



HAL
open science

Souffrance psychique professionnelle, ressentis et limites de la prise en charge en médecine générale

Dominique Bastiani

► **To cite this version:**

Dominique Bastiani. Souffrance psychique professionnelle, ressentis et limites de la prise en charge en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01319384

HAL Id: dumas-01319384

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01319384>

Submitted on 19 Jul 2016

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.

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2015-2016

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTE BASTARAUD
N°. **2016ANTI0029**

Souffrance psychique professionnelle, Ressentis et limites de la prise en charge En médecine générale

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe
BASTARAUD
Université des Antilles
CHU de Guyane

Le 29.02.2016

Par

Dominique Bastiani

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président du jury: Madame le Professeur M. DUEYMES

Membres du jury: Monsieur le Professeur P.COUPPIE

Monsieur le Professeur M. NACHER

Monsieur le Docteur J.C GARDRAT

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Daniel CARCAILLET

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Au Professeur Maryvonne DUEYMES, vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie grandement pour votre disponibilité, Acceptez ici l'expression de ma sincère reconnaissance et l'expression de ma respectueuse gratitude.

Au Professeur Pierre COUPPIE, vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous fais part ici de ma reconnaissance pour le travail pédagogique, l'investissement dans l'enseignement universitaire ainsi que de m'avoir accepté dans votre service. Merci pour votre bienveillance et votre justesse.

Au Professeur Mathieu NACHER, Merci pour votre disponibilité et pour ce que vous faites pour les internes de la subdivision, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Jean-Charles GARDRAT, vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie d'avoir accepté de représenter la médecine générale dans ce jury. Recevez ici le témoignage de mon profond respect et de mes plus vifs remerciements.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A Daniel: si un jour, on m'avait dit qu'à 26 ans je serai ami avec un breton au savoir encyclopédique, à la barbe blanche et qui fume la pipe...
Pour ta rigueur, ton humanisme, ton compagnonnage dans le privé, dans la médecine et dans cette thèse: merci.

A Simon et Caro: mes amis depuis le début, vous m'avez toujours inspiré et j'espère que ce sera encore longtemps le cas. Dans les moments difficiles, c'est en pensant à vous que je trouve la joie et le plaisir de me surpasser. Je vous aime.

A mes amis du Haut Var: qui toujours ont été présents, et fiers de notre beau coin de paradis. Spécialement à Edouardo, toujours prêt à remplir nos verres d'un grand cru afin d'entretenir la palabre jusqu'au petit matin.

A Oualid : l'homme qui renaît chaque jour que dieu fait. Pour m'avoir montré à quel point le génie et la folie sont proches et que l'amitié peut être l'histoire d'une fraction de seconde. Ne change rien.

A Adèle: Mon acolyte de stage et mon amie. Toujours à se plaindre mais toujours présente. Merci pour ton aide et ta bienveillance autant personnelle que professionnelle. Tu resteras la petite sœur que je n'ai jamais eu.

A Marine: Pour ton soutien, ta présence et pour tout ce qui reste à venir.

A Jeff : Pour ton indéfectible amitié depuis notre toute première garde, pour l'aide que tu m'as toujours apporté et notre complicité, qui je l'espère ne cessera de grandir.

A John : Du jour où j'ai sauté sur Jubilation en passant par Frégate ou la Case de dit Yoyo pour finir sur Exocet... Pour tout ce temps passé sur l'eau, à naviguer et sous l'eau, dans le bleu profond de la mer. A toute ces heures à échanger et à apprendre l'un de l'autre et celles à venir en Polynésie ou en corse !

P.S : Si tu te poses la question de prendre un ris, c'est qu'il faut le prendre!!

A mes frères et sœur: Xav, Nico, Caro et Christophe. Sans vous je ne serais évidemment pas ce que je suis. Chacun d'entre vous m'a appris directement ou indirectement les choses de la vie que l'on peut trouver nulle part ailleurs. Peu importe les bonheurs et malheurs à venir, vous serez à tout jamais ce que j'ai de plus cher. J'espère que notre âge mental ne bougera pas et que l'humour restera à jamais la meilleure façon de se dire qu'on s'aime. « Force et Honneur ».

A mon père: qui m'a appris, au travers de son humilité, la beauté et la subtilité de la médecine générale. Plus que toutes les valeurs de travail et d'obstination que tu m'as transmises et qui m'ont permis d'être là aujourd'hui, la plus importante est celle qui désormais guide ma vie, le bonheur de la simplicité. Merci.

A ma mère: il n'y a pas un instant où l'amour et la bienveillance que tu nous a porté ne résonne en moi. Il n'y a pas de chance plus grande dans la vie que de t'avoir comme mère. Pour la force et la sagesse que tu m'as transmise, à tout jamais merci.

« Un jour, il nous faudra bien répondre à notre véritable vocation, qui n'est pas de produire et de consommer sans fin, mais d'aimer, d'admirer et de prendre soin de la vie sous toutes ses formes »

Pierre RABBI

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| LISTE DES ABREVIATIONS | 9 |
| RÉSUMÉ | 11 |
| INTRODUCTION ET CONTEXTE | 13 |
| 1. État des lieux | 13 |
| 2. Définitions | 16 |
| 3. Historique législatif entourant la souffrance professionnelle | 19 |
| 4. Évolution des techniques de gestion des personnels dans le monde du travail | 23 |
| 4.1. Début du management moderne | |
| 4.2. L'individu dans l'entreprise actuelle | |
| 4.3. De la déshumanisation à la sur-humanisation du travailleur | |
| 5. Genèse de la question d'étude | 31 |
| MATERIEL ET METHODES | 33 |
| 1. Analyse de la littérature | 33 |
| 2. Type d'étude | 34 |
| 3. Échantillonnage | 35 |
| 4. Recueil des données | 37 |
| 5. Analyse des données | 38 |
| RESULTATS ET COMMENTAIRES | 40 |
| 1. Caractéristiques des médecins généralistes | 40 |
| 2. Analyse des entretiens | 41 |
| 2.1 Une pathologie moderne et généralisée | 41 |
| 2.1.1 Un motif de consultation de plus en plus fréquent | |
| 2.1.2 Aucune catégorie de travailleurs n'est épargnée | |
| 2.1.3 Un monde du travail qui a changé | |
| 2.2 Une consultation à part | 43 |
| 2.2.1 L'absence de formations et de recommandations | |
| 2.2.2 Droit de retrait | |

- 2.2.3 Une présentation diverse
- 2.2.4 Une maladie multifactorielle
- 2.2.5 Un diagnostic difficile et chronophage
- 2.2.6 Absence de prise en charge standardisée

2.3 La problématique de l'arrêt de travail 48

- 2.3.1 Différents types de travailleurs
- 2.3.2 Risques de désinsertion professionnelle
- 2.3.3 Limites liées au patient
 - 2.3.3.1 Refus de l'arrêt de travail par déni
 - 2.3.3.2 Négociation du motif de l'arrêt de travail et secret professionnel
 - 2.3.3.3 Peur des conséquences
- 2.3.4 Peurs ressenties vis-à-vis de l'arrêt lui-même
 - 2.3.4.1 Difficultés de compréhension administrative
 - 2.3.4.2 Pression extérieure sur le médecin en cas d'arrêt de travail

2.4 Limites de la médecine du travail ressentie par le généraliste 55

- 2.4.1 Conflit d'intérêt
- 2.4.2 Le médecin généraliste ne voit pas le médecin du travail comme une aide efficace
- 2.4.3 L'absence de contrat de travail

2.5 Un arsenal thérapeutique limité pour une pathologie qui dépasse le cadre de la médecine générale 58

- 2.5.1 Limitation par les institutions de santé
- 2.5.2 Le médecin généraliste ne sent pas son action efficace
- 2.5.3 Pauvreté des autres actions thérapeutiques en synergie avec l'arrêt de travail

2.6 Reconnaissance en tant qu'accident de travail 62

- 2.6.1 Le cadre législatif et son application dans les faits
- 2.6.2 Ressentis des médecins généralistes
- 2.6.3 Inscription du *burn out* au tableau des maladies professionnelles

DISCUSSION ET PROPOSITIONS 65

1. Discussion concernant la méthodologie 65

2. Discussion concernant les résultats 68

2.1 La charge de travail 68

2.2 Améliorer la formation 70

- 2.2.1 Amélioration de la formation initiale
- 2.2.2 Amélioration de la formation continue

2.3 Améliorer le lien avec la médecine du travail 74

2.4 Les tabous 77

2.5 Limites thérapeutiques 79

2.6 Perspectives et solutions **82**

2.6.1 La prévention des risques psychosociaux

2.6.2 Évaluation, et promotion d'alternatives thérapeutiques

2.6.3 L'inscription au tableau des maladies professionnelles

CONCLUSION ET OUVERTURES **87**

BIBLIOGRAPHIE **91**

ANNEXES **97**

- I. **ANNEXE 1 : Questionnaire d'entretien semi-dirigé**
- II. **ANNEXE 2 : Test d'inventaire de *Burn-Out* de Malach**
- III. **ANNEXE 3 : Liste des enseignants à l'université des Antilles et de la Guyane**
- IV. **ANNEXE 4 : Serment d'Hippocrate**

Liste des abréviations

- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- **INRS** : Institut National de Recherche et de Sécurité
- **INVS** : Institut de Veille Sanitaire
- **RPS** : Risques Psychosociaux
- **EASHW** : European Agency For Safety and Health at Work
- **OMS**: Organisation Mondiale de la Santé
- **BIT**: Bureau International du Travail
- **AESST** : Agence Européenne de Sécurité et de Santé au Travail
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- **MBI** : Malash Burn out Inventory
- **CNRS**: Centre National de Recherche Scientifique
- **CNPF** : Centre National du Patronat Français
- **CDI** : Contrat à Durée Indéterminée
- **CDD** : Contrat à Durée Déterminée
- **DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- **DOM**: Département d'Outre-Mer
- **EPU** : Enseignement Post-Universitaire
- **DU** : Diplôme Universitaire
- **URSAFF** : Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité sociale et d'Allocation Familiale.
- **ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
- **ISSA** : Association Internationale de la Sécurité Sociale
- **ISNI** : Inter Syndicat National des Internes

- **DES**: Diplôme d'Etude Spécialisée
- **ISNAR.IMG** : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale
- **CRA** : Commission de Recours Amiable
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CMP** : Centre Médico Psychologique

RÉSUMÉ

Problématique : La souffrance psychique professionnelle et les risques psychosociaux qui la constituent représentent une pathologie grave en expansion. Sa manifestation clinique, psychique et somatique est devenue quotidienne en médecine générale.

Objectifs : Recueillir les ressentis et limites d'une prise en charge de la souffrance psychique professionnelle en médecine générale avec ses spécificités guadeloupéennes. Apporter une réflexion sur la situation actuelle et d'éventuelles pistes d'amélioration.

Méthode: Une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de 10 médecins généralistes exerçant en Guadeloupe.

Résultats: Les omnipraticiens constatent une forte augmentation de la demande de soins psychiques ou somatiques relative aux conditions de travail de leurs patients. Ils déplorent une charge de travail quotidienne trop importante face à la réalisation d'un diagnostic difficile et pour part sociétal. Un manque d'efficacité de prise en charge lié à leur formation, aux limites des moyens thérapeutiques dont ils disposent, au défaut de pluridisciplinarité avec la médecine du travail et à la mise en place d'un suivi psychologique ou psychiatrique.

Conclusion : Le médecin généraliste a le sentiment d'être isolé face à une pathologie grave qui le dépasse. Il s'agit d'une problématique pour laquelle il estime ne pas avoir les moyens suffisants pour traiter efficacement ses patients. Pourtant des pistes d'améliorations semblent possibles dans le domaine de la formation, de l'efficience thérapeutique mais également des cadres législatifs encadrant le monde du travail.

MOTS CLES :

Médecine générale – Souffrance psychique professionnelle – Burn out – Stress – Prévention – Guadeloupe

ABSTRACT

Issue : Professional mental distress and the psychosocial risks related to this suffering represent a critical and expanding pathology. Their clinical, mental and somatic manifestations have become ordinary in general practice.

Objectives : To collect the impressions and limits regarding patient care in the field of professional mental distress in general practice, with special regard to the specifics of the Guadeloupien context. To come up with a reflexion on the current situation and possible measures for improvement.

Method : A qualitative study based on semi-directive interviews conducted with 10 general practitioners working in Guadeloupe.

Results : General practitioners are observing an important increase of the demand for mental and somatic care, related to the working conditions of their patients. They find regrettable to facing an overwhelming daily work load while needing to conduct this kind of difficult diagnosis, wich includes a complex societal component; to be lacking sufficient training, leading to a lack of effectiveness in patient car for this king of pathology, to be only able to work with limited therapeutic means, to be facing a lack of multidisciplinary with occupational heakth-care, and the lack of means to put in place a psychological or psychiatric follow-up for the patient.

Conclusion : The general practitioner has the feeling to be isolated in front of this serious pathology, for wich he finds himself helpless. He considers that he doesn't possess sufficient means to tackle this complex issue and treat effectively this patients. Nonetheless, measures for improvement exist regarding training, therapeutic efficiency as well as within the legislative frameworks controlling the professional and working world.

Key words : General practice – Professional mental distress – burn ou – stress –

INTRODUCTION ET CONTEXTE

1. État des lieux.

L'objectif principal du médecin généraliste, par sa pratique quotidienne, est de permettre aux patients de maintenir ou de recouvrir un état de santé physique et moral satisfaisant à son épanouissement, par un travail de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement et d'accompagnement.

Les limites du domaine médical sont le plus souvent évoquées pour des maladies purement somatiques comme le cancer ou le VIH. Des atteintes endémiques qui ont remis en cause dans les années 1980 l'ancienne vision du médecin tout puissant. Mais qu'en est-il des pathologies modernes de nature sociétales professionnelles et environnementales, de plus en plus fréquentes aujourd'hui, celles-ci pouvant engendrer une souffrance psychique voire provoquer ou faciliter le déclenchement de pathologies organiques ? Face à cette problématique, le médecin omnipraticien serait-il devenu impuissant ?

De prime abord, lorsque l'on regarde les chiffres évoqués par les agences internationales et nationales traitant du sujet, les chiffres sont éloquentes. Ainsi, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 5 des 10 principales maladies du 21^{ème} siècle seront de nature psychique [1].

Dans de récentes études financées par l'Union Européenne en 2013, le coût

pour l'Europe des dépressions liées au travail a été estimé à €617 milliards par an. Le total était composé des coûts résultants de l'absentéisme (€ 272 milliards), de la

perte de productivité (€ 242 milliards), des dépenses de santé (€ 63 milliards) et des coûts sociaux sous forme de compensations d'invalidité (€ 39 milliards) [2].

Selon le Bureau International du Travail (BIT), Le coût du stress professionnel représente entre 3 et 4 % du PIB des pays industrialisés, soit environ 60 milliards d'euros en ce qui concerne la France [3].

D'après l'Agence Européenne de Sécurité et de Santé au Travail (AESST), le stress est le problème de santé le plus répandu dans le monde du travail [4].

Derrière cet aspect financier non négligeable, pris en compte soit par les états soit par les fonds de secours et de mutualisation, il n'en demeure pas moins une souffrance psychique avec ses conséquences, parfois, sur l'équilibre somatique des patients. La désinsertion sociétale de l'individu souffrant ou les désordres secondaires possibles dans le noyau familial ne peuvent qu'interpeler l'omnipraticien du fait de l'émergence d'une nouvelle approche sémiologique du patient.

La modernisation des méthodes laborieuses et le développement du secteur des services ont tendance à faire disparaître les pathologies professionnelles attribuées aux contraintes physiques. Aujourd'hui, des pathologies plus insidieuses et multifactorielles sont apparues. Pour comprendre ces maladies, il est nécessaire d'intégrer plusieurs domaines de connaissances comme l'économie, le droit, la psychologie, la sociologie, la philosophie et la médecine.

Ces maux sont d'autant plus présents qu'ils touchent l'ensemble de la population active. Aucune branche d'activité n'est épargnée : les salariés des grandes ou petites entreprises, les artisans, les professions libérales, les fonctionnaires et personnels administratifs.

Le médecin généraliste, souvent premier interlocuteur du fait de son rôle d'acteur principal des soins primaires, a vu ces motifs de consultations, initialement anecdotiques, devenir fréquents, avec une souffrance de plus en plus sévère.

Il est la pierre angulaire de la prise en charge globale du patient, par son rôle de prévention, de diagnostic et de mise en œuvre de l'ensemble des moyens disponibles qui permettraient au patient de recouvrer un état antérieur acceptable, tant sur le plan moral que physique.

Cependant, dans une situation d'économie de coût de la santé en ce qui concerne la sécurité sociale d'une part, et une rentabilité poussée à son paroxysme d'autre part, le tout dans un contexte socio-économique tendu avec des taux de chômage historique, quels sont les moyens et les limites du médecin généraliste face à l'émergence de nouvelles pathologies liées aux conditions de travail ?

Au cours d'entrevues avec des médecins de terrain, j'ai tenté de percevoir les difficultés et les limites de la prise en charge des souffrances psychiques attribuées au travail chez des patients admis à la consultation habituelle de ces médecins.

2. Définitions

Les risques de confusion dans le cadre de la souffrance psychique professionnelle nécessitent un éclairage sur les différents termes utilisés et leurs significations.

Les principaux risques de confusion sont:

- Faire du syndrome d'épuisement professionnel un « fourre-tout » dans lequel viendront prendre place toutes les revendications professionnelles, voire corporatistes ;
- Méconnaître de réelles pathologies psychiatriques vite étiquetées « *burn-out* »;
- Confondre l'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail.

- **Risques psychosociaux (RPS) :**

A l'heure actuelle, il n'existe pas de définition juridique des risques psychosociaux.

En 2008, face à l'émergence du coût social et économique des pathologies psychiques dans le monde du travail, le ministre du travail Xavier Bertrand a demandé à l'INSEE de mettre en place un collège d'experts afin d'évaluer les risques psychosociologiques dans le monde du travail et leurs conséquences sociales.

Ce rapport intitulé « *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser* » en donne une première définition :

« les RPS seront définis comme des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » [5].

Le rapport note également que les risques psychosociaux les plus fréquents sont : le stress, le harcèlement moral, l'épuisement professionnel, les violences au travail.

A l'origine, le stress est un besoin physiologique d'adaptation nécessaire à l'individu pour évoluer et survivre dans son environnement. C'est un médium, il n'est pas pathologique de manière habituelle.

- **Stress Professionnel :**

Selon l'INRS, on parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qui lui est requis dans le cadre professionnel et les ressources dont il dispose pour répondre à cette réquisition [6].

On ne peut traiter la question du stress professionnel sans prendre en compte et définir le harcèlement moral. Celui-ci en est l'un des facteurs récurrents mais loin d'être le principal. Étant le premier terme à avoir été mis en avant publiquement et accepté dans le monde du travail, judiciaire ou de la santé dans les années 1990, il a occulté pendant longtemps les autres sources de la souffrance professionnelle.

- **Harcèlement Moral:**

Le harcèlement moral se manifeste par des agissements répétés, qui ont pour effet une forte dégradation des conditions de travail du stagiaire, du salarié ou de

l'agent public, portant atteinte à ses droits et à sa dignité, ou altérant sa santé physique ou mentale, voir compromettant son avenir professionnel. [7]

- **Syndrome d'épuisement professionnel:**

Le Psychiatre Herbert J. FREUDENBERGER en 1974 a consacré une étude au syndrome d'épuisement professionnel. Il en donne une première définition. Selon lui le syndrome d'épuisement professionnel correspond à « *un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration causées par le dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit enfin de compte à diminuer l'implication au travail* ». [8]

En 1976, Christina MASLACH, chercheur en psychologie sociale, a contribué à imposer le concept de *burn-out* et à asseoir sa validité au travers de nombreuses recherches qui aboutiront à créer en 1981 le *Maslach Burn out Inventory* (MBI) (ANNEXE 2) qui est désormais un instrument de mesure reconnu internationalement.

Le syndrome d'épuisement professionnel a ainsi été séparé dès son identification des affections psychologiques pour être apparenté aux désordres psychosociaux. Il est plus communément appelé *Burn-out* mais ce terme n'est pas accepté par la sécurité sociale et n'apparaît pas jusqu'à présent en France dans les textes législatifs.

- **Somatisation :**

La somatisation est le processus par lequel un conflit qui ne peut trouver d'issue mentale va déclencher dans le corps des désordres endocrino-métaboliques, points de départ d'une maladie organique. [9]

3. Historique législatif encadrant la souffrance professionnelle

Depuis le début de l'ère industrielle, la question des liens entre santé et travail a été régulièrement posée, et ce sous de multiples formes. Ainsi en 1830, l'Etat constate que plus des 2/3 des jeunes ouvriers sont déclarés, en raison de leur état de santé, inaptes au service armé.

Le Docteur VILLERME est alors chargé d'effectuer une enquête nationale sur l'état physique et moral des ouvriers afin d'identifier les causes de cette situation.

Suite au *rapport Villermé*, une première loi en date du 22 mars 1841 est votée.

Elle fixe à huit ans l'âge d'admission au travail et limite à huit heures par jour la durée du travail des enfants. Ces mesures peuvent paraître dérisoires de nos jours, elles sont pourtant les premières pierres de l'évolution de la mentalité collective en matière de progrès social. [10]

Par la suite, la loi du 9 Avril 1898 crée un régime spécial de responsabilité, en marge des principes définis par le Code civil. Il s'agit de l'ancêtre de la loi actuelle concernant *l'accident de travail*. Le salarié victime d'un accident du travail peut alors demander une réparation, sans qu'il n'ait à prouver la faute de son employeur. C'est donc un régime spécial de responsabilité sans faute. L'indemnisation est forfaitaire.

Avant l'intervention de cette loi, la victime d'un accident du travail ne pouvait obtenir réparation ou indemnisation seulement si elle était en mesure d'apporter la preuve d'une faute ou d'une carence de son employeur, ainsi que la relation de causalité directe entre cette faute et l'accident.

La Loi du 30 octobre 1946 l'a intégrée dans les textes réglementaires de la Sécurité Sociale relatifs à la prise en charge de l'accident de travail [11].

A partir de 1913, de nombreux textes réglementaires vont être publiés, dans une logique juridique visant à couvrir, de manière la plus complète possible, toutes les situations et méthodes de travail que l'on peut rencontrer.

La quantité de ces textes va justifier leur codification et c'est ainsi qu'à partir de 1910 va se constituer le Code du Travail, dont une partie (le Livre II) sera consacrée à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs.

Deux articles majeurs sont utilisés de nos jours dans le code du travail en relation avec le sujet de cette étude :

L-4121-1 : *Oblige à tout employeur d'évaluer les risques, y compris psychosociaux, et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés* [12].

L-4121-2 : Cet article donne des précisions et des indications sur l'application de l'article L-4121-1

- *Combattre les risques à la source et adapter le travail à l'homme.*
- *Planifier la prévention en y intégrant dans un ensemble cohérent la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel* [13].

Il est d'ailleurs intéressant de noter que jusqu'à la promulgation de **la loi de modernisation sociale du 17 Janvier 2002**, le « harcèlement moral » n'apparaissait

dans aucun texte juridique (contrairement au « harcèlement sexuel » défini depuis 1992) [14].

La Loi de 2002 traitant du harcèlement moral dispose qu'aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont 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. Aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat pour avoir subi, ou refusé de subir, les agissements définis à l'alinéa précédent ou pour avoir témoigné de tels agissements ou les avoir relatés. Il appartient au chef d'entreprise de prendre toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements visés [15].

En 2004, face à l'accroissement des problèmes sociaux, et par le même coup des souffrances morales liées aux conditions de travail, **un accord européen sur le stress au travail** est signé par l'ensemble des Etats membres de l'Union Européenne.

L'objet de l'accord est :

- d'augmenter la prise de conscience et la compréhension du stress au travail, par les employeurs, les travailleurs et leurs représentants;
- D'attirer leur attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail, et ce le plus précocement possible ;

- De fournir aux employeurs et aux travailleurs un cadre qui permette de détecter, de prévenir, d'éviter et de faire face aux problèmes de stress au travail.

Cet accord sera immédiatement suivi d'un accord national pour transposer en droit français le cadre européen [16].

En 2008 cet accord national interprofessionnel sur le stress au travail européen et national a été signé par l'ensemble des syndicats français de salariés et du patronat [17].

Il faudra pourtant attendre la fin des **années 2009** pour que la question émerge réellement publiquement, sous la forme de vagues de suicides dans les grandes entreprises et le début d'intégration des risques psychosociaux aux enquêtes gouvernementales [5].

Aucune décision majeure ne sera prise avant mai 2015. A cette date, l'assemblée nationale inscrira dans ses travaux un projet de Loi sur le dialogue social intégrant l'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnelles. Ce projet de Loi, proposé par le Premier ministre de l'époque, Benoit HAMON, fait suite à une enquête commandée par le gouvernement à l'agence TECHNOLOGIA de mai 2014 intitulée « *le syndrome d'épuisement, une maladie professionnelle* » et qui développe trois approches de prévention/réparation : prévention au niveau de l'entreprise ; prévention au niveau individuel et prévention et réparation réglementaires avec une proposition d'inscription d'une 99^{ème} maladie au tableau des maladies professionnelles [18].

La proposition de loi ne sera finalement pas acceptée par le Sénat et l'action gouvernementale s'orientera vers la publication d'un guide de prévention sur le syndrome d'épuisement professionnel à destination des entreprises.

4. Évolution des techniques de gestion des personnels dans le monde du travail.

D'après l'Institut national de la sécurité et de la santé au travail des Etats-Unis, L'organisation du travail connaît des changements profonds si rapides qu'il devient de plus en plus difficile d'en contrôler les conséquences en matière de santé et de sécurité [19]. Depuis le début des années 90 et l'augmentation des pathologies liées aux risques psychosociaux, les nouvelles techniques de management dans le monde du travail ont rapidement été reconnues comme responsables à part entière de cette situation.

4.1 Le début du management moderne

Danièle LINHART, sociologue et directrice de recherche du laboratoire « Genre-Travail-Mobilité » du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), identifie le début du management moderne en 1972, lors des assises du Conseil National du Patronat Français (CNPFF) à Marseille. La question de l'humanisation et de la revalorisation du travail y est posée, en réaction aux réclamations sociales de la fin des années 60.

Selon LINHART, à partir de ce moment, « *le patronat concentre ses efforts sur l'individualisation systématique de la gestion des salariés, véritable cheval de Troie*

lancé dans la bataille pour inverser un rapport de force. [...] Conçue pour miner la capacité des salariés à contester de façon massive, cette individualisation prétend satisfaire certaines aspirations manifestées en Mai 1968 » [55].

Du fait des revendications du monde du travail de l'époque, relative à l'autonomie, la liberté et l'initiative, le patronat a posé certains fondements du monde du travail moderne et de sa gestion du personnel.

Sous couvert d'offrir son libre-arbitre et son autonomie au travailleur, l'on peut constater une multiplication d'éléments menant à l'individualisation de celui-ci.

Parmi les différentes mesures de l'époque, on retrouve ainsi : la mise en place des horaires de travail flexibles, la diversité des syndicats, l'individualisation des salaires, l'individualisation des formations, l'utilisation de prestataires de services externes voire étrangers au sein même de l'entreprise, la multiplication des échelons de direction entre le travailleur de base et le décideur, l'arrêt des pauses et repas pris en commun.

L'ensemble de ces modifications, organisationnelles et structurelles diminuant les communications, ainsi que les échanges et regroupements entre salariés, ont initié le développement des techniques nouvelles d'organisation du travail, communément nommées de « management ». Ainsi apparaît un affaiblissement des solidarités dans le monde du travail, tant dans le secteur public que privé.

C'est à cette époque qu'apparaissent, dans les conventions collectives, des critères qui ne s'appuient plus seulement sur la définition des qualifications requises pour un poste de travail mais également sur les « compétences des salariés ». Ils sont appelés « critères classants » [56].

4.2 L'individu dans l'entreprise actuelle

Le cadre d'évaluation du travailleur est passé du bilan collectif à celui de l'individu pris séparément des autres. Les critères d'effort, de mérite, de capacité et d'évaluation de compétence ont été mis en première ligne par rapport à la réalisation d'objectifs de groupe. Le monde de l'entreprise ainsi que les salariés du service public ont également vu apparaître une mise en compétition avec possibilité de récompenses individuelles attribuables de façon irrégulière.

L'exemple de l'élection de « l'employé du mois », technique de management importée des Etats-Unis (EU), de plus en plus fréquente dans le secteur de l'entreprise en France, est typique de l'utilisation d'un aspect émotionnel pour créer à la fois une motivation supplémentaire mais également une pression sur les éléments n'arrivant pas à se distinguer des autres, allant jusqu'à créer des clans parmi des travailleurs.

Parallèlement à cela, le monde du travail a également progressivement évolué en synergie avec le développement des nouvelles technologies. De nos jours, les problématiques professionnelles s'invitent directement dans la vie privée du travailleur, la frontière entre la vie professionnelle et la vie personnelle n'est plus clairement identifiée. L'employé peut recevoir des *e-mails* de son employeur directement à domicile. Il peut être joignable à tout moment. Dans certaines entreprises favorisant la délocalisation du travail à domicile, des employés d'une même entreprise peuvent ne jamais se rencontrer, créant parfois un sentiment

d'isolement ainsi qu'un sentiment d'être coupé d'une vie sociale normale. Le secteur de la communication et de l'information est principalement touché par cette problématique : télétravail, sociétés virtuelles, horaires de travail flexibles entraînant une plus grande mobilité du travailleur, une accélération du rythme et de l'intensité du travail ayant un impact important sur la stabilité émotionnelle, sociale et physique du travailleur.

C'est en partie, voire principalement au travers du travail que l'individu se place dans la société et s'identifie en tant qu'entité à part entière au sein de son environnement. La représentation que l'homme se fait de son travail et l'image que son travail lui renvoie de lui-même sont essentielles à son développement en tant que personne .

4.3 De la déshumanisation à la sur-humanisation du travailleur

Frederick W.TAYLOR dans « *The principles of scientific management (1911)* » exprime la volonté de mettre un terme à l' « *irréductible conflictualité* » entre les patrons mécontents par la « *flânerie systématique des ouvriers* » qui n'étaient pas directement intéressés par le profit de l'entreprise. Au travers d'un morcellement extrême de la tâche, le taylorisme a induit une déshumanisation de l'individu travailleur, permettant une adhésion complète au travail sans place pour l'initiative ou à toute forme de remise en question. De nos jours, les directions mettent en avant

le slogan : « *l'humain au cœur de l'entreprise* ». D'après le DR Christophe DEJOUR et Daniel LINHART, il s'agit d'une continuité de la motivation Taylorienne. Le principe est identique, pour obtenir un investissement total du travailleur à l'objectif spécifiquement demandé. Cette fois, par le biais d'une sur-humanisation (par opposition à déshumanisation) de tous les éléments externes à son travail. Plus on insiste sur l'humanité des salariés, et moins on les prend au sérieux comme experts de leur travail, ayant leur mot à dire dans les choix organisationnels et stratégiques de leur entreprise, d'après Daniel LINHARDT : « *Gérer les salariés en fonction de leur seule condition humaine, c'est nier le fait qu'au travail, ils tiennent des rôles, exercent des fonctions dont ils sont les experts et qui mettent des limites à l'envahissement de leur vie personnelle* » [20].

La mise en œuvre de cette sur-humanisation serait la libre adaptation des affects et une autonomisation du salarié sur la prise en charge de sa vie quotidienne, intime et privée de telle sorte qu'il arrive au travail délesté de tous les problèmes de sa vie quotidienne. En contrepartie, il devra s'adonner totalement à un travail tel qu'il est voulu par le management sans place pour le libre-arbitre.

Outre la sur-humanisation du travailleur décrite ci-dessus, la recherche sociologique identifie une volonté de mise en état d'instabilité, afin que le salarié adhère à la standardisation du travail voulu par l'employeur. Ce principe, est communément appelé **précarisation subjective** ou **virtuelle** dans le milieu psychosociologique du travail.

Les contrats à durée déterminée (CDD), le travail à temps partiel subi, le travail intérimaire, les stages ou le travail saisonnier représentent des types de

contrats de travail qui par essence laissent peu de place au travailleur pour réaliser une quelconque remise en question critique de ses objectifs ou de la façon de les atteindre. L'utilisation de ce type de contrat est communément appelée « **précarité objective** ».

La majeure partie des travailleurs, en France, appartient à la fonction publique ou est protégé par un contrat à durée indéterminée (CDI). Dans ce cas le Code du travail est plus protecteur car garant d'une certaine stabilité de l'emploi. On trouve ici le principe de « **précarité subjective** ».

La pression de productivité est forte aujourd'hui du fait de la mondialisation. Le management aura tendance à mettre les employés volontairement ou involontairement en situation de stress, d'insécurité. La crainte d'être mis en position d'incompétence rend le travailleur plus réceptif aux injonctions et aux objectifs de l'entreprise.

Il ne faut pas que le travailleur ait le sentiment de contrôler et de dominer son métier. Le Dr Simon-Daniel KIPMAN dans son livre « *Médecine de la personne* » déclare que «*Les salariés sont artificiellement mis en état de fièvre, ce qui est l'objectif recherché pour obtenir d'eux qu'ils développent précisément les compétences, l'excellence, l'engagement configurés selon les besoins et les valeurs de leur entreprise. Bouger sans arrêt les personnes, les organisations, les structures et les processus, effacer les repères, bousculer les habitudes, c'est maintenir les individus dans un état d'insécurité, de vulnérabilité, de malaise et de souffrance censé les pousser à*

changer leurs registres affectifs et cognitifs pour s'ajuster à ceux qui correspondent à la rationalité de leur entreprise » [21].

De ce fait peut apparaître une dépossession des salariés de leur professionnalité, voire une perte du sens de leur travail avec des objectifs de moins en moins réalistes à leurs yeux. L'un des buts du salarié est d'obtenir une reconnaissance de la part de sa hiérarchie qui peut être inaccessible, entraînant, de ce fait un mal-être.

La mondialisation de l'économie ayant pour conséquence directe l'internationalisation des entreprises ainsi que la compétitivité associée à une baisse de l'offre d'emploi engendre une précarisation des postes avec un sentiment d'interchangeabilité extrême du travailleur.

Daniel Linhart dans son livre *Individualisation et mobilisation subjective dans le monde du travail* affirme ainsi que « *La mise en concurrence et le manque de reconnaissance fait que chacun vit enfermé dans sa souffrance sans en comprendre les raisons autre qu'une défaillance personnelle* » [22].

La prédominance d'un environnement de travail avec une plus grande mobilité, une compétitivité accrue et une interchangeabilité des compétences professionnelles a créé des changements en matière de recrutement. D'après le chercheur Gérard COLLIGNON et le Dr Marie PEZE, les postes de cadres dirigeants au niveau des grandes entreprises ont mis en avant et en valeur des personnalités de types sadique et pervers narcissique, ayant un impact sur les relations et les moyens mis en œuvres dans la gestion du personnel [23], [24].

Preuve que ces différents aspects influencent directement et concrètement la vie des employés, différentes études réalisées en entreprise mettent en lumière la conjonction de ces facteurs sur un grand nombre de travailleurs. Ainsi à titre d'exemple, en 2009, après 25 suicides de salariés en moins de deux ans à France Télécom, un questionnaire sur le stress a été envoyé aux 102.000 salariés de l'entreprise pour identifier les éléments à risque d'épuisement professionnel [54]. Les mesures mises en place, en urgence, par Olivier Barberot, directeur des ressources humaines, furent :

- Le gel des mobilités forcées de salariés,
- Le recrutement de 380 personnes en CDI,
- La ré-internalisation d'activités jusqu'alors sous-traitées, correspondant à 1000 postes à temps plein,
- La suspension des restructurations,
- L'intégration d'au moins 50% de critères de performance collective dans le calcul de la part variable individuelle du salaire,
- L'arrêt de l'affichage des performances individualisées comparées.

5. Genèse de la question d'étude

Lors de mes stages en cabinet de médecine libérale et au service d'accueil des urgences, je fus frappé par le nombre de consultations qui pouvaient être attribuées directement ou indirectement à une souffrance morale sur le lieu du travail. Celles-ci revêtaient souvent les aspects suivants : Attaques de panique, névroses d'expressions multiples, insomnies, alcoolisations, symptomatologies diverses, somatisations, auto ou hétéro agressivité, etc.

La charge professionnelle douloureuse du patient quant elle semblait évidente, pouvait ne pas être reconnue comme telle par le patient.

Comment, dans une société où la mise en place d'un cadre législatif qui impose à l'employeur de prévenir et de palier toute atteinte à l'intégrité physique et à l'équilibre moral du travailleur, une telle fréquence pathologique est-elle possible ?

Comment, le médecin généraliste ressent-il cette situation ? Lui qui est confronté à des pathologies intriquées, camouflées, de plus en plus fréquentes, éloignées du cadre habituel somatique avec ses signes fonctionnels, ses signes cliniques, l'approche diagnostique, le traitement ?

Est-il armé pour une approche rationnelle de ces nouvelles pathologies insidieuses ? Possède-t-il les outils thérapeutiques face à une souffrance qu'il ne peut maîtriser, car pour part sociétale ?

Quelle est vraiment la place de l'omnipraticien dans une problématique impliquant politiques gouvernementales et application de la Loi, monde du travail, santé publique et éthique ?

Je fus surpris par l'absence de formation, de sensibilisation à cette problématique durant l'ensemble de mon cursus et, par conséquent, de la manière empirique avec laquelle se faisait la prise en compte et prise en charge de ces patients par les omnipraticiens qui me formaient.

Ils reconnaissaient souvent avoir constaté l'émergence de ces désordres pathologiques liés à la souffrance au travail. Ils avouaient aussi n'avoir reçu aucune formation tant sur la connaissance du monde du travail que sur des pathologies psychologiques induites par le labeur. Ils constataient l'absence de tout protocole de prise en charge, protocoles qui sont reconnus pour toute autre pathologie, y compris psychiatrique (DSM). Ce constat du manque de formation, de préparation et d'aide aux médecins généralistes est-il la marque de l'incapacité de la médecine à approcher ce domaine, puis à y apporter sa part de solutions efficaces ? N'est-ce pas un défi important en santé publique, dans un avenir où le harcèlement au travail risque de s'amplifier ?

Par cette étude, j'ai voulu interroger des praticiens quotidiennement confrontés à cette problématique, recueillir leur ressentis et identifier un certain nombre de difficultés qu'ils rencontrent face à un *burn out* ou toute autre pathologie comportementale pouvant, soit pour part, soit intégralement, conséquences de la vie professionnelle.

L'objectif secondaire était de confronter les données recueillies aux éléments déjà connus de l'environnement médical afin de proposer des pistes d'amélioration.

MATERIEL ET METHODES

1. Analyse de la littérature

Comme fond de documentation relative à mon sujet, j'ai d'abord utilisé le site du Service commun de documentation de l'Université Antilles Guyane, avec les bases de données CAIRN, MEDLINE, GOOGLE scholar et du catalogue SUDOC avec les critères de recherche « Health at Work » ; « Stress » ; « Stress at work » ; « Burnout » ; « management » ; « psychological distress » ; « Souffrance psychique » ; « médecine générale ».

J'ai également consulté les sites internet de l'OMS, de L'Institut de Veille Sanitaire, de L'Institut National de Recherche et de Sécurité de Santé au Travail, l'ensemble des sites législatifs règlementaires ayant traités au code du travail et au code de santé publique, les rapports d'enquêtes réalisées par des organismes privés à la demande de l'Etat Français, ainsi que certains rapports européens.

J'ai également utilisé un ensemble d'ouvrages fondateurs traitant du sujet, dont les références sont disponibles dans la bibliographie. IL s'agit principalement de ceux de Patrick LEGERON, psychiatre spécialiste du stress en entreprise, du DR Christophe DEJOUR, Danièle LINHART, ou encore l'œuvre de Marie PEZE, Psychanalyste et docteur en psychologie, initiatrice de la première consultation « Souffrance au travail » au CHU de Nanterre et à la tête du réseau des consultations « souffrance et travail ».

2. Type d'étude

Les problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies liées au stress professionnel sont peu connus et particulièrement peu documentés.

L'objectif de cette étude est d'explorer les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients présentant un état de souffrance mentale ayant pour origine le milieu professionnel.

L'analyse de la littérature démontre qu'un nombre très important d'articles ont été publiés ces dernières années sur le développement de ces nouvelles pathologies, leurs théorisations et leurs impacts comportementaux aboutissant à des gestes pathologiques ou sociétaux répréhensibles pour l'individu. En revanche, on ne retrouve aucun article faisant état d'une application concrète dans la pratique quotidienne de la médecine praticienne.

Il m'a paru nécessaire d'isoler les principales difficultés liées à cette prise en charge en médecine de ville au travers de l'analyse des ressentis des médecins généralistes confrontés à ces situations.

Afin d'approfondir cette question, il m'a semblé plus approprié d'étudier la question de manière qualitative avec des entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes.

En effet l'étude qualitative est inductive, elle permet de faire ressortir: opinions, difficultés, obstacles, représentations, ainsi que la compréhension d'événements générant des hypothèses.

Ces hypothèses peuvent par la suite être réutilisées, approfondies ou servir de base à des études de nature quantitative.

Le choix d'une étude qualitative a également été motivé par le nombre de réponses généralement trop faibles des médecins généralistes lors d'enquêtes par questionnaire.

L'utilisation d'entretiens semi-dirigés est particulièrement adaptée à cet exercice. Il permet un entretien individualisé, intime et en l'absence de tout critère de jugement. Il laisse libre court à la réflexion et l'expression de la personne interrogée. L'entretien singulier paraissait préférable à un entretien collectif, afin de pouvoir aborder des sujets relevant de l'intime et de la subjectivité de chacun. Cette technique offre une liberté et une temporalité qui favorise l'expression des enquêtés et l'élaboration de leur point de vue. [25]

3. Échantillonnage

Les sujets sélectionnés pour la réalisation d'entretiens semi-dirigés ont tous consistés en des médecins généralistes exerçant en cabinet individuel ou de groupe dans le département de la Guadeloupe. L'échantillonnage était « en recherche de variation maximale ».

La sélection des différents médecins a eu pour but de créer la plus grande diversité de profils. Cette sélection permet l'obtention d'un éventail d'idées le plus

large possible et le plus représentatif de la population de soignants, pour rendre compte au mieux du réel.

Les critères de diversités ont été :

- l'âge
- le sexe
- l'année d'installation
- le milieu d'exercice (rural, semi rural, urbain)
- le niveau socio-économique du lieu d'exercice.

Les médecins ont été contactés par téléphone. Pour ceux acceptant de participer à l'étude, une prise de rendez-vous a été effectuée pour un entretien au cabinet en face à face. La majorité des entretiens a été programmée la semaine qui a suivi ce premier appel. Les médecins concernés par la démarche téléphonique étaient des médecins inscrits au conseil de l'ordre des médecins de la Guadeloupe, praticiens encore en activité dont les coordonnées étaient publiques dans l'annuaire des pages jaunes et exerçant dans l'ensemble du département.

Le nombre de médecins nécessaire ne fut pas défini à l'avance, le recueil de données étant poursuivi tant que des médecins acceptaient de me recevoir et jusqu'à saturation des données. La saturation des données correspond au moment où les données nouvellement recueillies deviennent redondantes par rapport à celles déjà collectées.

Bien que souvent très intéressés par la problématique lors du premier contact téléphonique, 15 médecins ont refusé de participer à l'étude jusqu'à l'obtention

d'une saturation des idées, pour l'ensemble motivés par un manque de temps ou d'organisation.

La création du guide d'entretien fut le résultat d'une phase de réflexion personnelle en rapport avec le sujet d'étude et la bibliographie correspondante, discuté dans un second temps en « *permanence de thèse* » organisée par la Faculté de Médecine au sein de l'établissement Guadeloupéen, puis une phase de pré-test avec deux médecins généralistes volontaires.

4. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés au calme en face à face, au cabinet du médecin interrogé. Lors de la prise de rendez-vous, le praticien ne connaissait pas, autant que possible, le thème de l'entrevue, et ce afin d'obtenir une spontanéité d'expression maximale de la part du médecin. L'entretien était intégralement enregistré à l'aide d'un dictaphone numérique après information et accord de l'interviewé.

Aucun nom de patient ne fut dévoilé dans un souci de respect du secret professionnel. Les références à des personnes, entreprises ou des pratiques de notoriété publique ont été anonymisées à chaque fois à la demande de l'interviewé.

Certains généralistes m'ont demandé après l'entretien que l'ensemble de la discussion ne soit pas retranscrit intégralement dans ce document du fait de certaines divulgations sensibles. L'entretien étant semi-dirigé, il se déroulait sous la forme d'une discussion orientée selon une base pré-établie de questions ouvertes suivant une ligne directrice avec différents thèmes à aborder (Annexe I).

Le principal objectif étant de recueillir le plus d'informations de la part du médecin, chaque question principale était accompagnée, si besoin, de questions de relance les moins directives possibles. Après chaque entretien, le contenu audio était directement retranscrit en verbatim sous format Word dans un délai inférieur à 48h. Cette retranscription permettait à la fois de revivre l'interview réalisée avec plus de distance ainsi qu'une mise en forme plus adaptée à l'analyse des résultats.

De cette mise sous verbatim a découlé une mise sous anonymat complet du médecin ayant participé à l'étude.

5. Analyse des données

Le codage a consisté à relever des éléments du texte en les nommant et les regroupant en étant le plus proche des verbatims. La relecture du codage a permis de réaliser une catégorisation au sens qu'utilise le PR Pierre PAILLE auteur de « l'analyse qualitative en science humaines et sociales » [26]. L'analyse de ces derniers a permis de dégager un certains nombres d'éléments pertinents pour répondre de façon le plus ciblée à la question posée.

L'analyse a été réalisée en fonction des thèmes abordés (analyse thématique) et des objectifs de l'étude. Les différents entretiens ont été croisés et comparés afin d'extraire les éléments les plus pertinents, les points communs, les divergences et également d'éliminer les redondances.

Des extraits d'entretiens illustrent cette analyse. Ces extraits ont été choisis pour leur contenu factuel et leur valeur expressive. Ils sont retranscrits avec les imperfections normales du langage oral. Lorsque des propos sont cités, leur auteur est identifié par un chiffre, choisi de façon aléatoire (M-1 ; M-2).

RESULTATS ET COMMENTAIRES

1. Caractéristiques des médecins généralistes

Pour l'obtention d'une saturation des données, 10 médecins généralistes ont été nécessaires. Ils étaient âgés de 35 à 59 ans avec une moyenne d'âge de 50,1 ans pour des dates de début d'exercice dans la région Guadeloupe (remplacement ou installation directe) de 9 à 26 ans.

8 des médecins participants étaient des hommes contre 2 femmes.

6 exerçaient en milieu dit urbain, localisés en centre-ville ou dans des zones de forte activité économique, 1 médecin exerçait dans un milieu dit rural, avec une proportion faible d'actifs dans sa patientèle. 3 exerçaient en milieu semi-rural.

2 médecins étaient maitres de stage dans le cadre de la formation des étudiants en médecine, 1 était, en plus de son activité de médecine générale, médecin du sport. Un autre pratiquait également de la médecine d'expertise.

De manière inhérente à l'étude qualitative, la durée des entretiens pouvaient être considérée comme longue dans le quotidien d'un praticien libéral. En effet, l'entretien le plus long a duré 48 minutes et le plus court 33 minutes, pour une durée moyenne de 40 minutes.

L'ensemble des entretiens a été effectué sur une période allant de janvier 2015 à avril 2015.

2. Analyse des entretiens

2.1 Une pathologie moderne et généralisée

2.1.1 Un motif de consultation de plus en plus fréquent

Les médecins généralistes ont sensiblement perçus une augmentation des consultations générées par un stress professionnel :

« C'est un motif quotidien, une véritable horreur! » (M-10) ;

« Au moins une fois par jour, et de plus en plus que ce soit du stress ou du harcèlement professionnel, on le voit bien il y a même maintenant des avocats spécialisés dans le harcèlement au travail et ça n'existait pas avant, Il y a 20 ans il n'y avait pas de dépression nerveuse en Guadeloupe. » (M-9)

« On remarque une augmentation flagrante de ces consultations depuis 10 ans, maintenant c'est énorme, au moins 2 fois par jour » (M-4).

2.1.2 Aucune catégorie de travailleurs n'est épargnée.

D'après les résultats d'entretiens, tout type de travailleur est susceptible d'avoir recours à son médecin traitant pour des problèmes de souffrance morale professionnelle:

« On voit de tout! Des jeunes, des vieux, des cadres et même des médecins, mais le plus souvent ce sont des femmes d'âge moyen dans le secteur privé » (M-1)

2.1.3 Un monde du travail qui a changé

De nouvelles plaintes liées aux conditions de travail ont émergé au cours de consultations avec des motifs clairement identifiés par les généralistes :

« La plainte la plus fréquente c'est quand même une augmentation de la charge de travail, les patients expriment très bien qu'avant ce qu'on leur demandait était supportable et que maintenant, ils font le travail de 2 voire 3 personnes. Il y a aussi une absence de reconnaissance du travail, parfois plus vous en faites plus on considère que vous n'en faites pas assez ! » (M-3)

« Il y a une aggravation de la précarité de l'emploi et en plus de ça on demande aussi aux gens d'assurer un poste qui n'est pas le leur car la ressource humaine n'est pas suffisante » (M-6).

« Le harcèlement moral est clairement devenu une technique de management, très nettement depuis 2008 » (M-4).

2.2 Une consultation à part

2.2.1 L'absence de formations et de recommandations

L'ensemble des médecins généralistes ayant participé à l'étude éprouvent le sentiment de ne pas avoir été formés à la prise en charge de ces pathologies et déplorent l'absence de standardisation et de recommandation sur le sujet.

*« Je n'ai reçu aucune formation particulière, que ce soit à la fac, ou en formation continue, j'ai lu quelques articles à droite à gauche, heureusement qu'il y a internet !»
(M-1)*

« Les médecins de ma génération n'ont absolument pas été formés. On se retrouvait dans des situations pour lesquelles on n'était pas du tout armés et on traitait ça comme tout trouble dépressif mineur sans aucune spécificité. » (M-9)

«Aucune formation, sur le terrain, je ne m'attendais pas à prendre en charge ce genre de souffrances et comme elles sont apparues très progressivement, j'ai eu le temps de me former sur le tas avec discussions répétées avec les médecins du travail et les psychiatres » (M-6).

2.2.2 Droit de retrait

Il a été demandé aux médecins interviewés s'ils connaissaient le droit de retrait inscrit au code du travail qui constitue un moyen d'action fort du travailleur en cas de travail ayant un risque pour la santé :

Seulement 3 des 10 médecins interrogés connaissaient le principe législatif du droit de retrait et en avaient informé leurs patients.

2.2.3 une présentation diverse

Avant même de pouvoir poser le diagnostic de stress professionnel au sein de sa consultation, le simple fait de l'évoquer est déjà compliqué dans la mesure où les patients consultent la plupart du temps pour des motifs indirects. Dans les motifs de consultations les plus fréquents faisant rechercher une souffrance professionnelle, l'étude auprès des généralistes retrouve :

*« Douleurs musculo-squelettiques, épigastralgies, céphalées chroniques, insomnies »
(M-7)*

« La fatigue, l'angoisse, l'anxiété, des troubles digestifs le plus souvent mal systématisés, et beaucoup de pathologies dermatos qui apparaissent ou qui s'aggravent » (M-8).

« Moi je remarque surtout des lombalgies mais c'est tellement varié, on peut voir de tout et chacun a une façon différente de présenter ses symptômes » (M-1)

2.2.4 Une maladie multifactorielle

La particularité de cette pathologie réside également dans la diversité étiologique qui engendre ce trouble, il s'agit d'un mélange de médical, de psychologique et de sociologique :

« Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce sont des gens assez engagés dans leur travail et sentent qu'ils ont une souffrance mais n'ont pas complètement conscience de l'origine de celle-ci. Ce sont souvent des gens qui se plaignent peu. La plainte et la symptomatologie sont souvent floues » (M-6).

« C'est souvent un mélange d'un peu tout et c'est là où le médecin généraliste a une place primordiale, parce que nos patients on les connaît depuis longtemps, on va chez eux, on connaît la famille, et ça c'est essentiel. Et le plus intéressant c'est que le « burn-out » touche souvent des personnes sans antécédent psychique » (M-8)

2.2.5 Un diagnostic difficile et chronophage

L'ensemble des généralistes interrogés a spontanément évoqué la nécessité de plusieurs consultations :

« C'est vraiment des consultations qui demandent du temps et maintenant on en a pas, la salle d'attente est pleine mais on sent que quelque chose cloche, le temps de comprendre exactement le motif caché. Il faut plusieurs consultations avant de dépister un problème moral » (M-1).

« C'est vraiment long comme diagnostic mais je prends le temps de creuser la plainte systématiquement à la recherche d'une souffrance psychique car le plus souvent lorsque vous écoutez, vous entendez » (M-5).

« Faire un diagnostic et un début de prise en charge en une consultation c'est impossible ! Dans l'idéal il faut revoir la personne plusieurs fois à quelques jours d'intervalle, mais bon souvent j'ai pas le temps et j'adresse directement à un psychiatre » (M-10).

Le diagnostic est également fastidieux du fait que beaucoup de patients sont dans le déni de leur souffrance :

« Y a une grosse part liée à la personnalité des patients. Certaines personnes sont des murs, ils sont dans le déni et ne se rendent pas compte que s'ils ont mal au dos c'est dû à leur souffrance morale au travail » (M-10)

« Les patients en souffrance font souvent la confusion entre leur intelligence, leurs compétences et leur charge émotionnelle. Il faut leur expliquer que l'émotion qui les submerge n'a rien à voir avec leurs compétences, il faut les déculpabiliser avant qu'ils soient capables de vous parler » (M-6).

« Chez ces patients il y a un sentiment de faiblesse qui bloque tout, souvent le «driven» chez les personnes qui travaillent beaucoup est: « soit fort », on a du mal à faire face à cette douleur et à l'accepter » (M-5).

D'après le ressenti des praticiens, le diagnostic est d'autant plus compliqué qu'un bon nombre de patients profitent du caractère non standardisé de la maladie pour la simuler et obtenir un bénéfice secondaire. Même si l'ensemble des médecins est d'accord pour dire qu'il y a une augmentation des difficultés au sein du travail, ils émettent quelques nuances sur l'augmentation des plaintes et appuient le fait que de toutes les personnes qui se plaignent de leur travail et déclarent ressentir une influence sur leur état de santé, toutes ne sont pas qualifiables d'état de *burn out* ou d'épuisement professionnel.

« Il faut savoir que les gens sont beaucoup plus éduqués à la santé qu'avant, ils ont énormément de moyens d'informations, depuis la médiatisation des vagues de suicides chez France-Telecom et la popularisation du terme Burn-out, les gens sont plus attentifs à ce genre de symptômes » (M-5).

« Cela dépend de la personnalité des gens, ils sont de moins en moins impliqués dans leur travail et tombent facilement dans le prétexte de Burn-out pour justifier un manque de volonté à travailler, on voit des patients pour douleurs musculo-squelettiques et asthénie profonde qu'ils déclarent être en rapport avec leur travail et on les croise le lendemain en train de jouer au foot » (M-2).

2.2.6 Absence de prise en charge standardisée

Une plainte récurrente qui complique l'organisation de ces consultations ainsi que la planification d'une prise en charge adaptée était le manque de recommandations claires et généralisées concernant une pathologie de plus en plus complexe à traiter :

« En plus du manque de temps pendant nos consultations, on ne peut pas dire que l'on ait de véritables grilles diagnostiques pour dire: ça c'est un syndrome d'épuisement professionnel. On ne sait pas exactement ce que l'on a le droit de dire ou de faire, tout ça reste un peu flou, c'est du feeling » (M-1).

« C'est une prise en charge très empirique. Ce qui serait bien aussi ce serait un score pour savoir si le patient est capable de reprendre le travail » (M-3).

2.3 La problématique de l'arrêt de travail

Bien que l'arrêt de travail soit considéré par les généralistes comme leur meilleur moyen thérapeutique à disposition, ils émettent de nombreuses critiques et limites, tant dans son utilisation quotidienne que sur sa finalité.

2.3.1 Différents types de travailleurs

Comme cité précédemment, l'ensemble des travailleurs est touché par le stress dans le cadre de leur travail. Mais en fonction de leur statut de travailleur, le médecin ne dispose pas du même impact par la prescription d'un arrêt.

Ce déséquilibre crée un paradoxe de moyen au niveau des aides thérapeutiques à fournir à différents patients du simple fait de leurs statuts professionnels :

- Pour les travailleurs libéraux :

« C'est très compliqué pour les professions libérales ! Car l'arrêt de travail est inexistant, que la symptomatologie est encore plus cachée et reniée que pour les salariés, ce qui demande un investissement plus important en terme de temps dans la création d'une relation adaptée alors que ce sont justement eux qui consultent le moins, dites à un généraliste de s'arrêter un mois parce que son métier lui bouffe la vie vous verrez! » (M-10)

- Pour les salariés en général :

« Parfois au moment où je donne l'arrêt de travail au patient je me demande si ça va pas lui faire plus de mal que de bien, est-ce que ça ne va pas accentuer les tensions au boulot » (M-8)

- Pour les salariés du service public :

« Chez les fonctionnaires il n'y a pas de soucis, eux ils le disent d'emblai, ils ont la sécurité de l'emploi alors ils veulent être arrêtés par contre c'est eux qui me parlent le plus souvent de harcèlement moral et ça peut être très violent » (M-1)

2.3.2 Risques de désinsertion professionnelle

Certains médecins généralistes considèrent que la mise en arrêt de travail est nécessaire dans l'urgence mais qu'elle comporte un risque important de désinsertion professionnelle totale :

« Une fois arrêtée, la personne a tendance à se replier sur elle-même et puis elle se met en rupture sur le plan du travail mais aussi socialement. Ils peuvent devenir phobiques avec des conduites d'évitements importants qui rendent le retour au travail impossible » (M-1)

2.3.3 Limites liées au patient

2.3.3.1 Refus de l'arrêt de travail par déni

L'arrêt de travail ne constitue pas une prescription anodine et facile à réaliser.

La personnalité de certains patients rend l'acceptation de l'arrêt de travail très difficile:

«Certains refusent les arrêts de travail. Notamment beaucoup sont addicts au travail et ont du mal à accepter leur burn-out car cet état ne fait pas partie de leur référent, ils ont une image d'eux bien précise et ne pensent pas qu'ils peuvent arriver à cet épuisement professionnel et le refusent complètement »(M-6)

2.3.3.2 Négociation du motif de l'arrêt de travail et secret professionnel

Lorsque la prescription de l'arrêt de travail est acceptée, Le motif à inscrire pose problème. Certains patients ont du mal à accepter un diagnostic de souffrance psychique et demandent qu'un autre intitulé soit choisi. Cette modification de complaisance représente souvent un conflit pour le généraliste d'un point de vue légal si les événements venaient à s'aggraver :

« A la demande du patient, on trouve un autre motif. Ils ne veulent pas avoir l'étiquette « dépressif », ils ont peur. Surtout dans la fonction publique, que leur patron ou leurs collègues ou même les assurances soient au courant. Il n'y a pas de confiance du secret médical en ce qui concerne l'arrêt de travail.

Ce qui peut être préjudiciable à long terme si la situation dégénère, ça diminue les traces utilisables. [...] Ils veulent que l'on mette tout et n'importe quoi mais surtout pas le motif psychologique » (M-1).

« Je fais très attention à mes motifs dans la mesure où le secret professionnel en Guadeloupe sur les arrêts de travail papier n'est pas préservé.

Je le fais pour garantir le secret pour mon patient et en même temps la lettre que j'adresse au médecin du travail contient tous les éléments nécessaires relatifs à la consultation.

C'est bien et mal pour le patient parce qu'il y a donc un décalage pour la même consultation entre la trace de l'arrêt maladie et les informations au médecin du travail. Ce qui à mon avis pourrait poser problème en cas de justice future » (M-3).

« Dans des cadres militaires ou de gendarmerie, ils me demandent de ne pas évoquer la nature psychologique et aussi dans la fonction publique où le secret professionnel est moyen-moyen.

C'est aussi vis-à-vis du patient, pour pas qu'il s'engouffre dans le conflit que je limite mon diagnostic. Pour ne pas entrainer le patient dans une démarche qui dépasserait l'objet de sa visite. Au début par exemple dans le cadre d'une lombalgie qui est en lien direct selon moi à une souffrance professionnelle, je vais simplement écrire lombalgie et dans un second temps, syndrome anxieux chronique s'intégrant dans un cadre de conflit social » (M-6).

« Souvent les patients demandent d'écrire un motif différent sur l'arrêt de peur que ce soit découvert comme la dépression. Mais je m'en fous, c'est moi qui décide et j'écris ce que je pense » (M-10)

2.3.3.3 Peur des conséquences

Nous avons vu précédemment que les arrêts maladies pouvaient être refusés par le patient, par déni ou par surinvestissement professionnel. Le refus peut également être lié à la crainte de représailles par l'employeur ou par les collègues de bureau :

« Ils ont peur qu'on les arrête trop souvent. Généralement les patients sont en CDD, ou en stage depuis plusieurs années, en définitive, leurs contrats ne sont pas

renouvelés. Le fait qu'il y ait de moins en moins de CDI et du coup une précarisation du travail augmente ce stress et offre une pression supplémentaire sur les employés »

(M-1)

Les prérogatives économiques rentrent en jeu dans l'acceptation de l'arrêt de travail lié au délai de carence. Ainsi l'omnipraticien ressent une inégalité de moyen thérapeutique par rapport à la catégorie du travailleur :

« Il faut bien distinguer ceux qui travaillent dans la fonction publique qui n'ont pas de jours de carence, et vont accueillir facilement l'arrêt, et ceux qui travaillent au SMIC pour un patron. Eux ne vont pas être payés pendant 3 jours et pour qui ce manque à gagner n'est pas négligeable. Le travail est devenu tellement précaire et le taux de chômage important que la santé passe en second après la nécessité du gain, ces gens là s'arrêtent clairement moins » (M-2)

2.3.4 Limites ressenties vis-à-vis de l'arrêt lui-même

2.3.4.1 Difficulté de compréhension administrative

Certains médecins ont évoqué des limites de l'arrêt maladie papier, encore très présent dans la pratique quotidienne malgré la mise en place de la télétransmission.

Plusieurs problèmes sont présents, le temps nécessaire à l'explication du fonctionnement avec des patients ne parlant pas toujours très bien français, des

patients délivrant spontanément les feuillets confidentiels à leur employeur ou bien des pressions de celui-ci pour l'obtenir :

« Je dois prendre le temps d'expliquer au patient que les 2 premiers feuillets doivent être envoyés à la sécu, car très souvent, les patients donnent les 3 feuillets à l'employeur qui découvre de ce fait le motif, parfois même des patients subissent des pressions de la part de l'entreprise pour voir l'ensemble des feuillets » (M-10)

« Quotidiennement, il faut prendre de nombreuses minutes pour expliquer aux patients, qui parfois ne parlent pas français, les tenant et les aboutissant des procédures administratives. Même avec tous ces efforts, on les voit donner les trois feuillets à leur employeur qui du coup a accès à tous les éléments médicaux» (M-6)

2.3.4.2 Pression extérieure sur le médecin en cas d'arrêt de travail.

Certains médecins se sentent affectés par des appels de compagnies d'assurances ou d'employeurs lors de la prescription d'arrêts maladie. Cette attitude est notamment présente pour des motifs de nature psychologique, avec pressions pour connaître le motif de l'arrêt, et pour remettre en cause celui-ci avec tentative d'influence :

« J'ai souvent eu des patrons qui m'ont appelé pour connaître les motifs des arrêts de travail, ils savent très bien qu'ils ont pas le droit, on se fait insulter au téléphone et on a l'impression qu'on ne respecte plus notre métier» (M-3). « Il arrive d'avoir des assurances et des patrons pas contents qui poussent une petite gueulante au téléphone, c'est usant » (M-2).

2.4 Limites de la médecine du travail ressenties par le généraliste

2.4.1 Conflit d'intérêt

Une partie des médecins consultés m'a affirmé ne pas faire entièrement confiance au médecin du travail de par son statut d'employé de l'entreprise. Ce statut de salarié fait qu'il peut être soumis à un conflit d'intérêt entre la volonté de l'entreprise et la santé du travailleur.

« J'ai eu un cas de conflit d'intérêt avec une grande entreprise où de toute évidence le médecin était limité dans ses marges de manœuvre, menotté par l'entreprise et la patiente a dû prendre un avocat et aller aux prudhommes, le médecin du travail et moi-même étions impuissants » (M-3).

« Le problème du médecin du travail c'est qu'il n'a pas sa liberté de parole selon moi, il est obligé d'aller dans le sens de la main qui le nourrit, j'en vois souvent je peux vous le dire ! »(M-5)

« Une bonne partie de la méfiance, voire de la défiance qu'ont les médecins vis-à-vis du médecin du travail vient de cette idée qu'il y a un conflit d'intérêt ou une influence entre le médecin du travail et l'entreprise » (M-6)

2.4.2 Le médecin généraliste ne voit pas le médecin du travail comme une aide efficace.

Certains médecins ne prennent pas la peine d'associer le médecin du travail dans leur démarche thérapeutique concernant la prise en charge d'un cas de souffrance psychique professionnelle.

« Le médecin du travail il en a rien à faire, une fois qu'il a fini sa journée c'est terminé, mais du coup d'un point de vue légal je me protège quand même en cas de harcèlement moral, je fais une lettre à la médecine du travail et un suivi psychologique direct. » (M-4).

« Je trouve que le médecin du travail se concentre uniquement sur l'aptitude physique à reprendre le travail et rarement sur le mental, autant dire qu'il ne fait que la moitié de son boulot » (M-5).

« Je ne contact jamais la médecine du travail, pour moi c'est une perte de temps, je leur dit de quitter leur travail directement, sans passer par la médecine du travail » (M-7).

« L'efficacité est très limitée, je contactais la médecine du travail au début, mais les retours on était tellement peu efficaces, que je ne le fais plus, et c'est très médecin du travail dépendant » (M-8).

Certains médecins avouent ne pas s'appuyer suffisamment sur la médecine du travail, néanmoins plus par manque d'habitude, de formation ou de temps.

« Je trouve que la pluridisciplinarité en France avec le médecin du travail est très peu développée, ils sont souvent considérés à tort comme des médecins à part. L'idée que le médecin du travail n'est pas un clinicien orienté sur la thérapeutique et donc ne va pas prendre en compte la souffrance comme nous et que l'on va pas se comprendre. (...)ça reste à développer, on a plein d'habitudes de prescriptions mais celle-ci n'est pas encore au point. » (M-6)

2.4.3 l'Absence de contrat de travail

L'ensemble des médecins interrogés m'a fait part du problème des défauts de contrats. En effet bon nombre des travailleurs guadeloupéens se rendent compte que leur employeur ne cotise pas à la médecine du travail pourtant obligatoire ou encore qu'ils ne sont même pas sous contrats au moment où leur situation appelle un recours à la médecine du travail.

« J'ai souvent eu des patients pour qui l'employeur n'avait pas cotisé et n'avait pas de médecin du travail. Dans ce cas, le seul recours c'est de demander à l'employé d'aller à l'inspection du travail, déclarer la fraude. Mais j'ai remarqué qu'ils ne le font jamais car ils ont trop peur des retombées ultérieures sur leurs conditions de travail et quand on voit les taux de chômage en Guadeloupe, on comprend qu'ils ne le fassent pas. » (M-8).

2.5 Un arsenal thérapeutique limité pour une pathologie qui dépasse le cadre de la médecine générale.

2.5.1 Limitation par les institutions de santé

Dans une politique d'économie de santé importante avec une multiplication des moyens de contrôle, les médecins sentent leurs marges de manœuvres de plus en plus limitées. L'arrêt de travail fait partie de ces objectifs d'économie et de contrôle alors que la situation de stress professionnel nécessite une augmentation de sa prescription :

« Je trouve qu'on empêche le médecin de faire son travail et ça va devenir de plus en plus fréquent par la sécurité sociale. J'ai été à plusieurs reprises convoquée en commission car je dépassais le taux national d'arrêts de travail. On finit par nous imposer des quotas pour tout. Si ça continu comme ça, je vais refuser de recevoir les gens pour les arrêts de travail ou accidents de travail. La caisse ne me permet pas de faire mon travail correctement. En ayant plus de la moitié de ma patientèle salariée mes arrêts de travail sont majoritairement liés au stress professionnel et au harcèlement moral » (M-4).

2.5.2 Le médecin généraliste ne sent pas son action efficace.

L'ensemble des généralistes interrogés ont exprimé un sentiment croissant d'impuissance face à une pathologie extrêmement fréquente, avec un impact majeur en termes de santé publique. L'arrêt de travail représente le principal moyen thérapeutique. L'efficacité de l'arrêt de travail et la complicité avec la médecine du

travail ne semblent pas suffisant pour faire face à un monde du travail de plus en plus précaire et influant sur la santé. Les omnipraticiens ont le sentiment que la santé de leurs patients n'est plus de leur ressort :

« Si les employés sont bien traités, ils travaillent mieux, les chefs sont formés au contraire pour diviser pour mieux imposer et régner, au détriment de l'humeur au travail et à long terme de la santé de l'employé et contre ça malheureusement on arrive pas à faire grand chose ! » (M-10).

« Je ne me sens pas à l'aise avec ces problématiques car l'amélioration ne dépend pas complètement de moi comme une pathologie somatique simple. Ce sont des situations qui peuvent nous échapper très rapidement. C'est à un autre niveau que se joue cette problématique, en gros c'est de la politique ! » (M-9).

« Le harcèlement moral est devenu une technique de management très nettement depuis 2008 » (M-4).

« Je m'inquiète pour l'avenir, on vit dans une société qui a changé et je me demande comment les gens vont pouvoir s'épanouir dans leur activité professionnelle, je crois que l'on est dans une impasse, j'essaie d'éduquer mes patients à imposer un cadre dès le début et à apprendre à dire non mais ils n'ont plus le droit de rien. L'arrêt de travail n'est pas une solution dans la mesure où l'ensemble du travail est pourri, le changement doit s'effectuer ailleurs » (M-3).

« Il est dommage de faire des arrêts de travail longs ou à répétition sans autre mesure en attendant que les choses se tassent alors qu'au final elles ne se tasseront probablement jamais. » (M-1).

« Il y a énormément de choses à changer dans cette prise en charge. J'ai l'impression que je bouche des trous et qu'ils y en a plein d'autres qui s'ouvrent ailleurs. En 2009 pendant les événements en Guadeloupe, il n'y a pas eu d'essence et de travail pendant 15 jours, dès qu'ils ont remis l'essence je suis retourné au cabinet pensant qu'il y aurait comme avant, des sciatiques aiguës, des gastros, des états stress ou de dépressions... et ben pendant plusieurs jours, les seules consultations que j'ai effectuées ce fut des patients diabétiques pour leur renouvellement d'ordonnance. C'est le monde du travail qui crée la pathologie et la consommation médicale. (...) Les médecins ont déserté leurs responsabilités en terme de prévention dans le milieu du travail, ils ont laissé les choses se dégrader et probablement qu'on en est à un point de non-retour, on est en train de vivre le bout d'un système » (M-6).

2.5.3 Pauvreté des autres actions thérapeutiques en synergie avec l'arrêt de travail

Nous avons vu plus haut dans cette analyse de résultats la difficulté dans la réalisation du diagnostic de souffrance psychique professionnelle, ainsi que les problématiques liées à l'arrêt de travail. Bien que 100% des médecins considèrent que le retrait du milieu professionnel est le moyen de l'arsenal thérapeutique à disposition le plus efficace, ils déplorent la pauvreté des moyens thérapeutiques à

leur disposition et la difficulté de mise en place des thérapeutiques annexes comme le suivi psychologique par exemple.

« Vous savez, la première chose à faire chez une personne qui se noie c'est de lui sortir la tête de l'eau » (M-6).

« L'arrêt de travail c'est bien beau mais pour combien de temps ? Qu'est-ce qu'on fait à coté ? C'est souvent un pansement sur une jambe de bois » (M-2).

« Le stress professionnel étant d'origine multifactoriel et de présentation très diversifiée, une prise en charge se limitant à la prescription d'arrêt de travail n'est pas efficace: je leurs propose un suivi psychologique mais le plus souvent ils refusent car ici on a que le CMP, ce que tout le monde ici appel « les fous » alors c'est difficile à faire accepter, je regrette le manque de psychologues spécialisés dans ce domaine, on est très limité dans le suivi, d'ailleurs c'est souvent moi qui fait la psychologue... J'évite l'allopathie classique, j'utilise beaucoup d'homéopathie ou de phytothérapie. Je n'ai pas envie qu'ils rentrent dans une espèce de dépendance et qu'après à chaque fois qu'ils ont le problème, hop ! ils avalent le cachet. Ce ne sont pas des solutions à long terme, j'associe également une hygiène de vie, sport, alimentation, sophrologie, yoga, éviter les situations stressantes etc. mais je suis loin d'être spécialisée dans tout ça » (M-1).

2.6 Reconnaissance en tant qu'accident de travail

2.6.1 Le cadre législatif et son application dans les faits:

Selon les termes de l'article L. 411---1 du code de la sécurité sociale, « *est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.* »

Comme pour tout accident de travail, il suffit qu'il existe :

- un évènement soudain,
- une lésion médicalement constatée,
- un lien de causalité entre les deux.

Dans le cadre du stress professionnel, il est difficile de parvenir à une reconnaissance. La sécurité sociale, conclue en général à « l'absence de fait accidentel ». Si la Caisse Primaire d'Assurance Maladie refuse de prendre en charge les suites de l'état de santé au titre de la législation sur les accidents du travail, il est possible de saisir la commission de recours amiable (CRA) de la CPAM puis, si besoin, le Tribunal des affaires de sécurité sociale.

2.6.2 Ressentis des médecins généralistes

Sur l'ensemble des médecins généralistes interrogés, seulement quatre ont déjà effectué la démarche de faire reconnaître le stress professionnel en tant qu'accident de travail. A chaque fois, ils déploraient la difficulté de la procédure :

« Une fois seulement, un arrêt maladie, puis accident de travail. J'ai eu un refus de l'employeur que n'était pas d'accord et qui a refusé de payer le patient, puis il y a eu une enquête de la sécu qui a affirmé le stress professionnel en tant qu'accident de travail, ça a été laborieux, depuis j'évite » (M-7).

« Non je n'ai pas encore osé le faire alors qu'il s'agit d'un accident de travail, c'est une prise de conscience, je devrais le faire, mais le problème de l'accident du travail c'est qu'il faut une reconnaissance, il faut le prouver et ça demande du temps, de l'énergie et de se confronter à beaucoup d'opposition, la sécu l'employeur etc.. » (M-5).

La grande majorité des médecins et principalement ceux n'ayant jamais fait la démarche d'une reconnaissance en accident de travail considèrent qu'ils n'ont pas les moyens nécessaires pour effectuer ce travail.

« Ça devrait surtout relever de la médecine du travail ou d'une équipe pluridisciplinaire, surtout que l'on a que la parole du patient et qu'elle n'est pas toujours très fiable, ça demande énormément de temps. » (M-1)

« Je ne pense pas que ce soit de notre ressort, il devrait y avoir des équipes indépendantes de l'entreprise, multidisciplinaires, ayant des échelles et des codifications spécialisées qui devraient s'occuper de cette tâche » (M-2).

2.6.3 Inscription du *burn-out* au tableau des maladies professionnelles

Face à la demande de nombreuses associations, organisations syndicales et rapports d'enquêtes ces dernières années quant à l'inscription du *burn-out* au tableau des maladies professionnelles, il m'a paru judicieux de demander aux médecins interrogés leurs avis par rapport à cette mesure.

Sur dix médecins, neuf ont eu une réponse positive et un a déclaré que ce n'était pas une bonne idée.

« je pense que si on en arrive à une reconnaissance en maladie professionnelle, plus personne ne voudra travailler, nous sommes pas en mesure de gérer une telle demande, le lien de cause à effet est trop difficile à prouver » (M-2).

Pour les neuf autres médecins, le discours était sensiblement le même et résumé par les propos suivants :

« Oui complètement, je suis pour l'inscription à partir du moment où la maladie est liée aux conditions de travail, pour moi il n'y a pas de discussion, la reconnaissance en tant que maladie professionnelle doit être possible ! Après, comme c'est multifactoriel, on ne pourra jamais déterminer quelle est la part liée au travail et celle liée à des problèmes familiaux par exemple » (M-5).

DISCUSSION ET PROPOSITIONS

Le choix de ce sujet et la façon de le traiter sont forcément en rapport avec mes liens d'intérêt concernant l'approche sociologique du domaine de la médecine générale. Ce travail s'inscrit dans la perspective d'un travail futur au contact de patients en souffrance. Une vision globale sera donc nécessaire afin d'intégrer et prendre en charge l'ensemble des éléments qui constituent l'individu malade, mais également d'avoir un regard sur la position actuelle du soignant face à cette thématique. Cette volonté d'analyse et la vision sociologique du travail effectué ont pu induire un regard et probablement orienter la façon d'aborder les médecins interviewés.

1. Discussion concernant la méthodologie

La cohorte de médecins interviewés est faible. Ce résultat est inhérent au recrutement des médecins ayant bien voulu participer à l'étude mais également à l'obtention d'une saturation des données. Même si de nouveaux éléments étaient présents à chaque interview, les principales idées sont devenues redondantes au bout de 10 entretiens. Ce résultat ne gêne pas le travail de recherche réalisé car il n'avait pas pour but d'apporter une réponse exhaustive mais d'éclairer et de relever les points de difficultés de la prise en charge du généraliste dans ce cas précis.

Biais de Sélection

Afin de limiter le biais de sélection, Un échantillon varié a été constitué, se voulant représentatif de la population médicale. Malgré tout, des choix de sélections géographiques ont dû être réalisés par l'enquêteur pour favoriser certaines zones d'activité professionnelle importante afin de retrouver des médecins concernés par le sujet traité.

La participation à l'étude était de principe volontaire, on peut imaginer que les médecins ayant accepté un entretien après la démarche téléphonique se sentaient intéressés ou à l'aise dans le sujet traité.

Certains médecins interrogés m'ont été recommandés par d'autres médecins ou connaissances comme pouvant être intéressés à la participation de l'enquête. Cette sélection « de proche en proche » peut être considérée comme un biais. Malgré tout, ces biais de sélection sont à mettre en balance dans la mesure où l'objectif de cette étude qualitative était d'obtenir la plus grande richesse de réponses à l'entretien.

Biais d'information

Le fait que les participants avaient avant l'entretien une idée plus ou moins précise du sujet par la prise de rendez-vous au téléphone a pu induire un biais avec une préparation et une réflexion préalable à la rencontre.

La connaissance du statut de l'enquêteur (interne en médecine générale) a également pu jouer sur les éléments de réponse.

La rencontre ayant eu lieu au cabinet du médecin et au milieu du programme de consultation, la contrainte de temps a pu influencer sur la qualité des réponses et la concentration apportée à l'interview.

Biais liés au guide semi-dirigé de l'entretien

Bien que le guide d'entretien semi dirigé ait subi une phase de pré-test auprès de médecins, celui-ci a évolué au fur et à mesure des entretiens, notamment les 3 premiers. Ce qui est normal dans le cadre d'une méthodologie de théorisation ancrée comme définit par pierre PAILLE, « la théorisation ancrée peut se caractériser par la conceptualisation des données empiriques. La méthode est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation. Le principal outil est la catégorie, elle permet de faire le lien entre la technique qualitative et l'effort de conceptualisation. »[26] De ce fait, chaque médecin n'a pas subi exactement la même série de questions.

Biais de Recueil

Il est possible qu'au travers de certaines questions de relance, l'enquêteur ait orienté la discussion dans un certain sens ou abrégé la réponse du médecin trop longue n'allant pas dans la direction souhaitée par l'étude.

Certains médecins étaient connus de l'enquêteur et le tutoiement était utilisé lors de l'entretien, il est possible que cette familiarité et la mise en confiance qui en découle ait pu entraîner une différence dans le recueil des données.

L'utilisation d'un dictaphone posé sur le bureau à la vue du médecin, qui savait que ces propos étaient enregistrés et seraient utilisés ultérieurement, a possiblement entraîné une gêne et une modification des propos.

2. Discussion concernant les résultats

2.1 La charge de travail

Une des difficultés majeures qui ressort de ce travail d'étude est le manque de temps du médecin généraliste pour réaliser une prise en charge convenable. Cela est principalement ressorti sur le moment du diagnostic, pour lequel plusieurs consultations rapprochées semblent nécessaires dans la plupart des cas afin d'instaurer un dialogue ou encore dépister une somatisation qui cache une souffrance professionnelle.

Une étude commandée par le ministère du travail, de l'emploi et de la santé sur l'organisation du temps de travail des médecins généralistes en France révèle qu'en 2010, les médecins généralistes ont effectué en moyenne 5100 actes sur l'année avec une durée moyenne de consultation de 18 minutes. Dans cette étude, pour une charge de travail moyenne de 60h par semaine, le temps effectif passé uniquement auprès du patient serait de 33h, le reste étant phagocyté par les charges administratives, téléphone, secrétariat etc., [27].

Les premiers et derniers résultats en date du baromètre santé DOM de 2014 montrent que 19% des personnes ayant renoncé à consulter un médecin généraliste ont déclaré comme motif, que le délai pour obtenir un rendez-vous était trop long [38].

L'expression polymorphe et intriquée des troubles somatiques et psychiques implique un important travail de recensement, de décodage, de liens et d'explication. Une étude réalisée par la Société Française de médecine générale objective cette diversité médicale, psychologique et sociale qui demande une implication en temps et en énergie au généraliste très importante. Ainsi, dans les consultations de médecine générale, 13,3% s'accompagnent d'une activité de conseil et d'éducation, 12,3% d'un soutien psychologique, et 5,6% de questions d'ordre social [45].

Il est en outre admis que le rôle du médecin généraliste est de réaliser une prise en charge globale, centrée sur le patient et pas simplement de prendre en compte l'aspect somatique de l'individu. Il serait intéressant de mieux analyser l'impact de l'augmentation des questions de santé mentale sur la prise en charge de l'ensemble des problématiques de santé en médecine générale mais également, dans un contexte de baisse de la démographie médicale, comment la surcharge de patientèle impacte sur la qualité de prise en charge des pathologies chronophages comme la souffrance psychique professionnelle ou la santé mentale en générale.

2.2 Améliorer la formation

L'analyse des résultats objective clairement un défaut au niveau de la formation de l'omnipraticien. Une formation initiale plus adaptée à la médecine générale ainsi qu'une formation continue améliorée semblent incontournables pour répondre avec efficacité à l'évolution des problématiques quotidiennes du généraliste.

2.2.1 Amélioration de la formation initiale

La médecine générale, depuis l'arrêté du 22 septembre 2004, est reconnue comme discipline de spécialité. La spécificité de cette discipline est caractérisée par la prise en charge continue du malade dans son environnement. Il semble que cette caractéristique ne soit pas correctement mise en valeur et exploitée durant le cursus en vigueur des études médicales.

Depuis plusieurs années, on note une récurrence de plaintes d'externes, internes et jeunes médecins généralistes quant à la pauvreté du temps de stage passé en médecine générale de ville. L'étudiant de deuxième cycle (majoritairement destiné à la médecine générale) et de troisième cycle (déjà familiarisé comme futur médecin généraliste) est en stage clinique au quotidien, essentiellement en milieu hospitalier. Nous pouvons nous poser la question d'une augmentation du temps et de la précocité de confrontation des étudiants avec la spécificité, la complexité et le quotidien de la médecine générale, en soins primaires. Une plus forte sensibilisation et expérience des étudiants par rapport à cet exercice amélioreraient la capacité et l'habileté de prise en charge de pathologies spécifiques à la médecine générale comme la souffrance psychique professionnelle.

Une enquête nationale réalisée en 2013 sur la formation des internes de médecine générale par l'ISNAR.IMG [39] en association avec le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, retrouve que 45,9% des internes souhaitent faire trois stages ambulatoires et 17,3% souhaitent pouvoir effectuer quatre stages dans leur maquette de D.E.S, contre majoritairement un stage actuellement sur les six obligatoires. De plus, 75% des internes interrogés, sont pour une filiarisation précoce en D.E.S de médecine générale durant le deuxième cycle d'étude médicale.

Concernant la formation théorique des internes durant leur troisième cycle, d'après l'article R6153-2 du code de santé publique [40], sur les 9 demi-journées par semaine d'exercice effectif sur le lieu de stage, 2 demi-journées par semaine doivent être consacrées à la formation universitaire (s'agissant de cours locaux dans sa subdivision, de cours interrégionaux ou d'enseignements nationaux). Or, les résultats de l'enquête nationale sur l'état de l'enseignement théorique des internes de Mars 2014 [41] objective que seuls 50% des internes ont la possibilité de prendre leurs demi-journées de formation et près de la moitié des internes suivent une formation complémentaire car ils considèrent les enseignements du DES insuffisant. 20% des internes n'ont aussi pas la possibilité financière de se rendre à leur enseignement.

L'article L 6112-2 du code de la santé publique définit les missions des établissements de santé privés ou publics « *aux soins de courte durée, ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë* ».

Le risque de considérer l'externe ou l'interne de médecine générale comme un simple rouage au bon fonctionnement du système de soin public, sans prendre en compte la spécificité de sa pratique future, peut être préjudiciable à une prise en charge adaptée des besoins en population générale des soins primaires.

De plus, la création d'un esprit critique ayant assez de recul et intégrant la complexité de pathologies mêlant problèmes physiques, psychiques, sociétaux, politiques (comme la souffrance psychique professionnelle) n'est pas aisée. Un esprit critique est pourtant nécessaire à l'aide et la bonne prise en charge des patients dans toute leur complexité. La formation hospitalière, avec sa vision très, voire trop sanitaire de la santé, n'est peut-être pas l'unique solution pour qu'un futur médecin généraliste inséré au sein de la cité puisse exercer sa profession .

2.2.2 Amélioration de la formation continue

Il est souvent annoncé que 50% des connaissances médicales sont obsolètes en l'espace de 7 ans [42]. L'article 11 du code de déontologie médicale dit à ce propos que tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe également à l'évaluation des pratiques professionnelles [43]. La formation initiale est ainsi suivie par l'expérimentation du généraliste dans sa pratique quotidienne et le suivi d'une formation continue. Il est primordial que cette formation continue réponde à la réalité du terrain. Les possibilités sont nombreuses, EPU, congrès, séminaires, DU, revues, groupes de pairs, ou encore groupes d'analyse des pratiques. Malgré tout, nous remarquons au travers des médecins interrogés et du manque d'habileté à cette prise en charge que la problématique liée à la souffrance psychique professionnelle n'a pas été suffisamment soumise à cet exercice. Ce défaut ressort principalement sur le manque de standardisation de la prise en charge, la difficulté d'application médicamenteuse

liée à des pathologies psychiatriques, le manque de recours à une pluridisciplinarité et l'absence de connaissances théoriques et pratiques sur le sujet.

Sur ce dernier point, nombreux sont les médecins qui ont exprimé la volonté d'utiliser des outils de mesure et de détection de l'épuisement professionnel. L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, le Ministère du Travail et l'INRS recommandent l'utilisation du **Maslach Burnout Inventory (MBI) (ANNEXE 2)**. Il s'agit du questionnaire scientifiquement validé le plus utilisé aujourd'hui [44]. Il est simple d'utilisation pour les professionnels de santé, rapide et reproductible. Il s'articule sur trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou déshumanisation, la perte d'accomplissement personnel.

Les lacunes en matière de formation s'expriment à tous les niveaux de la prise en charge, diagnostic, relation médecin-patient, traitement et mise en place d'une pluridisciplinarité.

Une thèse qualitative publiée en 2004, à l'université de Lille, était intitulée : « Comprendre et prendre soin des patients souffrant psychiquement au travail : qu'attendent-ils de leur médecin généraliste ? » [10].

Les résultats de cette thèse montrent que les patients souffrant psychiquement au travail attendent de leur médecin généraliste une amélioration de l'attitude empathique, une formation dans le domaine de la communication, - notamment à l'écoute active -, ainsi qu'une amélioration de la coopération avec les médecins du travail.

Le recul sur le fonctionnement actuel et l'efficacité de la formation médicale continue n'est pas suffisamment important. De nombreuses études sont en cours sur

ce sujet. Il serait utile d'étudier un moyen permettant de mieux cibler les lacunes et les besoins d'enseignement des médecins généralistes et d'étudier des solutions pour objectiver l'efficacité des procédures actuelles de formation.

2.3 Améliorer le lien avec la médecine du travail

Le médecin du travail et le médecin généraliste visent tous deux à maintenir et à promouvoir la santé de la population. Pourtant, l'action synergique des deux professions s'avère une évidence qui ne se rencontre qu'insuffisamment sur le terrain [28].

Au travers de ce travail, il est évident de constater qu'il y a un problème majeur de lien et de coopération entre la médecine générale et la médecine du travail. Ces résultats guadeloupéens ont également une validité extrinsèque en France métropolitaine. En 2008, une étude menée par un service de santé au travail retrouvait ainsi que 70% des médecins généralistes ne connaissaient pas les services de santé au travail de leur région. 71% déclaraient également qu'ils avaient rarement ou n'avaient jamais d'échanges avec les médecins du travail de leurs patients, alors même qu'ils estimaient que 60% des arrêts maladie qu'ils prescrivaient avaient souvent ou très souvent un lien avec le travail [29], [30].

Une nouvelle fois, la problématique de la charge de travail interfère dans la relation médecin du travail – médecin généraliste. On remarque d'ailleurs à ce titre que le généraliste identifie l'engagement d'une procédure avec la médecine du travail comme un surcoût de travail qui s'intègre mal dans son quotidien, pour une action qu'il juge souvent inefficace.

Outre cette notion limitante d'un point de vue temporel, il réside un manque de confiance vis-à-vis du médecin du travail lui-même. Une étude française centrée sur la relation entre médecine du travail et médecine générale retrouve que 58% des généralistes se déclarent méfiants par rapport à l'indépendance des médecins du travail. Cette méfiance se retrouve également ressentie par un médecin du travail sur deux [31].

Même si l'indépendance professionnelle du médecin du travail est inscrite dans la loi, l'origine de cette situation problématique réside dans le financement des médecins du travail. Le médecin du travail est un employé à part entière de l'entreprise et est soumis au risque de licenciement. L'organisation et le financement de la médecine du travail sont obligatoirement assurés par les employeurs depuis les lois du 25 juillet 1942 et du 11 octobre 1946. La France n'a cependant pas ratifié la convention de Genève de 1985 de l'organisation internationale du travail sur les services de santé au travail, laquelle stipule que le personnel fournissant des services en matière de santé au travail doit jouir d'une indépendance professionnelle complète à l'égard de l'employeur [32].

A plusieurs reprises, les médecins m'ont fait part de leur expérience dans le cadre du travail dissimulé, et ce particulièrement dans les Antilles-Guyane, où la précarisation du travail et le chômage sont importants (taux de chômage de 26% chez les actifs de 15 ans et plus, comparés aux 10% de métropole) [38] et où la qualification professionnelle est faible comparativement à la métropole [33]. On constate un terrain favorable à la fraude fiscale et sociale de la part d'employeurs peu scrupuleux. Nombreux sont les employeurs qui minorent ou n'acquittent pas les impôts, les taxes et les cotisations sociales en dissimulant tout ou une partie des

salariés. De la même manière que l'URSSAF, les ASSEDIC, ou les caisses de retraites, la cotisation à la médecine du travail n'est pas effectuée. C'est au moment où le praticien adresse son patient en consultation de médecine du travail dans la mise en place d'une procédure de prise en charge de souffrance morale professionnelle que médecin et patient prennent conscience de la non existence d'un contrat de travail légal. Dans ce cas, le médecin oriente naturellement son patient vers l'inspection du travail pour dénoncer la fraude afin de pouvoir poursuivre une prise en charge adaptée. Mais l'ensemble des médecins interrogés ont constaté que le patient n'allait jamais à l'inspection du travail, dans la crainte de représailles et de licenciement. Les patients n'ont donc dans ce cas-là que le choix de continuer à subir la situation qui a porté atteinte à leur santé ou bien de quitter leur travail sans couverture sociale, dans un contexte d'interchangeabilité et de chômage fort des travailleurs. Cet aspect, fréquent d'après l'étude réalisée, est un frein supplémentaire à la relation médecin généraliste – médecin du travail.

L'université Antilles-Guyane ne bénéficie pas de filière de médecine du travail pour les internes. Cependant, une étude concernant la pluridisciplinarité médecine du travail/médecine générale avec les spécificités locales semble intéressante, voire nécessaire. D'autre part, une enquête pour approfondir le phénomène d'absence de contrat de travail réglementaire limitant l'accès au droit du travailleur dans son ensemble ne relèverait pas simplement de l'utilité médicale mais de l'intérêt public.

2.4 Les tabous

L'analyse des entretiens permet de faire émerger une véritable problématique quant à l'acceptation du diagnostic. Ce rejet accentue la difficulté de prise en charge du praticien de plusieurs façons :

- Dans la difficulté liée à la réalisation du diagnostic par le déni du patient de son état ;
- Dans le refus d'un motif d'arrêt de travail de nature « psychologique », par simple conception personnelle ou par manque de confiance de garantie du secret professionnel dans le système de santé;
- Dans le refus par le patient que le généraliste soit secondé dans sa démarche thérapeutique par un professionnel des pathologies dites « mentales », comme un psychiatre ou un psychologue.

Le caractère stigmatisant de certaines situations conduit le patient à les minorer, voir les dissimuler volontairement ou involontairement ; un trouble relatif à une souffrance psychique est ainsi perçu et interprété de façon très variable d'un patient à l'autre. C'est cette spécificité de conduite de la consultation relative à une souffrance morale professionnelle qui ressort régulièrement chez les généralistes interrogés. Celle-ci complique et alourdit la consultation en temps et en investissement émotionnel.

Il est à noter que malgré cette complexité liée à l'acceptation de son état, le médecin généraliste est le plus à même de dépister et d'effectuer ce type de diagnostic. L'étude *mental Illness in General Health Care* réalisée par l'OMS montre que la prise en charge d'un patient par son médecin traitant habituel permet de

doubler les scores de reconnaissance des troubles mentaux [46]. D'après les résultats des entretiens, les praticiens ressentent pourtant de plus en plus de difficultés à effectuer ce travail diagnostique et jugent leur activité quotidienne non adaptée à la bonne prise en charge de ce cas de figure.

Les médecins sont par ailleurs peu à l'aise face à un arrêt relatif à une souffrance liée au travail. Certains patients refusant l'inscription d'un motif de nature psychologique ou psychiatrique par sentiment de faiblesse, le praticien se retrouve alors dans une situation délicate pour aider son patient en accédant à sa demande et en se positionnant en fraude par rapport aux règles légales et déontologiques. Rappelons que la prescription d'un arrêt de travail est considérée avant tout comme un acte thérapeutique engageant la responsabilité du médecin [47].

Les patients sont également contre l'inscription du motif réel sur l'arrêt de travail par peur que ce motif devienne public, ce qui caractérise un manque de confiance sur la réalité du secret professionnel dans la médecine générale.

Lors de la modification du motif réel de l'arrêt de travail, le praticien prend le risque de desservir son patient. En effet, en cas de multiplication des arrêts et d'une situation critique, comme le suicide d'un employé par exemple, pouvant aller jusqu'à une procédure judiciaire très grave, le dossier médical n'est plus représentatif de la situation antérieure réelle. Le médecin engage sa responsabilité judiciaire et le risque de voir le patient ne pas pouvoir faire valoir ses droits correctement.

Il serait ainsi intéressant de juger de la qualité du secret professionnel au travers des arrêts de travail en médecine générale et spécifiquement dans les Antilles-Guyane.

2.5 Limites thérapeutiques

On constate au travers de cette étude, que l'arrêt de travail constitue la très grande majorité de l'action thérapeutique des généralistes. Cette dépendance vis-à-vis de l'arrêt de travail peut se révéler problématique. En effet, la prescription d'un arrêt de travail n'est pas si aisée. Le médecin, motivé par le fait de soustraire son patient de la souffrance qu'il présente, a la volonté de réaliser un arrêt de travail. Mais cet arrêt peut avoir des effets pervers pour le patient, ce que le généraliste soupçonne au moment de la rédaction. L'arrêt de travail dans le cas d'un conflit salarié-employeur est un risque majeur de perte d'emploi par licenciement. Il existe également un fort risque de désinsertion professionnelle pour des arrêts trop longs ou à répétition qui peuvent être préjudiciables pour la santé du patient. Pour autant, le praticien est pris en étau avec le risque d'aggravation des problèmes de santé du patient si le salarié continue à travailler dans les mêmes conditions, pouvant aller jusqu'à des situations dramatiques.

En dehors de l'action thérapeutique de l'arrêt de travail, les généralistes ne sont à la fois pas à l'aise avec la prescription de médicaments de nature psychiatrique et limités quant à la possibilité de s'entourer d'acteurs paramédicaux dans leur localité pour une prise en charge pluridisciplinaire adaptée.

Les médecins interrogés remarquent que les patients atteints par cette souffrance psychique professionnelle n'ont généralement pas d'antécédent psychiatrique. Le plus souvent, le patient bénéficie de la prescription de psychotropes comme des antidépresseurs, des anxiolytiques ou des hypnotiques. Cette prescription, bien que parfois nécessaire, est ressentie par le prescripteur comme un choix par défaut. Le praticien généraliste est ainsi conscient de réaliser une action

thérapeutique qui n'est pas complètement adaptée à la situation, conscient du risque de générer une dépendance médicamenteuse chez le patient, mais aussi conscient de possiblement entraver la sortie de crise. Une étude réalisée par l'Observatoire National de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé de 2013 retrouve que 131 millions de boîtes de médicaments contenant des benzodiazépines ou apparentées ont été vendues en France en 2012 (dont 53,2% d'anxiolytiques et 40,5% d'hypnotiques), ce qui représente 4% de la consommation totale de médicaments, la grande majorité des prescripteurs étant les médecins généralistes (à 90%). Les temps d'exposition aux benzodiazépines sont parfois très supérieurs aux recommandations de l'AMM, avec une utilisation annuelle de 4 à 5 mois pour les hypnotiques et les anxiolytiques, médicaments qui exposent à une forte pharmacodépendance, et notamment via un phénomène de tolérance et de sevrage à l'arrêt [48]. Entre 1980 et 2001, le nombre annuel de journées de traitements par antidépresseurs a ainsi été multiplié par 6,2, ce qui correspond à un taux de croissance annuelle de 4% [49]. Cette prescription de psychotropes est évoquée par les médecins généralistes comme un manque de possibilité et de connaissance médicamenteuse dans cette spécificité. Ces derniers font également face à une grande difficulté à bénéficier de l'aide et de l'appui de partenaires de santé, comme des psychiatres, ou des psychologues. En Guadeloupe, la densité en psychiatres est trois fois plus faible que celle de la métropole [50], les médecins généralistes déplorent le manque de disponibilité et de spécialisation des psychologues de villes ainsi que d'assistants sociaux dans le cadre de la prise en charge de la souffrance morale professionnelle.

Une évolution transdisciplinaire est nécessaire, avec la définition des compétences de chacun et complémentarité des offres de soins. L'évolution de la démographie médicale et paramédicale est un sujet central en raison de son impact sur les solutions susceptibles d'être proposées en matière d'évolution de l'organisation des soins.

Par ailleurs, la notion de santé au travail nécessitera d'importants travaux sur la question du travail et du management moderne. Ces questions de sociétés devront être abordées, reste à savoir par qui, et au nom de quoi : les généralistes, car ils y sont confrontés et sont sensés régler les problèmes de santé ? les acteurs de la santé? les usagers du système de soin ? les travailleurs ? les citoyens ?

On voit bien que cette question de la santé au travail est éminemment politique, dans le sens où elle est nécessairement liée à la conception que la population aura du travail.

2.6 Perspectives et solutions

D'un point de vue juridique, la problématique des risques psychosociaux a apporté son lot de modifications, de précisions et d'applications particulières des lois. Révélatrice d'erreurs organisationnelles et de stratégies financières incompatibles avec le travail humain, elle a eu le mérite de redéfinir le travail et d'attirer l'attention des dirigeants sur les contraintes réelles des métiers et des activités [34].

2.6.1 La prévention des risques psychosociaux

Nous avons mis en lumière dans l'introduction l'évolution des techniques de managements et leurs objectifs actuels, qui se traduisent parfois par une volonté de déstabilisation des employés dans le cadre du travail. Il est donc bien question d'une accentuation directe des risques psychosociaux. Pourtant, de nombreuses études montrent un très grand avantage à la prévention de ces risques psychosociaux, on note une volonté des instances gouvernementales et de certaines entreprises novatrices à étudier et à mettre en place des solutions dans la vision qu'un salarié heureux rapporte plus à l'entreprise et coûte moins à la société.

En 2010, l'ISSA (Association Internationale de la Sécurité Sociale) a publié un rapport intitulé « Rendement de la prévention » [35], basé sur une étude internationale sur les bénéfices de la prévention des risques psychosociaux en entreprise. Cette étude montre que pour 1 euro investi dans la prévention, il existe un gain de 2,2 euro en termes de productivité. Cette étude retrouve plusieurs champs d'avantages :

- Une plus grande motivation et satisfaction de l'employé ;
- Une amélioration de l'image de l'entreprise ;

- Une attention soutenue à la qualité, une meilleure qualité des produits, une innovation dans les produits ;
- La prévention de la perte de temps et réduction du temps de compensation après les perturbations.

D'après l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail et son rapport sur l'étude du coût des risques psychosociaux [2] déjà cité dans l'introduction, elle estime qu'en investissant 1 euro dans la prévention et la sensibilisation, l'entreprise génère un bénéfice net de plus de 13 euros par an. Ce chiffre comprend le retour sur investissement à la fois du gain en termes de productivité, mais également de l'économie en matière d'arrêt de travail, d'accident de travail et de baisse des conflits internes. La prévention des risques psycho-sociaux dans le monde du travail s'articulerait principalement sur une valorisation du travail, l'ambiance de travail et la promotion du lien social entre les employés et une diminution de la distance hiérarchique entre les différentes stratifications salariales (principalement en France). Les deux mesures les plus importantes semblent être la baisse des sentiments d'injustices, donc une impartialité et une objectivité accrue, ainsi que la promotion du principe d'auto-détermination [36] : « La capacité d'un individu à être à l'origine de ses propres actions ». On retrouve de ce fait, la reconnaissance de la professionnalisation des personnes, ainsi qu'un regain du sens au travail. On peut distinguer 8 points majeurs [51]:

- Favoriser un support social et instaurer des temps pour l'échange au travail ;
- Valoriser la reconnaissance ;
- Améliorer la communication et le feedback ;

- Optimiser le système effort/ récompense;
- Redéfinir les rôles et les champs d'actions respectifs de chacun ;
- Etablir l'équité ;
- Augmenter la participation aux prises de décisions ;
- Le développement organisationnel.

2.6.2 Evaluation et promotion d'alternatives thérapeutiques

La promotion d'alternative peut être d'ordre médicamenteux tout d'abord. Nous avons vu que l'approche médicamenteuse des généralistes face à la souffrance morale professionnelle semblant approximative, une amélioration de la formation et une standardisation des psychotropes à utiliser sont donc nécessaires. Les prescriptions de phytothérapie ou d'homéopathie semblent également présentes dans ce contexte, une évaluation de l'aide médicale apportée en pratique courante et une promotion en cas de bénéfices prouvés peut être un plus pour le praticien dans sa prescription.

Dans un second temps, il s'agirait de développer une approche non médicamenteuse en prévention primaire et secondaire, non pas orientée sur l'environnement comme précédemment, mais centrée sur l'individu, le « *coping* ». LAZARUS et FOLKMAN (1984) définissent le *coping* comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu [52].

Pour NEWMAN et BEEHR , les interventions contre le *burn out* basées sur les stratégies de *coping* se répartissent en 4 catégories [53] :

1. Celles qui visent les conditions physiques et physiologiques : régime alimentaire, exercice physique, etc.
2. Celles qui changent les conditions psychologiques :
 - ⇒ Gestion de vie
 - ⇒ Evaluation réaliste de soi
3. Celles qui consistent à changer ses comportements
 - ⇒ Aborder les problèmes avec plus de recul et de distance/relativiser
 - ⇒ Prendre du temps pour soi : des loisirs, des vacances
 - ⇒ Investir son réseau amical et acquérir un soutien social
4. Celles qui changent son environnement de travail ou son comportement au travail

Les stratégies de *coping* et leurs efficacités sont difficilement appréciables de façon quantitative, bien que fortement recommandées et utilisées par les psychologues et psychiatres. Malgré tout, on remarque qu'intuitivement, les médecins généralistes utilisent partiellement ces techniques, principalement sur les règles hygiéno-diététiques, tout en proposant des techniques de relaxations voire d'encouragement de la pratique de yoga, de sophrologie etc. Il serait avantageux pour le praticien et le patient d'améliorer la capacité du généraliste à mettre en place et à éduquer son patient sur ses éléments qui peuvent permettre de rendre plus efficient sa prise en charge globale, et ce d'autant plus si le recours à un spécialiste est difficile.

5.1.1 L'inscription au tableau des maladies professionnelles

D'après l'enquête menée auprès des médecins généralistes, l'inscription de l'épuisement professionnel ou « *burn-Out* » au tableau des maladies professionnelles semble être une bonne mesure, ou du moins soutenue par les médecins interrogés. Cette mesure aurait l'avantage de renforcer la position de la médecine quant à la prévention et la prise en charge de la souffrance morale professionnelle, la décision médicale aurait un impact beaucoup plus important, à la fois pour le patient et pour l'employeur. En effet, dans le cadre d'une reconnaissance en maladie professionnelle, l'entreprise aurait à prendre en charge l'ensemble des frais médicaux et annexes liés au handicap de la maladie. Ce coût financier important serait très probablement une motivation à l'investissement dans la prévention des risques psychosociaux décrite ci-dessus. Mais cette reconnaissance semble être très difficile à mettre en place actuellement. Pour être reconnu en tant que maladie professionnelle, le salarié frappé par un *burn-out* doit démontrer une incapacité permanente de travail de plus de 25% et un lien direct et essentiel avec le travail [37].

Dans le cadre de maladies psychiques, il est quasiment impossible de pouvoir quantifier le degré d'incapacité ainsi que le lien de causalité direct, car nous l'avons vu dans cette étude, la pathologie est multifactorielle. Une autre problématique est le risque de voir un grand nombre de patients s'engouffrer dans ce prétexte pour obtenir des compensations financières et d'incapacité de travail à long terme sans autre motivation que l'intérêt personnel de ne pas travailler.

CONCLUSION ET OUVERTURES

En définitive, la souffrance psychique professionnelle dont l'épuisement professionnel ou « Burn-out » est la figure de proue, est une pathologie de plus en plus rencontrée, certainement liée à l'évolution de notre société. Le monde du travail n'est qu'un reflet de notre société moderne en perpétuelle évolution. Les nouvelles technologies, l'intensité, la complexité du travail, les faibles marges de manœuvre se traduisent par des délais et des objectifs irréalistes ou mal définis, une surcharge de travail et parfois des horaires excessifs. La souffrance psychique professionnelle prend également sa source dans la perte de sens des travailleurs, la précarité des emplois, l'internationalisation des entreprises, la dématérialisation de la production, voire l'isolement de l'individu éventuellement générée par la dégradation des rapports sociaux dans le monde du travail d'aujourd'hui.

Le travail moderne et ses conséquences semblent avoir évolué plus rapidement que les connaissances de la médecine dans ce domaine, ainsi que les réponses qu'elle peut apporter à cette problématique.

Nous l'avons vu, il s'agit d'un diagnostic difficile à établir, de par son aspect multifactoriel, les types de personnalité qu'elle touche et la difficulté d'acceptation par le patient. Face à une démographie médicale en soins primaires de plus en plus faible, et une demande de consultations croissantes en général et pour cette pathologie en particulier, le médecin généraliste ne semble pas en mesure de pouvoir consacrer le temps adéquat à ce type de pathologie.

L'omnipraticien ne semble pas non plus suffisamment armé dans ses possibilités thérapeutiques, par réalité de terrain ou défaut de formation appropriée. Cette défaillance dans la prise en charge semble caractérisée par:

1. un manque de spécificité dans la formation ;
2. une médication à vocation psychiatrique qu'il ne juge pas adaptée, voire délétère, avec risques de développement de pathologies secondaires;
3. la difficulté de mise en place d'une pluridisciplinarité et d'une prise en charge globale, notamment dans la faible disponibilité et l'acceptation d'un suivi psychologique et psychiatrique ;
4. une mauvaise relation avec la médecine du travail et des doutes sur son efficacité, son intégrité ainsi que sa capacité à épauler le praticien et le patient dans cette prise en charge.

L'ensemble de ces éléments fait que le praticien peut se trouver démuni, voire découragé face à une pathologie devenue pluriquotidienne dans son cabinet. Il ne sent pas son action efficace, se sent isolé, et non soutenu dans sa démarche par les organismes de Sécurité Sociale. Le praticien se rend compte que le bien-être de sa patientèle ne se joue pas entièrement à son échelle. Il se trouve confronté à une prise en charge de patients en souffrance, face à des pathologies intriquées, à la fois médicales et sociétales. Cet ensemble ressenti est un risque pour le praticien d'engendrer une frustration, voire un évitement dans le processus thérapeutique.

Néanmoins, certaines évolutions sont envisageables et nous remarquons une prise de conscience croissante quant à la nécessité d'aborder ce problème. Le sentiment d'être arrivé aux limites d'un système qui fonctionne mal, avec des conséquences économiques et sociales désastreuses, ont poussé les chercheurs du monde social, économique et du travail à étudier les avantages en termes de préventions des risques psychosociaux. Les résultats plus que positifs de ces nombreuses études laissent entrevoir une possibilité d'amélioration de la situation actuelle, associée à un gain de productivité dans l'entreprise et éventuellement financier.

La création d'un réseau de médecine du travail indépendant du financement par l'entreprise (comme c'est le cas dans d'autres pays européens) semble être une étape importante et nécessaire à l'amélioration de la condition du travailleur. L'influence et le poids des décisions du médecin du travail seraient ainsi renforcés. La relation de confiance avec le médecin généraliste en serait également améliorée. Il serait certainement intéressant d'imaginer des formations communes entre médecins du travail et médecins généralistes pour faciliter leurs échanges ultérieurs et la reconnaissance du travail mutuel.

Bien que difficilement imaginable et compliqué à mettre en place et comme décrit dans la discussion, la reconnaissance de l'épuisement professionnel en tant que maladie professionnelle serait un moyen thérapeutique supplémentaire pour le médecin généraliste, ainsi qu'une augmentation de son poids décisionnel.

L'omnipraticien ne possède pas, seul, de solution au problème de fond. Malgré tout, la place du soin primaire est plus que jamais primordiale dans la démarche de santé publique et passe par le respect et la promotion des spécificités en médecine générale, et ce principalement dans la formation ainsi que dans la mise en œuvre au quotidien de la singularité de la pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. 2013_2016_programme_sante_mentale - [Internet]. [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf
2. Juliet Hassard, Kevin teoh, Tom Cox ans Philip Dewe. calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks-European Agency for Safety and Health at Work [Internet]. 2014 :22-23 [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks
3. Hubert Landier SRM Consulting. Le stress au travail, comment le mesurer, comment l'appréhender - livreblancstress.pdf [Internet]. 2008 [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.travaillermieux.gouv.fr/IMG/pdf/livreblancstress.pdf>
4. Hans-Horst Konkolewsky. Working on stress-European Agency for Safety and Health at Work [Internet]. 2002 [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/magazine/5>
5. Michel Gollac ; Marceline Bodier. rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. [Internet]. 2010 : 54-60 [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
6. Institut National de Recherche et de Sécurité. Stress au travail. Effets sur la santé - Risques - INRS [Internet]. [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html>
7. Ministère en charge de la justice. Harcèlement moral au travail | Service-Public [Internet]. 2013 [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2354>
8. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. Human Relations. 4 janv 1982;35(4):283- 305.
9. Christophe Dejours. : « Travail : usure mentale : de la psychopathologie à la psychodynamique du travail ». Bayard. 1993 : 78-95.

10. Puchala-Mennissez A. Comprendre et prendre soin des patients souffrant psychologiquement au travail: qu'attendent-ils de leur médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
11. Bulletin de l'inspection du travail. - Loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_du_9_avril_1898.pdf
12. Code du travail - Article L4121-1. Code du travail.
13. Code du travail - Article L4121-2. Code du travail.
14. LE HARCELEMENT MORAL - reflexions.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reflexions.pdf>
15. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. 2002-73 janv 17, 2002.
16. Accord_stress_travail_Fr.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2015]. Disponible sur: http://www.travaillermieux.gouv.fr/IMG/pdf/Accord_stress_travail_Fr.pdf
17. Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action (rapport) [Internet]. [cité 26 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-17.html>
18. BurnOutVersiondef.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.technologia.fr/blog/wp-content/uploads/2014/04/BurnOutVersiondef.pdf>
19. Hans-Horst Konkolewsky European Agency For Safety and Health at Work. The changing world of work [Internet]. [cité 18 nov 2015]. Disponible sur: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/magazine/2>
20. La comédie humaine du travail : De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale - Danièle Linhart [Internet]. Erès 2015. [cité 18 nov 2015].
21. S.-D. Kipman (Collectif dirigé par). Préface : Juan E. Mezzich. Médecine de la personne. 978-2-7040-1341-8 - EM|consulte [Internet]. Éditeur : Doin/Arnette; [cité 23 nov 2015]. 325 p. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/742585>
22. Linhart D. 21. Individualisation et mobilisation subjective dans le monde du travail. Corcuff P, Le Bart C, De Singly F, éditeurs. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2015.

23. Gérard Collignon. Comment leur dire... La Process Communication. InterEditions. 2010. 262 p.
24. Marie Pez . Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés : Journal de la consultation - Marie Pez  - Livres. 2010. 172 p.
25. Rogers CR. The non directive Method as a technic for social research. American Journal of sociology, 1945, 50-4, pp.279-283.
26. Paillé P. L'analyse par théorisation ancree. Cahiers de recherche sociologique.1994 ;23 :147-181.
<http://erudit.org/revue/crs/1994/v/n23/1002253ar.pdf>
27. Les emplois du temps des médecins généralistes - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 28 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-emplois-du-temps-des-medecins,10839.html>
28. Farr P, De Brouwer C, Thimpont J. [Relations between the occupational physician and the general practitioner]. Rev Med Brux. sept 2009;30(4):304- 8.
29. Enquête réalisée par Yvelines santé travail en juin 2 008, auprès de 840 médecins traitants, généralistes et spécialistes, hospitaliers ou non du département des Yvelines.
30. Médecin du travail / médecin généraliste : constats et perspectives - postfaces.pdf [Internet]. [cité 31 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/pdf/postfaces.pdf>
31. Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés [Internet]. [cité 31oct2015].Disponiblesur:[about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.inpes.sante.fr%2Fnouveauteseditoriales%2F2012%2Fmedecin-travail-generaliste-croises.asp](http://www.inpes.sante.fr/nouveauteseditoriales/2012/medecin-travail-generaliste-croises.asp)
32. World Health Organisation- Evelyn - GOHNET_15_FR 3.doc - french_version_gohnet_15.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/occupational_health/network/french_version_gohnet_15.pdf
33. ANTIANE ÉCO N  60 - AE60_art04.pdf [Internet]. [cité 5 nov 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guyane/themes/antiane/AE60/AE60_art04.pdf

34. Bellego M, Légeron P, Ribéreau-Gayon H. Les risques psychosociaux au travail. Méthodes & Recherches. 9 nov 2012;1re éd.:86- 86. « Méthodes et Recherches », 104 pages
35. Bruno Bisson. Rendement de la prévention - 854_Rendement_de_la_prevention.pdf [Internet]. Association Internationale de la Sécurité Sociale (ISSA); [cité 21 nov 2015].
36. Claude Fernet. The Role of Work Motivation in Psychological Health.pdf. 2012 [cité 21 nov 2015]; Disponible sur: http://sdtheory.s3.amazonaws.com/SDT/documents/2013_Fernet_CP.pdf
37. ameli.fr - En cas de maladie professionnelle [Internet]. [cité 21 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/en-cas-de-maladie-professionnelle/qu-est-ce-qu-une-maladie-professionnelle.php>
38. Inpes - Actualités 2015 - Publication des premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 [Internet]. [cité 29 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/055-barometre-dom-2014.asp>
39. 150126_enquete_nationale_isnar-img_-_formation_des_img_-_resultats.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2015]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/guides/150126_enquete_nationale_isnar-img_-_formation_des_img_-_resultats.pdf
40. Code de la santé publique - Article R6153-2. Code de la santé publique.
41. Rapport_Formation_ISNI_VF.docx - 194448-enquete-nationale-sur-l-etat-de-l-enseignement-theorique-des-internes-de-l-isni-intersyndicat-national-des-internes-mars-2014-original.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2015]. Disponible sur: http://www.letudiant.fr/static/uploads/mediatheque/EDU_EDU/4/8/194448-enquete-nationale-sur-l-etat-de-l-enseignement-theorique-des-internes-de-l-isni-intersyndicat-national-des-internes-mars-2014-original.pdf
42. L'OBLIGATION DE FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC) EN FRANCE .pdf. [cité 30 déc 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcp.pdf
43. Article 11 - Développement professionnel continu | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 30 déc 2015]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235>
44. Guide d'aide à la prévention-Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2015]. Disponible

sur: [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe Burnout 21-05-2015 version internet.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf)

45. Gallais JL. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Rapport FISP-RNSP.Doc Rech Med Gen SFMG 1994 ; 45:1-104
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/213/fichier_45_actes_fonctionsfb707.pdf
46. Ustûn TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. An international study. New York : OMS-John Wiley, 1995 :1-395
47. Les arrêts de travail | Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 1 janv 2016]; Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-arrets-de-travail-758>
48. ANSM_Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France_09012014.pdf. In [cité 2 janv 2016]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/content/download/57511/738785/version/2/file/ANSM Rapport+Benzo_09012014.pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/57511/738785/version/2/file/ANSM_Rapport+Benzo_09012014.pdf)
49. Amar.E,Balsan.D. Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001.Paris: Études et résultats :DRESS. 2004; 285:1-8
50. INSEE. Guadeloupe Soins de ville_ind_02.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guadeloupe/themes/insee-dossier/ga_ind_02.pdf
51. These_Ruth-WIERTZ. L'épuisement professionnel [Internet]. [cité 2 janv 2016]. 2013; 225 :160-163 Disponible sur: http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/these_ruth-wiertz.pdf
52. Mariage André, Schmitt-Fourrier Fabienne, « Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping.. Etude auprès de personnels soignants», *Le travail humain* 1/2006 (Vol. 69) , p.1-24 URL : www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2006-1-page-1.htm. DOI : [10.3917/th.691.0001](https://doi.org/10.3917/th.691.0001).
53. Newman JD, Beehr T. Personal and Organizational strategies for handling job stress: A review of research and opinion. *Personnel Psychology*. 1979; 32: 1-43.
54. Nelly Bidot; Audrey Mas; Amandine Mathivet. France TELECOM AVSCGE Rapport 100330 - Risques Psychosociaux(2).pdf [Internet]. 2010 ; p 80 [cité 3 janv 2016].

55. **Daniel LINHART**, *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*, Paris, Érès, coll. « Sociologie clinique », 2015, 158 p., ISBN : 978-2-7492-4632-1.
56. **Daniel LINHART**, Tout a commencé un jour de 1972 [Internet]. Le Monde diplomatique. [cité 10 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.monde-diplomatique.fr/2006/03/LINHART/13261>

ANNEXES

I. ANNEXE 1 : Guide d'entretien semi-dirigé.

Question 1 : - Âge

Question 2 : - Sexe

Question 3 : - Année d'installation

Question 4 : - Milieu d'exercice

Question 5 : - Au sein de votre patientèle active, vous arrive-t-il fréquemment d'être confronté à une symptomatologie évocatrice de stress professionnel chronique ou de harcèlement moral ?

Question 6 : - Avez-vous constaté une augmentation des symptômes liés à un stress professionnel chez vos patients ces 10 dernières années ?

Question 7 : - Comment vous êtes-vous formé à la souffrance morale liée aux conditions de travail ?

Question 8 : - Quelle sont les motifs de consultations de natures somatiques qui vous font rechercher un stress professionnel sous-jacent ?

Question 9 : - D'après vous, pour quelles raisons un patient aurait-il tendance à cacher volontairement ou involontairement une souffrance psychique ou psychosomatique liée à ses conditions de travail ?

Question 10 : - Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'alerter le médecin du travail sur les conditions de travail anormalement stressantes chez l'un de vos patients ? Si vous ne le faites pas, pourquoi ?

Question 11 : - Est-il fréquent pour vous d'utiliser un diagnostic somatique lors de la rédaction d'un arrêt de travail alors que celui-ci est totalement motivé par un stress professionnel dans la crainte d'un jugement par la sécurité sociale ?

Question 12 : - Avez-vous déjà prescrit un arrêt de travail relatif à une situation de harcèlement moral/ stress professionnel en le considérant comme un accident de travail ? Et pensez-vous que cela devrait être de votre ressort ?

Question 13 : - Connaissez-vous le droit de retrait du code du travail ?

Question 14 : - En cas de stress professionnel, la meilleure solution est-elle, selon vous, le retrait du milieu professionnel ?

Question 15 : - Quelles autres mesures thérapeutiques mettez-vous en place en dehors de l'arrêt de travail ? Les jugez-vous efficaces ?

Question 16 : - L'inscription du « *burn-out* » au tableau des maladies professionnelles est-il une bonne chose ?

II. ANNEXE 2 : Test d'inventaire de Burn-Out de Malach

Trois échelles composent la version originale du Test:

1. Le sentiment d'épuisement émotionnel (9 items)
2. La deshumanisation (5 items)
3. L'accomplissement personnel au travail (8 items)

À chaque question, 7 réponses sont possibles et correspondent à un chiffre :

1. Jamais (compter 0)
2. Quelques fois par an, au moins (compter 1)
3. Une fois par mois au moins (compter 2)
4. Quelques fois par mois (compter 3)
5. Une fois par semaine (compter 4)
6. Quelques fois par semaine (compter 5)
7. Chaque jour (compter 6)

Calculer le score d'épuisement professionnel, SEP: 9 items

Question 1 : je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.

Question 2 : Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.

Question 3 : Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.

Question 4 : Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.

Question 5 : Je sens que je craque à cause de mon travail.

Question 6 : Je me sens frustré(e) par mon travail.

Question 7 : Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.

Question 8 : Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.

Question 9 : Je me sens au bout du rouleau.

Additionner les scores obtenus à ces questions pour obtenir le score d'épuisement professionnel, SEP

- ⇒ SEP inférieur à 17 : degré faible
- ⇒ SEP compris entre 18 et 29 : degré modéré
- ⇒ SEP supérieur à 30 : degré élevé

Calculer le score de dépersonnalisation, perte d'empathie, deshumanisation, SD : 5 items

La dépersonnalisation ou perte d'empathie se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (les clients, les patients, les collègues, etc) : c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observable par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par l'indifférence.

Question 1 : Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves, etc. de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets.

Question 2 : Je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.

Question 3 : Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.

Question 4 : Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves, etc.

Question 5 : J'ai l'impression que certains de mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes.

Additionner les scores obtenus à ces questions pour obtenir le score de dépersonnalisation/perte d'empathie : SD

SD, inférieur à 5 : degré faible

SD, compris entre 6 et 11 : degré modéré

SD, supérieur à 12 : degré élevé

Calculer le score d'accomplissement personnel au travail, SAP: 8 items

Le score d'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Question 1 : Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent.

Question 2 : Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves.

Question 3 : J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens.

Question 4 : Je me sens plein(e) d'énergie.

Question 5 : J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves.

Question 6 : Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves.

Question 7 : J'ai accompli beaucoup de choses qui valent la peine dans ce travail.

Question 8 : Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.

Additionner les scores obtenus à ces questions pour obtenir le score d'accomplissement personnel : SAP

SAP, inférieur à 33 : degré faible
SAP, compris entre 34 et 39 : degré modéré
SAP, supérieur à 40 : degré élevé

=> **En fonction du nombre de dimensions atteintes, on distingue des stades de GRAVITE**

Le degré de *burn-out* est dit:

14.1 Faible: seule 1 dimension est atteinte. 14.2

Moyen : atteinte de 2 dimensions sur 3. 14.3

Sévère: les 3 dimensions sont pathologiques.

=> **Degré de *burn-out* : attention, si les scores d'épuisement professionnel et score de dépersonnalisation sont critiques, c'est à dire à des degrés élevés, surtout si le score d'accomplissement personnel est faible.**

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE



.....

FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université: Corinne MENCE-CASTER
Doyen de la Faculté de Médecine: Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI

Médecine interne

Tel : 05 96 55 22 55 - Fax: 05 96 75 84 45

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

Tel: 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax: 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax: 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax: 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

Tel: 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Georges JEAN-BAPTISTE

Rhumatologie

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

| | |
|----------------------------------|---|
| Jean ROUDIE | Tel : 05 96 55 22 71 - Fax: 05 96 75 84 38 Chirurgie Digestive |
| | Tel : 05 96 55 21 01 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax: 05 96 75 84 38 |
| Jean-Louis ROUVILLAIN | Chirurgie Orthopédique |
| André WARTER | Tel : 05 96 55 22 28 Anatomopathologie |
| André CABIE | Tel : 05 96 55 23 50 Maladies Infectieuses |
| Philippe CABRE | Tel : 05 96 55 23 01 Neurologie |
| Raymond CESAIRE | Tel : 05 96 55 22 61 Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie |
| Philippe DABADIE | Tel : 05 96 55 24 11 Anesthésiologie/Réanimation |
| Maryvonne DUEYMES-BODENES | Tel : 05 96 89 11 82 Immunologie |
| Régis DUVAUFERRIER | Tel : 05 96 55 24 24 Radiologie et imagerie Médicale |
| Annie LANNUZEL | Tel : 05 96 55 21 84 Neurologie |
| Louis JEHEL | Tel: 05 90 89 14 13 Psychiatrie Adulte |
| Mathieu NACHER | Tel: 05 96 55 20 44 Epidémiologie |
| Guillaume THIERY | Tel: 05 94 93 50 24 Réanimation |
| Magalie DEMAR | Tel: 05 90 89 17 74 Parasitologie et Infectiologie |

Vincent MOLINIE

Tel: 05 94 39 53 09
Anatomie Cytologie Pathologique

Philippe KADHEL

Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50
Gynécologie-Obstétrique

Tel : 05 90

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax: 05 90 84 78 90

Professeurs des Universités Associé

Karim FARID

Médecine Nucléaire

Tel : 05 96 - Fax: 05 96

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement

Jocelyn INAMO

Tel : 05 96 55 22 55
Cardiologie

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax: 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT**Médecine générale**

Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE**Endocrinologie**

Tel: 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH**Nutrition**

Tel: 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC**Bactériologie & Vénéréologie**

Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA**Pédiatrie**

Tel : 05 94

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux**Rémi EYRAUD****Urologie**

Tel: 05 90 89 13 95

MARY Julia**Rhumatologie**

Tel : 05 96 55 23 52

MOINET Florence**Rhumatologie et Médecine Interne**

Tel : 05 55 22 55

Philippe CARRERE**Médecin Générale**

Tel: 06 90 99 99 11

DE RIVOYRE Benoit**Ophtalmologie**

Tel: 05 90 89 14 50

SEVERYNS Mathieu**Orthopédie**

Tel : 05 90 55 22 28

DELAIGUE Sophie

Dermatologie – Maladies Infectieuses

Katlyne POLOMAT

Tel : 05 94 39 53 39

Médecine interne

Tel : 05 96 55 22 55

BORJA DE MOZOTA Daphné

Gynécologie Obstétrique

Tel: 0590 89 19 89

ROSE-DITE MODESTINE Johan

Urologie

Tel: 0590 89 13 95

JACQUES-ROUSSEAU Natacha

Anesthésiologie/Réanimation

Tel: 05 96 89 11 82

GUILLE Jérémy

ORL et Chirurgie Maxillo Faciale

Tel: 05 90 89 13 95

BLETTY Marie

Rhumatologie 5D

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

SCHOELL Thibaut

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax: 05 96 75 84 38

SAJIN Ana Maria

Psychiatrie

Tel: 05 96 55 20 44

GHASSANI Ali

Gynécologie Obstétrique

Tel : 0590 89 19 89

BRUNIER-AGOT Lauren

Rhumatologie

Tel : 05 96 55 23 52

GALLI-DARCHE Paola

Neurologie

CHARMILLON Alexandre

Maladies Infectieuses

Tel : 05 94 39 53 39

Professeurs EMERITES

Bernard CARME

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs 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 dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 déshonoré et méprisé si j'y manque

BASTIANI DOMINIQUE

SOUFFRANCE PSYCHIQUE PROFESSIONNELLE, RESSENTIS ET LIMITE DE LA PRISE EN CHARGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE.

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNEE : 2016

NUMERO D'IDENTIFICATION : **N°2016ANTI0029**

MOTS CLEFS : Médecine générale, souffrance psychique professionnelle, *burn out*, stress, prévention, Guadeloupe.

Problématique : La souffrance psychique professionnelle et les risques psychosociaux qui la constituent représentent une pathologie grave et en expansion. Sa manifestation clinique, psychique et somatique est devenue quotidienne en médecine générale.

Objectifs : Recueillir les ressentis et limites d'une prise en charge de souffrance psychique professionnelle en médecine générale avec ses spécificités guadeloupéennes. Apporter une réflexion sur la situation actuelle et d'éventuelles pistes d'amélioration.

Méthode: Une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de 10 médecins généralistes exerçant en Guadeloupe.

Résultats: les omnipraticiens constatent une forte augmentation de la demande de soins psychiques ou somatiques relatifs aux conditions de travail de leurs patients. Ils déplorent une charge de travail quotidienne trop importante face à la réalisation d'un diagnostic difficile et sociétal ; un manque d'efficacité de prise en charge liée à leur formation ; des limites quant aux moyens thérapeutiques dont ils disposent; un défaut de pluridisciplinarité avec la médecine du travail et un défaut de mise en place d'un suivi psychologique ou psychiatrique.

Conclusion : Le médecin généraliste a le sentiment d'être isolé face à une pathologie grave qui le dépasse. Problématique pour laquelle il estime ne pas avoir les moyens suffisants pour traiter efficacement ces patients. Pourtant des pistes d'améliorations semblent possibles dans le domaine de la formation, de l'efficacité thérapeutique, mais également des cadres législatifs encadrant le monde du travail.

JURY: Président : Mme le Professeur M. DUEYMES
Juges : M. le Professeur P. COUPPIE
: M. le Professeur M. NACHER
: M. Le Docteur J.C GARDRAT

