



**HAL**  
open science

# Prise en charge de la souffrance morale au travail par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de 13 médecins généralistes de l'Eure

Mélanie Duret

## ► To cite this version:

Mélanie Duret. Prise en charge de la souffrance morale au travail par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de 13 médecins généralistes de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01073796

**HAL Id: dumas-01073796**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01073796>**

Submitted on 10 Oct 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN**

ANNEE 2014

N°

**THESE POUR LE DOCTORAT EN  
MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

DURET Mélanie

NEE LE 27 JUIN 1983 A VERNON

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 SEPTEMBRE 2014

**PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE MORALE AU  
TRAVAIL PAR LES MEDECINS GENERALISTES : enquête  
qualitative auprès de 13 médecins généralistes de l'Eure.**

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Daniel VIDAL

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014**  
**U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Pascal JOLY**

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P. FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M<sup>le</sup> MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE
--------------

**PROFESSEURS**

M. Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
M. Bruno <b>BACHY (Surnombre)</b>	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul <b>BESSOU</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise <b>BEURET-BLANQUART (Surnombre)</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy <b>BONMARCHAND</b>	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
M. Jean-François <b>CAILLARD (Surnombre)</b>	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HB	Médecine interne (Gériatrie)

M. Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
M. Pierre <b>CZERNICHOW</b>	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et Imagerie médicale
M. Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mme Danièle <b>DEHESDIN (Surnombre)</b>	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean <b>DOUCET</b>	HB	Thérapeutique/Médecine Interne - Gériatrie.
M. Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
M. Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
M. Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
M. Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel <b>GODIN</b>	HB	Néphrologie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
M. Philippe <b>GRISE</b>	HCN	Urologie
M. Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
M. Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
M. Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc <b>KUHN</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
M. Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
M. Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
M. Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
M. Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
M. Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	ORL
M. Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
M. Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis <b>MICHOT</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno <b>MIHOUT</b> ( <i>Surnombre</i> )	HCN	Neurologie
M. Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
M. Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc <b>PERON</b>	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
M. François <b>PROUST</b>	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>Mise en dispo</i> )	HCN	Réanimation médicale, Médecine d'urgence
M. Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatologie – Gastro-entérologie
Mme Céline <b>SAVOYE – COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
M. Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mme Florence <b>THIBAUT</b>	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
M. Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
M. Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. François <b>TRON</b> ( <i>Surnombre</i> )	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale
M. Pierre <b>VERA</b>	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric <b>VERIN</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
M. Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
M. Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
M. Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
M. Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
M. Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
M. Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
M. Thomas <b>MOUREZ</b>	HCN	Bactériologie
M. Jean-François <b>MENARD</b>	HCN	Biophysique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
M. Francis <b>ROUSSEL</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues <b>VIVIER</b>	HCN	Imagerie médicale

## PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
Mme Cristina <b>BADULESCU</b>	UFR	Communication

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
M. Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
M. Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
M. Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre <b>GOULLE</b>	Toxicologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX</b>	Physiologie
M. Paul <b>MULDER</b>	Sciences du médicament
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie hospitalière
M Jean-Marie <b>VAUGEUIS</b>	Pharmacologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie générale et minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
M. Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie galénique
M. Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
M. Jean <b>CHASTANG</b>	Biomathématiques
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
M. Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
M. Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
M. François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
M. Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique

Mme Marie-Laure **GROULT**  
M. Hervé **HUE**  
Mme Laetitia **LE GOFF**  
Mme Hong **LU**  
Mme Sabine **MENAGER**  
Mme Christelle **MONTEIL**  
M. Mohamed **SKIBA**  
Mme Malika **SKIBA**  
Mme Christine **THARASSE**  
M. Frédéric **ZIEGLER**

Botanique  
Biophysique et Mathématiques  
Parasitologie - Immunologie  
Biologie  
Chimie organique  
Toxicologie  
Pharmacie galénique  
Pharmacie galénique  
Chimie thérapeutique  
Biochimie

### **PROFESSEUR CONTRACTUEL**

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**

Anglais

### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

M. Imane **EL MEOUCHE**  
Mme Juliette **GAUTIER**  
M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Bactériologie  
Galénique  
Parasitologie

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

#### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN-TARTARIN** UFR Médecine générale

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :** Mme Véronique DELAFONTAINE

**HCN - Hôpital Charles Nicolle**

**CB - Centre HENRI BECQUEREL**

**CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation**

**HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME**

**CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray**

<b>LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE</b>
---------------------------------------------

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie générale et minérale
M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
M. Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
M Jean <b>CHASTANG</b>	Mathématiques
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation - Economie de la Santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
M. Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil <b>ADRIOUCH</b>	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b>	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b>	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b>	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b>	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b>	Biochimie (UMR 1079)

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei <b>FETISSOV</b>	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su <b>RUAN</b>	Génie informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil**, pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

**A Monsieur le Docteur Daniel Vidal**, pour m'avoir guidée tout au long de ce travail, pour votre disponibilité et pour m'avoir transmis la passion de ce métier, veuillez recevoir mon profond respect et ma gratitude.

**A Monsieur le Professeur Jean-François Gehanno**, pour avoir accepté de juger mon travail, je vous adresse tout mon respect.

**A Monsieur le Professeur Jean-François Caillard**, pour avoir accepté de faire partie de mon jury, veuillez accepter ma profonde gratitude.

**Aux treize médecins** ayant accepté de participer à cette étude, je vous adresse toute ma gratitude.

**A Bénédicte, Jérôme et Anne-Claire**, mes collègues et amis, merci pour votre accueil dans le Perche, votre bonne humeur et votre professionnalisme. C'est rassurant de savoir que je peux compter sur vous.

**A toute ma famille**, pour votre présence.

**A Emmanuelle, Paul-Emile et Benjamin**, ma belle-sœur et mes beaux-frères, pour toutes les bonnes soirées passées ensemble, et pour tous les bons moments à venir. Manue, merci pour la traduction.

**A Anne-Zoé, Agathe, Alix**, pour votre joie de vivre, je vous adore !

**A Lucien et Marie-Catherine**, pour m'avoir accueillie dans votre famille comme une fille.

**A mes grands-parents paternels**, pour votre soutien et votre affection.

**A Jeanine et Henri**, pour votre affection tout au long de votre vie.

**A Papy Michel**, j'aurais aimé t'expliquer mon travail, j'espère que d'où tu es, tu es fier de moi.

**A Mamie Dora**, pour ta bonne humeur, ta joie de vivre, tes coups de fil du mercredi durant mes deux P1, ton soutien sans faille.

**A mes parents**, sans qui je ne serais pas devenue ce que je suis, merci pour votre amour, votre soutien indéfectible. Merci pour les relectures.

**A mon frère**, pour ta bienveillance depuis toujours, pour ton humour, je suis fière de toi.

**A Anne-Laure, Thomas, Alice, Pierre-Antoine, Bérangère, Vincent, Camille, Thibault, Cécile**, pour ces dix années passées ensemble à Rouen, pour les soirées médecine, pour les vacances mémorables que nous avons passées ensemble.

**A Anne-Laure, Jeff, Clémence, Rustic, Céline, Nico, Bérengère, Struch, Milène**, pour tous les bons moments passés ensemble et tous les autres à venir, pour votre amitié sincère, pour votre soutien.

**A Olivier**, pour ton soutien depuis toutes ces années, pour m'avoir supportée tout au long de mon travail de thèse, pour l'amour que tu me donnes au quotidien.

**A Clément**, mon plus grand bonheur, merci de m'apporter autant de joie depuis que tu es venu au monde.

# TABLE DES MATIÈRES

<b><u>LISTE DES ABRÉVIATIONS</u></b> .....	18
<b><u>I-INTRODUCTION</u></b> .....	20
<b><u>II-SOUFFRANCE MORALE AU TRAVAIL : DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS</u></b> ...	21
<b>1- Définitions</b> .....	21
<b>a- La souffrance morale au travail en chiffres</b> .....	21
<b>b- Le stress</b> .....	22
- <i>Définition du dictionnaire Larousse</i> .....	22
- <i>Définition du dictionnaire médical Garnier- Delamare</i> .....	22
- <i>Le syndrome général d'adaptation</i> .....	23
- <i>Le modèle transactionnel du stress</i> .....	23
<b>c- Le syndrome d'épuisement professionnel ou <i>burn out</i></b> .....	24
<b>d- L'état de stress post-traumatique</b> .....	25
<b>e- Le harcèlement moral</b> .....	26
<b>2- Modèles d'évaluations</b> .....	27
<b>a- Modèle de Karasek</b> .....	27
<b>b- Modèle de Siegrist</b> .....	28
<b>c- Les échelles d'évaluation</b> .....	29
<b><u>III-MÉTHODOLOGIE</u></b> .....	30
<b>1- Choix de la méthode</b> .....	30
<b>2- Elaboration du guide d'entretien</b> .....	30
<b>3- Recrutement des médecins interrogés</b> .....	31
<b>4- Réalisation des entretiens semi-dirigés</b> .....	31
<b>5- Analyse des entretiens</b> .....	32
<b><u>IV-RÉSULTATS</u></b> .....	33
<b>1- Caractéristiques des médecins interrogés</b> .....	33
<b>2- Les causes de la souffrance morale au travail</b> .....	34

<b>a- Facteurs liés au patient</b> .....	34
- <i>Les caractéristiques sociodémographiques</i> .....	34
- <i>Les somatisations</i> .....	35
<b>b- Facteurs liés au contexte</b> .....	36
- <i>Le contexte socio-économique</i> .....	36
- <i>Le contexte dans l'entreprise</i> .....	37
<b>3- Le médecin généraliste</b> .....	40
<b>a- Caractéristiques du médecin généraliste</b> .....	40
<b>b- Conditions de travail</b> .....	41
<b>c- La relation médecin/patients</b> .....	43
<b>d- Formation</b> .....	43
<b>e- Place du médecin généraliste</b> .....	44
<b>4- La souffrance morale au travail</b> .....	45
<b>a- Perceptions des médecins généralistes</b> .....	45
<b>b- La souffrance des patients</b> .....	46
<b>c- Diagnostiquer la souffrance morale au travail</b> .....	47
- <i>Interrogatoire/anamnèse</i> .....	47
- <i>Le diagnostic</i> .....	48
- <i>Le retentissement familial</i> .....	49
<b>d- Le syndrome anxio-dépressif</b> .....	50
- <i>Les symptômes</i> .....	50
- <i>Caractéristiques de la dépression</i> .....	51
- <i>Les modes de réponse des patients</i> .....	52
<b>5- Les différentes modalités de prise en charge</b> .....	53
<b>a- Le traitement symptomatique</b> .....	53
- <i>Les prescriptions médicamenteuses</i> .....	53
- <i>Les mesures non médicamenteuses</i> .....	54
- <i>L'empathie et l'écoute</i> .....	55
- <i>La psychothérapie</i> .....	56
<b>b- Le traitement étiologique</b> .....	58
- <i>Traiter la cause</i> .....	58
- <i>Le départ de l'entreprise</i> .....	59
- <i>L'arrêt de travail</i> .....	60

- <i>Maladie professionnelle/ ALD</i> .....	62
<b>c- Les limites du médecin généraliste</b> .....	63
<b>d- Le médecin du travail</b> .....	64
<b>e- La sécurité sociale</b> .....	66
<b>f- Les intervenants non médicaux</b> .....	66
- <i>Les syndicats</i> .....	67
- <i>L'inspection du travail</i> .....	67
- <i>Les prud'hommes</i> .....	68
<b>6- La reprise du travail</b> .....	68
<b>7- La prévention</b> .....	69
<b><u>V-DISCUSSION</u></b> .....	71
<b>1- La méthodologie</b> .....	71
<b>a- Choix de la méthode</b> .....	71
<b>b- Validité de la méthode</b> .....	71
- <i>Validité interne</i> .....	71
- <i>Validité externe</i> .....	72
<b>c- Recueil de données</b> .....	72
<b>d- Guide d'entretien</b> .....	73
<b>2- Discussion des résultats</b> .....	74
<b>a- Les caractéristiques des patients souffrant au travail</b> .....	74
<b>b- L'influence des conditions de travail</b> .....	75
<b>c- Le médecin généraliste</b> .....	77
- <i>Caractéristiques du médecin généraliste</i> .....	77
- <i>Conditions de travail</i> .....	78
- <i>La relation médecin/patients</i> .....	79
- <i>Formation</i> .....	80
- <i>Place du médecin généraliste</i> .....	81
<b>d- La souffrance morale au travail</b> .....	82
- <i>Perceptions des médecins généralistes</i> .....	82
- <i>Diagnostiquer la souffrance morale au travail</i> .....	83
- <i>Les différents tableaux cliniques</i> .....	85
<b>e- Le traitement symptomatique</b> .....	85

<b>f- Le traitement étiologique</b> .....	88
- <i>La démission</i> .....	89
- <i>Le licenciement</i> .....	89
- <i>La rupture conventionnelle</i> .....	89
<b>g- L'arrêt de travail</b> .....	90
<b>h- Accident de travail/Maladie professionnelle</b> .....	92
<b>i- Le médecin du travail</b> .....	94
<b>j- La sécurité sociale</b> .....	97
<b>k- Les intervenants non médicaux</b> .....	98
- <i>Les syndicats</i> .....	98
- <i>L'inspection du travail</i> .....	98
- <i>Les prud'hommes</i> .....	98
<b>l- Les Centres de Consultations de Pathologie Professionnelle</b> .....	99
<b>m- La reprise du travail</b> .....	100
<b>n- La prévention</b> .....	100
<b><u>VI-CONCLUSION</u></b> .....	102
<b><u>VII-BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	104
<b><u>VIII-ANNEXES</u></b> .....	114
1- <b>Courriel adressé aux médecins généralistes</b> .....	114
2- <b>Guide d'entretien</b> .....	115
3- <b>Questionnaire JCQ</b> .....	117
4- <b>Questionnaire efforts/ récompenses de Siegrist</b> .....	120
5- <b>Articles de loi</b> .....	123
<b><u>IX-SERMENT D'HIPPOCRATE</u></b> .....	126

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD	Affection Longue Durée
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANSES	Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARACT	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRMP	Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
DARES	Direction de L'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
EHPAD	Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FMC	Formation Médicale Continue
GHQ	General Health Questionnaire
HAD	Hospital Anxiety Depression
HAS	Haute Autorité de Santé
INRS	Institut National de Recherche et Sécurité
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPP	Incapacité Partielle Permanente
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
JCQ	Job Content Questionnaire

MBI	Maslach Burnout Inventory
MD	Mélanie Duret
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MG	Médecin Généraliste
MT	Médecin du Travail
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
RNV3P	Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles
SIP	Santé et Itinéraires Professionnels
SUMER	Surveillance Médicale des Expositions aux Risques Professionnels
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

# I-INTRODUCTION

La souffrance morale au travail est un problème de santé publique. Elle est de plus en plus médiatisée. La vague de suicides chez Orange en 2008-2009 a mis en avant la souffrance morale au travail. Lors de mon premier stage chez le praticien entre novembre 2009 et avril 2010, j'ai été frappée par la fréquence de ce motif de consultation. De plus, j'ai observé que les patients souffrant au travail, avaient des caractéristiques sociodémographiques très variées, ce qui m'a beaucoup étonnée : j'imaginai des patients stéréotypés plutôt isolés socialement, ayant souvent des antécédents de dépression, exerçant tous des métiers me semblant peu épanouissants et souvent peu qualifiés. Or, la multiplicité des profils rencontrés dans mon stage a éveillé ma curiosité et m'a interrogée, dans un premier temps, sur la population touchée par ce problème. Est-ce que la souffrance morale au travail peut toucher n'importe qui ? La classe sociale influence-t-elle l'incidence de la souffrance morale au travail ?

J'ai remarqué également que les personnes venant consulter se livraient souvent pour la première fois. Le médecin généraliste apparaissait comme le premier recours de ces personnes. Mais alors, comment les prendre en charge ? Le médecin généraliste est-il seul face au problème de souffrance morale au travail ? Quels sont les autres intervenants ? Y a-t-il d'autres moyens de prise en charge que l'arrêt de travail et les anxiolytiques ? Et comment les prescrire ? Les attitudes très différentes de mes maîtres de stages successifs, face à ce motif de consultation, me font penser qu'il existe une multitude de réponses à la souffrance morale au travail. L'implication des médecins généralistes dans ce domaine est probablement très variable d'un individu à l'autre. L'autre hypothèse est que les médecins généralistes se retrouvent isolés et en difficulté pour prendre en charge la souffrance morale au travail.

C'est ce que je vais chercher à décrire en réalisant cette étude qualitative, basée sur la réalisation de treize entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes du département de L'Eure.

# **II-SOUFFRANCE MORALE AU TRAVAIL :**

## **DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS**

### **1- Définitions**

#### **a- La souffrance morale au travail en chiffres**

Selon la cinquième enquête sur les conditions de travail en Europe réalisée par la fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail [1, 2, 3], portant sur 43816 travailleurs, 2.5 % des salariés font état d'un mauvais état de santé général et 47 % déclarent plus de deux problèmes de santé. Selon l'indice de bien-être mental de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 23 % des travailleurs déclarent un niveau peu élevé et devraient consulter pour dépression.

Selon la quatrième enquête sur les conditions de travail en Europe portant sur 30000 travailleurs [4, 5, 6], 5 % déclarent avoir été victimes de violences, de brimades ou de harcèlement sur le lieu de travail.

Dans l'enquête Santé et Itinéraire professionnel 2010 réalisée en France [7], 31 % des salariés déclarent travailler « toujours » ou « souvent » sous pression. D'après l'enquête SUMER 2003 [8], 17 % des salariés déclarent être l'objet de comportements systématiquement hostiles de la part d'une ou plusieurs personnes dans leur travail.

Au niveau régional, le baromètre des conditions de travail en Haute-Normandie, réalisé en 2010 [9], rapporte que 63.1 % des personnes interrogées estiment que leur travail est tout à fait ou plutôt stressant.

Il est difficile de comparer ces chiffres, car les questionnaires utilisés dans les différentes études ne sont pas les mêmes.

Le coût du stress professionnel est difficilement quantifiable. Toutefois, une étude réalisée par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) [10], rapporte que le coût du stress professionnel était compris entre 1.9 et 3 milliards

d'euros pour la France au cours de l'année 2007 (coût des soins et perte de richesse pour cause d'absentéisme, de cessation prématurée d'activité et de décès prématuré). Selon une enquête de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) [11], 8,7 % des consultations médicales, près d'un tiers des arrêts de travail et 12.7 % des hospitalisations seraient dues aux risques psychosociaux. Compte tenu de ces chiffres, on peut aisément supposer l'enjeu économique de la prise en charge de la souffrance morale au travail.

La souffrance morale au travail et plus largement le stress au travail représentent un problème de santé publique, tant par l'importance de la prévalence parmi les travailleurs que par le coût engendré pour la société.

## **b- Le stress**

La définition du stress a évolué au cours de l'histoire, en fonction de l'avancée des découvertes scientifiques et de l'évolution de la société. C'est pourquoi il existe de multiples définitions du stress.

### *- Définition du dictionnaire Larousse [12]*

Le stress est défini comme un « *état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque* ». Le mot provient de l'anglais *stress*, qui signifie effort intense. Ici, le stress se limite à une réaction.

### *- Définition du dictionnaire médical Garnier- Delamare [13]*

Le stress est « *un mot anglais employé par Hans Selye pour exprimer l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quelconque* ». On voit que cette définition diffère peu de la précédente, et reprend les termes de H. Selye, selon lequel le stress est une réaction stéréotypée de l'organisme à une agression, quelle que soit la nature de l'agression (physique, chimique ou psychologique). En découle le concept de syndrome général d'adaptation.

### - *Le syndrome général d'adaptation*

C'est le syndrome décrit par Hans Selye en 1956 [14] pour comprendre les réactions de l'organisme face à un stress. Il décrit trois phases :

- ⇒ La réaction d'alarme au cours de laquelle l'organisme réagit à l'agression (*stressor*) en mobilisant les hormones du stress (axe corticotrope), avec une phase de choc (altération de l'équilibre) puis contre-choc (mise en route de défenses actives).
- ⇒ Le stade de résistance où l'organisme accentue les mécanismes débutés lors du contre-choc, l'affaiblissant contre les autres agressions simultanées.
- ⇒ Le stade d'épuisement où l'organisme cesse de pouvoir s'adapter à l'agression qui persiste.

Cette définition permet de mieux comprendre les différentes étapes de réaction au stress. Cependant elle ne tient pas compte des variabilités individuelles ni de l'environnement dans lequel évolue l'individu. Or dans le cadre du stress au travail, on sait que le contexte, favorable ou non, joue un rôle dans le développement de la souffrance morale.

### - *Le modèle transactionnel du stress*

Ce modèle, décrit en 1984 par Lazarus et Folkman [15], intègre la notion d'interaction entre l'individu et l'environnement. Le stress est la résultante des perceptions et du vécu qu'a l'individu de son environnement et qu'il évalue comme excédant ses capacités, donc nocif pour sa santé. Le travailleur va d'abord évaluer la situation (évaluation cognitive), puis élaborer des stratégies d'adaptation (*coping*) :

- ⇒ L'évaluation cognitive se déroule en deux étapes : l'évaluation primaire qui permet à la personne d'apprécier l'enjeu de la situation : cela aboutit au « stress perçu ». Puis l'évaluation secondaire, qui correspond à l'évaluation des ressources disponibles chez l'individu face à cette situation. On aboutit au « contrôle perçu ».

⇒ Le coping qui correspond aux stratégies d'adaptation de l'individu à une situation qu'il a jugée stressante. La personne tente de diminuer ou de supporter la situation stressante issue de la transaction entre son environnement et lui-même. Les efforts sont comportementaux ou cognitifs. Le *coping* peut être actif, en vue de supprimer la cause du stress, ou passif, en vue de diminuer les émotions produites par le stress (diminution de la tension émotionnelle, par exemple, en se mettant en colère). Les stratégies d'évitement de la situation stressante font également partie du *coping* passif.

Nous voyons donc que le stress est la résultante de l'interaction entre l'individu et son environnement. Les stratégies d'adaptation vont dépendre des ressources personnelles de l'individu mais aussi de la marge de manœuvre laissée par son environnement professionnel.

### **c- Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burn out***

Ce terme est apparu dans les années soixante-dix pour désigner l'épuisement psychique et physique des professions au service des personnes. Depuis, ce terme s'est généralisé et il est utilisé dans tous les domaines professionnels. Il en existe de multiples définitions, ce qui rend compliqué son utilisation à bon escient. La définition la plus utilisée dans la littérature scientifique est celle de Christina Maslach avec, dans 90% des études, l'utilisation de son échelle d'évaluation : le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) [16, 17]. Elle décrit trois composantes pour définir le *burn out* :

- ⇒ L'épuisement émotionnel psychique et physique : certains auteurs en font une condition suffisante pour parler d'épuisement professionnel.
- ⇒ La dépersonnalisation ou perte d'empathie qui se traduit par un retrait et une perte d'intérêt vis-à-vis du travail, avec parfois du cynisme voire de l'indifférence.
- ⇒ La perte de l'accomplissement personnel qui se traduit par une perte d'efficacité au travail et une dévalorisation de soi.

La troisième composante est parfois remise en cause pour définir le *burn out*. Elle s'apparenterait à un trait de personnalité plutôt qu'à un véritable aspect du *burn out*.

#### **d- L'état de stress post-traumatique**

Le syndrome de stress post traumatique est une entité clinique. On le retrouve dans le contexte de souffrance morale au travail. Le DSM IV [18] le caractérise par « la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme ». Ce syndrome peut apparaître lorsque le salarié vit sa situation au travail comme une menace contre son intégrité physique ou psychique. Le salarié est alors débordé psychologiquement et ne peut se défendre. La reviviscence se traduit par des souvenirs répétés et intrusifs ou bien des cauchemars au cours desquels la personne revit les scènes traumatisantes. Ces souvenirs surviennent spontanément ou bien sont déclenchés par une perception analogique avec la scène traumatique (un bruit, un lieu, date anniversaire...). Ces reviviscences s'accompagnent de symptômes physiques tels que la tachycardie, les tremblements ou encore des sueurs. Les stimuli déclenchant la reviviscence sont activement évités par le salarié (éviter le lieu de travail, les personnes concernées...). Cela peut comprendre une amnésie de la scène traumatique ou de certains aspects de la scène. Il y a ensuite un émoussement psychique caractérisé par un repli social affectif voire sexuel, avec une capacité diminuée à ressentir des émotions.

Pour Marie Pezé [19, 20, 21], l'état de stress post-traumatique est précédé d'une phase d'alerte, souvent difficile à diagnostiquer, comprenant une fatigue, de l'anxiété, des troubles du sommeil, un ennui et éventuellement une augmentation de prise de médicaments, ou bien des conduites addictives. Pour elle, c'est « *le premier niveau d'usure du geste de travail vidé de son pouvoir de construction identitaire* » [p 195]. Dans cette phase, le salarié est dans une hyper vigilance au travail, associée à une hyperactivité réactionnelle.

## e- Le harcèlement moral

Le harcèlement moral est un terme utilisé depuis les années 90. Il a été initialement décrit par H. Leymann [22], sous le terme de *mobbing*. Il s'agit d'un processus de destruction, « *constitué d'agissements hostiles qui, pris isolément, pourraient sembler anodins, mais dont la répétition constante a des effets pernicieux* ». Cela peut entraîner des dommages physiques ou psychiques graves sur la personne victime de *mobbing*.

En France, c'est M-F Hirigoyen, psychiatre, psychanalyste, qui a démocratisé le terme [23, 24, 25]. Elle définit le harcèlement comme « *toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci ou dégrader le climat de travail* ».

Le harcèlement moral est, depuis 2008, défini juridiquement dans le code du travail selon l'article L. 1152-1 qui stipule qu' « *aucun salarié ne doit subir des agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* » [26, 27]. Le harcèlement moral est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende par le code pénal (article 222. 33. 2 du code pénal) [27, 28]. De plus, l'employeur est tenu par la loi de protéger ses salariés du harcèlement moral. Un accord interprofessionnel a été signé en juillet 2008, dans le but de sensibiliser les employeurs au problème de souffrance morale au travail, et d'en améliorer le dépistage et la prévention [29].

Il existe différents types de harcèlement :

- ⇒ Harcèlement horizontal : harcèlement entre collègues de même niveau dans une hiérarchie.
- ⇒ Harcèlement vertical descendant : harcèlement d'un supérieur hiérarchique envers un subordonné, qui est le plus fréquent.
- ⇒ Harcèlement vertical ascendant : harcèlement de subordonné envers un supérieur, cas plus rare [23, 24, 25].

## 2- Modèles d'évaluations

### a- Modèle de Karasek

Le modèle de Robert Karasek a été élaboré dans les années 70 [16, 30]. Il a beaucoup été utilisé dans la littérature. Il permet d'évaluer les facteurs psychosociaux du travail. Il est basé sur trois composantes : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social :

- ⇒ La demande psychologique représente la charge mentale qu'engendre le travail. Elle est évaluée par la quantité de travail, son intensité, et la notion de morcellement des tâches.
- ⇒ La latitude décisionnelle évalue les marges de manœuvre du salarié pour décider dans son travail et pour développer ses compétences.
- ⇒ Le soutien social est défini par l'aide et la reconnaissance des collègues et supérieurs.

Lorsqu'il existe une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle, le salarié est alors en situation de *job strain*, c'est-à-dire en tension au travail (cf figure 1). Pour Karasek, cette situation est à risque de développer des pathologies cardiovasculaires, musculo-squelettiques et mentales. Lorsqu'il y est associé un faible soutien social, cela aggrave la situation. Il s'agit alors de *l'iso-strain*.

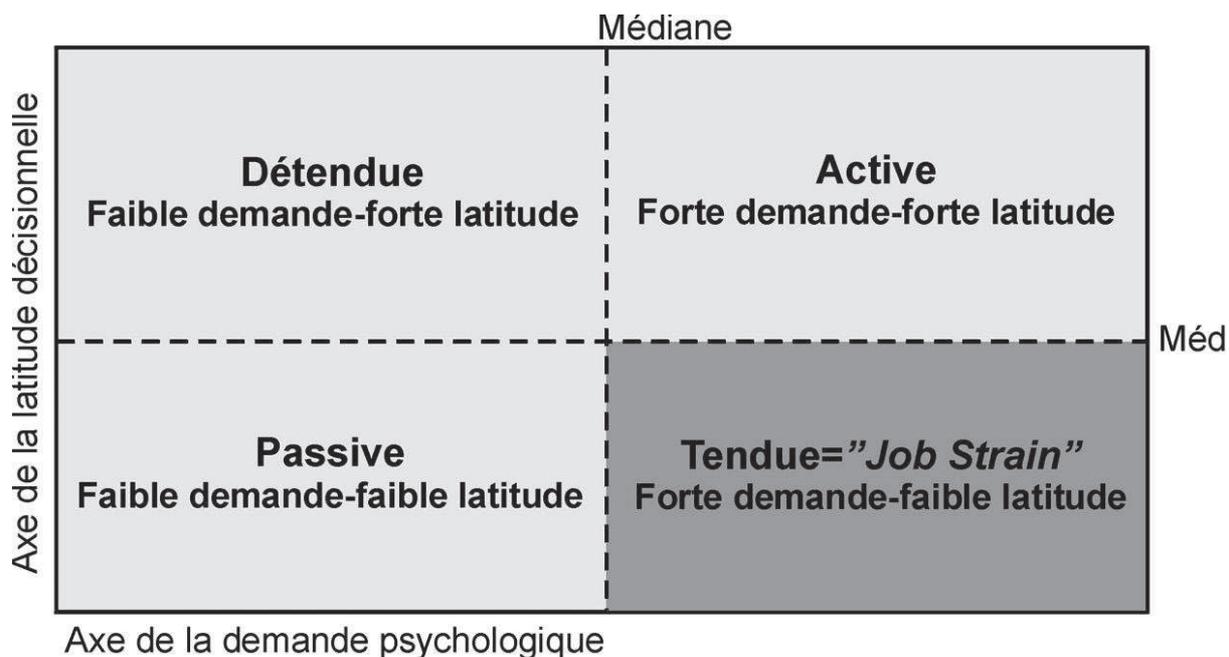


Figure 1 : Diagramme de Karasek : quatre situations

Un questionnaire a été élaboré à partir de ce modèle. C'est le *Job Content Questionnaire* (JCQ) ou questionnaire de Karasek [31, 32] (cf annexe 1). Il permet d'évaluer la perception de la situation de travail par les salariés. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré. Il est largement utilisé dans la littérature.

### **b- Modèle de Siegrist**

Le modèle de Siegrist est apparu dans les années 90 [16, 33]. Il se base sur deux composantes : les efforts et les récompenses.

- ⇒ Les efforts qui comportent les responsabilités, les contraintes de temps, les interruptions dans le travail...
- ⇒ Les récompenses qui se composent de l'estime, du salaire, des perspectives d'évolution de carrière, de la stabilité de la situation.

Selon Siegrist, des efforts importants, associés à de faibles récompenses, sont un facteur de risque de maladie cardiovasculaire et d'altération de la santé mentale. Il ajoute à ces deux composantes le surinvestissement qui serait un facteur de risque supplémentaire.

Il existe, tout comme pour le modèle de Karasek, un questionnaire de Siegrist ou questionnaire « déséquilibre efforts-récompenses » [31, 34] (cf annexe 2). Il est souvent utilisé en complément du JCQ.

### **c- Les échelles d'évaluation**

Il existe plusieurs échelles d'évaluation, traduites en français et validées [31, 35]. Nous ne reviendrons pas sur le MBI décrit précédemment, qui est une des échelles les plus utilisées dans la littérature. Le JCQ et le questionnaire « déséquilibre efforts-récompenses » permettent, eux, d'évaluer la perception des salariés de la situation de travail [35].

Il existe également des échelles pour évaluer le retentissement des conditions de travail sur la santé mentale :

- L'échelle *Hospital Anxiety Depression* (HAD) qui permet d'évaluer les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs. [36] (cf annexe 3)
- Le *General Health Questionnaire* (GHQ) qui permet de dépister les troubles psychiques ou psychiatriques mineurs dans la population générale. [37] (cf annexe 4).

Ces deux questionnaires ont une validité scientifique démontrée [31, 36, 37]. Ce sont des questionnaires qui peuvent être auto-administrés.

Il existe beaucoup d'autres échelles. Certaines peuvent paraître séduisantes par leur facilité d'utilisation comme l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), dont l'utilisation est superposable aux EVA de la douleur. La question posée est « mon état de stress au travail se situe ». Selon l'INRS, cette échelle n'a pas de validité scientifique suffisante pour être, à elle seule, un outil fiable de dépistage et de suivi [38]. D'autres échelles sont plus détaillées et permettent des diagnostics plus précis, mais leur utilisation, dans la pratique courante de médecine générale, n'est pas adaptée. Par exemple le *Mini International psychiatric interview* (MINI) permet de dépister les troubles psychiatriques, mais il nécessite un temps de passation de 20 minutes, temps beaucoup trop long en médecine générale [39].

# **III-MÉTHODOLOGIE**

## **1- Choix de la méthode**

Le but était de connaître les différentes modalités de prise en charge de la souffrance morale au travail. J'ai choisi de faire une enquête descriptive par une méthode qualitative afin de pouvoir montrer la diversité des modes de prise en charge.

Après m'être documentée sur les différentes méthodes qualitatives [40, 41, 42, 43], j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés, permettant une plus grande liberté de parole de l'interrogé qu'un focus-group. L'objectif était de recueillir de façon exhaustive les modes de prise en charge de la souffrance morale au travail. Cette méthode me paraît donc la plus adaptée.

## **2- Elaboration du guide d'entretien**

Après une recherche bibliographique, j'ai élaboré, en collaboration avec le docteur Daniel Vidal, un guide d'entretien composé d'une introduction et de cinq questions (cf annexe 2). L'introduction me permet de me présenter et de présenter la question de thèse. J'explique le déroulement de l'entretien (durée, modalités d'enregistrement, anonymat des réponses).

J'ai ensuite rédigé 5 questions ouvertes pour diriger l'entretien sans influencer le médecin interviewé, selon le principe des entretiens semi-dirigés.

La première question m'a permis de recueillir les caractéristiques sociodémographiques du médecin. La deuxième question concerne les patients vus au cabinet pour souffrance morale au travail. La troisième question concerne le déroulement de la consultation. La quatrième question aborde la relation avec le médecin du travail et la dernière question concerne la formation des médecins sur ce sujet.

Pour chaque question, j'ai rédigé des sous-questions me servant de relances lors des entretiens.

### **3- Recrutement des médecins interrogés**

J'ai tout d'abord contacté 231 médecins généralistes de l'Eure par courriel. Le contenu du courriel (cf annexe 1) expliquait ma démarche et informait les médecins généralistes d'un contact téléphonique prochain pour fixer un rendez-vous. Sur les 231 adresses mails en ma possession, 40 se sont révélées erronées.

Trois médecins ont directement répondu par courriel et un rendez-vous a pu être fixé rapidement.

Les autres médecins ont été recontactés par téléphone pour fixer un rendez-vous sur le lieu de leur choix (cabinet médical ou domicile).

Au total, 10 rendez-vous ont été fixés au départ. Après l'analyse des caractéristiques des 10 premiers participants, 3 autres médecins ont été recrutés en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques connues, pour pouvoir avoir l'échantillon le plus hétérogène possible.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation.

### **4- Réalisation des entretiens semi-dirigés**

Les entretiens ont tous été réalisés au cabinet médical du médecin, sauf un, réalisé à son domicile à sa demande. Les entretiens duraient de 11 à 39 minutes soit en moyenne 26 minutes. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, après en avoir informé les médecins interrogés. Au total, les 13 entretiens ont été faits du 15 novembre 2012 au 11 février 2013.

Chaque entretien a ensuite été retranscrit manuellement, mot à mot, sur support informatique WORD.

## **5- Analyse des entretiens**

Les entretiens ont été codés en intégralité sur une période de 3 mois, de décembre 2013 à février 2014. Pour chaque groupe de mots, un code a été attribué. Pour chaque code, une définition a été donnée. Les verbatim, les codes et leurs définitions ont été colligés dans un tableau Excel. Chaque verbatim a été référencé pour pouvoir savoir de quel médecin généraliste il émane.

Cette première analyse a abouti à 2935 verbatim regroupés en 832 codes. 21 verbatim n'ont pas été codés car j'étais dans l'impossibilité de comprendre ce qu'avait voulu dire le médecin interrogé. J'ai préféré ne pas coder ces verbatim plutôt que de mal interpréter les propos des médecins concernés.

J'ai ensuite effectué un premier regroupement thématique aboutissant à 131 sous-thèmes, regroupés ensuite en 26 thèmes. Ce regroupement thématique a été réalisé en concertation avec le Docteur Daniel Vidal, au fur et à mesure de l'analyse.

## **IV- RÉSULTATS**

### **1- Caractéristiques des médecins interrogés**

Nous avons interrogé 13 médecins généralistes, 12 hommes soit 82,4 %, et 1 femme soit 7.6 %. Nous avons classé les médecins en 4 tranches d'âge : 15,4 % des médecins ont entre 30 et 40 ans, 30,8 % des médecins ont entre 41 et 50 ans, 23 % des médecins ont entre 51 et 60 ans, et 30,8 % des médecins ont 60 ans et plus. Cinq médecins exerçaient en milieu urbain soit 38.5 %, huit en milieu rural soit 61.5 %. Trois étaient maîtres de stage soit 23 %. Huit exerçaient seul soit 61.5 %, 5 en cabinet de groupe soit 38.5 %. Le nombre d'années d'installation a été réparti en 4 catégories : moins de 10 années d'installation représentant 23 %, entre 11 et 20 ans représentant 23 %, entre 21 et 30 ans représentant 23 % et plus de 30 années d'installation représentant 31 % des médecins interrogés. Le tableau 1 résume les caractéristiques sociodémographiques des médecins interviewés. Le numéro attribué correspond à l'ordre chronologique dans lequel les entretiens ont été réalisés.

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés

	GENRE	AGE	SITUATION GEOGRAPHIQUE	MAITRE DE STAGE	MODE D'EXERCICE	NB D'ANNEES D'INSTALLATION	EXERCICE PARTICULIER
MG 1	M	41-50 ans	Urbain	Non	Seul	< 10 ans	Expert pour les assurances
MG 2	M	>60 ans	Urbain	Non	Seul	21-30 ans	Médecin coordinateur en EHPAD
MG 3	M	51-60 ans	Urbain	Non	Seul	21-30 ans	-
MG 4	M	>60 ans	Rural	Non	Seul	>30 ans	-
MG 5	M	51-60 ans	Urbain	Non	Seul	21-30 ans	-
MG 6	M	>60 ans	Urbain	Non	Seul	>30 ans	Fait une vacation de médecin du travail une fois par semaine
MG 7	M	51-60 ans	Rural	Non	Groupe	>30 ans	Médecin coordinateur en EHPAD
MG 8	M	30-40 ans	Rural	Non	Groupe	<10 ans	-
MG 9	M	41-50 ans	Rural	Non	Groupe	11-20 ans	-
MG 10	M	30-40 ans	Rural	Oui	Groupe	<10 ans	-
MG 11	M	41-50 ans	Rural	Non	Seul	11-20 ans	-
MG 12	M	41-50 ans	Rural	Oui	Groupe	11-20 ans	Médecin régulateur
MG 13	F	>60 ans	Rural	Oui	Seul	>30 ans	Médecin coordinateur en EHPAD

F : Femme. H : Homme

## 2- Les causes de la souffrance morale au travail

### a- Facteurs liés au patient

#### - Les caractéristiques sociodémographiques

Pour beaucoup de médecins, la souffrance morale au travail touche toutes les catégories socioprofessionnelles *« ça touche toutes les catégories socio professionnelles [...] donc ça touche vraiment toute la population »* MG 10 (H, 39 ans), alors que pour d'autres, minoritaires, la classe sociale influe sur la prévalence de la souffrance morale au travail *« c'est quand même surtout plus les gens qui sont en bas qui subissent le plus »* MG 4 (H, 62 ans), *« j'aurais plutôt tendance à dire que c'est plutôt dans les... c'est plutôt dans le monde ouvrier employé »* MG 5 (H, 51 ans).

Les patients seraient de plus en plus souvent des hommes selon MG 3 (H, 55 ans) *« Mais il y a de plus en plus d'hommes »*. Pour MG 13 (F, 61 ans) ce serait

surtout des femmes « *j'ai l'impression que c'est quand même plus souvent des femmes que des hommes* ».

Selon MG 1 (H, 42 ans), les personnes touchées sont des personnes plus faibles psychologiquement « *certains patients plus faibles sont plus facilement touchés [...] à la base y'a une faiblesse* ». Pour MG 2 (H, 61ans) c'est également le cas la plupart du temps « *c'est une personnalité particulière dans une situation particulière* », mais parfois cela touche également des personnes sans fragilité psychologique particulière « *on voit quand même aussi beaucoup de gens qui à priori étaient costauds* » MG 12 (H, 45 ans).

Les victimes sont des gens investis dans leur travail et motivés pour MG 10 et 12 : « *un gars qui ne savait pas dire non [...] motivé pour le travail* » MG 12 (H, 45 ans) « *avec une implication personnelle importante* » MG 10 (H, 39 ans).

#### - *Les somatisations*

Les patients viennent consulter pour une pathologie organique qui s'avère être un problème de stress au travail « *Quelqu'un qui vient pour une cervicalgie, une contracture, quand tu creuses il y a toujours un problème alors c'est au minimum trop de boulot en ce moment et si tu creuses encore plus c'est : ça va pas avec un tel* » MG 9 (H, 47 ans). Beaucoup de patients ont du mal à relier leurs symptômes aux conditions de travail « *y'en a un sur deux qui n'ont pas fait la relation en fait qui ne parlent pas de leur travail* » MG 13 (F, 61 ans).

Pour MG 8 (H, 34 ans), la souffrance morale et physique sont intriquées « *la souffrance morale, la souffrance physique ça se tient : les gens qui viennent avec des lumbagos itératifs, certes il y a une pathologie physique en-dessous mais y a-t-il une participation morale, psychique dans leur lumbago, c'est pas impossible non plus* ».

## **b- Facteurs liés au contexte**

### *- Le contexte socio-économique*

Le contexte socio-économique défavorable, qui règne actuellement en France, est responsable de l'augmentation des pathologies de stress au travail pour la plupart des médecins interrogés : « *le contexte de l'emploi qui est quand même difficile* » MG 2 (H, 61 ans) ; « *c'est vraiment lié à la période de crise* » MG 9 (H, 47 ans).

Le chômage élevé ne permet pas aux patients de quitter leur emploi facilement « *Avant on pouvait dire : je m'en vais et puis partir et retrouver rapidement mais maintenant on peut pas* » MG 3 (H, 55 ans).

Les fermetures d'entreprises sont fréquentes « *depuis que je suis installé, les grosses entreprises ferment les unes après les autres* » MG 10 (H, 39 ans), ou bien les entreprises sont délocalisées « *au niveau industriel, les rares entreprises qui étaient là ont été délocalisées* » MG 12 (H, 45 ans).

Ce contexte, défavorable sur le plan économique, engendre un climat de tensions psychiques chez les travailleurs « *beaucoup de salariés le ressentent très très mal* » MG 2 (H, 61 ans) et génère une angoisse avec la perte potentielle de l'emploi et la menace de chômage « *ils sont inquiets sur leur avenir* » MG 2 (H, 61 ans). Les salariés ont littéralement peur d'être licenciés « *les gens ont tellement peurs d'être virés* » MG 3 (H, 55 ans). Ce contexte oblige les travailleurs à tout faire pour ne pas perdre leur emploi, et d'une certaine manière à accepter de mauvaises conditions de travail « *quand ils ont une place il faut mieux qu'ils la tiennent* » MG 7 (H, 57 ans).

Pour MG 12 (H, 45 ans), il y a une baisse du pouvoir d'achat de la population « *y'a l'hiver faut payer les factures d'électricité de chauffage, carburant enfin tout ça quoi* » et cela se ressent sur le moral des patients « *c'est un sujet difficile pour eux à vivre* » et sur leur recours aux soins, avec une diminution des consultations « *ils attendent la paye pour, éventuellement, aller voir le médecin* ».

MG 4 (H, 62 ans) insiste sur le caractère récent de ce contexte et fait une comparaison avec les années quatre-vingts « *parce qu'il y a trente ans l'organisation* ».

*du travail était complètement différente [...] la relation hiérarchique aussi était complètement différente [...] la sécurité du travail était quand même largement supérieure ».*

Pour MG 1 (H, 42 ans), le problème n'est pas une problématique médicale, mais un problème de société. Pour lui, le médecin généraliste n'a pas à gérer ce genre de motif de consultation : *« Le problème c'est la société » « c'est juste un problème de travail et le problème au travail n'est pas une maladie »* alors que pour MG 2 (H, 61 ans) il est difficile, voire impossible, d'occulter ce contexte défavorable qu'il faut prendre en compte pour prendre en charge les patients *« ça me paraît difficile de ne pas intégrer cette notion économique et sociale dans notre travail [...] je vois pas bien comment faire un médecin qui resterait dans sa tour d'ivoire en disant « c'est pas mon problème, moi je vous donne un truc pour aller mieux et puis voilà : au revoir madame » ».*

#### - Contexte dans l'entreprise

Plusieurs MG évoquent les conditions de travail difficiles des salariés avec notamment, une notion de productivité qui revient souvent : *« y'a le milieu donc euh de l'usine où là bon y'a une cadence »* MG 5 (H, 51 ans) *« on va en demander toujours plus, toujours plus, toujours plus »* MG 12 (H, 45 ans). La notion de rendement et de gestion à court terme ajoute une pression supplémentaire *« faire du chiffre au jour le jour »* MG 1 (H, 42 ans).

La charge de travail est souvent importante *« ils ont l'impression d'être surchargés de travail »* MG 13 (F, 61 ans) avec des amplitudes horaires larges *« on part tôt le matin on rentre tard le soir enfin »* MG 12 (H, 45 ans). MG 13 (F, 61 ans) explique également la notion de contact permanent avec l'entreprise, sans coupure nette entre la vie professionnelle et la vie familiale *« aussi le fait de pouvoir être contacté sur leur portable [...] rentrer chez eux avec l'ordinateur pour finir le travail à la maison sur l'ordinateur ».*

Les compressions de personnel favorisent cette surcharge de travail ressentie par les salariés *« il faut faire plus de boulot avec le même nombre de personnes donc c'est pire »* MG 9 (H, 47 ans). Pour MG 3 (H, 55 ans), la pression vient, au

départ, des actionnaires qui demandent des résultats aux cadres, qui reportent alors les pressions sur les subordonnés : « *tout ça c'est un peu ce que j'appelle la cascade : le patron au-dessus, il a des angoisses parce que les actionnaires lui disent qu'il faut plus, il redescend sur ses cadres supérieurs qui font redescendre les angoisses sur les ouvriers* ».

L'obligation pour beaucoup de salariés d'être mobiles peut également générer du stress, avec un retentissement direct sur la vie privée « *le type qui va avoir une mutation dans son entreprise, il va être obligé d'aller à l'autre bout de la France [...] ils ne peuvent pas avoir une vie de famille* » MG 1 (H, 42 ans). L'organisation de la journée de travail peut être, alors, source de fatigue avec des temps de trajet qui s'allongent « *en plus ils ont de la route* » MG 13 (F, 61 ans). Les horaires décalés peuvent aussi majorer la fatigue et donc le stress « *c'est une nouvelle organisation, des horaires complètement décalés* » MG 12 (H, 45 ans).

D'autre part le monde de l'entreprise est souvent un monde sans sentiments où la loi du plus fort règne « *quand il y a un problème c'est le maillon faible qui part même si c'est cruel et compagnie* » MG 1 (H, 42 ans). Différents MG décrivent des salariés travaillant dans une ambiance tendue en permanence, avec le sentiment de pouvoir perdre leur travail du jour au lendemain « *les gens vivent en permanence avec une épée de Damoclès au dessus de la tête* » MG 4 (H, 62 ans). Certains MG pensent que certaines entreprises profiteraient de la crise de l'emploi pour faire pression sur leurs employés « *ils ont peut être l'impression que les patrons abusent un peu de la situation* » MG 7 (H, 57 ans).

Un autre point abordé fréquemment est le manque de reconnaissance du travail, source de souffrance. MG 2 (H, 61 ans) dit : « *Je pense qu'il y a encore un gros, un gros, gros problème, mais c'est très global, c'est un manque de reconnaissance du travail [...] c'est du gars qui est là depuis trente ans et à qui on dit : tu ne sers à rien* ». Ce manque de reconnaissance entraîne un sentiment d'injustice ainsi qu'une grande souffrance chez les salariés, d'autant plus s'ils sont très investis dans leur travail « *dans le milieu professionnel ils ont pas ou peu, peu ou pas de reconnaissance* » MG 12 (H, 45 ans).

Pour MG 6 (H, 61 ans), le problème est surtout un manque de communication entre les patrons et les salariés, avec une divergence d'intérêt qui conduit à une incompréhension mutuelle *« il y a, d'un côté, des chefs d'entreprise qui essaient de gérer comme ils peuvent, qui font une pression parce qu'il faut que la boîte tourne, les gens qui, de l'autre côté, se trouvent comme victimes, on est dans une espèce de non compréhension »*.

Pour MG 2 (H, 61 ans), le harcèlement s'apparente à une stratégie d'entreprise, faite de manière très organisée, pour faire partir les « plus faibles » : *« y'a des fois où les choses sont tellement évidentes, qu'on peut penser qu'il y a des stratégies de la part des entreprises quelquefois, pour effectivement faire craquer les gens et les faire partir et qu'ils démissionnent eux-mêmes et éviter une démission économique »* MG 2 (H, 61 ans). MG 5 (H, 51 ans) partage ce sentiment de harcèlement organisé volontairement par les entreprises *« y'a presque une méthode une méthodologie »*.

Plusieurs techniques de déstabilisation du salarié sont décrites par les MG, avec notamment le fait de muter un salarié à un poste moins qualifié *« c'est-à-dire qu'ils l'ont mise au même salaire, mais sur un poste complètement inintéressant »* MG 11(H, 53 ans) ou bien de lui ordonner des tâches en dehors de ses compétences *« on leur demande de faire des choses qui ne sont pas dans les textes, qui sont abusifs »* MG 9 (H, 47 ans) ou encore des tâches inutiles *« on veut le faire aller sur des choses qu'il ne veut pas faire, dont il ne comprend pas l'intérêt ou le sens »* MG 2 (H, 61 ans). Par ailleurs, pour MG 8 (H, 34 ans) il y a également parfois un problème d'autorité avec des ordres donnés avec plus ou moins de respect envers le subordonné *« un chef au-dessus qui donne des ordres et qui les donne d'une façon plus ou moins correcte »* MG 2 (H, 61 ans). Le patron peut aussi parfois faire des reproches injustifiés au salarié selon MG 5 (H, 51 ans) *« on commence à leur dire que leur travail est pas correctement fait »*.

Différents MG décrivent une dégradation de l'ambiance au travail d'une façon générale *« le travail est de plus en plus pourri »* MG 1 (H, 42ans), avec une notion de « petits chefs » qui revient dans plusieurs entretiens *« y'a des problèmes de euh... voilà de petites chefferies »* MG 5 (H, 51 ans). Certains salariés ayant un peu de pouvoir, abuseraient de ce pouvoir pour écraser les collègues dont ils ont la

responsabilité « *à un échelon plus petit les mecs ils se croient tout permis* » MG 11(H, 53 ans). Les MG décrivent ici une forme de harcèlement vertical. La plupart des MG interrogés ont déjà eu à gérer des cas de harcèlement vertical, sous forme de conflit avec la hiérarchie « *il y a les gens qui disent clairement « je ne supporte plus mon patron »* » MG 8 (H, 34 ans). Pour MG 1(H, 42 ans), le harcèlement est toujours vertical : « *le harcèlement c'est toujours un supérieur qui le fait plus ou moins* ».

Mais pour quelques MG, il existe également du harcèlement transversal avec des conflits entre collègues « *problèmes de relations avec ses collègues* » MG 4 (H, 62 ans). Pour MG 4, le harcèlement transversal serait tout de même moins fréquent et moins violent « *c'est moins important quand même [...] c'est moins violent c'est sûr* ».

Cette ambiance générale stressante, ainsi que les différentes techniques pour déstabiliser le salarié, conduisent à un surmenage professionnel ressenti par les MG en consultation : « *leur surcharge au travail et leur souffrance au travail occulte tout* » MG 13 (F, 61 ans), « *ils peuvent pas faire tout ce qu'on leur demande* » MG 12 (H, 45 ans). Pour MG 4 (H, 62 ans) beaucoup de personnes essaient, par n'importe quel moyen, d'arrêter de travailler « *ils ne cherchent qu'une chose, c'est comment faire pour arrêter de travailler* ».

Enfin, la plupart des MG s'accordent à dire que cela touche tout type d'entreprise, petite ou grande, le secteur public comme le secteur privé, avec plusieurs exemples cités comme les administrations, le milieu du soin ou la grande distribution : « *dans le côté administratif, en gestion ou dans la comptabilité* » MG 10 (H, 39 ans) « *c'est pas que dans les grandes boites uniquement* » MG 3 (H, 55 ans).

### **3- Le médecin généraliste**

#### **a- Caractéristiques du médecin généraliste**

Les MG sont pour la plupart enthousiastes et m'ont exprimé leur passion du métier « *j'aime mon métier c'est un métier extraordinaire* » MG 3 (H, 55 ans). Ils trouvent ce métier gratifiant « *tu as soulagé la douleur de quelqu'un ça c'est bien,*

*c'est gratifiant* » MG 9 (H, 47 ans). Les patients sont dans l'ensemble reconnaissants de leur travail « *quand on fait bien son boulot, les gens vous aiment bien* » MG 3 (H, 55 ans) sauf pour MG 4 (H, 62 ans) qui émet une réserve en remarquant un manque de reconnaissance ou plutôt une notion de consommation de soins qui a changé avec le temps « *c'est vrai qu'ils viennent chez nous comme ils vont chez Carrefour* ». MG 3 (H, 55 ans) note une grande variété des pathologies et des personnes rencontrées, ce qui confère une grande diversité au métier de MG « *on voit de tout, toutes les classes sociales, on touche à tout* ».

La plupart des MG sont sensibles au problème de souffrance morale au travail et s'y intéressent « *je trouve ça intéressant* » MG 2 (H, 61 ans). On note également la persévérance des MG qui tentent de résoudre des problèmes, même si ceux-ci paraissent insolubles « *il y a toujours quelque chose à faire* » MG 12 (H, 45 ans).

Notons que MG 1 (H, 42 ans) a une activité de médecin expert pour la sécurité sociale ou pour les assurances, ce qui lui confère un autre regard ; pour lui, le médecin expert intervient très en aval du problème, pour statuer sur la poursuite ou non d'un arrêt de travail, par exemple, c'est pourquoi il est amené à voir plutôt des cas sévères « *ceux que je vois en expertise c'est à un stade très avancé* ».

MG 6 (H, 61 ans) a également un profil particulier, puisque qu'il a une activité de médecin du travail une fois par semaine. Il a donc un regard sur l'intérieur de l'entreprise « *un œil un peu particulier de l'intérieur* » ; Il est également expert judiciaire « *je suis amené à faire des expertises de rente d'ITT ou des choses comme ça et donc je vois souvent les gens au bout du parcours, donc j'ai une vision un peu plus globale des choses, ce qui peut être me fait dire que ce n'est pas si simple* ».

## **b- Conditions de travail**

Les MG décrivent une sous médicalisation importante dans le département de l'Eure « *l'Eure est très sous médicalisée* » MG 1(H, 42 ans). Pour MG 3 (H, 55 ans), les zones rurales sont plus touchées que les zones urbaines « *en ville ça va on s'en sort pas trop mal, à la campagne ça devient compliqué* ». Cela entraîne une surcharge de travail « *c'est vrai qu'on ne peut pas tout faire* » MG 2 (H, 61 ans). Pour

plusieurs MG, le manque de temps est un facteur qui limite la prise en charge de la souffrance morale au travail « *on est, on est lié par des problèmes de temps, bon, essentiellement* » MG 7 (H, 57 ans). Pour MG 10 (H, 39 ans), c'est surtout de pouvoir revoir les gens très régulièrement qui est compliqué « *et puis de faire ça très régulièrement, ça devient très compliqué* ». Cela a également un impact sur l'organisation du travail des MG, avec parfois des difficultés à organiser la permanence des soins « *problématique de boulot en flux tendu, avec des difficultés pour l'organisation de la permanence des soins, des gardes* » MG 2 (H, 61 ans). Pour MG 3 (H, 55 ans), la féminisation de la profession est en partie responsable de la surcharge de travail, car elle entraîne une diminution du temps médical disponible « *ce n'est pas péjoratif ce que je veux dire, mais il est évident que vous aurez des enfants, tout ça, et vous ne pourrez pas assumer un plein temps comme certains médecins mâles* ».

Cette surcharge de travail entraîne chez certains MG un ras-le-bol et un certain degré de stress, voire d'épuisement professionnel « *Il y a des passages où on en a marre* » MG 3 (H, 55 ans). MG 2 (H, 61 ans) se demande si les MG sont alors dans de bonnes conditions pour pouvoir être à l'écoute de leurs patients, si eux-mêmes sont en souffrance « *est-ce que, justement, on est dans les meilleures conditions pour être en empathie avec nos patients* ».

MG 12 (H, 45 ans) note un isolement des MG qui ne communiquent pas entre eux, et n'osent pas se confier sur leur ras le bol « *on essaie d'en parler, mais c'est un sujet délicat difficile pour les collègues médecins* ». Pour lui, cela peut conduire au développement de différentes addictions « *on tombe dans la cigarette, dans l'alcool ou d'autres choses, les médicaments aussi* ». Il se sent solide face à l'épuisement professionnel, car il a participé à un séminaire sur la prévention du *burn out* chez les soignants. Il décrit différents moyens d'échapper à la pression, par exemple en diversifiant ses activités ou bien en contrôlant ses horaires de travail « *j'ai des horaires corrects, je contrôle mon activité, mon emploi du temps [...] bon voilà, je diversifie un petit peu tout ça pour garder l'envie et du plaisir à travailler* ».

### **c- La relation médecin/patients**

Les MG décrivent une relation de confiance mutuelle avec leurs patients. Ils ont, en général, une bonne connaissance de la vie de leurs patients « *je les connais bien mes patients [...] rien qu'à la tête on voit que ça ne va pas* » MG 9 (H, 47 ans). Les MG sont plus dans le ressenti et l'intuition « *nous on ressent aussi les choses* » MG 12 (H, 45 ans). Ils font preuve d'empathie « *il faut une certaine empathie, il faut bien aimer ces patients* » MG 9 (H, 47 ans). Cela leur permet de faciliter le dialogue « *il faut véritablement, en fait, avancer des hypothèses pour elles, et puis, en fait, c'est celles-ci qui vont se mettre à pleurer, parce que, en fait, on met le doigt là où ça fait mal* » MG 13 (F, 61 ans). MG 5 (H, 51 ans) décrit bien ce début de consultation où le médecin facilite le récit du patient et permet de libérer le dialogue : « *assez rapidement en fait, face au mutisme, on commence à ouvrir un petit peu, à engager le débat et très rapidement y'a beaucoup d'émotion qui arrive, des larmes, ils pleurent beaucoup, euh, et puis voilà, on commence à déballer dans ce moment un petit peu privilégié où on libère un peu les émotions on commence à parler et effectivement là là tout se déballe, quoi voilà* ».

Pour certains MG, les patients cherchent à obtenir des bénéfices secondaires : MG 6 (H, 61 ans) a le sentiment d'être parfois utilisé pour obtenir un arrêt de travail ou pour résoudre un conflit de personnes par exemple « *j'ai l'impression d'être utilisé d'un côté ou de l'autre par les patients [...] je me sens instrumentalisé* ». Pour MG 2 (H, 61 ans), la demande du patient est parfois ambiguë et il est difficile de faire la part des choses « *pour moi ça reste un peu flou et ambigu par rapport à la demande du patient* ».

MG 9 (H, 47 ans) et 6 (H, 61 ans) accorde une importance particulière à la neutralité nécessaire au MG « *j'essaie de ne pas prendre partie ni pour l'un ni pour l'autre* » MG 9.

### **d- Formation**

La plupart des médecins n'ont eu aucune formation initiale portant sur la souffrance morale au travail « *de ce que je me rappelle, non on n'a pas été formé à*

*ça* » MG 8 (H, 34 ans), hormis MG 1 (H, 42 ans) qui se rappelle d'un cours de pathologie au travail qui traitait plutôt des troubles musculo-squelettiques. Il dit s'être surtout formé au cours des stages chez les médecins généralistes *« si j'ai été formé parce que quand j'ai fait mon stage chez le généraliste, j'en ai vu »*. Pour les autres, la formation se fait surtout sur le tas, en acquérant de l'expérience *« je crois que c'est bien l'expérience, pour tout d'ailleurs »* MG 3 (H, 55 ans), *« ce type de démarche, c'est tout doucement, avec le temps, qu'on les découvre »* MG 11 (H, 53 ans).

Pour certains, la Formation Médicale Continue (FMC) a permis de se former *« ça reste des thèmes qui sont au moins une fois par an abordés »* MG 2 (H, 61 ans), *« si il y a une soirée FMC là-dessus, j'y vais »* MG 6 (H, 61 ans).

Pour MG 7 (H, 57 ans), la surcharge de travail actuelle ne lui permet pas d'aller aux FMC qui lui sont proposées *« plus on vieillit, plus on se dit que après les 12 ou 13 heures de boulot non-stop, on a un petit peu envie de se poser »* MG 7 (H, 57 ans).

Pour d'autres MG, il y a une absence de proposition de formation sur ce sujet *« je pense que dans la formation continue, c'est proche de zéro »* MG 4 (H, 62 ans). Pour MG 11 (H, 53 ans), il existe un manque d'information de la part de la CPAM sur les démarches possibles : *« on est absolument pas mis au courant des démarches »*.

Ce manque de formation conduit à un déficit de connaissances dans la prise en charge de la souffrance morale au travail *« en plus on n'y connaît pas grand-chose non plus »* MG 10 (H, 39 ans).

## **e- Place du médecin généraliste**

Au cours des entretiens, j'ai remarqué que les différents médecins interrogés ne se placent pas de la même manière face au problème. Certains vont plutôt être en retrait, arguant que ce problème est plus juridique que médical, le MG s'en tenant à traiter les symptômes anxiodépressifs *« on peut pas s'ingérer dans des soucis juridiques administratifs comme ça [...] on peut pas prendre des décisions à leur place par rapport à ça »* MG 10 (H, 39 ans).

Pour MG 12 (H, 45 ans), le MG est le premier recours vers qui se tourne le patient clairement, « *et bon, nous on est en première ligne pour sentir ça* ». Au contraire pour MG 3 (H, 55 ans), le MG est plutôt le dernier moyen de s'en sortir : « *Et nous, on est la dernière soupape, on a le pouvoir de les arrêter* ».

MG 2 (H, 61 ans) lui, déborde parfois un peu de son rôle de médecin pur et répond au patient plutôt comme le citoyen qu'il est « *c'est peut-être plus le citoyen que le docteur ou le syndicaliste* ».

On voit donc que chaque médecin a sa vision personnelle de son métier et de son rôle vis-à-vis du patient et de la société.

## **4- La souffrance morale au travail**

### **a- Perceptions des médecins généralistes**

Pour tous les MG interrogés, la souffrance morale au travail est un problème fréquent « *on voit ça un petit peu tous les jours* » MG 7 (H, 57 ans). La fréquence est plus ou moins importante selon les médecins, mais tous s'accordent à dire que c'est une pathologie en augmentation dans les motifs de consultation « *on a l'impression que c'est de plus en plus présent* » MG 10 (H, 39 ans) ; « *je pense qu'on en voit certainement un petit peu plus qu'avant* » MG 12 (H, 45 ans). Pour MG 2 (H, 61 ans), ce sont les pathologies au travail, en général, qui sont en augmentation « *la pathologie du travail et la vie au travail nous a pas mal envahis* ».

Pour certains MG, c'est une maladie qui n'est pas reconnue, que ce soit par l'entourage ou par la société « *les autres, les gens ne comprennent pas que c'est une maladie* » MG 9 (H, 47 ans), « *cette souffrance psychologique, elle est pas toujours bien reconnue par l'entourage, plutôt ressentie comme un manque d'énergie, un manque de... voilà de possibilités de ressources* » MG 5 (H, 51ans). Cela génère une honte chez certains patients « *ils ont peur d'avoir honte d'être malades, à cause du boulot* » MG 11 (H, 53 ans). MG 9 (H, 47 ans) fait un parallèle entre la souffrance morale au travail et différentes maladies organiques courantes, comme la grippe ou l'hypertension artérielle « *c'est comme la grippe, la grippe ça dure 10 jours, la déprime ça dure un peu plus longtemps [...] la tension ça dure toute*

*la vie, avec les caractéristiques propres à la maladie ».* Il explique bien la différence de traitement dans la société entre une souffrance physique et une souffrance morale : la souffrance physique est plus valorisée que la souffrance morale qui elle, est stigmatisée *« un mec qui souffre au niveau moral, il veut mourir parce que c'est réellement insoutenable, et on lui dit : non c'est un lâche il veut se suicider, c'est débile ! C'est le même problème, c'est une douleur, que ce soit physique ou moral, c'est intolérable. Donc dans l'un c'est valorisé, dans l'autre c'est : non tu n'as pas le droit, tu as tes enfants, tu as machin, t'as tout pour être heureux et tu ne l'es pas ».* MG 3 (H, 55 ans) compare ça à la souffrance des femmes battues *« c'est un peu comme les femmes battues, elles finissent par croire qu'elles méritent ce qu'elles ont, qu'elles méritent d'être battues ».*

On voit donc que pour les médecins généralistes, la souffrance morale au travail est un problème assez récent qui est actuellement en augmentation. Pour MG 9 (H, 47 ans), cette souffrance n'est pas reconnue et prise en compte par la société comme elle devrait l'être.

## **b- La souffrance des patients**

Les MG décrivent plusieurs cas de figure en consultation. Dans certains cas, le patient ne se plaint pas directement de son travail et avance d'autres motifs plutôt somatiques, tels que des maux de tête, des troubles du sommeil ou bien encore de la fatigue *« c'est pas forcément la première cause pour laquelle ils viennent »* MG 10 (H, 39 ans) *« quelquefois c'est pas dit comme ça »* MG 2 (H, 61 ans). Le MG doit alors creuser pour pouvoir connaître l'étiologie réelle de ces symptômes et envisager une origine professionnelle *« faut leur tirer les vers du nez »* MG 11 (H, 53 ans).

Dans d'autres cas, les patients viennent consulter quand ils ne peuvent plus s'en sortir sans une aide extérieure. Beaucoup de MG décrivent alors une forme d'épuisement, avec des patients à bout de nerfs, qui craquent littéralement *« la personne qui arrive qui en peut plus »* MG 2 (H, 45 ans) *« vraiment ils sont au bout du bout »* MG 3 (H, 55 ans) *« ils viennent parce qu'ils craquent »* MG 13 (F, 61 ans). Les plaintes sont alors assez facilement exprimées et le patient est en partie soulagé

immédiatement « *on commence à parler et effectivement là, là tout se déballe [...] on sent bien que le sac est à vider* » MG 5 (H, 51 ans).

Beaucoup de MG décrivent des patients en réelle souffrance, morale et parfois également physique « *on sent qu'il peut y avoir une certaine souffrance... et physique et psychologique à différents niveaux* » MG 12 (H, 45 ans). Le travail devient quasiment insupportable « *vraiment pour eux, c'est une souffrance d'aller au travail* » MG 13 (F, 61 ans).

### **c- Diagnostiquer la souffrance morale au travail**

#### **- Interrogatoire/anamnèse**

L'interrogatoire se déroule assez classiquement, avec des questions ouvertes sur l'origine potentielle de l'anxiété. Le MG explore les différents domaines de la vie du patient en interrogeant sur la vie familiale, le travail, les finances « *ça déroule je fais un screening : famille, boulot, santé, financier* » MG 9 (H, 47 ans). MG 13 (F, 61 ans) insiste sur la famille, avec des questions plus précises sur l'organisation des tâches quotidiennes et la répartition horaire entre le travail, les tâches ménagères et les loisirs « *j'essaie de voir un petit peu leurs horaires de travail d'accord, voir le temps ensuite comment ils organisent leur journée, voir le temps qu'ils passent au travail, tout ce qu'ils ont à faire, voir le temps qu'ils consacrent à leur famille, qu'ils consacrent à la vie de famille, tout ça, et surtout voir le temps qu'ils se consacrent à eux* ».

Parfois cela nécessite d'insister et le MG doit mener une petite enquête pour comprendre ce qu'il se passe « *puis en creusant un peu, souvent on débouche sur des problèmes au travail* » MG 10 (H, 39 ans).

MG 2 (H, 61 ans) accorde une attention particulière à ne pas influencer les réponses du patient « *ne pas induire une réponse toute faite du patient* ».

L'interrogatoire est ensuite axé sur l'anamnèse du conflit au travail : les questions sont alors plus précises et concernent l'organisation du travail, les horaires, les personnes mises en cause « *donc je leur demande pourquoi ça ne va pas et je leur demande les détails* » MG 9 (H, 47 ans), « *j'essaie de les interroger*

*sur leur travail sur leur organisation »* MG 10 (H, 39 ans). Le MG cherche aussi à connaître les antécédents professionnels du patient, en interrogeant sur les différents postes occupés précédemment *« les différentes entreprises où il a pu passer, tout ça, ça peut être intéressant »* MG 2 (H, 61 ans). MG 7 (H, 57 ans) essaie de savoir les reproches faits au salarié et s'il est le seul dans ce cas là *« quels sont les griefs éventuellement de l'employeur [...] comment réagissent les autres employés de l'entreprise »*. Pour MG 4 (H, 62 ans) il n'est pas toujours facile de connaître réellement ce qui se passe dans l'entreprise *« Alors après faire la part des responsabilités, ce n'est pas évident non plus »*.

- *Le diagnostic*

Pour MG 2 (H, 61 ans), les diagnostics de souffrance au travail augmentent car les MG y sont plus sensibilisés qu'avant *« on y est plus attentifs avec le recul et l'expérience »*. Pour MG 13 (F, 61 ans), la plupart du temps le diagnostic est facile *« je dirais que 8 fois sur dix c'est facile [...] je dis que c'est facile à diagnostiquer »*. MG 11 (H, 53 ans) remarque que la présentation clinique est différente d'un syndrome dépressif classique et que le diagnostic est plus difficile *« c'est une pression psychologique vachement plus fine, c'est pas pareil, on a l'impression que, même si on va retrouver les stigmates des signes dépressifs et cætera mais la présentation, elle est plus larvée, c'est beaucoup plus difficile à cerner »*. Il explique également que les patients ont parfois du mal à accepter que leur souffrance provienne de leur travail : *« après l'acceptation de la reconnaissance que c'est effectivement lié au travail, plus qu'un problème ou personnel ou financier qui n'a rien à voir »*. Pour plusieurs MG il existe une grande variabilité des cas, avec des plaintes très diversifiées et des degrés de sévérité très variable : *« les problèmes, ils sont variés en fonction des gens, en fonction des entreprises »* MG 4 (H, 62 ans). De plus, le contexte est à chaque fois différent pour chaque patient, en fonction du type d'entreprise et de sa place au sein de l'entreprise : *« le cadre est variable en fait »* MG 12 (H, 45 ans). Pour MG 3 (H, 55 ans), la souffrance morale au travail n'est pas simplement une maladie, mais elle s'intègre dans le contexte de vie du patient : *« c'est tout un monde autour, ce n'est pas qu'une maladie quoi, faut tout prendre en compte »*.

Pour MG 6 (H, 61 ans) il est difficile voire impossible de faire un diagnostic précis, car pour lui, il faudrait avoir une autre version des faits que celle du patient « *je n'ai aucun moyen d'action, ni dans le diagnostic de la cause, car je n'entends qu'une version des faits* ».

Par ailleurs, plusieurs MG me font part de leur intuition pour déceler un problème de souffrance psychologique « *en fait on le sent, on sent quand elles arrivent* » MG 13 (F, 61 ans).

Pour MG 5 (H, 51 ans) le patient consulte à un stade déjà avancé « *c'est plus dans le cadre de la prévention, on a déjà une atteinte de la personnalité, une atteinte, voilà, y'a déjà un syndrome anxieux, voire anxio-dépressif qui... qui est présent* ». MG 3 (H, 55 ans) recherche également des addictions secondaires au syndrome dépressif « *s'il y a des toxicomanies ou des addictions qui peuvent être entraînées par ça* ». Le MG recherche des symptômes dépressifs, de façon plus ou moins formelle « *de façon informelle j'essaie de voir s'il y a des signes de dépression* » MG 6 (H, 61 ans). Plusieurs MG évaluent le risque suicidaire chez leurs patients en souffrance « *donc le suicide aussi au travail, c'est un risque à évaluer* » MG 12 (H, 45 ans) « *le risque suicidaire éventuel* » MG 6 (H, 61 ans).

MG 7 (H, 57 ans) mesure la dépression de façon intuitive, sans se servir d'échelle « *mesurer un petit peu euh... je, j'ai pas d'outil du tout de mesure d'échelle de dépression, de truc comme ça, on a pas le temps de s'occuper de tout ça* ». MG 9 (H, 47 ans) partage cette attitude « *Toutes les échelles, tout ça on n'utilise pas* ». MG 8 (H, 34 ans) serait favorable à utiliser une échelle, mais il faudrait que cette échelle ait une réelle influence sur sa prise en charge « *faire des échelles, oui, mais il faut que le résultat puisse changer quelque chose sur la prise en charge après* ».

#### - *Le retentissement familial*

Lorsque les patients sont en souffrance morale au travail, cela retentit sur tous les domaines de leur vie et notamment sur le couple et la famille « *ils ont l'impression que plus rien ne va* » MG 13 (F, 61 ans), « *Donc les conséquences, les problèmes de couple* » MG 3 (H, 55 ans). Pour MG 1 (H, 42 ans), la souffrance au travail ne serait pas forcément à l'origine des problèmes familiaux, mais ce serait plutôt

l'accumulation de problèmes, dans différents domaines qui entraînerait le syndrome dépressif et la souffrance morale « *c'est rarement un seul et unique truc. [...] c'était quelqu'un qui se fait chier au travail, qui se fait chier dans sa famille, qui se fait chier partout* ».

## **d- Le syndrome anxio-dépressif**

### *- Les symptômes*

En premier lieu, il apparaît une fatigue qui est fréquemment un motif de consultation « *une fatigue une lassitude* » MG 10 (H, 39 ans), « *ils rentrent, ils sont bien fatigués psychologiquement et physiquement* » MG 12 (H, 45 ans). Plusieurs MG décrivent des patients stressés au départ et qui deviennent rapidement anxieux « *les syndromes de stress que je vois* » MG 5 (H, 51 ans) « *c'est pas juste du stress réactionnel* » MG 2 (H, 61 ans). L'anxiété devient importante « *ça se traduit par de l'anxiété essentiellement* » MG 8 (H, 34 ans). D'autres MG parlent d'une angoisse importante, empêchant les patients de se rendre au travail « *effectivement les gens qui ont des angoisses à aller travailler* » MG 8 (H, 34 ans) « *l'énervement et puis les angoisses* » MG 13 (F, 61 ans). Les insomnies accompagnent fréquemment ces angoisses et sont également source de consultation « *il ne dormait plus* » MG 4 (H, 62 ans) « *en général il y a un trouble du sommeil* » MG 5 (H, 51 ans). Les MG décrivent également une vraie perte de l'élan vital avec une aboulie « *une vraie dégradation de l'élan vital* » MG 2 (H, 61 ans) « *le ras le bol c'est-à-dire goût à rien voilà, vraiment des gens qui, euh, qui lâchent, qui lâchent leurs activités parallèles* » MG 13 (F, 61 ans). Au maximum on aboutit à une altération de la personnalité « *on a déjà une atteinte de la personnalité* » MG 5 (H, 51 ans). Les gens sont alors complètement désemparés et ne sont plus vraiment capables de raisonner par eux-mêmes « *on voit des personnes, un peu comme ça, qui sont un peu paumées* » MG 1 (H, 42 ans) « *je sais plus quoi faire, je suis perdu, je suis paumé* » MG 2 (H, 61 ans). Parfois certains peuvent avoir des idées suicidaires, voire passer à l'acte « *les gens, visiblement, risquent de faire des passages à l'acte* » MG 7 (H, 57 ans).

- *Caractéristiques de la dépression*

Pour plusieurs des MG interrogés les dépressions vues au cabinet sont pour beaucoup liées au travail « *une bonne part de tout ce qu'on voit en syndrome anxieux et anxio-dépressif, c'est lié à ça* » MG 4 (H, 62 ans). Pour MG 2 (H, 61 ans) le patient réagit en général à une situation récente « *tout part en vrac, mais pour des situations vécues quand même récentes* ». La dépression a différents degrés de sévérité selon les patients. Parfois elle peut être assez sévère d'emblée, mais ne pas se prolonger dans le temps « *d'autres c'est fort d'un coup, mais c'est peu dans le temps* » MG 9 (H, 47 ans). Pour d'autres, la dépression est en général assez longue à traiter « *ça se métabolise pas au bout de un mois et demi, deux mois* » MG 5 (H, 51 ans), « *ça, ça prend des mois* » MG 3 (H, 55 ans). Pour MG 1 (H, 42 ans), la dépression se traite en maximum 6 mois « *une dépression bien soignée se soigne, en principe, en 6 mois* ».

Pour MG 13 (F, 61 ans), il y a très fréquemment des rechutes et qui surviennent très rapidement « *mais il faut pas les lâcher, parce que autrement, elles rechutent très très vite* ».

Ce tableau de dépression est souvent mal considéré par l'entourage et assimilé à une faiblesse, plutôt qu'une maladie réelle « *cette souffrance psychologique, elle est pas toujours bien reconnue par l'entourage, plutôt ressentie comme un manque d'énergie* » MG 5 (H, 51 ans), ce qui entraîne une grande culpabilité des patients « *cette culpabilité, elle est quand même très amplifiée par l'entourage* » MG 5 (H, 51 ans). La dépression n'est pas non plus forcément reconnue par les MG, notamment MG 1 et 2, pour qui il existe une notion de vraie dépression « *est-ce que c'est une vraie dépression ?* » MG 2 (H, 61 ans).

Les MG accordent une attention particulière aux patients ayant des antécédents de dépression, en lien ou non avec le travail « *chez quelqu'un qui a déjà eu une souffrance au travail* » MG 6 (H, 61 ans) « *la personne qui a des antécédents dépressifs, il faut les prendre avec des pincettes* » MG 1 (H, 42 ans).

- *Les modes de réponse des patients*

Certains patients essaient de résister face au harcèlement « *y'a les gens qui résistent* » MG 5 (H, 51 ans). Pour MG 5 (H, 51 ans), les gens sont répartis en deux catégories : ceux qui résistent et essaient de se défendre face au harceleur, ce seraient plutôt des personnes à la personnalité forte ; la deuxième catégorie sont des gens qui « cèdent » très vite et ne vont pas à l'encontre du harcèlement. Dans la première catégorie, les conséquences psychologiques sont plus sévères et sont proportionnelles à la résistance. Dans la seconde, les patients récupèrent plus rapidement. « *j'ai remarqué soit tu résistes, soit tu résistes pas. Tu résistes pas donc en gros très très rapidement, euh voilà : donc c'est des gens qui vont, voilà, sous un contexte, dans un contexte anxio-dépressif, s'arrêter et puis y'a les gens qui résistent donc et on se rend compte que les dégâts ultérieurs sont largement supérieurs en fait : plus la personnalité semble affirmée et plus, euh bah, et plus elle résiste à cette pression et plus les dégâts ultérieurs sur la personnalité vont être importants, voilà* » MG 5 (H, 51 ans). Pour lui, la résistance n'est pas forcément une bonne réponse, car elle engendre des dégâts plus importants « *la résistance n'est pas une bonne façon de forcément répondre à ce stress et à cette souffrance* ».

Pour MG 12 (H, 45 ans), les patients ont en général des ressources psychologiques leur permettant de se défendre « *mais les gens ont quand même des ressources* ». Pour MG 3 (H, 55 ans), les catégories socioprofessionnelles supérieures auraient plus de ressources pour se défendre « *le cadre supérieur, il aura un peu plus de répondant* ». Pour MG 9 (H, 47 ans), les patients sont généralement des gens courageux, la conjoncture n'étant pas en faveur des personnes fainéantes « *je n'ai pas tellement de tire-au-flanc, ce n'est pas tellement la période des tire-au-flanc* ». Au contraire, pour MG 1 (H, 42 ans), les personnes ne sont pas très courageuses et s'arrêtent de travailler à la première difficulté « *en même temps, si ils étaient plus courageux ils travailleraient* ».

Pour MG 2 (H, 61 ans) il existe parfois une recherche de bénéfices secondaires, ce qui peut fausser la relation médecin-patient « *j'ai toujours peur que dans la démarche, il y ait la recherche de bénéfices secondaires d'emblée, avant même la prise en charge de la souffrance* ». Pour MG 6 (H, 61 ans), les personnes se victimisent et deviennent alors très passives, ne cherchant pas d'elles-mêmes des

solutions au conflit *«il y a beaucoup de gens, c'est compliqué, qui sur un conflit au travail deviennent victimes [...] qui se sentent victimes parce que, je ne sais pas, parce qu'ils sont mal dans leur peau [...] ils ne deviennent plus acteur de leur travail et de leur changement ».*

## **5- Les différentes modalités de prise en charge**

### **a- Le traitement symptomatique**

#### *- Les prescriptions médicamenteuses*

La totalité des MG interrogés prescrivent un traitement médicamenteux dans ce cadre là *« moi je les fais repartir avec un traitement »* MG 13 (F, 61 ans). Le traitement est mis en place, en tenant compte du patient *«après ça dépend de chaque patient »* MG 10 (H, 39 ans), de la durée estimée pour résoudre le conflit au travail *« si on sait que ça va durer dans le temps ou qu'il y a des grosses difficultés »* MG 10 (H, 39 ans) et des symptômes prédominants *« niveau plus ou moins élevé selon le diagnostic qu'on fait »* MG 2 (H, 61 ans). Parfois il existe une réticence de la part des patients à prendre un traitement, voire même un refus *« Il voulait pas de traitement »* MG 1 (H, 42 ans). MG 9 (H, 47 ans) essaie alors de banaliser le traitement anxiolytique ou antidépresseur, pour le faire accepter *« en général, je crois devoir préciser que... dédramatiser le traitement : quand on dit antidépresseurs à un patient, il a peur c'est un gros mot. ».*

Les MG prescrivent essentiellement des benzodiazépines à la phase aiguë, sur des courtes durées *« anxiolytiques, 10 15 jours, pour passer le cap aigu d'angoisse et de stress »* MG 11 (H, 53 ans). Certains préviennent le patient du risque d'accoutumance *« mais, inconvenient, c'est des benzo, ça shoote, il y a une habitude »* MG 9 (H, 47 ans). MG 9 laisse facilement les patients gérer leur posologie de benzodiazépines *« je leur laisse beaucoup gérer leur dose pour l'anxiolytique ».* MG 7 (H, 57 ans) et 13 (F, 61 ans) prescrivent volontiers du Stresam® *« je suis assez pour les gens qui n'ont pas l'habitude, qui sont actifs, je suis assez Stresam® au départ ».* MG 7 prescrit également parfois de la phytothérapie *« ou en phyto ou un truc comme ça ».*

Quelques MG prescrivent des hypnotiques, parfois à la demande des patients, pour rétablir un sommeil correct « *parfois un petit peu d'hypnotiques, quand ça s'accompagne de troubles du sommeil* » MG 10 (H, 39 ans) « *l'aider à ce qu'il ait un meilleur sommeil* » MG 8 (H, 34 ans).

Devant une dépression, la totalité des MG prescrivent un antidépresseur « *prescrire une thérapeutique médicamenteuse antidépressive* » MG 6 (H, 61 ans). Pour MG 7 (H, 57 ans), il ne faut pas attendre pour commencer à traiter la dépression « *on n'attend pas le syndrome dépressif majeur pour les traiter de toute façon* ». MG 9 (H, 47 ans) concède prescrire des antidépresseurs au-delà des indications habituelles, car il considère le médicament comme un support pour le patient « *je le prescris plus largement que l'indication habituelle* ». Pour lui, le fait de prescrire au patient cet antidépresseur est déjà, d'une certaine manière anxiolytique « *malgré tout je pense que ça fait un support, la personne elle prend, c'est un objet contra phobique, elle prend une pilule et ça la rassure* ». Par contre MG 9 essaie d'arrêter le traitement le plus précocement possible « *par contre au bout de trois mois, c'est simple, j'essaie d'arrêter au maximum* ». Pour MG 13, (F, 61 ans), la durée est plutôt au minimum, de 4 à 6 mois « *quand on met en route un IRS c'est minimum moi je dirais de quatre à six mois* ». Le temps d'action des antidépresseurs est expliqué au patient, ainsi que la nécessité de l'arrêter progressivement « *Le temps que l'antidépresseur soit à dose efficace, enfin soit pleinement efficace* » MG 11 (H, 53 ans) « *il faut mettre en route et il faut l'arrêter progressivement,* » MG 13 (F, 61 ans).

#### - Les mesures non médicamenteuses

Certains conseils donnés visent à diminuer l'anxiété du patient, en passant par d'autres méthodes que les anxiolytiques, comme par exemple la relaxation ou le yoga « *tout ce qui peut être relaxation, au sens large du terme [...] le genre sophrologie, yoga, les choses comme ça, relativement simples* » MG 4 (H, 62 ans). Certains MG conseillent également de reprendre une activité physique, et d'une façon plus générale, de reprendre ou de conserver les activités extra professionnelles (sport, musique, loisirs en général) « *et puis essayer de s'inscrire à*

*un cours de gym et cætera* » MG 13 (F, 61 ans). Les patients doivent s'obliger à se consacrer du temps « *le temps libre qui leur reste, il faut pas uniquement le passer à faire des tâches ménagères [...] il faut qu'elles fassent un peu une activité pour elles* » MG 13 (F, 61 ans). Ce sont beaucoup de conseils de bon sens, oubliés par les patients en surmenage. MG 8 (H, 34 ans) lui, leur explique qu'il va falloir s'accommoder du problème et apprendre à le supporter « *leur dire qu'il va falloir continuer à vivre avec* ».

Le rôle du MG est également de rassurer le patient, en lui assurant un soutien moral, une écoute, un appui extérieur au cercle professionnel familial ou amical « *rassurer un petit peu* » MG 3 (H, 55 ans) « *bien faire en sorte que la personne comprenne qu'on prend en compte son... sa souffrance* » MG 5 (H, 51 ans). Il a également un rôle d'orientation « *pour les orienter un petit peu* » MG 2 (H, 61 ans). Pour MG 2, cela dépasse les compétences initiales du MG, pour « déborder » sur le rôle plutôt d'assistant social « *on est plus sur un rôle d'assistant social que de médecin pur [...] on n'est pas que dans notre rôle de prescripteur de médicaments* ». Au contraire pour MG 12 (H, 45 ans), le rôle de conseil fait partie intégrante du travail de MG « *c'est le boulot de la médecine générale* ».

Toutes ces mesures ont pour but de ré-autonomiser le patient et le revaloriser « *Mais on les voit vraiment rassurés* » MG 9 (H, 47 ans), « *si je vois que ça passe, et bah je laisse le patient, en général, se gérer lui-même ; c'est important, si ça marche c'est bon pour eux parce qu'il y a une revalorisation, ils reprennent confiance, ils culpabilisent moins, ils se prennent en main, entre guillemets, tout seul.* » MG 12 (H ; 45 ans). Le MG aide le patient à relativiser et prendre du recul vis-à-vis de son problème professionnel « *de relativiser, de prendre de la distance* » MG 6 (H, 61 ans).

Plusieurs MG s'accordent à dire qu'il faut laisser du temps au patient pour récupérer moralement et se reconstruire « *ça peut les aider pour prendre du recul, réfléchir sur leur situation de travail* » MG 8 (H, 34 ans). Il y a un temps minimum nécessaire pour que le patient puisse prendre du recul et raisonner à nouveau correctement « *faut attendre de récupérer moralement avant d'envisager quoi que ce soit après* » MG 3 (H, 55 ans).

### - *L'empathie et l'écoute*

Beaucoup de MG parlent de l'importance de l'écoute « *ça a l'air de rien mais c'est important l'écoute* » MG 4 (H, 62 ans). Pour la majorité, l'écoute est un des rôles importants du MG « *de toute façon, on est là pour écouter déjà* » MG 7(H, 57 ans). Elle fait partie intégrante du traitement de la souffrance morale au travail « *à mon avis, le traitement de base, c'est l'écoute* » MG 4 (H, 62 ans). Pour certains c'est presque même la seule chose utile au patient « *je me sens démuni, moi ce que je peux faire, c'est de l'écoute, c'est éventuellement prescrire un arrêt de travail, troisièmement, prescrire une thérapeutique médicamenteuse antidépressive* » MG 6 (H, 61 ans). MG 12 (H, 45 ans) souligne tout de même le fait que l'écoute est chronophage en général, mais qu'il faut donner ce temps au patient « *on laisse parler le patient, on l'écoute le temps qu'il faut mais ça peut souvent même être long, bon en général, au moins 5 à 10 minutes au départ* ».

MG 9 (H, 47 ans), par cette écoute, essaie d'accompagner au mieux son patient « *c'est un accompagnement que j'essaie de faire* ».

### - *La psychothérapie*

Parfois, le MG adresse son patient au psychiatre « *donc là j'ai fait un courrier, je l'ai adressé chez un confrère psychiatre* » MG 12 (H, 45 ans). Pour MG 13 (F, 61 ans), cela est extrêmement rare dans ce contexte « *c'est vraiment, vraiment exceptionnel pour ces indications-là* ». D'autres MG réservent la prise en charge psychiatrique aux cas sévères « *quand y'a vraiment une souffrance importante* » MG 10 (H, 39 ans), ou bien comme MG 7 (H, 57 ans), ils adressent au psychiatre en seconde intention, lorsque le traitement mis en place n'est pas efficace « *si au bout d'un traitement qui me paraît bien conduit, y'a pas d'amélioration des symptômes, à ce moment là j'oriente vers un psychiatre* ». Le psychiatre est une aide, un appui pour le MG « *qu'il faut se faire aider par les psychiatres* » MG 6 (61 ans). Il permet également d'être à plusieurs pour soutenir et encadrer le patient « *Ca fixe un petit peu plus la prise en considération le fait qu'il y ait un deuxième intervenant* » MG 5 (H, 51 ans).

Au contraire, d'autres MG s'interrogent sur l'utilité d'adresser son patient à un psychiatre « *Psychiatre, je ne sais pas si ça aide beaucoup* » MG 3 (H, 55 ans). Pour eux, il n'y a pas d'amélioration de la prise en charge du patient « *pour moi, le psychiatre aurait pas forcément beaucoup de réponses à leur apporter* » MG 8 (H, 34 ans). Le psychiatre va faire la même chose que ce que ferait un MG « *à part les gros fous, les gros psychiatriques, la dépression simple je ne vois pas ce qu'ils font de plus que nous, ils vont changer la molécule, je peux le faire, ils vont augmenter la dose, je peux le faire aussi, ils ne prennent même pas la peine de discuter avec. Il y a des psychiatres, selon les retours des patients, cinq minutes : vous prenez quoi ? Bon, ça ne va pas ? Bon je vous mets un autre. Au revoir madame, 35 euros. Ça ce n'est pas la peine* » MG 9 (H, 47 ans). Par ailleurs, plusieurs MG soulignent le manque de psychiatres dans l'Eure et en Haute Normandie plus largement, ce qui constitue un frein à la prise en charge psychiatrique, les délais de consultation étant extrêmement longs « *des psychiatres, il faudrait déjà qu'il y en ait* » MG 4 (H, 62 ans).

Les MG adressent aussi parfois leurs patients au psychologue, lorsqu'ils jugent qu'il y a nécessité d'une psychothérapie « *donc je leur conseille très facilement d'aller voir un psychologue* » MG 9 (H, 47 ans). Pour MG 5 (H, 51 ans), le recours au psychologue se fait lorsque les choses s'enkystent « *si les choses continuent à perdurer comme ça, je m'aide d'un spécialiste [...] à ce moment-là, je m'aide d'une psychothérapie de soutien* ». Plusieurs MG remarquent un manque de psychologues sur le territoire « *des psychologues dans les structures hospitalières, mais qui n'ont pas le temps ; tout est surbooké* » MG 1 (H, 42 ans), sauf pour MG 9 qui ne se plaint pas de la disponibilité des psychologues libéraux « *dans notre coin, il y a des psychologues libéraux qui s'installent* ». L'autre frein évoqué lors des entretiens, est l'absence de remboursement des consultations de psychologues « *alors le problème des psychologues, c'est que c'est pas remboursé par la sécu* » MG 12 (H, 45 ans).

## **b- Le traitement étiologique**

### *- Traiter la cause*

Pour plusieurs MG, le traitement est de résoudre le conflit au travail, en agissant directement sur la cause « *le traitement, c'est plus revoir ce qui se passe dans l'entreprise* » MG 1 (H, 42 ans). Il faut alors chercher à savoir ce qu'il se passe exactement et essayer d'agir sur le conflit. MG 12 (H, 45 ans) tente de rétablir un dialogue au sein de l'entreprise, entre la hiérarchie et l'employé « *que moi je demande aux gens, euh bah, d'essayer de provoquer une réunion avec l'équipe* ». Il demande au patient d'obtenir une réunion avec tous les protagonistes, dans le but de pouvoir s'expliquer « *mettre ça carte sur table* ». Pour MG 6 (H, 61 ans), il est important d'apaiser les rapports entre hiérarchie et employés « *c'est remettre du lien entre eux [...] qu'une fois que les gens s'expliquent, les choses aillent de l'avant.* ». Pour MG 5 (H, 51 ans), il faut éviter d'attiser le conflit en se mettant systématiquement du côté du patient « *j'attise pas du tout le... les... le côté lutte sociale* ».

Pour la plupart des MG, résoudre le conflit au travail est difficile, voire impossible et la solution est alors de rompre le lien avec l'entreprise « *je crois qu'il faut qu'il y ait une coupure* » MG 13 (F, 61 ans). Pour MG 1 (H, 42 ans) il faut extraire le patient du milieu professionnel qui est source de son mal-être « *le traitement c'est plus rompre le lien avec la source du mal, c'est-à-dire avec l'entreprise* ». MG 8 (H, 34 ans) explique au patient que l'idéal serait de trouver un autre emploi dans une autre entreprise « *il n'y a pas d'autre solution que de trouver un autre boulot* ». Même s'il le propose, MG 8 trouve cette solution compliquée à mettre en œuvre et peut être un peu extrême « *en tant que médecin, je ne suis pas l'ANPE, alors la réponse que je leur apporte c'est : si c'est plus possible, la solution c'est de changer de travail, c'est un peu radical, un peu facile à dire et c'est vrai qu'ils ont parfois...c'est toujours compliqué de retrouver un travail [...] je leur en parle, je leur soumetts en tout cas l'idée* ».

Quelques MG sont plus optimistes sur les chances de résolution du conflit « *on arrive parfois à des résultats* » MG 3 (H, 55 ans). MG 12 (H, 45 ans), est satisfait des résultats qu'il obtient « *des fois y'a des problèmes qui peuvent se régler*

*assez facilement en interne [...] globalement, je suis quand même relativement satisfait ».*

Pour plusieurs MG, la prise en charge doit être multidisciplinaire pour avoir une chance d'aboutir « *en travaillant pas tout seul dans son coin [...] on arrive en communiquant beaucoup, bah, on arrive à accompagner les gens* » MG 12 (H, 45 ans) « *il faut ouvrir toutes les portes* » MG 11 (H, 53 ans). Pour MG 3 (H, 55 ans), il est important de dire aux patients qu'il y a du monde pour les aider et qu'ils ne sont pas seuls « *il y a des tas de gens qui peuvent les aider [...] il y a des relais possibles* ».

Pour MG 1 (H, 42 ans), demander au médecin du travail de mettre le patient en inaptitude est une solution pour extraire le patient du conflit « *c'est très facile d'obtenir l'inaptitude, au niveau du médecin du travail* ». Pour lui, c'est une solution facile à mettre en œuvre et pour laquelle les médecins du travail ne sont pas réticents, au contraire « *c'est très facile, pour le médecin (le médecin traitant), que le médecin du travail mette inapte* ». Le frein à la mise en inaptitude proviendrait des MG qui ne penseraient pas forcément à la demander « *est-ce que les médecins pensent à la faire beaucoup, c'est pas sûr* ».

#### - *Le départ de l'entreprise*

Comme le dit MG 8 (H, 34 ans), la solution peut parfois se trouver dans le départ de l'entreprise. Parfois, le licenciement peut être une sorte de libération pour le patient « *ils veulent sortir du système où ils souffrent* » MG 12 (H, 45 ans). Les MG dissuadent leurs patients de démissionner « *moi mon discours c'est ça, c'est de pas démissionner* » MG 12 (H, 45 ans). Même si, comme plusieurs MG le rappellent, parfois le but du « harcèlement » est de se débarrasser du salarié, en le poussant à la démission « *on a un peu l'impression que les chefs sont là, pour un petit peu pousser vers la sortie les gens* » MG 5 (H, 51 ans). Les salariés sont souvent prêts à démissionner pour échapper à la pression subie dans l'entreprise « *ou démissionner et partir sans faire de vagues, entre guillemets, pour être tranquille quoi* » MG 12 (H, 45 ans). Le MG essaie d'aider le patient à obtenir un licenciement pour inaptitude « *l'idéal c'est d'arriver à un licenciement mais propre* » MG 3 (H, 55 ans). Le

licenciement est une issue courante au problème de souffrance morale au travail « *ça s'est terminé comme ça à chaque fois* » MG 11 (H, 53 ans). Seulement 3 MG évoquent la rupture conventionnelle, pour pouvoir quitter l'entreprise dans les meilleures conditions « *ce que je leur conseille, c'est la nouvelle loi qui date de pas très longtemps du licenciement par [...] Rupture conventionnelle* » MG 3 (H, 55 ans). Pour MG 1 (H, 42 ans), la rupture conventionnelle pourrait être une bonne solution, mais cette solution est souvent refusée par l'entreprise « *les ruptures conventionnelles, la plupart du temps, les entreprises refusent parce qu'elles ont des frais à payer* ».

#### - *L'arrêt de travail*

L'arrêt de travail est souvent prescrit par les MG « *souvent ça passe, à mon avis, par un arrêt de travail* » MG 10 (H, 39 ans). Il est même, pour beaucoup, indispensable au traitement « *l'arrêt de travail c'est essentiel* » MG 3 (H, 55 ans) « *Moi je pense qu'on est obligé de les sortir de leur milieu* » MG 11 (H, 53 ans). Pour d'autres MG, l'arrêt de travail est loin d'être systématique « *je fais pas partie des médecins qui en délivrent beaucoup* » MG 7 (H, 57 ans) « *il n'y a pas forcément d'arrêt de travail systématique* » MG 1 (H, 42 ans). Pour MG 7 (H, 57 ans), cela ne solutionne pas le problème « *je leur pose la question de savoir si c'est vraiment la bonne solution de s'arrêter* ». Pour MG 1 c'est une perte de temps, car la résolution du conflit n'avance pas « *qu'est-ce qu'ils ont fait, ils ont pas avancé dans leur problème.* » Pour lui, les patients ne vont pas forcément mieux quand ils sont arrêtés et cela peut entretenir le syndrome dépressif « *les gens mouronnent chez eux qui pourront jamais retourner dans l'entreprise* » « *elle était toujours mal, parce qu'elle était chez elle à tourner en rond* » MG 4 (H, 62 ans). Plusieurs MG s'accordent à dire que l'arrêt de travail, à lui seul, ne va pas résoudre le problème, mais qu'il est parfois tout de même nécessaire « *pour moi ce n'est pas une réponse* » MG 8 (H, 34 ans) « *ce n'est pas l'arrêt qui va résoudre le problème* » MG 6 (H, 61 ans).

L'arrêt de travail est prescrit, soit à la demande du patient « *ce sont les gens qui me réclament un arrêt de travail* » MG 7 (H, 57 ans), soit le MG propose l'arrêt,

car le patient n'ose pas le demander « *j'ai de plus en plus, quelquefois, la nécessité de proposer l'arrêt* » MG 2 (H, 61 ans).

L'arrêt de travail n'est pas toujours facilement accepté par les patients « *il y a ceux qui ne veulent pas arrêter une journée, justement* » MG 4 (H, 62 ans). Certains refusent même cet arrêt « *ils veulent vraiment y aller, alors qu'ils devraient s'arrêter* » MG 9 (H, 47 ans). Il y a parfois une peur de la réaction de l'employeur ou des collègues, avec une mauvaise image de l'arrêt de travail « *pour des raisons de mon image, dans l'entreprise, qui est déjà dégradée* » MG 2 (H, 61 ans). Il existe aussi une crainte d'aggraver la situation en étant arrêté « *ils ont trop peur que ça déclenche quelque chose derrière d'encore plus grave, du style licenciement pour absences répétées ou prolongées* » MG 2 (H, 61 ans). Le patient peut également avoir peur d'augmenter sa charge de travail au retour de l'arrêt de travail « *alors y'en a certaines qui vont me répondre que, en les arrêtant huit jours, elles vont avoir huit jours de travail à rattraper* » MG 13 (F, 61 ans). L'arrêt de travail entraîne souvent un fort sentiment de culpabilité du patient « *y'a une très très grosse culpabilité par rapport à ce... à cette renonciation du travail* » MG 5 (H, 51 ans). Toutes ces raisons freinent la mise en arrêt de travail.

Plusieurs MG prescrivent plutôt des arrêts de courte durée initialement « *je les arrête pour une semaine* » MG 7 (H, 57 ans). Ils réévaluent à court terme l'état psychologique du patient « *éventuellement répétés* » MG 6 (H, 61 ans). L'arrêt de travail est prolongé, tant que le patient n'a pas récupéré moralement « *moi je prolonge régulièrement des arrêts de travail* » MG 12 (H, 45 ans) Les arrêts sont parfois d'assez longue durée, plusieurs mois parfois « *ça fait 6 mois que je l'arrête* » MG 3 (H, 55 ans). Pour MG 1 (H, 42 ans), l'arrêt de travail pour dépression ne devrait pas être supérieur à 6 mois « *quand il y a plus de 6 mois d'arrêt de travail pour dépression, il y a un gros problème* ». Pour lui, certains MG ont une certaine part de faiblesse à prolonger l'arrêt de travail systématiquement « *y'a de la faiblesse à dire merde, y'a plus vite fait de faire une prolongation [...] le médecin, il préfère renouveler son Prozac® et son arrêt de travail, tant qu'on lui dit rien.* » MG 4 (H, 62 ans), relève dans les administrations, l'absurdité du système de longue maladie ou congé longue durée qu'il doit renouveler, sans que cela ne résolve le problème « *on renouvelle, on fait les renouvellements de longues maladies tous les 3 mois, tous les*

*6 mois. Faut savoir 6 mois à l'avance si les gens vont pouvoir reprendre leur travail c'est délirant ».*

MG 8 (H, 34 ans) reste assez évasif sur le certificat et ne détaille pas le diagnostic par peur de non respect du secret médical *« Je suis toujours assez évasif [...] moi je marque trouble thymique qui ne veut pas dire grand-chose, j'en conviens [...] le souci des arrêts de travail, c'est que parfois les employés le redonnent à l'employeur, on ne sait pas trop où ça va aller, »* tandis que MG 13 (F, 61 ans) écrit toujours les diagnostics *« moi je mets le diagnostic comme on doit mettre le diagnostic, la cause de l'arrêt de travail ».*

MG 1 (H, 42 ans), compare la quantité d'arrêt de travail en France et à l'étranger : pour lui il y a trop d'arrêt de travail en France et la durée maximale est trop longue. D'après lui, la durée maximale est inférieure dans les autres pays *« très peu de pays où il y a 3 ans d'arrêt de travail [...] y'a trop d'arrêt de travail en France ».*

- *Maladie professionnelle/ ALD*

MG 12 (H, 45 ans) évoque la possibilité de faire reconnaître la souffrance morale au travail comme maladie professionnelle *« ça passe en maladie professionnelle, un moment donné ».* Il parle également d'un patient mis en ALD pour dépression, dans le cadre d'un problème au travail *« y'a même des ALD enfin voilà ».* Pour MG 2 (H, 61 ans), il ne faut pas induire cette notion de maladie professionnelle *« j'évite d'aller trop sur ce terrain là ».* MG 2 reste passif et laisse le patient demander, s'il le souhaite *« c'est rarement mon positionnement et en général j'en parle pas d'emblée ».* Il préfère rester en retrait et simplement informer le patient, s'il en fait la demande *« à un moment donné, si je pense que ça peut aider aussi à la gestion de la crise par le salarié ».* Pour lui, il y a une nette augmentation des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle, depuis l'introduction d'un tableau comprenant les lombalgies *« ce qui a peut-être facilité, mais peut-être perturbé le débat, c'est le fait que les lombalgies avec sciatique ou pas, soient inscrites au tableau des maladies professionnelles, donc peut-être qu'il y a eu aussi une augmentation de demandes de reconnaissance en maladie professionnelle de*

*ces pathologies là qui, avant, passaient comme des pathologies banales fréquentes, voilà ».*

Pour MG 11 (H, 53 ans,) il faut déclarer la souffrance morale au travail en maladie professionnelle ou accident de travail. Il a lui même fait cette démarche pour un de ses patients, à la demande d'un médecin du travail « *chose nouvelle mais que je ne savais pas trop, faut commencer à déclarer ça en accident de travail ou maladie professionnelle ; alors c'est un peu compliqué parce que en fait, c'est ce que m'expliquait le mec de la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail), que on peut déclarer en accident de travail ».* Mais pour lui, la sécurité sociale ne sait pas comment gérer les arrêts longs pour souffrance morale au travail et hésite à reconnaître cette souffrance en maladie professionnelle « *ils savent pas trop s'ils doivent le mettre en AT ou maladie professionnelle [...] la Sécu, elle merdouille ».* Pour MG 11, les choses sont en train d'évoluer et une prise de conscience de la sécurité sociale est en train de s'opérer « *je pense que ça va bouger dans les années à venir ».*

### **c- Les limites du médecin généraliste**

Beaucoup de MG ont exprimé un sentiment d'impuissance vis-à-vis de la souffrance morale au travail « *au bout du compte, on peut pas grand chose pour eux sur le fond »* MG 4 (H, 62 ans). Plusieurs ont l'impression de ne pas pouvoir agir directement sur la cause et de faire plutôt un traitement palliatif que curatif « *on ne va pas refaire non plus l'organisation au sein de leur entreprise »* MG 8 (H, 34 ans). MG 6 (H, 61 ans) se sent même mal à l'aise « *ça me met en situation que je n'aime pas [...] ça me gêne beaucoup ».* Plusieurs MG évoquent également la complexité de ces consultations « *c'est toujours difficile, euh, comme consultation »* MG 10 (H, 39 ans). De ce fait, ces consultations sont souvent chronophages « *moi je dirais que ça dure bien 20 minutes sans examen »* MG 13 (F, 61 ans).

Par ailleurs, la nécessité de revoir régulièrement les patients est évoquée « *dans un premier temps je euh... les gens, voilà, reviennent assez régulièrement »* MG 5 (H, 51 ans). Parfois, la prise en charge est longue sur plusieurs mois, voire années « *c'est des pathologies qui vont durer sur le temps »* MG 10 (H, 39 ans).

Pour MG 3 (H, 55 ans) et 4 (H, 62 ans) il faut prendre le temps d'écouter les patients « *pas être avare de son temps* » « *je prends le temps* ». Pour MG 1 (H, 42 ans) au contraire, le manque de temps ne lui permet pas d'écouter les patients « *moi plus ça va vite mieux c'est* ».

Plusieurs MG parlent de la complexité de la prise en charge, avec parfois un certain flottement, une prise en charge très personnalisée qui demande beaucoup de temps et une certaine réflexion « *maintenant derrière on bricole un peu* » MG 12 (H, 45 ans) « *est ce qu'on peut standardiser une souffrance morale ?* » MG 8 (H, 34 ans).

Pour MG 12, la difficulté vient de l'inertie des acteurs de la prise en charge, avec une difficulté à mettre en marche des actions concrètes « *y'a quand même une inertie* » MG 12 (H, 45 ans).

#### **d- Le médecin du travail**

La relation MG/MT est variable, selon les MG et selon les MT. Pour certains MG, le MT apporte des connaissances sur l'entreprise et sur ce qu'il s'y passe « *souvent comme le médecin du travail, il est au courant, dans les entreprises, qu'il y a des soucis* » MG 11 (H, 53 ans). La communication se fait par téléphone ou courrier « *qu'il me tienne informé soit par téléphone, soit par courrier* » MG 12 (H, 45 ans). C'est parfois le MT qui contacte le MG ou bien l'inverse « *je pense que j'écris plus souvent que l'inverse* » MG 4 (H, 62 ans). Pour MG 6 (H, 61 ans), le rôle du MT va être de proposer des solutions au sein de l'entreprise pour résoudre le conflit « *je crois que le médecin du travail, c'est son rôle, le tiers de son temps doit se passer sur le lieu de travail, d'analyser les causes et de proposer, éventuellement, des solutions.* ». Pour certains MG, le MT intervient surtout pour la reprise du travail « *il le voit plutôt dans le cadre d'une reprise après un long arrêt* » MG 5 (H, 51 ans). Son rôle est également la mise en inaptitude du patient, lorsque le salarié souffre trop pour pouvoir assumer son poste « *c'est le médecin du travail qui met inaptitude* » MG 11 (H, 53 ans). Plusieurs MG orientent facilement leurs patients vers le MT pour avoir leur aide dans la prise en charge « *le médecin du travail, ça peut vraiment être utile* » MG 4 (H, 62 ans). Pour certains, le MT est surtout utile pour les problèmes

physiques, type troubles musculo-squelettiques et non pas pour les problèmes de souffrance morale au travail « *quand y'a un problème physique enfin* » MG 10 (H, 39 ans).

Pour plusieurs MG, les relations avec le MT sont compliquées « *On a très peu de rapports avec les médecins du travail* » MG 7 (H, 57 ans). Parfois, le MT est difficilement joignable « *ils ne doivent pas être si facilement joignable que ça* » MG 1 (H, 42 ans). Pour plusieurs MG, le MT n'a pas sa place dans la prise en charge de la souffrance morale au travail « *il est pas un protagoniste de l'affaire [...] ils ont pas à connaître la problématique du salarié, à ce moment-là* » MG 5 (H, 51 ans). MG 8 (H, 34 ans) a une certaine réticence à contacter le médecin du travail, car il ne veut pas partager le secret médical « *on n'a pas d'informations à donner au médecin du travail, puisqu'on est soumis au secret professionnel* ».

Pour certains MG, le MT est impuissant « *et bah... les pauvres médecins du travail, ils sont bien impuissants, je dirais* » MG 13 (F, 61 ans). Il travaille sous la pression de la hiérarchie de l'entreprise « *il a quand même subi des pressions* » MG 11 (H, 53 ans). Pour d'autres MG, les MT manquent parfois d'implication « *les retours des patients, c'est qu'ils ne s'en occupent pas très bien de ce problème là, en tout cas* » MG 9 (H, 47 ans). Il existe une certaine inaction des MT sur ce problème « *les médecins du travail, ils se déchargent complètement* » MG 4 (H, 62 ans). Pour MG 1 (H, 42 ans), les MT manquent de courage et délaissent le problème « *les médecins du travail, c'est pas des gens courageux [...] ils veulent pas qu'il y ait d'emmerdes dans l'entreprise* ». Pour certains MG, le patient peut aller de lui-même voir le MT « *une ou deux fois, j'ai demandé au patient de contacter son médecin du travail pour lui expliquer,* » MG 9 (H, 47 ans). Certains patients seraient freinés par leur patron, ils auraient peur des conséquences « *on leur explique qu'ils ont le droit d'aller voir le médecin du travail, sans l'avis du patron* » MG 11 (H, 53 ans).

Enfin MG 1 (H, 42 ans) soulève aussi un problème de déficit de MT qui complique la prise en charge « *qu'il y en a de moins en moins aussi* ».

## e- La sécurité sociale

Pour plusieurs MG, la sécurité sociale intervient surtout dans le contrôle des patients en arrêt de travail « *lorsqu'ils veulent éventuellement contester un arrêt de travail* » MG 7 (H, 57 ans). Les patients sont convoqués à la sécurité sociale « *donc y'a un passage à la sécu* » MG 12 (H, 45 ans). Le médecin conseil décide parfois de stopper les indemnités journalières « *je propose d'arrêter les IJ (indemnités journalières) à telle date* » MG 2 (H, 61 ans). Pour MG 1 (H, 42 ans), le médecin conseil évalue la capacité à faire un travail et non pas à faire son travail « *dans le code de la sécurité sociale, c'est pas apte à son travail, mais apte à un travail* ». MG 1 pose la question de savoir si tout le monde ne serait pas capable de travailler « *est-ce que tout le monde n'est pas capable de travailler, quand on sait qu'il y a des paraplégiques qui travaillent* ». Les médecins conseils stoppent aussi les indemnités journalières pour des raisons économiques « *là on a des difficultés avec nos collègues de l'assurance maladie qui eux, pour des raisons économiques, je suis désolé de le dire, mais c'est comme ça, c'est comme ça que je le vis en tous les cas, décident qu'à un moment donné ça suffit et hop, on arrête tout et la personne reprend* » MG 2 (H, 61 ans). Pour MG 3 (H, 55 ans), le médecin conseil n'a aucun intérêt pour le patient « *je ne vois pas trop en quoi ils peuvent nous aider,* ».

Pour MG 2 (H, 61 ans) et 13 (F, 61 ans), les médecins conseils sont maintenant un peu plus sensibilisés au problème de souffrance morale au travail « *ils sont, semble-t-il, un petit peu plus attentifs à l'aspect réactionnel au conflit au travail* » MG 2 (H, 61 ans) « *les médecins conseils, ils entendent bien, ils sont au courant de ce problème-là* » MG 13 (F, 61 ans). Pour plusieurs MG, il existe des contacts avec les médecins conseils, surtout à la demande des médecins conseils « *quand ça traîne, que ça se prolonge vraiment, bah y'a le médecin conseil qui arrive sur le terrain* » MG 12 (H, 45 ans). Il s'agit souvent de discuter d'un arrêt de travail de longue durée « *pour les arrêts de longue durée* » MG 6 (H, 61 ans). Pour la plupart, les relations sont plutôt courtoises et positives « *c'est un bon rapport, vraiment* » MG 9 (H, 47 ans). Parfois, c'est le MG qui contacte le médecin conseil, pour pouvoir s'appuyer en cas de demande abusive d'arrêts de travail de la part des patients « *Ca m'arrive même quand j'estime qu'il y a des demandes abusives* » MG 6 (H, 61 ans).

Seuls deux MG restent sur la réserve et émettent des critiques envers les médecins conseils « *on nous fait beaucoup chier, du ministère à la caisse* » MG 3 (H, 55 ans) « *c'est plus difficile, nos relations avec les médecins conseil de la sécu* » MG 2 (H, 61 ans).

## **f- Les intervenants non médicaux**

### *- Les syndicats*

Les patients vont parfois, d'eux même, prendre conseil auprès de leur syndicat « *les syndicats, les patients eux-mêmes y pensent* » MG 9 (H, 47 ans). Certains MG conseillent à leurs patients de consulter les syndicats si le problème s'enkyste « *je lui ai dit de prendre contact avec les syndicats* » MG 11 (H, 53 ans) « *mais c'est pas au bout de la deuxième semaine [...] mais quand les choses sont... se marquent un petit peu plus* ». D'autres MG ne le font pas, car ils n'y pensent pas « *mais syndicat non, parce que je... bah ça m'est jamais venu à l'idée* » MG 13 (H, 61 ans). Pour MG 11 (H, 53 ans), le problème est l'absence de syndicat dans les petites entreprises « *Les petites entreprises elles ont pas de syndicats* », ainsi que l'absence de liberté de parole d'un éventuel délégué du personnel « *généralement, le délégué du personnel, s'il l'ouvre trop, il se fait allumer par derrière, c'est un peu difficile.* ».

### *- L'inspection du travail*

Plusieurs MG conseillent à leurs patients de contacter l'inspection du travail pour les épauler « *bah écoutez, moi je serais vous, peut-être que j'appellerais l'inspection du travail* » MG 2 (H, 61 ans) « *qu'ils aillent voir l'inspection du travail,* » MG 3 (H, 55 ans) « *je leur conseille assez volontiers d'aller voir l'inspection du travail* » MG 9 (H, 47 ans). Notamment lorsque le conflit est important : soit parce qu'il est violent, soit quand le MG pense que les droits du salarié ne sont pas respectés « *ils ont l'impression que leurs droits sont bafoués [...] quand y'a un conflit très violent entre un employé et un employeur* » MG 10 (H, 39 ans). Pour plusieurs MG, l'inspection du travail peut permettre de débloquer la situation « *c'est vrai que ça*

*peut faire remuer un peu les choses »* MG 4 (H, 62 ans). Mais pour certains patients, cela est inutile et ne fait pas avancer le conflit *« ils ont l'impression que l'inspection du travail ne fait rien »* MG 11 (H, 53 ans).

#### - Les prud'hommes

Certains MG incitent leurs patients à consulter les prud'hommes pour faire valoir leurs droits *« ils les orientent vers un conseiller prud'homal »* MG 13 (F, 61 ans). Dans certains cas particuliers, l'action aux prud'hommes peut aider le patient à se reconstruire *« j'ai estimé que c'était un élément de reconstruction pour elle »* MG 5 (H, 51 ans). Mais pour MG 5 (H, 51 ans), il n'incite pas à aller vers les prud'hommes, sauf dans le cas particulier cité ci-dessus *« En fait, non jamais je ne pose, je dis ce mot, jamais je n'incite à une action prudhommale sauf, dans un cas, enfin ça m'est arrivé »*.

La plupart du temps, le MG est plutôt en dehors des démarches prud'homales et le patient fait ses démarches lui-même, sans l'aide de son MG *« s'ils sont déjà dans un conflit avec envie d'une procédure au prud'homme »* MG 2 (H, 61 ans).

A noter que MG 12 (H, 45 ans) est le seul à évoquer le fait de conseiller au patient de consulter un avocat ou un juriste *« aussi pourquoi pas prendre contact avec des juristes, que ce soit avocats, cellule juridique »*. Il conseille à ses patients de discuter entre collègues et de regrouper les plaintes, s'il y a plusieurs cas similaires *« donc on peut se mettre à plusieurs et mettre les cartes sur table, d'essayer de voir avec d'autres collègues »*.

## 6- La reprise du travail

Après un arrêt de travail souvent assez long, le MG propose la reprise du travail *« on fait la reprise en accord avec le patient »* MG 6 (H, 61 ans) *« voilà tout va bien et puis on dit : bah voilà on va réessayer »* MG 5 (H, 51 ans). La reprise se fait donc en concertation avec le patient *« je vous sens un petit peu plus prête, vous aussi ? Oui toujours d'accord bien sûr »* MG 5 (H, 51 ans). Il faut en général un temps de préparation *« pouvoir les aider à réfléchir sur comment ils vont pouvoir*

*retourner au travail [...] comment ça va se passer, enfin sur quels leviers ils vont pouvoir jouer pour améliorer les choses ou pas »* MG 10 (H, 39 ans). Pour MG 8 (H, 34 ans), il faut parler de la reprise dès l'arrêt de travail initial « *Je parle de la reprise dès l'arrêt initial »*.

La reprise génère de l'anxiété chez le salarié « *on s'aperçoit que plus la date de reprise arrive, plus les signes anxieux reprennent »* MG 5 (H, 51 ans) « *c'est tellement anxiogène pour lui »* MG 3 (H, 55 ans). C'est parfois compliqué de retourner au travail, surtout dans la même entreprise « *ça semble compliqué de retrouver l'entreprise où on était »* MG 3 (H, 55 ans). Pour lui, il faut éventuellement une mutation dans un autre service ou un autre site, pour pouvoir retourner en entreprise « *Dans les grosses entreprises être muté ailleurs »*. Pour MG 9 (H, 47 ans), la reprise est d'autant plus difficile si l'arrêt de travail a été long « *mais plus on arrête, plus c'est vachement dur de reprendre »*.

Le travail peut aussi être repris après une reconversion, permettant alors de quitter l'entreprise à l'origine du conflit ou bien de changer de collègues « *il faut qu'il pense à se reconvertir, à changer de travail »* MG 1 (H, 42 ans) « *des possibilités de reclassement »* MG 10 (H, 39 ans).

Certains patients ont eu une reconnaissance en travailleur handicapé, ce qui peut parfois aider à la reprise « *classement en travailleur handicapé avec la MDPH [...] Ca reste encore ponctuel ça »* MG 2 (H, 61 ans).

MG 3 (H, 55 ans) insiste sur le fait que le patient doit d'abord se reconstruire psychologiquement, avant de pouvoir retourner sur le marché du travail « *il faut leur redonner une personnalité et puis se reconstruire surtout »*.

## **7- La prévention**

Pour MG 6 (H, 61 ans), la prévention est importante et permet de mieux prendre en charge la souffrance morale au travail « *ça m'a donné le sentiment qu'il fallait agir très en amont, pour ne pas justement victimiser les gens »*. Mais pour lui, le manque de temps ne permet pas de réaliser cette prévention « *les conditions d'exercice sont telles, qu'on n'a pas le temps de faire de la prévention*

*systematique* ». Pour MG 12 (H, 45 ans), la prévention pourrait se faire au sein de l'entreprise « *on peut aussi avoir une réflexion positive par rapport à ça dans l'entreprise* ».

# **V- DISCUSSION**

## **1- La méthodologie**

### **a- Choix de la méthode**

La souffrance morale au travail est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Dans les différentes études publiées à ce sujet, le MG n'apparaît pas comme un pivot de la prise en charge. Pourtant, c'est lui qui est le premier recours pour les patients en souffrance. C'est pourquoi nous avons cherché à comprendre comment les MG prenaient en charge la souffrance morale au travail, quelles en étaient les modalités et quelles étaient leurs difficultés. C'est pourquoi la méthode qualitative nous a paru la mieux adaptée. Cette méthode permettait d'explorer les modalités de prise en charge, sans projeter nos propres attentes. Il était ainsi possible de recueillir les sentiments des MG sur leurs difficultés et sur le contexte qui entoure la souffrance morale au travail.

Le choix s'est porté sur l'entretien semi-dirigé, car il nous est paru plus adapté pour recueillir le sentiment profond des MG sur la souffrance morale au travail et sur le contexte qui l'entoure. La relation plus personnelle, qui pouvait s'instaurer entre l'enquêteur et le MG, était plus propice à la confiance qu'un focus group qui aurait pu freiner l'expression des MG.

### **b- Validité de la méthode**

#### *- Validité interne*

Les entretiens ont été retranscrits intégralement puis lus plusieurs fois par Daniel Vidal et moi-même. J'ai fait le codage, aidée de Daniel Vidal pour les passages où il subsistait un doute sur le sens à donner. Cela a permis une triangulation, élément nécessaire pour ne pas projeter nos propres interprétations.

- *Validité externe*

Dans notre enquête, l'échantillon de population utilisée est varié, avec des personnes de tous âges, de situations d'exercice variées et de milieux géographiques de densité urbaine variable. Par contre, il n'y a qu'une seule femme dans l'échantillon. Nous devions interroger une autre femme qui s'est désistée au dernier moment. Il aurait été intéressant d'avoir plus de femmes dans notre échantillon, car elles ont peut-être une autre vision de la souffrance morale au travail, une approche plus empathique ou plus à l'écoute. De plus, leur patientèle est peut-être différente de celle des médecins masculins.

D'autre part, l'échantillon est issu d'une même zone géographique. Cela ne permet pas de généraliser les résultats issus de notre étude, chaque département ayant des caractéristiques propres, d'un point de vue socioprofessionnel notamment.

Le recueil a été effectué jusqu'à saturation des données. Les derniers entretiens apportaient peu d'éléments nouveaux.

### **c- Recueil de données**

L'enregistrement des entretiens s'est fait avec un dictaphone numérique. Les participants étaient informés, au préalable, que l'entretien serait enregistré et que les résultats resteraient anonymes. Aucun des participants n'a refusé l'enregistrement. La parole nous a semblé libérée et n'a pas été entravée par la présence du dictaphone. Les entretiens ont tous été réalisés en face à face avec le MG. Cela a permis une certaine complicité entre l'enquêteur et l'enquêté, plus propice à la spontanéité et la sincérité. Cela a été plus coûteux, en temps et en argent (trajets), que des entretiens téléphoniques, mais la qualité du recueil nous semblait meilleure avec cette méthode.

L'enquêté a pu parfois avoir le sentiment d'être jugé sur son travail par un consœur. Cela a pu limiter la sincérité des réponses. Lors des entretiens, nous nous sommes sentis parfois obligés de rappeler l'absence de bonne ou mauvaise réponse et l'intérêt d'être le plus sincère possible pour recueillir l'expérience particulière de chaque MG « *C'est pour recueillir toutes les expériences [...] Y'a pas de bonne ou*

*mauvaise façon de faire.* » (MD lors de l'entretien numéro 5). Par ailleurs, nous avons pu parfois laisser transparaître nos opinions personnelles sur le sujet, lors des entretiens, en réagissant de façon volontaire (acquiescement, rires...) ou involontaire (attitude générale, hochement de tête...).

L'enregistrement par dictaphone numérique était de bonne qualité audio et a permis de retranscrire tous les entretiens mot à mot, sans perte d'information verbale. Par contre, la communication non verbale n'a pu être retranscrite. La subjectivité de cette communication aurait pu être recueillie en filmant les entretiens, mais la caméra aurait pu entraver la spontanéité des MG, et l'analyse de cette communication aurait été très complexe. Nous avons donc décidé de ne pas recueillir cette communication non verbale.

Les entretiens ont été réalisés par un enquêteur non expérimenté à l'exercice de l'entretien semi-dirigé. Parfois, les questions étaient trop fermées pour pouvoir recueillir le sentiment des MG. Les relances étaient aussi trop orientées. Mais il y a eu l'acquisition d'une aisance de l'enquêteur, au fur et à mesure des entretiens qui se sont améliorés.

#### **d- Guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été réalisé avant le début de l'enquête et n'a que très peu été modifié durant l'enquête. En effet, nous n'avons malheureusement pas fait l'analyse des entretiens au fur et à mesure, mais une fois tous les entretiens réalisés. Nous avons donc très peu fait évoluer le guide d'entretien, avec simplement un enrichissement des relances, en fonction des notes manuscrites prises lors des entretiens. Il aurait été plus judicieux de faire préciser certains points non abordés spontanément par les MG, en leur posant clairement la question (par exemple, manque de données sur les consultations de pathologies professionnelles).

## 2- Discussion des résultats

### a- Les caractéristiques des patients souffrant au travail

Pour la plupart des MG, la souffrance morale au travail était présente dans toutes les couches socio-économiques de la population. Deux d'entre eux pensaient que la souffrance morale au travail touchait surtout les professions les moins qualifiées. Elle touchait n'importe quel type de personnalité. Pour quelques MG, elle concernait surtout des personnes faibles psychologiquement ou ayant des antécédents de dépression. Il n'a pas été mis en évidence de différence entre les hommes et les femmes. Certains trouvaient que c'étaient surtout les hommes qui étaient atteints, d'autres les femmes, et la majorité n'a pas exprimé d'opinion sur ce point. Dans l'enquête SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels (SUMER) [8, 44] réalisée en 2003 auprès de 56000 salariés à l'aide du questionnaire de Karasek, les femmes étaient plus exposées au *job strain* que les hommes (28 % contre 20 %). Les employés administratifs (31 %) et les employés de commerce et services (29 %) étaient plus exposés que les cadres et les professions intermédiaires. Il existe aussi de fortes différences d'exposition aux risques psychosociaux selon le secteur d'activité [45]. Nous expliquons cette variabilité des réponses par le fait que le contexte de l'emploi et les catégories socioprofessionnelles ne sont pas répartis de façon homogène sur le territoire, ce qui entraîne une sélection des patients. Selon le bassin d'emploi où exerce le MG, la répartition des catégories socioprofessionnelles varie, ainsi que la prévalence de la souffrance morale au travail.

**La souffrance morale au travail touche un peu plus les femmes que les hommes et un peu plus les employés administratifs et les employés de commerce et services que les cadres et les professions intermédiaires. Sur le terrain il n'y a pas de vraie tendance, car la répartition dans la patientèle dépend plus du bassin d'emploi dans lequel exerce le MG.**

Plusieurs MG ont observé que des symptômes physiques étaient souvent mis en avant par les patients. Les patients avaient parfois des difficultés à relier ces symptômes physiques à de mauvaises conditions de travail. Les MG ont remarqué une intrication forte entre des problèmes physiques (HTA, lumbagos...) et une

souffrance morale au travail. Pour Marie Pezé [19, 20], les somatisations témoignent d'une mise en échec des fonctions psychologiques, défenses de l'individu. Cela s'apparente à une surcharge du fonctionnement organique avec une répercussion sur la motricité (troubles musculo-squelettiques), la fonction cardio-vasculaire (HTA...) et même parfois les fonctions propres à la féminité (aménorrhée ou à l'inverse métrorragie). Selon la revue de littérature de l'INSERM [14], il existe une relation entre le stress au travail et la survenue de pathologies cardiovasculaires. Selon les études, la proportion de développer un événement coronarien attribuable au *job strain* serait de 7 à 16 % chez les hommes, et augmenterait à 35 % pour une exposition de longue durée. Dans l'enquête SUMER 2003, les salariés en *job strain* se disent en moins bonne santé que les autres [7, 44]. Il est également prouvé que le *job strain* ainsi qu'une balance efforts-récompenses défavorable sont significativement associés à un risque supérieur de développer des pathologies mentales [46, 47].

**Nous voyons donc que le *job strain* peut être responsable du développement de pathologies mentales ainsi que de pathologies organiques, notamment cardiovasculaires, surtout si l'exposition dure dans le temps. Cela justifie de faire un diagnostic précoce de cette pathologie.**

## **b- L'influence des conditions de travail**

Le contexte économique actuel en France est défavorable. Le taux de chômage élevé ne favorise pas de bonnes conditions de travail. Il engendre une tension générale des salariés, avec une peur de perdre leur travail. Le contexte actuel fait que l'emploi est devenu « précieux » pour les salariés. Cela les conduit à accepter n'importe quelles conditions de travail, pourvu qu'ils aient un emploi. Dans notre enquête, les MG ont tous décrit ce contexte socio-économique tendu. Ils ont remarqué une augmentation de la souffrance morale au travail depuis la dégradation du climat économique. Ce climat était pour eux responsable d'une certaine tension psychique chez leurs patients. On retrouve cette notion dans l'étude Santé et Itinéraires Professionnels (SIP) de 2007 [48] : pour les auteurs, **la précarité de l'emploi est un facteur de risque pour la santé, car c'est un élément qui n'est**

**pas maîtrisé par le salarié.** D'après cette étude, 23 % des salariés ont déclaré travailler « toujours » « souvent » ou « parfois » avec la peur de perdre leur emploi.

Au cours des entretiens, la plupart des MG ont décrit des conditions de travail difficiles pour leurs patients, responsables de leur souffrance. Plusieurs ont parlé de la notion de productivité, avec parfois une gestion à court terme de l'entreprise. La notion d'amplitude horaire importante a été citée, ainsi que le fait de devoir être en contact permanent avec l'entreprise (par le biais notamment des nouvelles technologies : téléphone portable, internet...). Dans l'enquête SIP 2007 [7], les auteurs parlent des exigences du travail et regroupent la quantité de travail, la pression temporelle, la complexité du travail et les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et familiale. Selon cette étude, 23 % des actifs occupés estiment qu'on leur demande « toujours » ou « souvent » une quantité de travail excessive. Par ailleurs, 49 % des actifs occupés estiment qu'ils doivent « toujours » ou « souvent » se dépêcher dans leur travail. Enfin, 11% des actifs occupés disent avoir « toujours » ou « souvent » des difficultés à concilier travail et obligations familiales. Nous avons vu dans notre étude que ces éléments étaient repérés par les MG. **Les exigences actuelles du travail reflètent une société où la productivité passe avant l'humain. Les marges de manœuvre pour le salarié sont faibles et la souplesse n'est pas de mise. Chaque salarié est considéré comme « un outil » et l'entreprise ne tient pas compte de la personnalité de chacun.**

Pour plusieurs MG, l'autre élément révélateur du contexte dans l'entreprise était le manque de reconnaissance. Les salariés arrivaient en consultation en étant complètement démotivés, car leur travail n'était pas reconnu à sa juste mesure. Ce manque de reconnaissance était vécu comme une injustice et était source de souffrance. Les MG ont aussi décrit des techniques de déstabilisation des salariés qui s'apparentaient à du harcèlement moral, comme par exemple : la mutation à un poste sans intérêt, l'ordonnance de tâches inutiles ou en dehors des compétences du salarié, des ordres donnés sans respect envers le subordonné ou bien le fait de faire des reproches injustifiés sur la qualité du travail. Dans la publication de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) sur les risques psychosociaux [48], les rapports au travail sont analysés selon quatre axes : la coopération et le soutien social de la part des collègues et de la hiérarchie,

la violence au travail (situation d'agression, isolement, mépris), la reconnaissance et le sentiment d'utilité du travail et la qualité du management. Dans cette étude, les salariés sont peu nombreux à penser que leurs collègues ne les aident pas (14 %). C'est aussi le ressenti que nous avons eu en réalisant notre enquête, puisque seulement 2 MG ont évoqué le problème de conflit entre collègues. Concernant la violence au travail, 13 % des salariés déclarent subir un comportement méprisant, 10 % déclarent vivre une situation de déni de la qualité du travail et 2 % une atteinte dégradante. Lors de notre enquête, nous avons eu le sentiment que ces comportements étaient plus fréquents que cela, puisque la totalité des MG ont évoqué des situations de mépris des salariés ou de harcèlement moral, avec une fréquence variant d'une fois par semaine pour MG 8, à une fois par jour pour 5 des MG interrogés (38.4 %). Cette fréquence élevée peut venir du fait que les MG voient les salariés qui sont déjà en souffrance depuis longtemps et qui se décident à consulter. **Nous pouvons penser que les salariés consultent à un stade assez avancé de souffrance morale, lorsqu'ils n'arrivent plus à faire face au conflit au travail.** Par contre, concernant le manque de reconnaissance, les résultats de notre étude sont concordants avec ceux de l'enquête SIP 2007 [7], qui montre qu'un actif sur trois estime que son travail n'est que « parfois » ou « jamais » reconnu à sa juste valeur. Ce chiffre montre bien l'importance du manque de reconnaissance du travail en général.

**Nous voyons donc bien dans notre étude, ainsi que dans la littérature, l'importance des conditions de travail dans la genèse de la souffrance morale au travail. Nous devinons qu'une des clés de la prise en charge va se trouver dans l'amélioration de ces conditions de travail.**

### **c- Le médecin généraliste**

#### *- Caractéristiques du médecin généraliste*

Les MG que nous avons interrogés, sont dans l'ensemble enthousiastes et ont communiqué leur passion du métier de généraliste. Avec le rapport privilégié qu'ils entretiennent avec leurs patients et la diversité des profils rencontrés, le métier de MG est très varié. Pour MG 4, il y a quand même parfois un manque de

reconnaissance de la part des patients, avec une notion de consommation de soins qui est apparue. Les patients sont devenus parfois des clients, avec un niveau d'exigence qui augmente et une obligation de moyens qui devient, progressivement, une obligation de résultats aux yeux de certains.

- *Conditions de travail*

Nous avons recueilli beaucoup de témoignages nous parlant de la sous-médicalisation dans l'Eure. Plusieurs MG ont soulevé le problème du manque de MG, surtout dans les zones rurales. En effet, la densité de MG dans l'Eure est de 104 MG pour 100 000 habitants, contre 155 pour 100 000 habitants au niveau national en 2013 [49]. Cette sous-médicalisation entraîne une surcharge de travail. Se développe alors le sentiment de manque de temps ; or la prise en charge de la souffrance au travail est perçue comme très chronophage, car elle nécessite un temps d'écoute important et des consultations répétées et rapprochées. Ces conditions de travail n'incitent pas les MG à prendre en charge la souffrance morale au travail. Un autre facteur, pouvant limiter l'implication des MG dans cette prise en charge chronophage, est le manque de valorisation financière de ce type de consultation. La rémunération à l'acte ne nous semble pas adaptée. Il serait judicieux d'instaurer un autre mode de rémunération, par exemple, un forfait pour la coordination des soins, ou bien un autre type de cotation que le « C » à 23 euros, par exemple, consultation de psychologie ou psychothérapie.

Par ailleurs, certains MG signalent un certain stress, voire un épuisement de certains de leurs collègues. Nous avons eu l'impression qu'il y avait une certaine gêne à parler de l'épuisement professionnel des médecins. Les MG ne parlaient pas d'eux-mêmes, mais de collègues qui seraient épuisés, ou bien qui auraient une addiction à l'alcool ou à certains médicaments. Nous avons eu le sentiment que la santé au travail des MG était un sujet encore tabou. Les médecins ont sans doute du mal à devenir patient, d'autant plus lorsqu'il s'agit de souffrance psychique. L'épuisement professionnel des médecins est plus perçu comme une faiblesse que comme une vraie pathologie. Pourtant, il nous semble que la qualité de la prise en charge de la souffrance morale au travail peut dépendre de la santé psychique des

MG. Un MG, qui serait lui-même en souffrance morale, aurait certainement plus de difficultés à avoir une écoute attentive de son patient et une attitude empathique. Une étude de 2007 de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Ile de France (URML), révèle que plus de la moitié des médecins déclarent se sentir menacés par le *burn out* [50]. Certains facteurs de risques ont été retrouvés : l'âge (entre 45 et 50 ans), être célibataire, travailler en secteur 1, réaliser plus de 6000 actes par an, travailler sans rendez-vous, faire des visites à domicile et ne pas avoir d'activité salariée complémentaire.

**Il nous semble important de pouvoir préserver la santé des médecins et plus particulièrement des médecins généralistes, pour pouvoir garantir une qualité de soins à la population. Il est aberrant que les médecins libéraux soient la seule profession à ne pas disposer de médecine du travail. Qui se préoccupe des conditions de travail des médecins et de leur santé ? Dans l'étude de l'URML Ile de France, le fait d'avoir un service de médecine du travail pour les médecins est cité par 75 % des médecins comme solution pour prévenir le *burn out*. Nous pensons que diffuser des conseils sur l'hygiène de vie professionnelle, aiderait les médecins à prévenir leur propre *burn out*.**

- *La relation médecin/patients*

La relation décrite dans notre étude est, en général, une relation de confiance mutuelle entre le MG et son patient, avec une attitude empathique du MG. Le MG aide le patient à livrer ses sentiments. Cependant, certains MG ont décrit une certaine ambiguïté dans la relation, avec le sentiment d'être manipulés. Le patient était parfois en recherche de bénéfices secondaires, ce qui mettait le MG en situation inconfortable. Indirectement, le patient demandait à être reconnu comme une victime pour pouvoir obtenir un arrêt de travail ou une mise en inaptitude. Pour le MG, la difficulté était de pouvoir se faire une idée neutre du conflit, en ayant seulement le point de vue du salarié. Cet aspect est retrouvé dans la thèse de S. Marconnet : à la question « *pensez vous que la souffrance morale au travail soit un motif de consultation abusif ?* » 25.5 % des MG ont répondu « parfois » et 0.9 % « oui » [51].

**Cet inconfort, dû à la place qu’occupe le MG, nous fait penser que la prise en charge en concertation avec le médecin du travail, qui a une vision de l’intérieur de l’entreprise, permettrait certainement de lever cette ambiguïté.**

- *Formation*

La plupart des MG disent n’avoir eu aucune formation initiale. Nous sommes surpris de constater que même les plus jeunes des MG, déclarent ne pas se souvenir avoir eu un cours sur la souffrance morale au travail ou plus généralement sur les pathologies professionnelles. Pourtant, il existe un cours dispensé au cours du 3<sup>ème</sup> cycle d’études médicales, dans le cadre du DES de médecine générale à la faculté de médecine de Rouen [52]. C’est un séminaire sur la santé au travail, qui traite des pathologies professionnelles, de l’accident de travail, de la déclaration en maladie professionnelle. On retrouve une petite partie dédiée au harcèlement moral. Beaucoup des MG décrivent plutôt une formation « sur le tas ». MG 1 est le seul à évoquer les stages qu’il a effectués chez les praticiens et qui lui ont permis de se former, ainsi qu’un cours sur les pathologies professionnelles fait à la faculté (faculté de Médecine de Rouen). Plusieurs ont évoqué des formations continues pour pouvoir enrichir leurs connaissances. Seul un MG déclare ne pas avoir eu connaissance de formation continue sur ce sujet. Plusieurs MG ne se sentent pas compétents pour prendre en charge la souffrance morale au travail par manque de connaissance de cette pathologie et du monde de l’entreprise en général. MG 11 aimerait mieux connaître les différentes procédures possibles et en être informé par le biais de la CPAM.

Ce déficit de formation est retrouvé dans différentes études. Dans une étude réalisée dans le sud-est de la France [53], nous retrouvons également dans les déclarations des MG, une faiblesse de la formation initiale et une formation continue plutôt faite sur le tas. Dans la thèse de Mathilde Habert [54], nous retrouvons ces mêmes notions : 72 % des MG déclarent s’être formés sur le tas, 36 % déclarent ne pas avoir de connaissance sur ce type de souffrance et seulement 11 % déclarent avoir assisté à une formation continue sur le sujet. L’auteur retrouve par contre un intérêt à se former, puisque 25 % des MG ont fait des recherches personnelles sur le

sujet et 30 % ont lu des publications médicales. Ce dernier résultat est peut-être à contraster. Nous avons eu une expérience nous montrant que l'intérêt des MG pour se former sur la souffrance morale au travail, n'est peut-être pas un objectif prioritaire. En effet, au cours de la réalisation de cette thèse, nous avons voulu assister à un cours sur la prise en charge de la souffrance morale au travail par les médecins généralistes, proposé par l'organisme de formation continue MG Form. Malheureusement, cette formation a été annulée faute de participants. Certes, elle était programmée pendant les vacances scolaires de la Toussaint, mais nous pouvons nous poser la question de l'intérêt réel des MG pour la souffrance morale au travail. Considèrent-ils plutôt ce sujet comme secondaire ?

**Globalement nous constatons un déficit de formation, ainsi qu'un déficit de connaissance sur la souffrance morale au travail et sur sa prise en charge, notamment sur les démarches administratives et le monde de l'entreprise. Il nous apparaît indispensable d'améliorer la formation initiale et continue, pour améliorer la prise en charge de la souffrance morale au travail par les MG.**

- *Place du médecin généraliste*

Il n'y a pas d'uniformité, dans les réponses des MG, sur la place qu'ils tiennent face au patient et vis-à-vis de la prise en charge de la souffrance morale au travail. MG 10 se met en retrait et considère que le problème ne relève pas de sa compétence, que le problème est plutôt juridique ou administratif. Au contraire, un autre pense être le premier recours des patients dans ce type de problème. Dans une enquête qualitative sur la santé au travail, réalisée auprès des différents acteurs médicaux et non médicaux (médecins généralistes, médecins du travail, médecin-conseil, inspecteur du travail...) [53], les médecins généralistes sont considérés par la majorité des professionnels « comme des acteurs qui devraient jouer un rôle essentiel en santé au travail ». Dans la thèse de D. Gallezot-Girardeau [55], 87 % des patients citent le médecin généraliste comme premier recours et seulement 13 % des patients ont consulté le médecin du travail au préalable. Nous pensons donc que MG 10 se met en retrait, peut-être par manque d'aisance dans la prise en charge de

ce problème de santé, d'autant plus qu'il déclare ne pas avoir eu de formation initiale ou continue et qu'il a peu d'expérience (6 mois d'installation).

**Nous constatons donc que la plupart des MG se placent comme pivot dans la prise en charge de la souffrance morale au travail. Ils sont également considérés comme tels par les patients et les autres professionnels impliqués dans la santé au travail. Cette place nous apparaît évidente. Cela renforce la nécessité d'améliorer la formation des MG, par le biais de la formation initiale et de la formation continue (groupes de pairs, formations communes avec les médecins du travail). Nous rejoignons donc une des propositions du rapport de 2010 du sénateur G. Dériot [57], où il est préconisé de « sensibiliser à la santé au travail les médecins de ville, vers qui les salariés se tournent souvent spontanément, afin qu'ils fassent plus facilement lien entre une pathologie et les conditions de travail ».**

#### **d- La souffrance morale au travail**

##### *- Perceptions des médecins généralistes*

Pour la plupart des MG, la souffrance morale au travail est un problème récent, et en augmentation. Or, dans la littérature, la description du stress par H. Selye date des années 50 [14], le modèle de Karasek [30] décrivant le *job strain* date des années 70 et le modèle de Lazarus et Folkman des années 80 [15]. Nous ne pouvons pas dire que ce soient des concepts récents puisqu'ils ont au moins 30 ans. En revanche, la médiatisation du problème de souffrance morale au travail auprès du grand public est, elle, beaucoup plus récente, avec un tournant marqué par la série de suicides survenue chez Orange entre 2008 et 2009. De plus, nous pouvons dire que les conditions de travail des salariés se sont dégradées. Selon une publication de la DARES sur l'évolution des risques professionnels entre 1994 et 2010 [57], basée sur les trois enquêtes SUMER réalisées successivement en 1994, 2003 et 2010, la demande psychologique, mesurée par le questionnaire de Karasek (charge mentale engendrée par l'accomplissement des tâches), a augmenté entre 2003 et 2010 (+ 2 %). La latitude décisionnelle, elle, baisse de 1 % entre 2003 et 2010, de 3 % pour les cadres et professions intermédiaires. La part des salariés, dont le rythme

de travail est déterminé par au moins trois contraintes (contrainte technique, dépendance immédiate d'un collègue, normes de production, délais à respecter en une journée...), a nettement augmenté entre 1994 et 2003 (28 % en 1994 contre 34 % en 2003), puis de façon moins importante entre 2003 et 2010 (36 % en 2010). Dans le secteur tertiaire, la proportion de salariés contrôlés en permanence par leur hiérarchie a augmenté de six points entre 2003 et 2010. Le contrôle, via des systèmes informatiques, s'est diffusé dans tous les secteurs (15 % en 1994, 30 % en 2010). Il y a également une proportion croissante de salariés déclarant subir des comportements hostiles sur le lieu de travail (16 % en 2003, 22 % en 2010).

**Nous voyons donc que le ressenti des MG est concordant avec les enquêtes : d'une manière générale, le travail s'est intensifié depuis 1994 et les risques psychosociaux se sont accrus. Les MG sont donc de « bonnes sentinelles » pour détecter les changements sociétaux en matière de travail.**

Pour MG 9, le problème de souffrance morale au travail n'est pas reconnu à sa juste valeur par la société. Pour lui, la souffrance morale, en règle générale, est dévalorisée en comparaison avec une souffrance physique. Il est vrai que la souffrance morale est souvent considérée comme une faiblesse ou un manque de combativité par l'entourage du patient, et plus largement par la société. Cela entraîne un isolement des personnes souffrant moralement au travail. Ces personnes se retrouvent seules au travail, ainsi que dans la sphère privée, avec parfois une aggravation du sentiment de culpabilité comme le décrit M-F Hirigoyen [23, 24, 25]. **Il est donc important, pour le MG, de ne pas culpabiliser son patient. Il doit faire preuve d'une certaine neutralité, tout en étant empathique.**

- *Diagnostiquer la souffrance morale au travail*

- Interrogatoire/anamnèse : Les MG utilisent des questions ouvertes pour recueillir des informations sur la vie du patient (travail, famille, finances, santé). Certains MG insistent sur l'équilibre vie personnelle/vie professionnelle. D'autres MG approfondissent la partie sur le travail en interrogeant sur l'organisation du travail, les collègues, les horaires, l'historique des postes du patient. Pour MG 4, la difficulté réside dans le fait de

définir les responsabilités de chacun dans l'entreprise, en ayant seulement le discours du patient. Pour nous, le rôle du MG n'est pas forcément de connaître la vérité, mais de **faire un état des lieux des pressions subies, du ressenti du patient, et bien sûr connaître son parcours professionnel, les éventuels changements récents dans l'entreprise, les facteurs déclenchants du mal-être au travail.**

- Diagnostic : la plupart des MG considèrent le diagnostic relativement difficile à faire. La variabilité du tableau clinique, du contexte dans l'entreprise et du degré de sévérité rend le diagnostic compliqué. Seul MG 13 dit que « *8 fois sur 10 c'est facile* ». La difficulté réside dans les 2 autres cas, où le lien entre les symptômes et le travail va être plus délicat à faire. Nous voyons donc que la multiplicité des présentations cliniques rend souvent le diagnostic difficile. De plus, la méconnaissance par les MG des tableaux cliniques spécifiques de stress post-traumatique ou d'épuisement professionnel rend le repérage de ces pathologies plus laborieux. Le diagnostic est alors fait tardivement. Pourtant, pour M. Pezé, le MG est « *le mieux placé pour voir la dégradation de son état de santé en parallèle à la dégradation des conditions de travail* » [20]. Nous constatons également qu'aucun des MG interrogés n'utilise d'échelle d'évaluation. Un seul MG évoque ce sujet, mais il n'est pas favorable à une échelle d'évaluation. Pour lui, il faut que cette échelle débouche sur une conduite à tenir précise en fonction du score obtenu. Ceci est concordant avec les résultats obtenus par S. Marconnet : 98.1 % des MG interrogés n'utilisaient pas d'échelle d'évaluation [51].

**Nous voyons donc qu'il serait important de mieux former les MG au dépistage de ces tableaux cliniques spécifiques. Faire le diagnostic de façon précoce est primordial : moins le patient est exposé longtemps, moins il a de risques de développer des pathologies organiques, notamment cardiovasculaires [16]. Il serait utile de développer des outils d'aide au dépistage de la souffrance morale au travail, spécifiques à la médecine générale. L'utilisation d'échelles validées pourrait aider les MG à détecter la pathologie, évaluer la sévérité et faire le suivi de cette pathologie.**

- *Les différents tableaux cliniques*

La présentation clinique est très variable d'un patient à l'autre, avec un degré de sévérité variable. La plupart des MG trouvent que la pathologie est longue à prendre en charge, sauf MG 9 qui décrit parfois des dépressions très sévères au départ, mais qui cèdent rapidement sous antidépresseurs. Beaucoup de MG évoquent la durée de 6 mois au minimum pour traiter une dépression, avec des rechutes fréquentes. Pour MG 1, les 6 mois seraient plutôt la durée maximum. Nous remarquons que la dépression est assez dévalorisée, que ce soit par l'entourage du patient ou bien par certains MG qui ne considèrent pas forcément cette maladie comme une « vraie » maladie. Cela entraîne une majoration du sentiment de culpabilité du patient. **Le manque de connaissance de certains MG entrainerait un déni du problème de souffrance morale au travail.**

Les MG ont décrit deux modes de réponse des patients. Soit les patients résistent au harcèlement et les conséquences psychologiques sont d'autant plus importantes, soit ils s'extrait du travail dès que la pression est trop forte. Dans ce cas, le patient récupère mieux. Pour MG 1, cela s'apparente plus à de la fainéantise qu'à un réel besoin de prendre des distances vis-à-vis du travail. MG 2 est également « méfiant » : il n'exclut pas la recherche de bénéfices secondaires, ce qui fausse la relation avec son patient. D'après MG 6, certains patients se positionnent en victimes, ce qui les rend très passifs dans la recherche de solutions.

**Nous voyons donc qu'il existe, chez certains MG, un certain degré de méfiance vis-à-vis de leurs patients et des plaintes alléguées. Cette méfiance peut être secondaire à des lacunes dans la connaissance de la souffrance morale au travail. Nous pouvons également supposer que certains patients sont réellement en recherche de bénéfices secondaires. La forte médiatisation de la souffrance morale au travail influence probablement certains patients.**

### **e- Le traitement symptomatique**

Nous avons constaté une attitude assez similaire chez tous les MG interrogés. Tous les MG prescrivent un traitement médicamenteux dont la nature

dépend des symptômes prédominants. La plupart prescrivent des benzodiazépines pendant une courte durée (quelques jours à quelques semaines). Ils sont nombreux à évoquer la dépendance fréquente et rapide aux benzodiazépines et en avertissent leurs patients. Devant un tableau de dépression, tous prescrivent un antidépresseur sur une durée variable, en général minimum trois mois, voire six mois avec ensuite une décroissance progressive. Seul MG 9 dit prescrire en dehors des recommandations : il prescrit généralement très tôt des antidépresseurs, même s'il n'y a pas de réelle dépression selon les critères du DSM IV. Il les arrête volontiers avant trois mois de prise régulière. Pour lui, l'antidépresseur pourrait être assimilé à un objet contra-phobique pour le patient. Seulement un MG a déclaré prescrire de la phytothérapie, 2 MG prescrivent du Stresam®. Aucun ne nous a déclaré prescrire de l'homéopathie.

**Nous voyons donc que la plupart des MG semblent respecter les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), de prise en charge de l'anxiété et de la dépression [59, 60]. Cependant, on peut se poser la question de la sincérité des réponses. En effet, il est possible que les MG n'aient pas abordé le problème de l'arrêt des benzodiazépines, volontairement, car cela leur pose problème. Selon un rapport de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en 2012 [61], la durée médiane de traitement par benzodiazépines était de 7 mois et environ la moitié des sujets traités l'était plus de deux ans, donc beaucoup plus que les déclarations des MG. Nous pensons qu'il aurait fallu poser la question de manière plus fermée, concernant la durée des traitements par benzodiazépines (« quelle est la durée moyenne de vos prescriptions de benzodiazépines ? »).**

La plupart ont évoqué des méthodes non médicamenteuses pour soulager les symptômes en rapport avec l'anxiété. La pratique d'activités extraprofessionnelles (sports, musique, yoga...) est encouragée. La relaxation ou la sophrologie est citée par un MG. De plus, certains MG insistent sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et sur l'importance de se ménager des moments à soi. **En effet, cet équilibre est important, car s'il n'est pas respecté, il peut engendrer une souffrance morale au travail, si cela est associé à d'autres risques psychosociaux [1, 2, 48].**

Beaucoup de MG soulignent l'importance de l'écoute. Pour certains, l'écoute est même la seule chose réellement utile au patient. Cela fait partie du rôle du MG, d'écouter et soutenir moralement son patient. Cette écoute permet d'être un soutien neutre, en dehors du cercle professionnel, familial ou amical. Dans la thèse de M. Habert [55], 92 % des MG citent l'écoute attentive comme moyen de prise en charge initiale. Pour certains MG, leur rôle est également d'orienter le patient dans ces démarches. Au contraire pour MG 2, cela dépasse ses compétences et cela relève plutôt de l'assistant social. Nous voyons bien qu'il existe différentes attitudes, selon la place que se donne le MG vis-à-vis de son patient. C'est même dans la conception du métier de médecin généraliste que se situe la différence de prise en charge. On retrouve cette disparité dans la thèse de S. Kaouel [62]: pour 44.1 % des MG interrogés, il ne relève pas du médecin généraliste d'être en première ligne face aux patients en souffrance morale au travail. **On voit bien que le problème de souffrance morale au travail est à la jonction entre plusieurs domaines (médical, social, psychologique) et cela renforce l'idée qu'une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire.**

Concernant la prise en charge par un psychiatre, encore une fois les avis sont très variables. Certains adressent leurs patients à un psychiatre soit lorsque le cas est sévère d'emblée, soit en deuxième intention lorsque le MG est en difficulté face à son patient. Pour d'autres, il n'y a aucune utilité à diriger son patient vers un psychiatre, car la qualité de la prise en charge ne va pas être supérieure. Selon la thèse de M. Habert [55], 56 % des médecins adressent aux psychiatres en seconde intention et 6.7 % doutent de l'efficacité de la collaboration avec un psychiatre. A noter que beaucoup de MG sont freinés par le manque de psychiatres dans l'Eure. Effectivement, le ressenti des MG concorde avec les données de l'INSEE, puisque la densité des médecins spécialistes libéraux (toutes spécialités confondues), dans l'Eure, est 3 fois moins importante que la moyenne nationale (36 contre 94 médecins spécialistes pour 100 000 habitants) [49].

Concernant la collaboration avec un psychologue, il apparaît également que les MG adressent leurs patients soit en deuxième intention lorsque la situation est bloquée, soit lorsqu'ils jugent qu'une psychothérapie est nécessaire. Plusieurs freins sont évoqués : le manque de psychologues sur le territoire et le frein financier, les

consultations n'étant pas remboursées. Selon M. Habert [55], 65 % des médecins jugent l'aspect financier comme un frein à la psychothérapie. Le recours aux CMP (Centres Médico-Psychologiques) a été cité, mais encore une fois le manque de personnel ne permet pas une prise en charge adéquate, car les délais de consultation sont très longs.

**Nous voyons donc que globalement, le recours aux psychiatres et psychologues, et plus généralement à la psychothérapie n'est pas souvent employé, à cause de la sous-représentation des psychiatres et psychologues dans l'Eure et du non remboursement des consultations de psychologues. Pourtant, c'est une clé de la prise en charge de la souffrance morale au travail. Selon M. Pezé [19, 20], le psychiatre ou le psychologue doit être sollicité précocement pour éviter une aggravation de l'état du patient et traiter par la psychothérapie l'état de stress post-traumatique.**

**Il nous paraît donc indispensable d'améliorer « l'image » de la prise en charge psychologique auprès des médecins généralistes et encore une fois d'améliorer la formation, même si les principaux freins ne pourront être levés aisément (démographie insuffisante et coût des consultations). Le développement des CMP pourrait favoriser l'accès à la psychothérapie.**

## **f- Le traitement étiologique**

Pour la plupart des MG, il faut résoudre le conflit au sein de l'entreprise. Plusieurs MG conseillent au patient d'essayer de rétablir un dialogue avec la hiérarchie, en provoquant une réunion avec les protagonistes du conflit. Pour d'autres, cette solution est difficile à mettre en œuvre, car le MG ne se situe pas au sein de l'entreprise. La solution est donc de rompre le lien avec le travail. Plusieurs MG expriment l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire. Selon l'étude de C. De Clavière et al. sur le devenir socioprofessionnel des patients pris en charge pour souffrance morale au travail au sein d'une consultation de pathologie professionnelle, 56.1 % des patients ont quitté l'entreprise un an après leur prise en charge. Les patients ayant quitté leur poste allaient globalement mieux que les autres [63].

**Nous voyons que la plupart des MG pensent qu'il faut soustraire le patient de son milieu professionnel. Plusieurs solutions sont évoquées pour quitter l'entreprise.**

- *La démission*

La démission est souvent envisagée par les patients pour pouvoir échapper au stress et à la pression au sein du travail. La plupart des MG déconseillent à leurs patients cette solution qui, socialement, peut les mettre en situation délicate. En effet, si le salarié démissionne, il perd ses droits aux allocations chômage. La plupart des MG connaissent ce fait et déconseillent donc à leurs patients de démissionner, car ils risqueraient d'être en détresse sociale, en plus d'être en détresse psychologique.

- *Le licenciement*

Le licenciement, qui serait une issue courante au problème de souffrance morale au travail, d'après l'enquête de C. De Clavière et al [63], est souvent cité par les MG. La plupart citent le licenciement pour inaptitude, qui permet de conserver ses droits sociaux et n'handicape pas le salarié pour la suite de son parcours professionnel. MG 1 pense que c'est une solution facile à mettre en œuvre, en demandant une mise en inaptitude au médecin du travail. Il pense que peu de MG pensent à faire cette démarche. Or, la plupart des MG interrogés dans notre étude citent spontanément cette solution. Sa position particulière de MG et médecin expert pour une assurance, lui confère une vision en aval du problème. Les patients expertisés sont ceux pour lesquels aucune solution n'a été trouvée, hormis prolonger l'arrêt de travail. Son point de vue est à notre avis, plus celui de l'expert que celui de MG.

- *La rupture conventionnelle*

La rupture conventionnelle permet au salarié de quitter l'entreprise sans être en inaptitude et sans perdre ses droits sociaux. Plusieurs MG conseillent cette

solution à leurs patients. MG 1 pense lui que les entreprises refusent cette solution car cela leur coûte de l'argent. En effet, lors d'une rupture conventionnelle, il y a une indemnité versée au salarié, au moins égale à l'indemnité légale de licenciement. Le but d'une rupture conventionnelle n'est donc pas de faire des économies pour l'entreprise, mais de pouvoir se séparer d'un salarié, en accord avec lui, sans qu'il y ait d'autre motif que la volonté des deux parties de mettre fin au contrat. Toutefois, il faut que les deux parties soient d'accord et libres de faire ce choix, ce qui peut être difficile dans une situation de harcèlement moral. Dans ce cadre, la rupture conventionnelle peut être annulée par un juge et cela est alors considéré comme un licenciement, sans cause réelle et sérieuse, conduisant au versement d'indemnités pour le salarié [64]. Cette solution est donc à envisager, car elle reste favorable au salarié puisqu'il conserve ses droits sociaux. Nous constatons que la rupture conventionnelle est peu connue des MG puisque seulement trois l'ont citée.

**Connaître les différentes modalités de rupture de contrat et leurs conséquences principales, notamment sociales, nous paraît important pour pouvoir conseiller au mieux son patient et ne pas « provoquer » de difficultés sociales, qui viendraient s'ajouter à la détresse psychologique.**

## **g- L'arrêt de travail**

Le moyen, en urgence, de soustraire un patient du milieu professionnel est l'arrêt de travail. Nous savons que l'exposition aux risques psychosociaux augmente le nombre d'arrêts de travail pour maladie [2, 3]. Les salariés exposés à 3 contraintes psychosociales ou plus, s'absentent plus que les non exposés (7.5 % contre 2.5 %) [65]. Dans notre étude, la plupart des MG prescrivent un arrêt de travail lorsqu'ils prennent en charge un patient souffrant au travail. La durée est initialement courte (de quelques jours à 2 semaines) et l'état du patient est ensuite réévalué. L'arrêt de travail peut parfois être prolongé de plusieurs mois, si aucune solution n'a été trouvée pour résoudre le conflit au travail. Pour plusieurs MG, l'arrêt de travail apparaît comme nécessaire, pour permettre au patient de prendre du recul par rapport à sa situation. Ils conviennent que l'arrêt de travail n'est pas une réponse adéquate, s'il n'est pas associé à d'autres mesures. Pour Marie Pezé [19], le

psychisme peut affronter une situation nocive par deux voies : la pensée, qui permet d'analyser la situation et le mouvement qui permet de décharger l'excès de tension ou bien de fuir la situation nocive. Dans le cas d'une situation de souffrance morale au travail, la surcharge de travail, l'hyperactivité réactionnelle, le management par la pression, le déséquilibre vie privée/vie professionnelle font que le patient ne peut raisonner et analyser sa situation. L'impossibilité de démissionner, sans perdre ses droits sociaux, l'empêche de fuir. Le patient est alors isolé dans cette situation nocive, jusqu'à épuisement de ses mécanismes de défense individuels, s'il n'est pas extrait du milieu professionnel. **L'arrêt de travail permet d'interrompre le phénomène à l'origine de la souffrance et va redonner au patient une certaine liberté de pensée.**

L'arrêt de travail est parfois refusé par les patients. Plusieurs raisons sont évoquées par les MG. Pour eux, certains patients refusent d'être arrêtés, car ils ont peur d'aggraver leur situation soit parce qu'ils pensent qu'ils vont donner une mauvaise image d'eux-mêmes à leur employeur ou à leur entourage familial, s'ils s'arrêtent, soit parce qu'ils ont peur d'augmenter leur charge de travail à leur retour. Le salarié est généralement dans une phase d'hyperactivité réactionnelle qui le pousse à en faire toujours plus et l'incite à refuser l'arrêt de travail.

Selon M-F Hirigoyen, la culpabilité s'installe insidieusement. Le salarié harcelé, se pose des questions sur l'origine de ces violences. Il est en proie au doute, il se demande ce qu'il a fait pour qu'on le traite comme ça. Ce doute génère un sentiment de culpabilité. Cette culpabilité est souvent renforcée par l'entourage qui « *sait rarement soutenir sans juger et fait des commentaires ou des interprétations sauvages : « tu devrais être moins ceci ou plus cela ... tu ne crois pas que tu mets de l'huile sur le feu ?... » »*. [23]

**La souffrance morale au travail génère un sentiment de culpabilité chez le salarié. Elle engendre également une hyperactivité réactionnelle. Ces mécanismes incitent le patient à refuser l'arrêt de travail, qui pourtant lui permettrait de s'extraire de la situation stressante à l'origine de sa souffrance.**

Dans notre étude, MG 1 a eu un discours différent des autres MG. Pour lui, renouveler un arrêt de travail est un signe de faiblesse de la part des MG. C'est une

solution de facilité, plus rapide à mettre en œuvre que de tenter de résoudre le problème de fond. Certes, l'arrêt de travail seul ne va pas résoudre le problème, mais nous venons de voir qu'il a bien une justification médicale dans le contexte de souffrance morale au travail. MG 1 dit également qu'il y a trop d'arrêts de travail en France, et que la durée maximale de l'arrêt de travail est supérieure à celle de la plupart des pays (« *très peu de pays où il y a 3 ans d'arrêt de travail [...] y'a trop d'arrêts de travail en France* »). Or, la durée légale en France est de 360 jours d'indemnités journalières par période de 3 ans [66]. Elle est augmentée à 3 ans pour les Affections Longue Durée (ALD) uniquement. Dans les autres pays européens, seule l'Italie a une durée maximale inférieure à la France (180 jours). La plupart ont une durée similaire. Le Portugal et la Suède ont une durée maximale supérieure. Le taux d'absentéisme était de 9,7 % pour la France, pour une moyenne européenne à 11,7 %. Par contre, les absences étaient plus longues que dans les pays où le taux d'absentéisme était plus élevé. **Nous pouvons dire que certaines idées reçues empêchent parfois une meilleure prise en charge de la souffrance morale au travail.**

**L'arrêt de travail nous apparaît comme étant primordial dans la prise en charge de la souffrance morale au travail. Même s'il est parfois refusé par les patients, il est important de le proposer. Cela nous montre le rôle primordial du MG : il va pouvoir agir rapidement pour soulager le patient, en le retirant de la situation nocive.**

## **h- Accident de travail /Maladie professionnelle**

Concernant la déclaration en maladie professionnelle, peu de MG ont abordé le sujet. Le discours des MG était très évasif et confus. MG 2 confondait troubles musculo-squelettiques et souffrance morale au travail. Pour lui, les demandes de reconnaissance en maladie professionnelle ont augmenté depuis l'introduction d'un tableau sur les lombalgies. Nous pensons que MG 2 sous-entend que les patients sont en recherche de bénéfices secondaires ou alors qu'il ne veut pas induire chez le patient le désir d'obtenir des bénéfices secondaires (« *j'évite d'aller trop sur ce terrain là* »). Nous pensons que nous aurions du éclaircir ce passage en posant plus de

question, par exemple « qu'entendez-vous par aller trop sur ce terrain là ? ». MG 12 a déclaré « *ça passe en maladie professionnelle, un moment donné [...] y'a même des ALD... enfin voilà* ». Nous ne comprenons pas le sens de sa phrase. Pense-t-il que la souffrance morale au travail est souvent reconnue en maladie professionnelle ? C'est possible. Encore une fois, nous aurions dû lui poser la question clairement. Pour les ALD, il explique plus loin qu'il parle de dépression. Nous voyons qu'il existe une confusion entre maladie professionnelle et ALD. Notre manque d'expérience dans l'exercice de l'entretien semi-dirigé ne nous a pas permis d'éclaircir ce point. MG 11 est le seul MG à avoir été plus clair sur ce sujet. Il a lui-même fait une déclaration en maladie professionnelle à la demande d'un médecin du travail. La maladie professionnelle n'a pas été reconnue finalement.

Dans la thèse de M. Habert [55], les MG étaient 23 % à déclarer avoir fait un certificat initial d'accident de travail, 64 % à ne pas en avoir fait. 51 % des MG pensaient que cela était de leur ressort contre 32 % qui ne le pensaient pas (17 % ne savent pas). Ces résultats sont assez concordants avec ceux de notre étude. Il est intéressant de constater que près d'un tiers des MG pensent qu'un certificat d'accident de travail ne relève pas de leur compétence.

**Nous constatons que le fait de faire un certificat médical de déclaration en maladie professionnelle (ou bien accident de travail s'il existe un évènement aigu déclenchant) n'est pas connu des MG.** Nous pensons que cela entraîne de grandes difficultés dans la réponse à apporter, dans le cadre de la souffrance morale au travail. Le seul MG à avoir connaissance, même de manière imparfaite, de la possibilité de faire une déclaration de maladie professionnelle a été informé par un médecin du travail. **Cela montre l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire.**

Il faut rappeler que la déclaration en accident de travail nécessite un évènement ou une série d'évènements survenus à des dates certaines (agression verbale, physique...), une lésion de survenue brutale (malaise, crise de larmes...) et une présomption d'imputabilité (la lésion doit être imputable au fait accidentel et survenir dans un temps relativement court). La déclaration en maladie professionnelle est plus complexe puisqu'il n'existe pas de tableau répertoriant les pathologies psychologiques secondaires au travail. Cette reconnaissance ne peut se faire que par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

(CRRMP), si le taux d'incapacité partielle permanente est supérieur ou égal à 25 % (fixé par le médecin conseil de la CPAM).

## **i- Le médecin du travail**

Le rôle du médecin du travail dans la prise en charge de la souffrance morale au travail nous paraît indéniable et primordial. Il est au sein de l'entreprise et est le mieux situé pour comprendre l'organisation du travail et les conditions de travail des salariés. Il a un rôle de prévention primaire. Il peut repérer l'apparition de risques psychosociaux, en s'appuyant sur des indicateurs objectifs de santé globale dans l'entreprise (absentéisme, conduites addictives, intensification du travail, autonomie dans le travail, rotation du personnel...). Il conseille le chef d'entreprise, les salariés ainsi que le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) sur l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise.

Le médecin du travail doit pouvoir dépister les formes d'organisation du travail nocives pour la santé mentale. Il doit en alerter les acteurs dans l'entreprise pour pouvoir réaliser une prise en charge collective.

Si un cas de souffrance morale au travail est décelé, le médecin du travail doit mettre un terme à la situation pathogène. Il doit réaliser une étude de poste. Il peut proposer ensuite soit une adaptation de poste, soit un reclassement à un autre poste. Si cela n'est pas possible ou insuffisant pour lever la situation pathogène, il peut prononcer une inaptitude, temporaire ou définitive, au poste ou à tout poste. L'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise est la solution ultime, conduisant à un licenciement pour inaptitude. Elle a l'avantage de soustraire le salarié à l'organisation nocive, tout en lui permettant de conserver ses droits sociaux.

Pour certains MG interrogés, le rôle du médecin du travail est bien intégré. Le médecin du travail va pouvoir trouver une solution au sein de l'entreprise. Il prononcera l'inaptitude si besoin. Il est également utile pour la reprise du travail. La relation est alors plutôt bonne. La communication est aisée, par téléphone ou par courrier. Ces MG orientent facilement leurs patients vers le médecin du travail. Pour

d'autres, la relation est compliquée. Pour quelques uns elle est inexistante. Plusieurs freins sont cités :

- La difficulté à joindre les médecins du travail
- Le manque d'implication de certains médecins du travail dans la prise en charge de la souffrance morale au travail
- Le manque d'indépendance du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur, surtout si c'est un médecin d'entreprise (par rapport aux médecins interentreprises)
- La peur d'enfreindre le secret médical
- Le déficit de médecins du travail

L'ignorance de l'identité du médecin du travail ainsi que la méconnaissance de son rôle sont également citées dans une étude réalisée en Belgique [67].

Nous avons été surpris de voir que MG 5 considère que le médecin du travail n'a pas sa place dans la prise en charge de la souffrance morale au travail. Il a lui-même été surpris de notre question concernant le médecin du travail. Nous avons été étonnés d'entendre MG 6 ne pas vouloir communiquer avec le médecin du travail, au motif de ne pouvoir partager le secret médical. Comment prendre correctement en charge un patient souffrant au travail sans pouvoir travailler en collaboration avec le médecin du travail ? Nous rappelons que le secret médical s'applique à tous les médecins, y compris les médecins du travail. Dans le cadre de la continuité de soins, il est possible de partager les informations médicales avec le médecin du travail, sauf opposition du patient dûment averti. Pour pouvoir attester de l'accord du patient, le mieux est de faire un courrier au médecin du travail et de le remettre au patient qui le transmettra, lui-même, au médecin du travail. **Ce manque d'information concernant à la fois le rôle du médecin du travail et le secret médical, ne devrait plus exister. Il nous apparaît nécessaire d'améliorer la formation médicale initiale. Proposer des formations médicales continues communes avec les médecins du travail, nous semblerait intéressant pour améliorer la connaissance du rôle de chacun.**

Le manque d'indépendance des médecins du travail est également cité dans une étude publiée par l'INPES [68]. Dans cette étude, 58 % des MG sont plutôt

méfiant à l'égard de l'indépendance des médecins du travail. Cinquante pour cent des médecins du travail ressentent cette méfiance vis-à-vis de leur indépendance. Ce chiffre est plus élevé pour les médecins de service autonome (70 %). Ce ressenti est en accord avec les déclarations des MG interrogés dans notre étude. Nous pouvons expliquer ce phénomène, par le fait que les médecins du travail sont rémunérés par l'entreprise dans laquelle ils doivent faire leur travail de prévention. Nous pourrions alors supposer que le médecin du travail pourrait avoir tendance à minimiser les problèmes de santé des employés, étant donné que les intérêts des salariés ne sont pas les mêmes que ceux de l'employeur, et que le médecin du travail est rémunéré par ce même employeur. Or, son indépendance est justement garantie par le secret médical qui lui interdit de révéler les pathologies des salariés.

Malgré cette méfiance, les MG sont 57 % à être confiants dans l'efficacité des médecins du travail et ils sont 85 % à penser que les médecins du travail sont ouverts au dialogue.

Concernant le manque d'implication des médecins du travail dans la prise en charge de la souffrance au travail, on retrouve que 29 % des médecins du travail déclarent être assez ou très souvent sollicités par les MG pour un problème de santé psychique (3<sup>ème</sup> motif par ordre de fréquence) [68]. Nous pensons que ce sentiment peut provenir du fait que les MG ne sont pas forcément informés des suites données au problème de souffrance morale au travail (pas de courrier des médecins du travail). Ils ne sont pas non plus au courant des actions menées au sein de l'entreprise, sur l'amélioration des conditions de travail. D'ailleurs, dans cette enquête, 65 % des médecins du travail pensent que les MG ne comprennent pas leur métier.

**Nous voyons donc que le manque de connaissance du rôle de chacun, les idées reçues et le manque de formation des MG sur le monde de l'entreprise, entraînent une incompréhension mutuelle et un manque de coopération, dans la prise en charge des problèmes de souffrance morale au travail. Il nous apparaît nécessaire d'améliorer cette coopération, en renforçant la formation des MG sur le monde de l'entreprise et les démarches administratives, dans le cadre de la souffrance morale au travail. Il pourrait également être utile de diffuser un annuaire des coordonnées des médecins du**

**travail de l'Eure, en les classant par secteurs géographiques ou bien par types d'entreprise, pour faciliter la communication entre les MG et les médecins du travail.**

Dans la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), un site sur la prise en charge de la santé des travailleurs a été créé, en collaboration avec des médecins du travail et l'URML entre autres [69]. Ce site rappelle la conduite à tenir face à un problème de souffrance morale au travail. Il existe également en PACA, des formations communes aux MG et aux médecins du travail. **Il serait intéressant de diffuser l'adresse du site auprès des MG de l'Eure, et pourquoi pas d'en créer une version dédiée à la Haute-Normandie.**

## **j- La sécurité sociale**

Pour la plupart des MG, les contacts avec le médecin conseil sont peu fréquents. C'est souvent à la demande du médecin conseil plutôt que l'inverse. Pour la majorité des MG, le rôle du médecin conseil se limite à contrôler les arrêts de travail, notamment lorsqu'ils sont de longue durée. Il évalue la capacité du patient à effectuer un travail et peut mettre fin aux indemnités journalières, s'il le juge nécessaire. Deux MG expriment clairement une opinion négative envers les médecins conseils et plus largement la sécurité sociale, assimilée à un organisme ayant un rôle de contrôle des pratiques des MG.

Effectivement, le rôle principal du médecin conseil, dans la prise en charge de la souffrance morale au travail, est la validation ou non des arrêts de travail, l'attribution ou non d'un arrêt longue maladie de plus de 6 mois. Il détermine également le niveau d'invalidité (1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie), en cas d'arrêt longue maladie. Il peut en outre décider de la transformation de la maladie en accident du travail ou en maladie professionnelle, s'il juge que c'est en lien avec le travail. Enfin c'est également lui qui détermine le taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP), sur lequel seront calculées les indemnités versées en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle. Nous rappelons que ce taux d'IPP doit être supérieur à 25 %, pour pouvoir faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle au CRRMP (article L. 461-1 du code de la Sécurité Sociale).

## **k- Les intervenants non médicaux**

### *- Les syndicats*

Plusieurs MG conseillent à leurs patients de consulter leur syndicat, pour pouvoir améliorer leur situation au sein de l'entreprise. Effectivement, les syndicats peuvent permettre d'alerter la direction de l'entreprise sur les conditions de travail. Ils peuvent également assister le salarié, en cas de convocation à la direction, pour l'aider à se défendre. Un MG pose le problème des petites entreprises où il n'y a pas de syndicat et où le délégué du personnel ne sera pas forcément indépendant du chef d'entreprise.

### *- L'inspection du travail*

Plusieurs MG conseillent à leurs patients de consulter l'inspection du travail. Effectivement, l'inspecteur du travail a, entre autres, une mission d'information et de conseil. Il travaille en collaboration avec le médecin inspecteur du travail qui sert d'appui et de conseil au patient, au médecin du travail et à l'inspecteur du travail.

### *- Les prud'hommes*

La plupart des MG ne conseillent pas à leurs patients d'alerter les prud'hommes. Pour la plupart, c'est le patient qui réalise ses démarches seul, ou bien avec l'appui des syndicats, mais en aucun cas avec l'aide du MG. Seul un MG les oriente vers un conseiller prudhommal, mais plutôt dans un but de conseil que dans un but juridique. **En effet, nous pensons qu'il n'est pas du rôle du médecin de donner des conseils juridiques au patient. Cela est en dehors des compétences du médecin généraliste. Il semble que cela peut même être néfaste au patient, en cas d'inexactitude dans les informations ou les conseils donnés (parler de harcèlement moral sans savoir si celui-ci est avéré et désigner un responsable, peut être assimilé à de la dénonciation calomnieuse).**

## **I- Les Centres de Consultations de Pathologie Professionnelle (CCPP)**

Nous avons été surpris de constater qu'aucun des MG interrogés n'a parlé des CCPP. Lors du premier entretien, nous avons posé clairement la question « connaissez-vous les consultations spécialisées de pathologie au travail ? ». Le MG ne les connaissait pas et nous avons ressenti une certaine gêne du MG qui s'est senti peut-être jugé par une consœur. Devant cette réaction, nous avons préféré ne pas poser directement cette question lors des entretiens suivants.

Nos résultats sont un peu discordants par rapport à la littérature, puisque dans différentes thèses, la proportion de MG ayant connaissance des CCPP était supérieure (31,1 % dans la thèse de Sophie Marconnet [51]). Nous pouvons expliquer cela par le fait que nous n'avons pas clairement posé la question. Par ailleurs, l'éloignement géographique du CHU joue certainement un rôle dans cette méconnaissance. Il serait intéressant de ré-interroger les MG sur la connaissance de ces consultations. Car même si les MG ne connaissent pas les CCPP, les psychopathologies au travail représentent 22 % des pathologies en lien avec le travail diagnostiquées dans les CCPP entre 2001 et 2009 (2<sup>ème</sup> catégorie derrière les pathologies respiratoires) [70]. Il serait également intéressant de savoir qui a adressé les patients qui consultent dans les CCPP.

Il nous apparaît préjudiciable que la totalité des MG ignore l'existence des CCPP. En effet, les CCPP peuvent être une aide dans la rédaction de certificats, notamment pour la demande de reconnaissance en maladie professionnelle. Leur expertise permet de réaliser des certificats précis sur la clinique du malade et sur l'établissement du lien avec le travail. Ils permettent également d'aider le patient dans son devenir professionnel.

**Nous pensons qu'il faut diffuser les coordonnées de la consultation de pathologie professionnelle du CHU de Rouen auprès des médecins généralistes de l'Eure, en expliquant les différents rôles de cette consultation. Le site créé entre autres par Marie Pezé, recense les CCPP [71]. Il rappelle également les différents tableaux cliniques de la souffrance morale au travail et**

**la conduite à tenir pour les différents acteurs de la prise en charge de cette souffrance. Il serait judicieux de faire connaître ce site auprès des MG.**

### **m-La reprise du travail**

La majorité des MG trouve la reprise du travail délicate. Elle se fait généralement après un long arrêt de travail. Elle génère des angoisses et du stress au patient. Cette reprise est d'autant plus difficile que l'arrêt a été long. La plupart du temps, elle ne peut se faire dans les conditions de travail ayant conduit à la souffrance morale. Pour un MG, la reprise au sein de la même entreprise, ne peut se faire que si le patient est muté dans un autre service ou sur un autre site. Nous pouvons dire que la reprise du travail pose des difficultés au patient ainsi qu'au MG. Certains MG ont parlé du rôle du médecin du travail pour une reprise après un arrêt de longue durée, mais aucun n'a cité la visite de pré-reprise. Elle est très largement méconnue et sous-utilisée. Pourtant, cette visite permet d'anticiper la reprise du travail en étudiant le poste occupé, en cherchant des aménagements possibles ou bien en proposant au salarié un reclassement à un autre poste.

**La visite de pré-reprise est trop largement méconnue des MG. Il nous apparaît nécessaire de diffuser, auprès des MG, des outils d'aide à la prise en charge de la souffrance morale au travail, et plus largement de la prise en charge de la santé des travailleurs.**

### **n- La prévention**

Peu de propos concernant la prévention ont été rapportés lors des entretiens. Un MG souligne l'importance de cette prévention, pour éviter des situations qui s'enkystent avec des arrêts de travail longs. Il insiste sur le fait qu'il manque de temps pour réaliser cette prévention au niveau individuel. Nous pensons qu'il évoque plutôt un dépistage précoce des pathologies de souffrance morale au travail, pour une meilleure prise en charge. Un autre MG propose que la prévention soit faite au sein de l'entreprise, en s'appuyant sur des cas concrets, pour éviter la répétition de ces situations. En effet, la principale prévention de la souffrance morale au travail est

d'agir sur les conditions de travail à l'origine de cette souffrance. Cette prévention se développe, avec, à la disposition des entreprises des outils pour élaborer des techniques de management non pathogènes, des outils de repérage des risques psychosociaux [72, 73, 74]. Toutefois, nous pensons que ces mesures de prévention sont plutôt utilisées dans les grandes entreprises, dotées d'un service médical autonome et d'un CHSCT. Il est sans doute plus difficile de mettre des mesures en place, de faire des enquêtes de dépistage dans les entreprises plus petites. C'est ce que confirme une étude de la DARES, qui rapporte que 20 % des salariés de PME de moins de 50 salariés ont reçu une information sur la prévention des risques professionnels contre 40 % dans les entreprises de plus de 1000 salariés [75]. On peut se poser la question de savoir si les salariés les moins informés, sont plus sujet ou non à l'apparition de souffrance morale au travail.

**Il nous semble que la prévention relève surtout du médecin du travail, bien au fait des conditions de travail dans l'entreprise. La prévention va reposer sur une prise en charge collective d'une part, (mise en place d'indicateurs de facteurs de risques psychosociaux, information des salariés et des employeurs), et d'autre part sur une prise en charge individuelle, qui peut être faite par une information adaptée à chaque poste, lors d'un entretien avec le médecin du travail. Nous pensons qu'il est important de continuer à informer les employeurs de l'importance de la prévention des risques psychosociaux. Actuellement, leur principale motivation pour prévenir les risques psychosociaux est l'obligation légale de le faire, loin devant les demandes des salariés [76, 77]. L'amélioration du dialogue au sein des entreprises est une des clés de la prévention.**

## **VI- CONCLUSION**

Nous voyons que la souffrance morale au travail est un véritable problème de santé publique, tant à l'échelle de la France qu'à l'échelle internationale. Pour les patients souffrant au travail, le médecin généraliste apparaît comme le médecin de premier recours. Il est le pivot de la prise en charge de la souffrance morale au travail.

Pourtant, nous relevons de nombreuses difficultés, pour le médecin généraliste, dans le dépistage et la prise en charge de la souffrance morale au travail.

La variabilité des tableaux cliniques rencontrés pose un problème de diagnostic aux médecins généralistes. Leur manque de formation initiale et continue ne leur permet pas de faire un diagnostic précoce de cette pathologie, comme cela devrait l'être. Le diagnostic tardif expose le patient à des complications psychologiques, voire somatiques, graves.

Comme nous le présupposions, les médecins généralistes se sentent isolés dans la prise en charge de la souffrance morale au travail. Certaines idées reçues, un manque d'accessibilité, ainsi qu'une méconnaissance du rôle du médecin du travail, empêchent une collaboration efficace entre ces deux professions. Le recours aux psychiatres et psychologues est freiné par la difficulté d'accès des psychiatres, le coût des consultations chez un psychologue et une impression de manque d'efficacité de la psychothérapie dans la résolution des problèmes de souffrance morale au travail. L'utilisation de l'arrêt de travail est encore une fois très variable d'un médecin généraliste à l'autre. Il souffre d'une mauvaise image auprès des médecins généralistes et parfois auprès des patients. La peur de faire stagner le problème et le sentiment de ne pas agir directement sur la cause freinent parfois les médecins généralistes dans leur prise en charge. L'utilisation des thérapeutiques médicamenteuses (anxiolytiques, antidépresseurs) est encore très largement répandue.

La diversité des pratiques recueillies nous montre que la prise en charge de la souffrance morale au travail par les médecins généralistes est essentiellement empirique, acquise par l'expérience. Il nous apparaît primordial d'améliorer la formation des médecins généralistes. Un séminaire dédié entièrement à la souffrance morale au travail, avec rappel des tableaux cliniques, pourrait être proposé au cours de l'internat de médecine générale. Des formations continues, communes à la médecine générale et la médecine du travail, permettraient d'améliorer la connaissance du rôle de chacun et de faire progresser la collaboration entre ces deux disciplines participant à la prise en charge de la santé au travail. La diffusion d'un annuaire des médecins du travail faciliterait le recours à ces spécialistes. De plus, la communication des coordonnées du CCPP de Rouen permettrait aux médecins généralistes d'être moins isolés. L'élaboration d'outils d'aide, tels que le site internet « Souffrance et travail » créé entre autres par Marie Pezé, est essentiel pour améliorer la prise en charge de la souffrance morale au travail. Les échelles d'évaluation actuelles sont peu maniables en médecine générale. Il serait intéressant d'en développer une, spécifique aux médecins généralistes, peu chronophage, pour faciliter le diagnostic et l'évaluation de la souffrance morale au travail.

L'amélioration des conditions de travail reste le principal objectif pour la prévention de la souffrance morale au travail. Une prise en charge très en amont, au sein des entreprises permettrait de limiter le développement de cette pathologie. Malgré un contexte socio-économique morose actuellement en Europe, l'évolution de la législation et l'émission de directives européennes concernant les techniques de management potentiellement pathogènes, nous font penser que le monde de l'entreprise, ainsi que la société, sont en train d'évoluer positivement pour la prévention des risques psychosociaux.

## VII-BIBLIOGRAPHIE

1. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. *20 ans de conditions de Travail en Europe : Premiers résultats (à partir) de la 5<sup>ème</sup> Enquête Européenne sur les conditions de Travail*. Luxembourg : Office des publications européennes, 2010. 8p.
  
2. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. *Cinquième enquête européenne sur les conditions de travail – Synthèse*. Luxembourg : Office des publications européennes, 2012. 2p.
  
3. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg : Office des publications européennes, 2012. 160p.
  
4. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. *Fourth European Working Conditions Survey*. Luxembourg : Office des publications européennes, 2007. 139p.
  
5. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail – Résumé*. Luxembourg : Office des publications européennes, 2007. 12p.
  
6. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. *Occupational safety and health in figures : stress at work - facts and figures*. Luxembourg : Office for Official Publications of The European Communities, 2009. 140p.

7. Beque M. *Les risques psychosociaux au travail : un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010*. DARES Analyses, avril 2014. N° 31. 11p
8. Bué J., Sandret N. *Un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail*. Premières synthèses Premières informations, DARES, mai 2008. N° 22.2. 8p
9. Gadéa C., Petit M., Prévidente J-P. *Baromètre des conditions de travail en Haute-Normandie*. Rouen : ARACT Haute Normandie, novembre 2010. 12p
10. Boini S., Lassagne M., Rinal S., Trontin C. *Le coût du stress professionnel en France en 2007*. INRS. 6p.
11. Debrand T. (IRDES). *L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé*. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), mars 2011. Document de travail n° 41, 26p
12. Stress. In : Larousse, *Dictionnaire de français Larousse* [en ligne], Editions Larousse. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>
13. Garnier M., Delamare J., Delamare T. et al. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Paris : Maloine, 2004. 28<sup>ème</sup> édition. p 825
14. Selye H. *The stress of life*. New York : Mc Graw Hill, 1956
15. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer, 1984
16. INSERM. *Stress au travail et santé – Situation chez les indépendants*. Paris : Les Editions Inserm, 2011. 483p. Collection Expertise Collective

17. Maslach C., Jackson S. E. *The measurement of experienced burnout*. Journal of organizational behavior, 1981. Volume 2, 99-113, 15p
18. DSM IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 2005. Texte révisé. pp 399-560
19. Pezé M. *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, *Journal de la consultation « Souffrance et Travail »*. Paris : Pearson Education France, 2008. 214p
- 20 Pezé M., Saada R., Sandret N. *Travailler à armes égales, souffrance au travail comment réagir*. Paris : Pearson Education France, 2011. 223p
21. Pezé M., Saada R., Sandret N. *Travailler à armes égales* [en ligne]. Pearson Education France. Disponible sur <http://compagnons.pearson.fr/travailler-armesegales/>
22. Leymann H. *Mobbing*. Paris : Seuil, 1996. Traduction française
23. Hirigoyen M-F. *Le Harcèlement moral, La violence perverse au quotidien*. Paris : La Découverte et Syros, 1998. Collection Pocket. 252p
24. Hirigoyen M-F. *Le Harcèlement moral dans la vie professionnelle : démêler le vrai du faux*. Paris : La Découverte et Syros, 2001. Collection Pocket. 444p
25. Hirigoyen M-F. *Le Harcèlement moral au travail*. Paris : Presses Universitaires de France, 2014. Collection Que sais-je ?. 127p

26. Code du travail. Article L1152-1. *Legifrance*. [En ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>

27. Fiches pratiques du droit du travail. *Le harcèlement moral*. [En ligne] Consultée sur le site <http://travail-emploi.gouv.fr/>

28. Code pénal. Article 222-3-2. *Legifrance*. [En ligne] Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>

29. Accord national interprofessionnel sur le stress au travail. juillet 2008. [En ligne] Disponible sur [http://www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU\\_affichage\\_document?p\\_thingIdToShow=2040548](http://www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=2040548)

30. Karasek R-A. *Job demands, job decision latitude, and mental strain : implication for job redesign*. *Administrative Science Quarterly*, 1979. 24 : 285-308. 23p

31. Lesage F.-X. et al. *Mesure du stress en milieu de travail par auto-questionnaires validés en français : revue de la littérature*. Elsevier Masson, 2012. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement* 2012 ; XXX : 1-11. 11p

32. Langevin V., François M., Boini S. et al. *Risques psychosociaux : outils d'évaluation, Job Content Questionnaire*. INRS, 2011. Document pour le Médecin du Travail. N° 125

33. Niedhammer I., Siegrist J. *Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle Déséquilibre Efforts/Récompenses*. *Epidémiologie Et Santé Publique*, 1998. 46, 398-410. 12p

34. Langevin V., François M., Boini S. *et al.* *Risques psychosociaux : outils d'évaluation, déséquilibre efforts/récompenses*. INRS, 2011. Document pour le Médecin du Travail. N° 125
35. Langevin V., François M., Boini S. *et al.* *Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail*. INRS, 1<sup>er</sup> trimestre 2011. 5p. Revue Document pour le Médecin du travail, collection Risques Psychosociaux outils d'évaluation. N° 125. p 23-35.
36. Langevin V., François M., Boini S. *et al.* *Risques psychosociaux : outils d'évaluation, Hospital Anxiety and Depression Scale*. INRS, 2011. Document pour le Médecin du Travail. N° 127
37. Langevin V., François M., Boini S. *et al.* *Risques psychosociaux : outils d'évaluation, General Health Questionnaire*. INRS, 2011. Document pour le Médecin du Travail. N° 128
38. Langevin V., François M., Boini S. *et al.* *Risques psychosociaux : outils d'évaluation, Echelle Visuelle Analogique*. INRS, 2012. Références en Santé au travail. N° 130
39. Langevin V., François M., Boini S. *et al.* *Risques psychosociaux : outils d'évaluation, Mini International Neuropsychiatric Interview*. INRS, 2013. Références en Santé au travail. N° 134
40. Berthier N. *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales, Méthode et exercices corrigés*. Paris : Editions Armand Colin, 2006. 352p. Collection Cursus. 3<sup>ème</sup> édition

41. Bréchon P. *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Editions Presse universitaire de Grenoble, 2011. 232p. collection Politique < en + >
42. Fenneteau H. *Enquête : entretien et questionnaire*. Paris : Edition Dunod, 2007. 128p. Collection Les Topos, 2<sup>ème</sup> édition
43. Pasquier E. *Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale*. Mémoire : médecine. Lyon, 2004. 23p
44. Guignon N., Niedhammer I., Sandret N. *Les facteurs psychosociaux au travail une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003*. Premières Synthèses Premières Informations, DARES, mai 2008. N° 22.1. 8p
45. Arnaudo B. et al. *Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs*. DARES Analyses, février 2013. N° 10. 12p
46. Candy B., Stansfeld S. *Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review*. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 2006. Vol 32, n°6. 443-462. 19p
47. Jain A., Leka S. *Health impact of psychosocial hazards at work : an overview*. Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé, 2010. 126p.
48. Coutrot T. Mermilliod C., *Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles*. DARES ANALYSES, décembre 2010. N° 081. 10p
49. Professionnels de santé en 2013. INSEE. *Institut National de la statistique et des études économiques*. [En ligne]. Disponible sur [http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=NATTEF06103](http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103)

50. URML Ile de France. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. Commission Prévention et Santé Publique, juin 2007. 47p
51. Marconnet S. *Enquête de pratique sur la prise en charge de la souffrance morale au travail réalisée auprès de 106 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes*. Thèse d'exercice : médecine. Lyon, 2011
52. Gehanno J-F. Kaczmarek E. Farre D. Hermil J-L., *Le patient face à un problème de santé lié au travail*. Université de Rouen
53. Saliba M.-L. et al. *Les médecins face à la santé au travail : une étude qualitative dans le sud-est de la France*. Elsevier Masson, 2007. 376-381, 6p. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, n°55
54. Arnaud S., Cabut S., Viau A. et al. *Different reporting patterns for occupational diseases among physicians: a study of French general practitioners, pulmonologists and rheumatologists*. Springer, 2009. International Archives of Occupational and environmental Health (2010). 83 : 251-258. 8p
55. Habert M. *Aspects spécifiques de la souffrance morale liée aux conditions de travail : enquête en vue d'une réflexion sur une prise en charge par le médecin généraliste*. [En ligne]. Thèse d'exercice : médecine. Paris VI, 2006. Disponible sur [http://www2.biusante.parisdescartes.fr/theses/theses\\_rech.htm](http://www2.biusante.parisdescartes.fr/theses/theses_rech.htm)
56. Gallezot-Girardeau D. *Le médecin généraliste face aux patients souffrant de stress professionnel : études de 101 consultations pratiquées par 52 médecins généralistes du département du Rhône*. Thèse d'exercice : médecine. Lyon, 2006
57. Dériot G., *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales par la mission d'information sur le mal-être au travail*. Session extraordinaire de 2009-2010

58. Arnaudo B. et al. *L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER*. DARES Analyses, mars 2012. N° 23. 10p

59. ANAES. *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*. Recommandations. mai 2002.

60. Haute Autorité de Santé. *Affections psychiatriques de longues durées, troubles anxieux graves*. 2007.

61. AFSSAPS. *Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*. Rapport d'expertise, janvier 2012.

62. Kaouel S. *Le harcèlement moral au travail pris en charge par les médecins généralistes*. *Revue de la littérature et enquête auprès de médecins généralistes d'Ile de France*. [En ligne]. Thèse d'exercice : médecine. Paris V, 2006.

63. De Clavière C. et al. *Devenir médical et socioprofessionnel des patients pris en charge pour souffrance psychologique au travail au sein d'une consultation de pathologie professionnelle*. Elsevier Masson, 2008. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2008. 69 : 24-30. 7p

64. Fiches pratiques du droit du travail. *La rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée*. [En ligne] Consultée sur le site <http://travail-emploi.gouv.fr/>

65. Inan C. *Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail*. DARES ANALYSES, février 2013. N° 09. 10p

66. Chaupain-Guillot S., Guillot O. *Les absences au travail en Europe : quel impact du régime d'indemnisation maladie et de la législation de protection de l'emploi sur les comportements des salariés ?* Revue Travail et Emploi, octobre-décembre 2009. N° 120. Pp 21-30. 10p

67. De Brouwer C., Farr P., Thimpont J. *Les relations entre le médecin du travail et le médecin généraliste.* Santé conjugquée, janvier 2010. n°51, 102-106. 5p

68. Ménard C., et al. *Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés.* Saint-Denis : INPES, 2011.coll. Études Santé. 192 p

69. Souffrance liée au travail. In : Système d'Information en Santé, Travail, Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur. *SISTEPACA* [en ligne]. Obadia Y., février 2006. Date de dernière mise à jour 01 octobre 2013. Disponible sur <http://www.sistepaca.org/01c-souffrance.htm>

70. ANSES, RNV3P. *Réseau National de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, rapport scientifique.* Edition scientifique, septembre 2011. 279p

71. Diffusion des connaissances sur le travail humain. *Souffrance et travail... ne restez pas seuls.* Disponible sur <http://www.souffrance-et-travail.com/>

72. ANACT. *Prendre en compte les RPS dans le document unique : kit méthodologique.* 2012. 75p.

73. ARACT Haute-Normandie, CARSAT Normandie, DIRECCTE Haute-Normandie. *Prévention des risques psychosociaux passez à l'action : synthèse.* 2012.

74. Petit M., Sidoli B. *Prévenir les risques psychosociaux : outils pour l'action*. ARACT Haute Normandie, 2012. 28p.

75. Coutrot T., *La prévention des risques professionnels vue par les salariés*. Premières informations Premières synthèses. DARES, 2008. N° 5.1. 8p

76. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. *Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents : résumé*. juin 2010. 16p.

77. Cockburn W., Gonzalez E. R., Irastorza X., Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. *European survey of enterprises on new and emerging risks : managing safety and health at work*. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2010. 156p.

# VIII-ANNEXES

## 1- Courriel adressé aux médecins généralistes

Chers Confrères, chères Consoeurs,

J'aimerais prendre contact avec vous dans le cadre de ma thèse qui a pour thème **la souffrance morale au travail** de nos patients.

Dans ce cadre j'aimerais rencontrer les médecins généralistes afin de mieux cerner l'hétérogénéité des pratiques dans la prise en charge de cette souffrance morale au travail.

L'entretien durerait environ trente minutes.

Pour cela, je me permettrai de vous recontacter prochainement par téléphone afin de vous proposer un rendez vous.

En espérant votre participation, je vous remercie et je vous prie d'agréer mes sincères salutations.

Mélanie DURET, médecin remplaçante

06-20-51-38-72

melanieduret@orange.fr

## 2- Guide d'entretien

Quels sont les outils utilisés par les médecins généralistes pour répondre à une demande de souffrance au travail ?

Introduction : « Bonjour, je me présente je m'appelle Mélanie DURET, j'ai terminé l'internat en octobre 2011 et je fais actuellement des remplacements en médecine générale dans l'Orne.

J'aimerais aborder avec vous le thème de la souffrance morale au travail et notamment la prise en charge par les médecins généralistes de ce motif de consultation. Si vous êtes d'accord, Je vais vous laisser me parler de ce sujet, vous pouvez me dire ce que vous voulez, cet entretien sera anonyme. Il sera également enregistré pour pouvoir l'exploiter ensuite, si vous êtes d'accord bien entendu. Nous allons discuter ensemble pendant environ 45 minutes. Je vais vous demander dans un premier temps de vous présenter et ensuite de me parler de la souffrance morale au travail. »

- 1) Pouvez-vous dans un premier temps vous présenter ?
  - ⇒ âge ? sexe ?
  - ⇒ nombre d'années d'installation ?
  - ⇒ Exercice particulier ?
  - ⇒ Lieu d'exercice : rural ou urbain, groupe ou individuel ?
  
- 2) Que pouvez-vous me dire sur la souffrance morale au travail exprimée par vos patients ?
  - ⇒ Fréquence de ce motif ?
  - ⇒ Plainte facilement exprimée ?
  - ⇒ Motif facilement identifié par vous ?
  - ⇒ Diversité des plaintes ?
  - ⇒ Catégories socioprofessionnelles en cause ?
  
- 3) Pouvez-vous me raconter le déroulement d'une consultation dont le motif est la souffrance morale au travail ?
  - ⇒ Interrogatoire du patient : sur sa souffrance ? sur son entreprise et son organisation ? sur son travail ?
  - ⇒ Evaluation de la souffrance ? utilisation d'un questionnaire ?

⇒ Thérapeutique ? médicaments ? arrêt de travail ? écoute active ? orientation vers une autre personne ? (psychologue, psychiatre médecin du travail ?)

4) Parlez-moi de votre relation avec le médecin du travail.

⇒ Fréquence ? y-a-t-il des freins ? lesquels ?

5) Que pouvez-vous me dire sur votre formation sur ce sujet ?

⇒ Initiale ? continue ?

### 3- Questionnaire JCQ

- . Ce questionnaire a pour but de recueillir ce que vous ressentez au sujet de votre travail.
- . Pour assurer la qualité des résultats, nous avons besoin que vous répondiez à toutes les questions.
- . Vous pouvez le remettre au médecin ouvert ou sous enveloppe cachetée.

1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord .....

2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives

Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord .....

3. Mon travail me demande d'être créatif

Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord .....

4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même

Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord .....

5. Mon travail demande un haut niveau de compétence

Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord .....

6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail

Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord .....

7. Dans mon travail, j'ai des activités variées

Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord .....

8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord .....

9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord .....

10. Mon travail demande de travailler très vite

Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord .....

11. Mon travail demande de travailler intensément  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
15. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
17. Mon travail est très « bousculé »  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
18. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
19. Mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....
22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....

23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....

24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....

25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....

26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien  
Pas du tout d'accord ..... Pas d'accord ..... D'accord ..... Tout à fait d'accord  
.....

### **CALCUL DU SCORE**

Les réponses proposées sont : « Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord », ce qui permet de les coter de 1 à 4 et de calculer un score pour chacune des trois dimensions. On calcule ensuite la valeur de la médiane de chacun des scores, c'est-à-dire la valeur qui partage l'ensemble de la population enquêtée en deux parties égales : la moitié des salariés se situent au-dessus de ce score, et l'autre moitié au dessous. Le *job strain* est défini comme une situation où la demande psychologique est supérieure à la médiane et la latitude décisionnelle inférieure à la médiane, ce qui constitue une situation à risque pour la santé.

- Le score de demande psychologique est donné par la formule :  
 $Q10+Q11+Q12+(5-Q13)+Q14+Q15+Q16+Q17+Q18$
- Le score de latitude décisionnelle est donné par la formule :  $4*Q4+4*(5-Q6)+4*(Q8)+2*(5-Q2)+2*(Q5)+2*(Q7)+2*(Q1)+2*(Q3)+2*(Q9)$
- Le score de soutien social est donné par la formule  
 $Q19+Q20+Q21+Q22+Q23+Q24+Q25+Q26$
- 

En pratique, si le score de demande psychologique est supérieur à 20 et le score de latitude décisionnelle inférieure à 71, le salarié est dans le cadran « tendu », et donc considéré en situation de *job strain*. L'*isostrain* est la combinaison d'une situation de *job strain* et d'un faible soutien social, inférieur à 24.

## 4- Questionnaire efforts/ récompenses de Siegrist

1

### Version française du questionnaire du Déséquilibre Efforts-Récompenses – 2004

Pour toute utilisation, merci de citer ces deux références :

*Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2000;48:419-437*

*Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Social Science and Medicine 2004;58:1483-1499*

#### 1 Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail

- Pas d'accord ..... <sub>1</sub>  
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ..... <sub>2</sub>  
D'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
D'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
D'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

#### 2 Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail

- Pas d'accord ..... <sub>1</sub>  
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ..... <sub>2</sub>  
D'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
D'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
D'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

#### 3 J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail

- Pas d'accord ..... <sub>1</sub>  
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ..... <sub>2</sub>  
D'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
D'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
D'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

#### 4 Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires

- Pas d'accord ..... <sub>1</sub>  
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ..... <sub>2</sub>  
D'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
D'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
D'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

#### 5 Mon travail exige des efforts physiques

- Pas d'accord ..... <sub>1</sub>  
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ..... <sub>2</sub>  
D'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
D'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
D'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

#### 6 Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant

- Pas d'accord ..... <sub>1</sub>  
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ..... <sub>2</sub>  
D'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
D'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
D'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

- 7 Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs**
- D'accord ..... <sub>1</sub>  
 Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e).. <sub>2</sub>  
 Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 Pas d'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 Pas d'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>
- 8 Je reçois le respect que je mérite de mes collègues**
- D'accord ..... <sub>1</sub>  
 Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e).. <sub>2</sub>  
 Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 Pas d'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 Pas d'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>
- 9 Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles**
- D'accord ..... <sub>1</sub>  
 Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e).. <sub>2</sub>  
 Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 Pas d'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 Pas d'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>
- 10 On me traite injustement à mon travail**
- Pas d'accord ..... <sub>1</sub>  
 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ..... <sub>2</sub>  
 D'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 D'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 D'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>
- 11 Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail**
- Pas d'accord ..... <sub>1</sub>  
 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ..... <sub>2</sub>  
 D'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 D'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 D'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>
- 12 Mes perspectives de promotion sont faibles**
- Pas d'accord ..... <sub>1</sub>  
 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ..... <sub>2</sub>  
 D'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 D'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 D'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>
- 13 Ma sécurité d'emploi est menacée**
- Pas d'accord ..... <sub>1</sub>  
 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ..... <sub>2</sub>  
 D'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 D'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 D'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

**14 Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation**

- D'accord ..... <sub>1</sub>  
 Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e).. <sub>2</sub>  
 Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 Pas d'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 Pas d'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

**15 Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail**

- D'accord ..... <sub>1</sub>  
 Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e).. <sub>2</sub>  
 Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 Pas d'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 Pas d'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

**16 Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes**

- D'accord ..... <sub>1</sub>  
 Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e).. <sub>2</sub>  
 Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 Pas d'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 Pas d'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

**17 Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant**

- D'accord ..... <sub>1</sub>  
 Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e).. <sub>2</sub>  
 Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) ..... <sub>3</sub>  
 Pas d'accord, et je suis perturbé(e) ..... <sub>4</sub>  
 Pas d'accord, et je suis très perturbé(e) ..... <sub>5</sub>

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord
<b>18</b> Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>19</b> Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>20</b> Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>21</b> Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>22</b> Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>23</b> Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## 5- Articles de loi

### Article 1er

#### Définir et préciser les caractéristiques du harcèlement et de la violence au travail

En vigueur étendu

##### 1.1. Cadre

Le champ de l'accord concerne les actes de harcèlement et de violence au travail commis, à l'occasion de relations professionnelles entre :

- les salariés d'une même entreprise ;
- les salariés et des tiers concourant de façon habituelle à l'activité de l'entreprise.

Le harcèlement :

Le harcèlement survient lorsqu'un ou plusieurs salariés font l'objet d'abus, de menaces et/ ou d'humiliations répétés et délibérés dans des circonstances liées au travail, soit sur les lieux de travail, soit dans des situations liées au travail.

Le harcèlement moral et le harcèlement sexuel sont expressément sanctionnés par la loi française, y compris pénalement.

##### 1.2. Définitions et caractéristiques des formes de harcèlement

Le harcèlement moral :

Définition (L. 1152-1 du code du travail) : aucun salarié ne doit subir des agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Sanction pénale : (art. 222.33.2 du code pénal) le fait de harceler autrui par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni de 1 an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

Sont donc constitutifs du harcèlement moral :

- « des faits répétés » : un seul acte ne caractérise donc pas systématiquement le harcèlement ;
- « susceptibles de porter atteinte » : peu importe que le harceleur soit parvenu ou pas à ses fins, le simple comportement suffit à caractériser l'infraction ;
- enfin, l'auteur des faits peut être un collègue, un supérieur hiérarchique, un subordonné du salarié victime ou un tiers non-salarié.

Le harcèlement sexuel :

Définition (L. 1153-1 du code du travail) : les agissements de harcèlement de toute personne dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers sont interdits.

Sanction pénale : (art. 222-33 du code pénal) Le fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle est puni de 1 an d'emprisonnement et de 15

000 € d'amende.

Sont donc constitutifs du harcèlement sexuel :

- « des agissements à connotation sexuelle » : tout agissement à connotation sexuelle, subi par une personne et ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant ;
- « dans le but d'obtenir » : peu importe que le harceleur soit parvenu ou pas à ses fins, le simple comportement suffit à caractériser l'infraction ;
- enfin, l'auteur des faits peut être un collègue, un supérieur hiérarchique, un subordonné du salarié victime ou un tiers tel que précisé ci-dessus à l'article 1.1 « Cadre ».

### 1.3. Caractéristiques et formes de la violence au travail

La violence au travail :

La violence au travail se produit lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des circonstances liées au travail. Elle va du manque de respect à la manifestation de la volonté de nuire, de détruire, de l'incivilité à l'agression physique. La violence au travail peut se traduire par des agressions verbales, comportementales, physiques...

Sanctions pénales :

Les actes de violence au travail peuvent prendre la forme :

D'agressions verbales :

- injures (R. 621-2 du code pénal) ;
- insultes (R. 624-4 et 132-77 du code pénal) :
- d'ordre général ;
- racistes ;
- discriminatoires.
- menaces :
- de mort sans ou sous conditions (222-17 et 222-18 du code pénal) ;
- autres menaces – intimidations (R. 623-1 du code pénal) ;
- de dégradations (R. 631-1, R. 634-1, 322-12 et 322-13 du code pénal).

D'agressions comportementales :

- harcèlement (222-33-2, 222-16 et 226-4 du code pénal)
- chantage (312-10 et 312-11 du code pénal) ;
- bruits et tapages injurieux (R. 623-2 du code pénal) ;
- destructions et dégradations (actes) (322-1, R. 635-1 du code pénal) ;
- obstruction et séquestration (431-1 et 224-1 du code pénal).

D'agressions physiques :

- violences légères (art. s R. 625-3, R. 625-1, R. 624-1 et 220-20 du code pénal) ;
- coups et blessures volontaires (Notion d'intention) ;
- articles R. 625-3, R. 625-1 et R. 624-1 du code pénal ;
- articles 222-11, 222-10, 222-9, 222-13, 222-12 du code pénal ;
- homicides (art. s 221-1 et suivants et 221-6 et suivants du code pénal).

#### 1.4. Dispositions communes

L'employeur est tenu, de protéger le salarié contre toutes formes de harcèlement et de violence au travail, qu'elles se manifestent notamment :

- de façon verbale ou écrite ;
- par leur caractère psychologique, physique et/ ou sexuel ;
- par une série d'incidents ponctuels ou de comportements systématiques ;
- entre collègues, entre supérieurs et subordonnés, entre salariés et des tiers travaillant habituellement dans l'entreprise ;
- par des actes tels que le manque de respect ou par des agissements plus graves, voire des délits, exigeant l'intervention des pouvoirs publics.

**Étendu par arrete du 5 juillet 2012**

## IX-SERMENT D'HIPPOCRATE

*« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments, physiques, mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »*

## **RÉSUMÉ**

**Contexte :** La souffrance morale au travail est un problème majeur de santé publique. C'est un motif de consultation fréquemment rencontré en médecine générale. Le médecin généraliste (MG) apparaît comme le premier recours pour les personnes souffrant au travail.

**Objectif :** Nous pensons qu'il existe chez les MG une multitude d'attitudes différentes face à ce problème de santé. Le MG est peut-être isolé. Nous cherchons à connaître les modalités de prise en charge de la souffrance morale au travail.

**Méthode :** Nous avons réalisé 13 entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes de l'Eure. Nous avons ensuite retranscrit les entretiens, codé les verbatim puis fait un regroupement thématique sur Excel.

**Résultats :** Il ressort que les MG se sentent seuls face à la souffrance morale au travail. Leur prise en charge est empirique. Certaines idées reçues, un manque d'accessibilité et une méconnaissance du rôle du médecin du travail, empêchent une collaboration efficace entre ces deux professions. Le recours aux psychiatres est freiné par la difficulté d'accès à ces spécialistes, le recours aux psychologues par le coût des consultations. Les MG ont une impression de manque d'efficacité de la psychothérapie. L'utilisation de l'arrêt de travail est très variable d'un MG à l'autre. La peur de faire stagner le problème et le sentiment de ne pas être curatif freinent parfois les MG dans leur prise en charge. L'utilisation des thérapeutiques médicamenteuses est encore très largement répandue.

**Conclusion :** Il est primordial d'améliorer la formation des MG. Des formations continues communes aux MG et aux médecins du travail permettraient de faire progresser la collaboration entre ces acteurs essentiels. La diffusion des coordonnées du Centre de Consultations de Pathologie Professionnelle de Rouen permettrait aux MG d'être moins isolés. La diffusion d'outils d'aide améliorerait la prise en charge de la souffrance morale au travail.

**MOTS CLÉS :** Souffrance morale. Médecin généraliste. Prise en charge. Enquête qualitative. Épuisement professionnel. Travail.