

Mr H, autiste Asperger, spécialiste des ondes radio. Docile, affectueux, premier degré, souffrant d'hyperacousies, quelque peu condescendant...

technicien d'intervention, travaille dans un répartiteur, espace clos, lien affectif fort avec son N+1, pendant 20 ans

Mutation nécessaire dans une autre région : poste d'accueil trouvé, nouvel environnement et nouvelle activité : possibilité de déstabilisation++double

Les 2 médecins du travail se parlent, les marges de manœuvre sont importantes, pas de recherche de productivité particulière, sensibilité de l'entreprise à l'autisme, pas de déni du salaire, double tutorat mis en place (information, formation...)

Succès et maintien dans l'emploi

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même

Merci

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa